

## **ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ SỐC XUẤT HUYẾT ĐỘ III Ở TRẺ DƯ CÂN – BÉO PHÌ**

**TẠ VĂN TRÂM và CS**  
Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang

### **TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả về dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị của SXH-D độ III ở bệnh nhi có dư cân – béo phì.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu loạt ca ở bệnh nhi SXH-D độ III có dư cân – béo phì từ 2 tuổi đến 15 tuổi.

**Kết quả:** 71,7% bệnh nhi là nam, tuổi hay gặp ở bệnh nhi béo phì là từ 5 – 9 tuổi và ở bệnh nhi dư cân là trên 9 tuổi, có 97,3% bệnh nhi hết sốt khi vào sốc, 96,4% bệnh nhi vào sốc từ ngày thứ 4 – 6 của bệnh, 98,2% bệnh nhi có xuất huyết da và 5,3% bệnh nhi có xuất huyết tiêu hóa. Bạch cầu máu  $\leq 10.000/mm^3$  chiếm 96,5% và 30% bệnh nhi có tiểu cầu máu dưới  $30.000/mm^3$ . Ở bệnh nhi dư cân, truyền dịch theo CN-Tuổi có lượng dịch trung bình, lượng ĐPT trung bình, thời gian truyền dịch trung bình và tỷ lệ sốc kéo dài cao hơn truyền dịch theo CN-BMI 50. Ở bệnh nhi béo phì, số bệnh nhi còn ít nên cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn.

**Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của SXH-D độ III ở bệnh nhi có dư cân – béo phì không khác mấy so với trẻ có cân nặng bình thường. SXH-D độ III ở bệnh nhi có dư cân, phương pháp truyền dịch theo CN-BMI 50 có kết quả tốt hơn phương pháp truyền dịch theo CN-Tuổi.

**Từ khóa:** Sốc sốt xuất huyết Dengue, dư cân, béo phì.

### **SUMMARY**

**Objectives:** Describing the clinical epidemiology, the clinical features, the laboratory data and the treatment of dengue hemorrhagic fever (DHF) grades III in overweight and obese children.

**Material and Method:** This is the case series study in DHF grades III in overweight and obese children from 2 to 15 year old.

**Results:** Male was 71.7%, most cases in obese children were from 5 to 9 year old and in overweight children were above 9 year old, 97.3% of cases hadn't fever at shock, 96.4% of cases went into shock

on the 4<sup>th</sup> to 6<sup>th</sup> day of illness, petechiae was 98.2%, gastrointestinal bleeding was 5.3%. WBC cell  $\leq 10,000/mm^3$  was 96.5% and 30% of cases had platelet  $< 30,000/mm^3$ . In overweight children group, the mean of total volume and colloid solution, the mean of perfusion time and proportion of prolonged shock in the weight-for-age group were higher than that of in the weight according to BMI 50<sup>th</sup> percentile group. In this study, obese children were small, so need to study more.

**Conclusion:** Clinical and subclinical symptoms of DHF grades III in overweight and obese children were similar to those of normal weight children. DHF grades III in overweight children, treatment results of the weight according to BMI 50<sup>th</sup> percentile group were better than treatment results of the weight-for-age group.

**Keywords:** Dengue shock syndrome, overweight, obesity.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXH-D) là một bệnh dịch nguy hiểm và đang lưu hành ở nước ta. Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi và mọi cơ địa, đặc biệt là ở cơ địa có dư cân – béo phì. Béo phì đã được xác định là yếu tố nguy cơ tử vong của SXH-D nặng. Tìm biện pháp điều trị nhằm giảm tử vong ở trẻ em dư cân – béo phì bị SXH-D nặng là vấn đề quan tâm của các bác sĩ lâm sàng. Hiện nay, nhiều tác giả đã sử dụng biểu đồ BMI (Body Mass Index – Chỉ số khối cơ thể) theo tuổi và giới tính của CDC năm 2000 (Centers for Disease Control and Prevention – Trung tâm Kiểm soát và phòng bệnh Hoa Kỳ) để chẩn đoán dư cân – béo phì<sup>(9),(10)</sup>. Chúng tôi áp dụng phác đồ điều trị SXH-D độ III của Bộ Y tế, nhưng cân nặng để tính dịch truyền đã được hiệu chỉnh lại. Từ đầu năm 2004, chúng tôi sử dụng cân nặng để tính dịch truyền là cân nặng theo tuổi (CN–Tuổi). Sau đó, chúng tôi sử dụng cân nặng để tính dịch truyền là cân nặng được tính theo BMI ở mức bách phân vị thứ 50 (CN–BMI 50)<sup>(2)</sup>. Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm tổng kết quá trình 5 năm điều trị SXH-D độ III ở bệnh nhi có dư cân – béo phì.

### Mục tiêu nghiên cứu

#### Mục tiêu tổng quát

Khảo sát đặc điểm dịch tễ, triệu chứng lâm sàng khi vào sốc, cận lâm sàng khi vào sốc và kết quả điều trị của SXH-D độ III ở bệnh nhi có dư cân – béo phì.

#### Mục tiêu chuyên biệt:

1. Xác định đặc điểm dịch tễ lâm sàng và triệu chứng lâm sàng khi vào sốc của bệnh nhi SXH-D độ III có dư cân – béo phì.
2. Xác định triệu chứng cận lâm sàng khi vào sốc của bệnh nhi SXH-D độ III có dư cân – béo phì.
3. Xác định đặc điểm điều trị của bệnh nhi SXH-D độ III có dư cân – béo phì.

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### Đối tượng nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhi từ 2 tuổi đến 15 tuổi chẩn đoán SXH-D độ III có dư cân – béo phì, có đủ 2 tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn chẩn đoán SXH-D độ III của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1997. Bệnh nhi được xác nhận SXH-D thêm bằng phân lập được virus Dengue trong máu hoặc huyết thanh chẩn đoán Mac–Elisa dương tính.

Bệnh nhi được xác định dư cân – béo phì theo phân loại của CDC năm 2000 dựa trên BMI theo tuổi và giới tính. Dư cân là khi BMI từ bách phân vị thứ 85 đến bách phân vị thứ 95. Béo phì là khi BMI từ bách phân vị thứ 95 trở lên. Chiều cao của bệnh nhi được đo ở tư thế nằm.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhi đã truyền dịch trước khi vào Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai, bệnh nhi đã được chuyển viện lên tuyến trên, bệnh nhi có bệnh kết hợp hoặc bị béo phì do dùng thuốc.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt ca (case series).

Cơ mẫu: Lấy trọn

Mô tả về dịch tễ, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng khi vào sốc theo nhóm dư cân và nhóm béo phì. Phân tích về điều trị theo nhóm CN–Tuổi và nhóm CN–BMI 50. Tính tổng dịch truyền theo cân nặng thực tế điều trị.

CN–Tuổi (kg): Tính theo công thức (Tuổi + 4) x 2, tuổi tính bằng năm [15].

CN–BMI 50 (kg): Dựa theo biểu đồ BMI theo tuổi và giới tính của CDC năm 2000, ta có trị số BMI mức bách phân vị thứ 50 theo tuổi và giới tính, lấy trị số BMI mức bách phân vị thứ 50 đó nhân với bình phương chiều cao (m<sup>2</sup>) của bệnh nhi tương ứng ta có được CN–BMI 50.

Thống kê: Nhập số liệu bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích số liệu với phần mềm Stata. Các số trung bình dùng phép kiểm t test, các tỷ lệ dùng phép kiểm Pearson’s chi-squared hoặc Fisher’s exact.

### KẾT QUẢ

Trong 5 năm, chúng tôi đã điều trị 2.351 bệnh nhi SXH-D độ III, trong đó có 116 (4,9%) bệnh nhi dư cân – béo phì. Có 3 bệnh nhi không đưa vào nhóm nghiên cứu vì 2 bệnh nhi đã được truyền dịch chống sốc từ tuyến dưới và 1 bệnh nhi được chuyển lên tuyến trên, sau đó bệnh nhi này đã hồi phục. Nghiên cứu này có 113 bệnh nhi, nhóm dư cân có 79 (69,9%) bệnh nhi và nhóm béo phì có 34 (30,1%) bệnh nhi.

### 1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng và triệu chứng lâm sàng khi vào sốc

#### 1.1. Phân bố theo tuổi.

Tuổi TB chung là 117,1 ± 32,8 tháng, nhỏ nhất là 33 tháng và lớn nhất là 179 tháng (14 tuổi 11 tháng). Phân bố theo nhóm tuổi như sau

Bảng 1: Phân bố theo nhóm tuổi

	DƯ CÂN (n=79)	BÉO PHÌ (n=34)	CHUNG (n=113)
< 5 tuổi, n, (%)	1 (1,3)	8 (23,5)	9 (8)
5 – 9 tuổi, n, (%)	18 (22,8)	17 (50)	35 (31)
> 9 tuổi, n, (%)	60 (75,9)	9 (26,5)	69 (61)

### 1.2. Phân bố theo giới tính.

Chung cả hai nhóm dư cân – béo phì: Nam chiếm 71,7%, nữ chiếm 28,3% và tỷ lệ nam/nữ = 2,5/1. Nam nhiều hơn nữ với  $p < 0,001$ .

Nhóm dư cân: Nam chiếm 66%, nữ chiếm 22%

Nhóm béo phì: Nam chiếm 85%, nữ chiếm 15%

### 1.3. Phân bố theo tháng nhập viện.

Chung cả hai nhóm: Bệnh xảy ra quanh năm, tập trung vào 6 tháng cuối năm, đỉnh cao vào tháng 8 (24,3%).

### 1.4. Triệu chứng lâm sàng khi vào sốc.

Triệu chứng lâm sàng được ghi nhận khi bệnh nhi vào sốc. Chúng tôi không ghi nhận được trường hợp nào có biểu hiện thể não hay vàng da. Triệu chứng lâm sàng được mô tả như sau:

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng khi vào sốc

	DƯ CÂN (n = 79)	BÉO PHÌ (n = 34)	CHUNG (n = 113)
Không sốt, n, (%)	77 (97,5)	33 (97)	110 (97,3)
Mạch tăng, n, (%)	57 (72,1)	26 (76,5)	83 (73,4)
Nhịp thở tăng, n, (%)	16 (20)	10 (29,4)	26 (23)
Huyết áp thấp, n, (%)	30 (38)	8 (23,5)	38 (33,6)
Hiệu áp: $\leq 10$ mmHg, n, (%)	10 (12,7)	5 (14,7)	15 (13,3)
$> 10$ mmHg, n, (%)	69 (87,3)	29 (85,3)	98 (86,7)
Gan to, n, (%)	77 (97,5)	34 (100)	111 (98,2)
Đau vùng gan, n, (%)	67 (84,8)	20 (58,8)	87 (77)
Xuất huyết da, n, (%)	78 (98,7)	33 (97)	111 (98,2)
Xuất huyết tiêu hóa, n, (%)	5 (6,3)	1 (2,9)	6 (5,3)
Ngày vào sốc: $\leq 3$ ngày, n, (%)	1 (1,3)	2 (5,9)	3 (2,7)
4 – 6 ngày, n, (%)	77 (97,4)	32 (94,1)	109 (96,4)
$\geq 7$ ngày, n, (%)	1 (1,3)	0	1 (0,9)

### 2. Triệu chứng cận lâm sàng khi vào sốc.

Triệu chứng cận lâm sàng được ghi nhận khi bệnh nhi vào sốc. Vì có những bệnh nhi không được làm các xét nghiệm đầy đủ về đông máu, chức năng gan, thận và ion đồ máu nên các số trung bình và các tỷ lệ được tính dựa trên số bệnh nhi có thực hiện xét nghiệm đó trong mỗi nhóm dư cân và nhóm béo phì.

Bảng 3: Triệu chứng cận lâm sàng khi vào sốc

	DƯ CÂN (n = 79)	BÉO PHÌ (n = 34)	CHUNG (n = 113)
Bạch cầu máu, TB, ĐLC $< 5 \times 10^3/mm^3$ , n, (%)	5,1 $\pm$ 2,1 46 (58,2)	5,3 $\pm$ 2,7 22 (64,7)	5,1 $\pm$ 2,3 68 (60,2)
$5-10 \times 10^3/mm^3$ , n, (%)	31 (39,2)	10 (29,4)	41 (36,3)
$> 10 \times 10^3/mm^3$ , n, (%)	2 (2,6)	2 (5,9)	4 (3,5)
Tiểu cầu máu, TB, ĐLC $< 30 \times 10^3/mm^3$ , n, (%)	46,4 $\pm$ 23,5 26 (32,9)	51,3 $\pm$ 25,7 8 (23,5)	47,8 $\pm$ 24,1 34 (30)
$30-50 \times 10^3/mm^3$ , n, (%)	22 (27,8)	12 (35,3)	34 (30)
$> 50 \times 10^3/mm^3$ , n, (%)	31 (39,3)	14 (41,2)	45 (40)
Hematocrit, TB, ĐLC	48 $\pm$ 5	48 $\pm$ 4	48,7 $\pm$ 4,4
PT (n = 90), TB, ĐLC (giây) $> 1,5$ chứng, n, (%)	13,7 $\pm$ 2,8 10 (14,9)	16,6 $\pm$ 12 5 (21,7)	14,5 $\pm$ 6,5 15 (16,7)
APTT (n = 90), TB, ĐLC (giây) $> 1,5$ chứng, n, (%)	43 $\pm$ 11,5 22 (32,8)	41,8 $\pm$ 12,4 11 (47,8)	42,7 $\pm$ 11,7 33 (36,7)

TT (n = 89), TB, ĐLC (giây) $> 1,5$ chứng, n, (%)	41 $\pm$ 17,3 49 (74,2)	48 $\pm$ 17,7 21 (91,3)	42,8 $\pm$ 17,6 70 (78,6)
Fibrinogen (n = 88), TB, ĐLC (g/l) $< 1,5$ g/l, n, (%)	2,1 $\pm$ 0,7 8 (12,3)	2,1 $\pm$ 0,5 2 (9,1)	2,1 $\pm$ 0,6 10 (11,5)
D-Dimere dương (n = 37), n, (%)	8 (44,8)	5 (35,7)	13 (35,1)
SGOT (n = 99, u/l), TB, ĐLC $> 2$ lần bình thường, n, (%)	137 $\pm$ 79 48 (65,7)	148 $\pm$ 74 22 (84,6)	140 $\pm$ 78 70 (70,7)
$> 5$ lần bình thường, n, (%)	6 (8,2)	2 (7,7)	8 (8,1)
SGPT (n = 99, u/l), TB, ĐLC $> 2$ lần bình thường, n, (%)	91 $\pm$ 64 28 (38,4)	106 $\pm$ 62 9 (34,6)	95 $\pm$ 69 37 (37,4)
$> 5$ lần bình thường, n, (%)	2 (2,7)	2 (7,7)	4 (4,1)

Ngoài ra, có 20 bệnh nhi có định lượng đạm máu thì có 9 (45%) bệnh nhi có Protein  $< 60$  g/l và 9 (45%) bệnh nhi có Albumin  $< 35$  g/l, có 93 bệnh nhi có định lượng Natri máu thì có 36 (38,7%) bệnh nhi có Natri máu  $< 135$  mmol/l. Chúng tôi nhận thấy đa phần đường máu ở mức bình thường, chỉ có 1 bệnh nhi có hạ đường máu và 1 bệnh nhi có đường máu  $> 200$  mg%. Chúng tôi không ghi nhận được trường hợp nào có tăng BUN, Creatinin, Billirubin, Natri và Kali máu.

### 3. Đặc điểm điều trị.

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cân nặng để tính lượng dịch truyền là cân nặng đã hiệu chỉnh theo CN-Tuổi hoặc theo CN-BMI 50 ngay từ đầu và cân nặng này được sử dụng thống nhất trong cả quá trình điều trị bệnh nhi đó. Nhóm truyền dịch theo CN-Tuổi chủ yếu là những bệnh nhi nhập viện trong thời gian từ đầu năm 2004 đến giữa năm 2006 còn nhóm truyền dịch theo CN-BMI 50 chủ yếu là những bệnh nhi nhập viện trong thời gian từ năm 2006 đến cuối năm 2008. Nhóm điều trị theo CN-Tuổi có 47 bệnh nhi, trong đó có 33 (70,2%) bệnh nhi dư cân và 14 (29,8%) bệnh nhi béo phì. Nhóm điều trị theo CN-BMI 50 có 66 bệnh nhi, trong đó có 46 (69,7%) bệnh nhi dư cân và 20 (30,3%) bệnh nhi béo phì.

Chúng tôi nhận thấy có một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng có ảnh hưởng đến quá trình điều trị sốc SXH-D như sau: Bệnh nhi nữ có béo phì và trên 7 tuổi có liên quan đến sốc kéo dài, bệnh nhi có hiệu áp lực vào sốc  $\leq 10$  mmHg có tỷ lệ tái sốc cao hơn bệnh nhi có hiệu áp lực vào sốc  $> 10$  mmHg, bệnh nhi vào sốc trong 3 ngày đầu của bệnh có tỷ lệ tái sốc cao hơn bệnh nhi vào sốc trong những ngày sau, bệnh nhi có Hct lúc vào sốc  $\geq 50\%$  có thể có tỷ lệ tái sốc cao hơn bệnh nhi có Hct lúc vào sốc  $< 50\%$ . Chúng tôi so sánh các triệu chứng trên ở nhóm điều trị theo CN-Tuổi và nhóm điều trị theo CN-BMI 50.

Bảng 4: Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng chính lúc vào sốc

	CN-Tuổi n = 33	CN-BMI 50 n = 46	P
Dư cân:			
Giới tính nữ, n, (%)	9 (27,3)	18 (39,1)	0,273
$> 7$ tuổi, n, (%)	32 (97)	43 (93,5)	0,442
Hiệu áp $\leq 10$ mmHg, n, (%)	4 (12,1)	6 (13)	0,592
Ngày vào sốc $\leq 3$ ngày, n, (%)	1 (3)	0	0,235

Hct $\geq$ 50%, n, (%)	15 (45,4)	18 (39,1)	0,574
Béo phì:	n = 14	n = 20	
Giới tính nữ, n, (%)	2 (14,3)	3 (15)	0,672
> 7 tuổi, n, (%)	5 (35,7)	12 (60)	0,163
Hiệu áp $\leq$ 10 mmHg, n, (%)	0	5 (25)	0,056
Ngày vào sốc $\leq$ 3 ngày, n, (%)	1 (7,1)	1 (5)	0,794
Hct $\geq$ 50%, n, (%)	6 (42,9)	8 (40)	0,868

#### Kết quả điều trị

Nghiên cứu này, áp dụng phác đồ điều trị SXH-D độ III của Bộ Y tế nhưng cân nặng điều trị đã được hiệu chỉnh theo CN-Tuổi hoặc CN-BMI 50. Dung dịch đại phân tử được sử dụng trong nghiên cứu này đều là Dextran 70. Nghiên cứu này không có bệnh nhi nào bị phù phổi cấp, không bệnh nhi nào cần chọc dò để tháo dịch màng phổi hay màng bụng, các trường hợp suy hô hấp đều đáp ứng với oxy, không bệnh nhi nào cần sử dụng máu hay chế phẩm của máu, không bệnh nhi nào bị di chứng hay tử vong. Chúng tôi mô tả về điều trị theo nhóm dư cân và nhóm béo phì như sau:

Bảng 5: Điều trị của nhóm dư cân

	CN-Tuổi (n = 33)	CN-BMI 50 (n = 46)	P
Tổng dịch (ml/kg), TB, ĐLC Giới hạn	170,5 $\pm$ 38,2 [104-296]	139,1 $\pm$ 20,3 [94-199]	0,0001
Dextran (ml/kg), TB, ĐLC Giới hạn	51,8 $\pm$ 24,8 [18-109]	27,7 $\pm$ 15,8 [5-65]	0,0001
Tái sốc, n, (%)	19 (57,6)	19 (41,3)	0,153
Sốc kéo dài, n, (%)	11 (33,3)	5 (10,8)	0,014
Suy hô hấp, n, (%)	6 (18,2)	6 (13)	0,530
TGTD (giờ), TB, ĐLC Giới hạn	35 $\pm$ 8 [23-61]	27 $\pm$ 4 [18-40]	0,0001
Lượng nước tiểu (ml/kg/giờ)	2,1 $\pm$ 0,9	2 $\pm$ 0,9	
Thuốc vận mạch, n, %	1 (3)	0	
Thuốc lợi tiểu, n, %	7 (21,2)	8 (17,4)	
Có hỗ trợ hô hấp, n, %	2 (6)	2 (4,3)	
TGNV (ngày), TB, ĐLC	7 $\pm$ 2	7 $\pm$ 2	

TB: Trung bình, ĐLC: Độ lệch chuẩn, TGTD: Thời gian truyền dịch, TGNV: Thời gian nằm viện.

Bảng 6: Điều trị của nhóm béo phì

	CN-Tuổi (n = 14)	CN-BMI50 (n = 20)	P
Tổng dịch (ml/kg), TB, ĐLC Giới hạn	165,5 $\pm$ 22,7 [134-211]	136,9 $\pm$ 25,1 [110-192]	0,0034
Dextran (ml/kg), TB, ĐLC Giới hạn	51,2 $\pm$ 34,7 [20-118]	38,2 $\pm$ 18,2 [15-80]	0,0034
Tái sốc, n, (%)	7 (50)	13 (65)	0,382
Sốc kéo dài, n, (%)	4 (28,5)	8 (40)	0,377
Suy hô hấp, n, (%)	3 (21,4)	8 (40)	0,223
TGTD (giờ), TB, ĐLC Giới hạn	35 $\pm$ 6 [26-45]	28 $\pm$ 5 [21-40]	0,0011
Lượng nước tiểu (ml/kg/giờ)	1,9 $\pm$ 1,9	1,8 $\pm$ 1,3	
Có dùng thuốc vận mạch n, %	0	0	
Có dùng thuốc lợi tiểu n, %	3 (21,4)	8 (40)	
Có hỗ trợ hô hấp n, %	1 (7,1)	2 (10)	
TGNV (ngày), TB, ĐLC	7 $\pm$ 3	8 $\pm$ 3	

TB: Trung bình, ĐLC: Độ lệch chuẩn, TGTD: Thời gian truyền dịch, TGNV: Thời gian nằm viện.

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng và triệu chứng lâm sàng khi vào sốc.

Chúng tôi nhận thấy trong tất cả các bệnh nhi bị SXH-D độ III điều trị trong 5 năm thì có 4,9% bệnh nhi là dư cân – béo phì, một con số đáng được quan tâm. Nếu xét về sốc SXH-D ở trẻ béo phì thì tỷ lệ mắc bệnh phân bố theo tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Lương Anh Tuấn: Lứa tuổi hay gặp nhất của sốc SXH-D có béo phì là từ 5 – 9 tuổi, chiếm 48,5%[8]. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy bệnh xảy ra quanh năm nhưng tập trung vào 6 tháng cuối năm, điều này tương đồng với các nghiên cứu trong nước cũng như các nghiên cứu khác[1,4,12].

Trong 113 bệnh nhi này, 100% bệnh nhi có sốt cao trước khi vào viện nhưng 97,3% bệnh nhi hết sốt khi vào sốc. Chúng tôi ghi nhận được 98,2% bệnh nhi có xuất huyết dưới da, điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Tạ Văn Trâm, trong sốc SXH-D hầu hết các bệnh nhi có xuất huyết dưới da tự nhiên, chiếm 80,6%<sup>(7)</sup>. Chúng tôi ghi nhận 5,3% bệnh nhi có xuất huyết tiêu hóa và các trường hợp này chỉ biểu hiện ói máu lượng ít lúc vào sốc, không có trường hợp nào xuất huyết tiêu hóa nặng trong cả quá trình điều trị. Khi vào sốc, nghiên cứu của chúng tôi có 13,3% bệnh nhi có hiệu áp  $\leq$  10 mmHg. Theo tác giả Ngô Thị Nhân, tỷ lệ tái sốc cao trong sốc SXH-D ở nhóm bệnh nhi có hiệu áp lúc vào sốc  $\leq$  10mmHg[3]. Nghiên cứu của chúng tôi có 97,3% bệnh nhi vào sốc sau ngày thứ 3, tương đồng với các nghiên cứu về SXH-D tại Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai của tác giả Chu Văn Thiện, 93,5% bệnh nhi vào sốc sau ngày thứ 3 của bệnh[4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận được trường hợp nào có biểu hiện triệu chứng về thần kinh và vàng da. Như vậy, về triệu chứng lâm sàng, chúng tôi chưa ghi nhận có sự khác biệt nào rõ ràng giữa SXH-D có dư cân – béo phì với SXH-D ở trẻ có cân nặng bình thường[1].

### 2. Triệu chứng cận lâm sàng khi vào sốc.

Nghiên cứu của chúng tôi, 96,5% bệnh nhi có bạch cầu máu  $<$  10.000/mm<sup>3</sup> và 30% bệnh nhi có tiểu cầu giảm dưới 30.000/mm<sup>3</sup>. Chỉ số Hct thay đổi nhiều tùy từng bệnh nhi, không có khác biệt nhiều về Hct trung bình giữa nhóm dư cân và nhóm béo phì, có 1 trường hợp khi vào sốc Hct chỉ 40%, các trường hợp khác đều từ 44% trở lên, có 1 trường hợp Hct tăng cao 62%. Các xét nghiệm về đông máu và chức năng gan chưa được thực hiện đầy đủ nên chưa đánh giá được. Rối loạn đông máu và chức năng gan ở bệnh nhi sốc SXH-D có dư cân – béo phì cần được nghiên cứu thêm. Trong những trường hợp có thực hiện xét nghiệm, chúng tôi chưa ghi nhận có sự khác biệt nào rõ ràng giữa SXH-D có dư cân – béo phì với SXH-D ở bệnh nhi có cân nặng bình thường[1,6].

### 3. Đặc điểm điều trị.

Chúng tôi nhận thấy có thể các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng có liên quan đến điều trị sốc là giới tính nữ và trên 7 tuổi<sup>(8)</sup>, vào sốc trong 3 ngày đầu của bệnh<sup>(4)</sup>, hiệu áp lực vào sốc  $\leq 10$  mmHg<sup>[3]</sup> và Hct lúc vào sốc trên 50%<sup>(11)</sup>. Chúng tôi so sánh về điều trị của phương pháp truyền dịch theo CN-BMI 50 so với phương pháp truyền dịch theo CN-Tuổi như sau:

Bệnh nhi dư cân: Nhóm CN-Tuổi có tỷ lệ bệnh nhi vào sốc sớm và Hct lúc vào sốc trên 50% cao hơn một ít so với nhóm CN-BMI 50, điều này có thể xem hai nhóm tương đồng nhau về các triệu chứng trên. Truyền dịch theo CN-BMI 50 có lượng dịch trung bình, lượng ĐPT trung bình, thời gian truyền dịch trung bình và tỷ lệ sốc kéo dài thấp hơn truyền dịch theo CN-Tuổi có ý nghĩa thống kê. Truyền dịch theo CN-BMI 50 có tỷ lệ tái sốc và suy hô hấp thấp hơn truyền dịch theo CN-Tuổi, chưa có ý nghĩa thống kê. Như vậy, phương pháp truyền dịch dựa theo CN-BMI 50 có kết quả tốt hơn phương pháp truyền dịch dựa theo CN-Tuổi.

Bệnh nhi béo phì: Nhóm CN-BMI 50 có tới 5 (25%) bệnh nhi có hiệu áp lực vào sốc  $\leq 10$  mmHg trong khi nhóm CN-Tuổi không có bệnh nhi nào có hiệu áp lực vào sốc  $\leq 10$  mmHg, nhóm CN-BMI 50 có 12 (60%) bệnh nhi trên 7 tuổi nhiều hơn nhóm CN-Tuổi (35,7%). Điều này cho thấy nhóm CN-BMI 50 có tỷ lệ bệnh nhi có nguy cơ tái sốc cao hơn nhóm CN-Tuổi. Nhóm CN-BMI 50 có lượng dịch trung bình, lượng ĐPT trung bình, thời gian truyền dịch trung bình thấp hơn so với nhóm CN-Tuổi, có ý nghĩa thống kê. Truyền dịch theo CN-BMI 50 có tỷ lệ tái sốc, sốc kéo dài và suy hô hấp nhiều hơn truyền dịch theo CN-Tuổi, chưa có ý nghĩa thống kê, có lẽ do nhóm CN-BMI 50 có tỷ lệ bệnh nhi có yếu tố nguy cơ tái sốc nhiều hơn nhóm CN-Tuổi. Số bệnh nhi trong nhóm truyền dịch theo CN-BMI 50 và nhóm truyền dịch theo CN-Tuổi còn ít, nên cần nghiên cứu thêm để có nhận định chính xác về hai phương pháp truyền dịch này.

### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 113 bệnh nhi SXH-D độ III có dư cân – béo phì, chúng tôi nhận thấy bệnh cảnh lâm sàng và cận lâm sàng của SXH-D độ III ở bệnh nhi có dư cân – béo phì không khác mấy so với trẻ có cân nặng bình thường. Ở bệnh nhi dư cân, phương pháp truyền dịch theo CN-BMI 50 có kết quả tốt hơn phương pháp truyền dịch theo CN-Tuổi. Ở bệnh nhi béo phì, số bệnh nhi trong nghiên cứu còn ít nên cần nghiên cứu thêm để có nhận định chính xác về hai phương pháp truyền dịch này. Cần có nhiều nghiên cứu tiếp theo để hiểu rõ hơn và hoàn thiện hơn trong điều trị sốc SXH-D ở bệnh nhi có dư cân – béo phì, góp phần làm giảm tỉ lệ tử vong trong SXH-D ở trẻ em.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trọng Lân (2004), Chẩn đoán và điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue, Sốt Dengue và sốt xuất huyết Dengue, Nhà xuất bản Y học, tr.198-258.
2. Nguyễn Trọng Nghĩa (2007), "Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue ở bệnh nhân dư cân và béo phì tại Bệnh viện Nhi đồng - Đồng Nai từ 1/2004-7/2007", Hội nghị Khoa học Nhi khoa Việt - Úc lần V ngày 7-9/11/2007, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 102-113.
3. Ngô Thị Nhân, Nguyễn Thị Quế Phương, Nguyễn Văn Mỹ. (2000), "Dextran 70 trong điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue", Tạp chí Y học thực hành, Kỷ yếu Công trình Nhi khoa Hội nghị Nhi khoa khu vực miền Trung lần 5, Huế 30 - 31/10/2000, số 391/2000, Bộ Y tế xuất bản, tr. 98 - 109.
4. Chu Văn Thiện (2007), "Các yếu tố liên quan đến tái sốc trong điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue", Tạp chí Y học Việt Nam, Hội nghị Nhi khoa miền Trung lần thứ 7, Huế ngày 5-6/3/2007, 332, tr. 109-110.
5. Hà Văn Thiệu và Bùi Văn Xờ (2008), "Nghiên cứu những ảnh hưởng bất lợi của học sinh thừa cân và béo phì", Kỷ yếu Hội nghị Khoa học kỹ thuật mở rộng Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai 2008.
6. Tạ Văn Trầm (2003), "Rối loạn đông máu trong sốc sốt xuất huyết Dengue kéo dài ở trẻ em", Tạp chí Y học thực hành, số 462, tr. 75-80.
7. Tạ Văn Trầm (2004), Các yếu tố liên quan đến sốc sốt xuất huyết Dengue kéo dài ở trẻ em, Luận văn Tiến sĩ Y học, chuyên ngành Nhi, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
8. Lương Anh Tuấn (2007), Mối liên quan giữa tình trạng béo phì với đặc điểm lâm sàng và điều trị trong sốc sốt xuất huyết Dengue ở trẻ từ 2 - 15 tuổi, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, chuyên ngành Nhi, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
9. CDC (2000), "2000 CDC growth charts", from: <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/charts.htm>.
10. Joseph A. Skelton and Colin D. Rudolph (2007), Overweight and Obesity, Nelson Textbook of Pediatrics, Saunders, an imprint of Elsevier Inc, Philadelphia, PA 19103-2899, USA 1, pp. 232-242.
11. Phương Cao Xuân Thanh, Nhan Ngo Thi, Rachel Kneen, et al. (2004), "Clinical diagnosis and assessment of severity of confirmed Dengue infections in Viet Nam children: Is the World Health Organization classification system helpful", The American journal tropical medicine and hygiene 2004, Feb 7.
12. Scott B. Halstead (2002), Dengue, Infectious Diseases, Lippincot Williams & Wilkins, pp. 471-476.