

**XÁC ĐỊNH CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG Ở BỆNH NHÂN TẢ
ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN 103 TRONG VỤ DỊCH 2007 - 2009**

*Hoàng Tiến Tuyên**

TÓM TẮT

Dịch tả do *Vibrio* nhóm O1 tít Ogawa gây ra, khởi nguồn từ Hà Nội đã nhanh chóng lan khắp miền Bắc với số mắc > 8.000 trường hợp và 1 tử vong. Từ 10 - 2007 đến 6 - 2009, tại Bệnh viện 103, đã tiếp nhận, điều trị > 1.000 trường hợp, trong đó có 130 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định (+) với phẩy khuẩn tả. Nghiên cứu so sánh giữa 95 BN tả không sốc với 35 BN tả có sốc nhằm tìm hiểu các yếu tố có giá trị tiên lượng mức độ nặng của bệnh. Một số yếu tố có giá trị tiên lượng sau: BN mắc bệnh tả có sốc có tuổi cao; nhập viện muộn sau 24 giờ; không được bù nước trước khi vào viện; tiêu chảy > 20 lần/ngày; tiêu chảy kéo dài > 3 ngày; phân màu trắng đục; nôn, nôn > 10 lần/ngày, nôn kéo dài > 24 giờ; Hct \geq 46%; BC \geq 12 G/l; ure, creatinin máu \geq 106 μ mol/l, glucose máu \leq 4,0 mmol/l; Na⁺ máu \leq 120 mmol/l; K⁺ máu \leq 3 mmol/l; Cl⁻ máu \leq 90 mmol/l.

* Từ khóa: Bệnh tả; Vi khuẩn tả; Yếu tố tiên lượng.

**IDENTIFICATION OF SOME PREDICTIVE FACTORS IN CHOLERA PATIENTS
TREATED IN 103 HOSPITAL
(CHOLERA OUTBREAK 2007- 2009)**

SUMMARY

From October 2007 to June 2009, 130 patients who were diagnosed positive with Vibrio cholera in more than 1.000 of cases acute diarrhea were received, treated at 103 Hospital. Study of identification of some predictive factors in cholera patients with shock and non shock showed that: the age of cholera patients with shock was higher. Hospitalization after 24 hours; no rehydration solution pre-hospitaliser; acute diarrhera over than 20 times/day; diarrhera more than 3 days, the fecal was as typical wash the rice; womiting; womiting over than 10 times/day and folowing over than 24 houres; hematocrite \geq 46%; BC \geq 12 G/l; ure, creatinin \geq 106 μ mol/l, glucose \leq 4,0 mmol/l; Na⁺ \leq 120 mmol/l; K⁺ \leq 3 mmol/l; Cl⁻ \leq 90 mmol/l were the predictive factors.

* Key words: Cholera; Vibrio cholera; Predictive factors.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tả là một bệnh truyền nhiễm do các chủng vi khuẩn tả nhóm O1 và hoặc nhóm O139 gây ra. Bệnh tả gây ỉa chảy và nôn dữ dội, dẫn đến tình trạng sốc do mất nước

và điện giải nặng. Bệnh lây lan rất nhanh theo nguồn thực phẩm và nước tạo thành vụ dịch lớn với tỷ lệ tử vong cao. Lịch sử thế giới đã ghi nhận 7 vụ đại dịch tả với hàng trăm nghìn người tử vong. Đến nay, dịch tả vẫn còn lưu hành, đặc biệt ở các nước

* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: GS. TS. Nguyễn Văn Mùi

PGS. TS. Trịnh Thị Xuân Hoà

kém phát triển. Năm 2007 - 2009, dịch tả do *Vibrio cholera* nhóm O1, týp Ogawa tái xuất hiện trên diện rộng ở các tỉnh miền Bắc với số người mắc ước chừng khoảng > 8.000 người, gây ảnh hưởng lớn tới sức khỏe nhân dân và thiệt hại lớn cho nền kinh tế [4]. Tại Bệnh viện 103 đã tiếp nhận điều trị cho > 1.000 BN tiêu chảy cấp, trong đó 130 BN cấy phân (+) với vi khuẩn tả và nhiều BN có sốt. Để chẩn đoán mức độ nặng của bệnh kịp thời, chính xác, từ đó đưa ra phác đồ điều trị hiệu quả, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định các yếu tố tiên lượng nặng ở BN tả điều trị tại Bệnh viện 103 trong vụ dịch 2007 - 2009.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

130 BN tả, được điều trị tại Bệnh viện 103 trong vụ dịch tả 2007 - 2009.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu hồi cứu

Chia BN thành 2 nhóm: nhóm BN tả có sốt: 35 BN; nhóm BN tả không sốt: 95 BN.

Các chỉ tiêu nghiên cứu ở cả 2 nhóm: tuổi, giới, thời gian vào viện kể từ khi mắc bệnh, tính chất phân, số lần tiêu chảy/24 giờ, số ngày tiêu chảy, nôn, tính chất nôn, đau bụng, BC, công thức BC, HC, Hct, ure, creatinin, glucose, điện giải đồ.

- Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê trên phần mềm SpSS 10.0 for Window.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: So sánh tuổi, giới giữa hai nhóm BN tả có và không sốt.

NHÓM BỆNH TUỔI, GIỚI		CÓ SỐC (n = 35)	KHÔNG CÓ SỐC (n = 95)	p
Tuổi (X ± SD)		47 ± 12,5	36 ± 12,3	< 0,05
Giới	Nam	20 (57,1%)	50 (52,6%)	> 0,05
	Nữ	15 (42,9%)	45 (47,4%)	

Tuổi trung bình BN tả có sốt cao hơn nhóm không sốt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 2: Thời gian nhập viện kể từ khi bị bệnh, tình trạng không được bù nước giữa hai nhóm BN tả có sốt và không sốt.

NHÓM BỆNH THỜI GIAN	CÓ SỐC (n = 35)	KHÔNG CÓ SỐC (n = 95)	p
Nhập viện trong vòng 24 giờ	10 (28,5%)	62 (65%)	< 0,05
Không bù nước	20 (57,1%)	15 (15,8%)	< 0,05

Bảng 3: So sánh triệu chứng tiêu chảy, nôn giữa nhóm BN tả có sốt và không sốt.

NHÓM BỆNH TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG		CÓ SỐC (n = 35)	KHÔNG CÓ SỐC (n = 95)	p
Tiêu chảy	> 20 lần hoặc phân tự chảy	23 (65,7%)	15 (15,8%)	< 0,05
	Phân toàn nước màu trắng đục	18 (51,4%)	15 (15,8%)	< 0,05
	> 72 giờ	27 (77,1%)	30 (31,5%)	< 0,05
Nôn	Có nôn	31 (88,6%)	42 (44,2%)	< 0,05
	Kéo dài > 24 giờ	12 (34,2%)	8 (8,4%)	< 0,05
	> 10 lần/24 giờ	17 (48,6%)	8 (8,4%)	< 0,05
Đau bụng		4 (11,4%)	8 (8,4%)	> 0,05

Triệu chứng tiêu chảy và nôn ở BN tả có sốt cao hơn nhóm không sốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 4: So sánh một số chỉ tiêu cận lâm sàng giữa nhóm BN tả có sốc và không sốc.

NHÓM BỆNH		CÓ SỐC (n = 35)	KHÔNG SỐC (n = 95)	p
TRIỆU CHỨNG XÉT NGHIỆM				
Huyết học	Hct \geq 46%	15 (42,9%)	3 (3,2%)	< 0,05
	BC \geq 12 G/l	28 (80%)	25 (26,3%)	< 0,05
	TC \leq 120 G/l	1 (2,8%)	8 (8,4%)	> 0,05
Sinh hóa	Ure \geq 7 mmol/l	30 (85,7%)	16 (16,8%)	< 0,05
	Creatinin \geq 106 μ mol/l	32 (91,4%)	25 (26,3%)	< 0,05
	Glucose \leq 4,0 mmol/l	14 (40%)	9 (9,5%)	< 0,05
Ion đồ	Na ⁺ \leq 120 mmol/l	28 (80%)	30 (31,6%)	< 0,05
	K ⁺ \leq 3 mmol/l	24 (68,5%)	23 (24,2%)	< 0,05
	Cl ⁻ \leq 90 mmol/l	27 (77,2%)	29 (30,5)	< 0,05

Tỷ lệ BN có máu cô, BC tăng, suy thận chức năng, hạ đường máu, mất điện giải ở nhóm BN tả có sốc cao hơn BN không sốc, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

BÀN LUẬN

Tả là bệnh truyền nhiễm nguy hiểm dễ lây lan và bùng phát thành đại dịch với tỷ lệ người mắc và tử vong rất cao. Ở Việt Nam, kể từ khi vụ dịch tả ghi nhận đầu tiên vào năm 1885, đến nay có nhiều vụ dịch xuất hiện với quy mô khác nhau trên phạm vi cả nước. Vụ dịch tả năm 1937 - 1938 tại Hải Phòng và Móng Cái với số mắc là 20.687 người và tỷ lệ tử vong 70%; vụ dịch năm 1964 với số người mắc 20.186, tử vong 172. Từ 2000 - 2006, trên phạm vi cả nước không ghi nhận trường hợp nào mắc tả, năm 2007 - 2009, dịch tả tái xuất hiện và trường hợp bệnh ghi nhận đầu tiên tại Hà Nội, sau lan ra phạm vi cả nước với số người mắc > 8.000 và có 1 tử vong [4]. Bệnh tả gây nôn, tiêu chảy dữ dội, dẫn tới mất nước và điện giải nặng, gây sốc do giảm lưu lượng tuần hoàn, nếu không phát hiện sớm, bù nước và điện giải kịp thời BN sẽ tử vong. Tại vụ dịch 2007 - 2009, Đỗ Tuấn Anh và CS nghiên

cứu trên 40 trường hợp mắc tả tại Bệnh viện 354: 20% BN mất nước độ 2; 2,5% BN mất nước độ 3 [3]; Nguyễn Văn Kính và CS ghi nhận 19,7% BN có huyết áp < 90 mm Hg tại Viện các Bệnh Nhiệt đới quốc gia [5]; Lương Thị Quỳnh Nga và CS ghi nhận tại Bệnh viện 103 có 28,2% mất nước và điện giải độ 3 [6]. Chúng tôi thì ghi nhận 35/130 BN tả có sốc. Nghiên cứu mối tương quan giữa tuổi và giới đến tình trạng sốc nhận thấy: có mối tương quan thuận về độ tuổi và không thấy có mối liên quan về giới; nghiên cứu của Lương Thị Quỳnh Nga thấy 64,5% BN tả có sốc ở tuổi > 50, tỷ lệ nam/nữ tương đương; tương tự như nhiều tác giả trên thế giới, nhóm BN càng cao tuổi, tỷ lệ sốc mất nước và điện giải càng tăng [6]. Nghiên cứu mối liên quan giữa nhóm BN tả có sốc và không sốc theo thời gian vào viện sớm trong vòng 24 giờ kể từ khi mắc, tình trạng BN được bù nước bằng uống hoặc truyền đường tĩnh mạch, chúng tôi nhận thấy: nhóm BN tả có sốc vào viện

trước 24 giờ rất thấp (28,5%) và không được bù nước cao (52,1%); nghiên cứu của Lương Thị Quỳnh Nga cho kết quả tương tự (25,8%; 87,1%) [6]. Từ kết quả nghiên cứu này và đối chiếu với các nghiên cứu khác, cho thấy mức độ nặng của bệnh có mối liên quan chặt chẽ với tuổi, thời gian vào viện, tình trạng được bù nước, điện giải trong khi bị bệnh. Bệnh tả gây tiêu chảy, nôn nhưng ít đau bụng. Nghiên cứu của Đỗ Tuấn Anh, Nguyễn Văn Kính: 100% BN tiêu chảy ở những mức độ khác nhau, tỷ lệ BN có nôn lần lượt là 75%; 65%, đau bụng là 12,5%; 15,4% [3, 4]. Nghiên cứu mối tương quan giữa mức độ tiêu chảy, nôn, tình trạng đau bụng giữa nhóm BN tả có sốc và không sốc, Lương Thị Quỳnh Nga phát hiện 29% BN có tiêu chảy > 30 lần/24 giờ có sốc, 93,5% BN thời gian tiêu chảy kéo dài > 3 ngày, 38,7% phân màu nước vo gạo, 93,5% BN nôn, 28,5% BN nôn > 24 giờ, 35,5% nôn > 10 lần/ngày [6]. Chúng tôi cho kết quả tương tự (63,5%; 51,4%; 77,1%; 88,6%; 34,2%; 48,1%). Như vậy, tiêu chảy, nôn nhiều lần, kéo dài, phân màu nước vo gạo là những yếu tố cảnh báo mức độ nặng của bệnh. Tiêu chảy và nôn gây ra tình trạng rối loạn huyết động như cô máu, giảm lưu lượng thận dẫn tới suy thận chức năng, mất điện giải, gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm như sốc, giảm khối lượng tuần hoàn, nhiễm độc chuyển hóa, rối loạn điện giải và tử vong. So sánh hai nhóm BN tả có sốc và không sốc chúng tôi nhận thấy, hầu hết BN tả không sốc không có cô máu, không tăng bạch cầu, ure, creatinin, glucose máu; Na^+ , K^+ , Cl^- trong giới hạn bình thường, trong khi đó BN tả có sốc các chỉ số này chiếm tỷ lệ rất cao. So sánh có giá trị thống kê với $p < 0,05$. Theo Nguyễn Văn Kính: 2,9% BN tả có Hct tăng > 10% ngưỡng cao của giá trị bình thường, 48,7% BN có tăng bạch cầu, 20% tăng creatinin máu và 59% có $\text{K}^+ > 5,5$ mmol/l [5]; Lương Thị Quỳnh Nga gặp

41,5% tăng Hct; 83,9% tăng bạch cầu; glucose, ure, creatinin máu tăng lần lượt là: 35,5%; 80,6%; 90,3%; nghiên cứu của Muhamat-T cũng cho kết quả tương tự [1].

KẾT LUẬN

Nghiên cứu so sánh giữa 95 BN tả không sốc với 35 BN có sốc chúng tôi rút ra một số yếu tố có giá trị tiên lượng sau:

BN tả có sốc tuổi cao; nhập viện muộn sau 24 giờ; không được bù nước trước khi vào viện; tiêu chảy trên 20 lần/ngày; tiêu chảy kéo dài > 3 ngày; phân màu trắng đục; nôn, nôn > 10 lần/ngày, nôn kéo dài > 24 giờ. Hct tăng $\geq 46\%$; BC ≥ 12 G/l; ure tăng; creatinin máu ≥ 106 $\mu\text{mol/l}$, glucose máu $\leq 4,0$ mmol/l; Na^+ máu ≤ 120 mmol/l; K^+ máu ≤ 3 mmol/l; Cl^- máu ≤ 90 mmol/l.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Tuấn Anh, Nguyễn Hoàng Tuấn, Đào Đình Mậu. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở BN tả được điều trị tại Bệnh viện 354 (2008 - 2009). Tạp chí Y - Dược học Quân sự. 2011.
2. Trần Như Dương, Ngô Huy Tú. Điều tra nguồn gốc dịch tả tại miền Bắc Việt Nam, 2007 - 2009. Tạp chí Y học dự phòng, 2010, tập 20, số 6 (114), tr.36-45.
3. Nguyễn Văn Kính, Nguyễn Trung Cấp. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng vụ dịch tả năm 2007 - 2009 ở miền Bắc Việt Nam. Tạp chí Y - Dược học Quân sự. 2011. tập 36 (4), tr.108-112.
4. Lương Thị Quỳnh Nga. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng ở BN tả được điều trị tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện 103 (2007 - 2010). Luận văn Thạc sỹ Y học. 2011.
5. Muhamad T, Murtara et al. Massive fluid requirements and an unusual BUN/creatinine ratio for pre-renal failure in patients with cholera. 2009, Plos one 4 (10).
6. WHO. Weekly epidemiological record 2009; July 2009, 84th year 2009, N^o 31. 84, pp. 309-329. <http://www.who.int/wer/2009>.

