

## KẾT LUẬN

Các triệu chứng cơ năng hay gặp khó thở (100% ở nhóm chứng và 97,1% ở nhóm thử), tăng số lượng đờm (77,4% ở nhóm chứng thấp hơn 97,1% nhóm thử), ran rít, ran ngáy (93,5% ở nhóm chứng và 80% ở nhóm thử).

Phân loại mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT theo Anthonisen, ở nhóm thử có 60% BN ở mức độ nặng cao hơn 54,8% BN nhóm chứng ở mức trung bình ( $p < 0,05$ ).

Số lượng bạch cầu máu ngoại vi tăng trên giá trị bình thường ( $>10 G/l$ ) chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm trong đó nhóm chứng là 74,2% và nhóm thử là 68,6%. Tỷ lệ bệnh nhân có CRP tăng  $\geq 0,5$  mg/dl chiếm đa số ở cả nhóm chứng và nhóm thử theo thứ tự là 67,9 và 82,4%.

Trên phim Xquang, hình ảnh phổi bản có tỷ lệ lần lượt của nhóm chứng và nhóm thử là 27,3% và 34,3%.

Gần 100% bệnh nhân được cấy bệnh phẩm đờm khi vào viện. Tuy nhiên, chỉ 1/5 bệnh nhân có kết quả vi sinh dương tính (20% ở nhóm chứng và 17,1% ở nhóm thử).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease** (2020). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.

2. **Sivapalan P and Jensen J** (2021). "Biomarkers in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Emerging Roles of Eosinophils and Procalcitonin", *J Innate Immun*, 10.

3. **Bafadhel M, Pavord ID và Russell REK** (2017). "Eosinophils in COPD: just another biomarker?", *Lancet Respir Med*, 5(9), 13.

4. **Anthonisen N. R.** (1987). "Antibiotic Therapy in Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease", *Annals of Internal Medicine*, 106(2), 9.

5. **Bộ Y tế** (2018). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Nhà xuất bản Y học.

6. **Nguyễn Mạnh Thắng** (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi sinh trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

7. **Phan Thị Hạnh** (2012). Nghiên cứu mức độ nặng của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.

8. **Nguyễn Hương Giang** (2013). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai năm 2012, Khóa luận Tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

9. **Sapey E. and Stockeyly R.A** (2006). "COPD exacerbation: aetiology", *Thorax*, 6, 9.

10. **Hà Thị Tuyết Trinh** (2015). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phổi Trung ương", Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

11. **Nguyễn Thanh Hiếu** (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến diễn biến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

12. **Vũ Duy Thường** (2008). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi khuẩn gây bệnh trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Luận văn Thạc sĩ Y học Trường Đại học Y Hà Nội.

13. **Đỗ Khánh Linh** (2013). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân gây đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Y học lâm sàng, 407, 6.

14. **Stolz D., Christ Crain M., Morgenthaler N.G. et al** (2007). "Copeptin, C-reactive protein and procalcitonin as prognostic biomarkers in acute exacerbation of COPD", *Chest* 131(4), 10.

## BIẾN CHỨNG CỦA PHƯƠNG PHÁP THẨM PHÂN PHỨC MẠC ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬN GIAI ĐOẠN CUỐI Ở TRẺ EM

ĐÀO TRƯỜNG GIANG<sup>1</sup>, NGUYỄN THU HƯƠNG<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm: Đào Trường Giang  
Email: daotruonggiang1610@gmail.com  
Ngày nhận: 02/8/2021  
Ngày phân biện: 06/9/2021  
Ngày duyệt bài: 14/9/2021

### TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét biến chứng của phương pháp thẩm phân phúc mạc ngoại trú liên tục (TPPM) ở trẻ mắc bệnh thận giai đoạn cuối (BTGD/C) tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

*Phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh.*

*Kết quả: Tuổi bắt đầu thẩm phân phúc mạc là  $9,47 \pm 4,11$  tuổi. Tỷ lệ giới 46,34% nam, 53,66% nữ. Nguyên nhân gây BTGDC tìm được chủ yếu là hội chứng thận hư kháng steroid (19,51%), thận đa nang (7,32%). 58,54% không tìm được nguyên nhân. Thời gian đã thực hiện TPPM trung bình là  $14,83 \pm 13,59$  tháng. Có 29 bệnh nhân (70,73%) với 68 lần phải nhập viện. Nguyên nhân nhập viện chủ yếu do viêm phúc mạc (35,29%), nhiễm trùng đường hầm (17,65%), thiếu máu (14,71%), co giật hạ canxi (5,88%), tăng huyết áp (5,88%). 2 bệnh nhân không tiếp tục TPPM được (4,88%) và 1 bệnh nhân tử vong (2,44%).*

*Kết luận: TPPM có hiệu quả và tỉ lệ tử vong thấp trên bệnh nhân mắc BTGDC. Tỷ lệ bệnh nhân phải nhập viện do biến chứng nhiễm trùng còn cao.*

**Từ khóa:** Thẩm phân phúc mạc, bệnh thận giai đoạn cuối.

#### **SUMMARY**

*Objectives: Evaluate outcomes and complications of Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) in 41 patients with end stage renal disease (ESRD) in Viet Nam Hospital of Children.*

*Method: A case series study. Results: Age start CAPD is  $9.47 \pm 4.11$  year. Male female ratio is 46,3%, 53,7%. The main causes of ESRD was steroid resistant nephrotic syndrome (19.51%), polycystic kidney disease (7.32%). There were 68.3% unknown cause. Average time of CAPD was  $14.83 \pm 13.59$  months. There were 29 patients (70.73%) with 68 hospitalization times. Main cause is peritonitis (35.29%), tunnel infection (17.65%), anemia (14.71%), hypocalcemia induced seizures (5.88%), hypertension (5.88%). 2 patients have stopped CPD (4.88%) and 1 patient was died (2.44%).*

*Conclusions: CAPD is effective in patients with ESRD with low mortality rate. Hospitalization rate with infectious complication were high.*

**Keywords:** Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, End stage renal disease.

#### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh thận mạn là tình trạng bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận kéo dài trên 3 tháng, gây ảnh hưởng tới sức khỏe<sup>[1]</sup>. Bệnh thường tiến triển thành bệnh thận giai đoạn cuối, nếu không được điều trị thay thế thận sẽ dẫn đến tử vong. Có ba phương pháp điều trị

thay thế thận là ghép thận, lọc máu hoặc thẩm phân phúc mạc. Trong đó, ghép thận là phương pháp ưu điểm nhất nhưng khó thực hiện do nguồn cho thận còn hạn chế. Hiện nay, TPPM là phương pháp được ưu tiên lựa chọn cho bệnh nhi do kỹ thuật thực hiện dễ hơn, chi phí thấp hơn, bệnh nhân ít cần hạn chế dịch, ít phụ thuộc vào bệnh viện. Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng, đặc biệt là nhiễm trùng còn cao.

Mặc dù được áp dụng từ năm 2004 nhưng số lượng nghiên cứu về TPPM điều trị BTGDC cho trẻ em ở Việt Nam nói chung và Bệnh viện Nhi Trung ương nói riêng chưa nhiều. Nghiên cứu gần đây nhất về vấn đề này tại Bệnh viện Nhi Trung ương là năm 2013<sup>[2]</sup>. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu nhận xét biến chứng của phương pháp TPPM điều trị trẻ mắc BTGDC tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

#### **ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

##### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

Tất cả những trẻ mắc BTGDC được điều trị bằng TPPM, tái khám định kỳ tại khoa và Phòng khám khoa Thận - Lọc máu - Bệnh viện Nhi Trung ương 7/2020 - 7/2021.

##### **Tiêu chuẩn loại trừ**

Trẻ tự ý bỏ điều trị, không theo dõi định kỳ theo hẹn.

##### **Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả loạt trường hợp bệnh.

##### **Cỡ mẫu**

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

##### **Phương pháp xử lý số liệu**

Biến số định tính: Xử lý trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

Biến số định lượng: Xử lý trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, so sánh tương quan với kiểm định chi bình phương.

#### **KẾT QUẢ**

Từ tháng 7/2020 đến tháng 7/2021 thu thập được 41 bệnh nhân.

##### **1. Đặc điểm chung**

Tuổi trung bình bắt đầu TPPM là  $9,47 \pm 4,11$  tuổi. Thời gian đã thực hiện TPPM trung bình là  $14,83 \pm 13,59$  tháng với 51,22% bệnh nhân được TPPM dưới 12 tháng, 48,78% được TPPM  $\geq 12$  tháng. Tỷ lệ giới là 46,34% nam, 53,66% nữ.

Nguyên nhân gây BTGDC tìm được chủ yếu là hội chứng thận hư kháng steroid (19,51%), thận đa nang (7,32%). Có 58,54% không tìm được nguyên nhân.

Biến chứng

Bảng 1. Tương quan giữa thời gian TPPM và tỷ lệ nhập viện

	Không nhập viện		Nhập viện		Tổng		p
	N	%	N	%	N	%	
TPPM <12 tháng	5	12,2	16	39,02	21	51,22	0,265
TPPM ≥12 tháng	8	19,51	12	29,27	20	48,78	
Tổng	12	31,71	29	68,29	41	100	

Có 29 bệnh nhân (70,73%) phải nhập viện với 68 lần trong thời gian theo dõi 1 năm. Số lần nhập viện trung bình là  $2,38 \pm 1,27$  lần, cao nhất là 5 lần, thấp nhất là 1 lần. Tổng thời gian nằm viện trung bình của nhóm này là  $20,45 \pm 15,61$  ngày, thấp nhất là 2 ngày và cao nhất là 60 ngày.

Bảng 2. Nguyên nhân nhập viện

Nguyên nhân nhập viện	N	%
Viêm phúc mạc	24	35,29
Nhiễm trùng đường hầm	12	17,65
Thiếu máu	10	14,71
Co giật hạ canxi	4	5,88
Tăng huyết áp	4	5,88
Viêm phế quản phổi	4	5,88
Tăng Kali	3	4,41
Nhiễm trùng chân ống	2	2,94
Mổ đặt lại catheter	1	1,47
Nhiễm khuẩn huyết	1	1,47
Phù phổi cấp	1	1,47
Suy tim do quá tải dịch	1	1,47
Tràn dịch màng ngoài tim	1	1,47

Nguyên nhân nhập viện chủ yếu do viêm phúc mạc (35,29%), nhiễm trùng đường hầm (17,65%), thiếu máu (14,71%), co giật hạ canxi (5,88%), tăng huyết áp (5,88%).

Có 15 bệnh nhân phải nhập viện do viêm phúc mạc với tổng số 24 lần. Tỷ lệ các đợt viêm phúc mạc là 0,58 đợt/ bệnh nhân - năm. Trong nhóm này, 13,33% bệnh nhân thuộc độ tuổi <5 tuổi, 46,67% thuộc nhóm 5 - 9 tuổi và 40% thuộc nhóm 10 - 14 tuổi.

Nguyên nhân của các đợt viêm phúc mạc là do *Streptococcus aureus* (29,16%), *Staphylococcus aureus* (8,33%), *Pseudomonas aeruginosa* (4,17%), *Streptococcus mitis* (4,17%), viêm phúc mạc tăng bạch cầu ái toan (4,17%) và 50% không tìm thấy căn nguyên khi cấy dịch màng bụng.

Trong số 7 bệnh nhân với 12 lần nhập viện vì nhiễm trùng đường hầm, có 16,67% do *Streptococcus aureus*, 8,33% do *Burkholderia cepacia*, 75% không tìm thấy căn nguyên.

Có 3 bệnh nhân (7,32%) phải mổ đặt lại catheter TPPM, 1 bệnh nhân (chiếm 2,44%)

phải chuyển sang chạy thận nhân tạo và 1 bệnh nhân (2,44%) tử vong.

### BÀN LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân phải nhập viện trong 1 năm theo dõi là cao với 70,73%. Khi đánh giá tương quan thì thấy tỷ lệ nhập viện không phụ thuộc vào thời gian bệnh nhân đã được TPPM.

Những bệnh nhân nhập viện chủ yếu liên quan đến biến chứng nhiễm trùng như viêm phúc mạc hay nhiễm trùng đường hầm. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Prasad hay Aksu<sup>[3,4]</sup> khi thấy rằng biến chứng nhiễm trùng là nguyên nhân hàng đầu khiến bệnh nhân phải nhập viện cũng như khiến TPPM thất bại.

Tỷ lệ các đợt viêm phúc mạc là 0,58 đợt/ bệnh nhân - năm, cao hơn so với các nghiên cứu tới từ Hy Lạp (0,069)<sup>[5]</sup>, Hàn Quốc (0,43)<sup>[6]</sup> nhưng thấp hơn so với nghiên cứu từ Úc (0,71)<sup>[7]</sup>. Các nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ viêm phúc mạc được báo cáo rất khác nhau ở các quốc gia.

*Streptococcus aureus* là căn nguyên hàng đầu gây viêm phúc mạc và nhiễm trùng đường hầm trong nghiên cứu của chúng tôi, tương đồng với nghiên cứu của Hà Mạnh Tuấn<sup>[8]</sup> nhưng khác với nghiên cứu của Saeed<sup>[9]</sup> chủ yếu do *Staphylococcus aureus* hay nghiên cứu của Prasad<sup>[3]</sup> chủ yếu do *E.coli*. Sự khác biệt này có thể do phân bố vi khuẩn khác nhau giữa các địa phương.

Tỷ lệ bệnh nhân tiếp tục thực hiện TPPM trong 1 năm theo dõi rất cao với 95,12%, cao hơn nghiên cứu của Hà Mạnh Tuấn với 85%<sup>[8]</sup> và cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Lương Thị Phượng năm 2013 với 54,5%<sup>[2]</sup>. Tỷ lệ bệnh nhân tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi (2,44%) thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Prasad với 31,8%<sup>[3]</sup>. Có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn thấp hoặc do phần lớn (80,5%) bệnh nhân mới thực hiện TPPM dưới 24 tháng nên tỷ lệ thất bại và tỷ lệ tử vong thấp hơn.

### KẾT LUẬN

Tóm lại, chúng tôi thấy rằng TPPM vẫn là phương pháp hiệu quả đối với bệnh nhi mắc BTGDC với tỷ lệ thất bại cũng như tỷ lệ tử vong thấp. Mặc dù vậy, cần tăng cường các biện pháp để hạn chế biến chứng nhiễm trùng.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. KDIGO (2013). "KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease".
2. Lương Thị Phượng. (2013). "Đánh giá hiệu quả của phương pháp thẩm phân phúc mạc liên tục

ngoại trú cho trẻ suy thận mạn giai đoạn cuối". Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú Đại học Y Hà Nội,

3. **Prasad, N., et al.** (2019). "Long-term outcomes in children on chronic continuous ambulatory peritoneal dialysis: a retrospective cohort study from a developing country". *Pediatr Nephrol*, 34 (11), 2389 - 2397.

4. **Aksu, N., et al.** (2007). "A ten-year single-center experience in children on chronic peritoneal dialysis - significance of percutaneous placement of peritoneal dialysis catheters". *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22 (7), 2045 - 2051.

5. **Dotis, J., et al.** (2016). "Peritonitis in children with automated peritoneal dialysis: a single-center study of a 10-year experience". *Ren Fail*, 38 (7), 1031 - 5.

6. **Lee, K.O., et al.** (2013). "Outcomes of

peritonitis in children on peritoneal dialysis: a 25-year experience at Severance Hospital". *Yonsei Med J*, 54 (4), 983-9.

7. **Bordador, E.B., et al.** (2010). "Epidemiology and outcomes of peritonitis in children on peritoneal dialysis in Australasia". *Pediatr Nephrol*, 25 (9), 1739 - 45.

8. **Hà Mạnh Tuấn, Nguyễn Huỳnh Trọng Thi, Hoàng Thị Diễm Thúy** (2016). "Hiệu quả thẩm phân phúc mạc liên tục ngoại trú trên bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối tại Bệnh viện Nhi đồng 2 từ 1/2013 - 1/2016". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 5 (20),

9. **AlZabli, S.M., et al.** (2021). "Peritonitis in children on peritoneal dialysis: 12 years of tertiary center experience". *International journal of pediatrics & adolescent medicine*, 8 (4), 229 - 235.

## KIẾN THỨC THÁI ĐỘ THỰC HÀNH CỦA BÀ MẸ CHĂM SÓC VÀNG DA SƠ SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

NGUYỄN THỊ BÔNG<sup>1</sup>, NGUYỄN TIẾN DŨNG<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Đại Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kiến thức, thái độ và thực hành và nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, thái độ thực hành của bà mẹ chăm sóc trẻ sơ sinh vàng da tại Khoa Nhi, Bệnh viện Bạch Mai.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 210 bà mẹ có trong độ tuổi sơ sinh tại Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2021 - 30/7/2021.

**Kết quả nghiên cứu:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ các bà mẹ có kiến thức đúng thấp nhất về dấu hiệu nguy hiểm và mức độ nguy hiểm của vàng da sơ sinh lần lượt là 11,43% và 10,48%. Thái độ đúng cao nhất là thái độ về theo dõi tình trạng vàng da của trẻ 100% các bà mẹ đồng ý và rất đồng ý về cần phải theo dõi sát tình trạng vàng da. Tỷ lệ các bà mẹ thực hành đúng về cách phát hiện vàng da rất thấp.

**Kết luận:** Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đạt, thái độ tích cực và thực hành đúng về chăm sóc trẻ sơ sinh vàng da lần lượt là 52,38%, 70,48% và 58,57%.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Bông

Email: Maruko20890@gmail.com

Ngày nhận: 04/8/2021

Ngày phản biện: 08/9/2021

Ngày duyệt bài: 15/9/2021

**Từ khóa:** Bà mẹ, vàng da sơ sinh, khoa nhi Bệnh viện Bạch Mai.

### SUMMARY

**Objectives:** Describe the knowledge attitudes and practice of mothers about neonatal jaundice care at the pediatric department of Bach Mai hospital.

**Patients and methods:** A cross-sectional descriptive study of 210 mothers about neonatal jaundice care at the pediatric department of Bach Mai hospital from 01/2021 -7/2021.

**Result:** Research results show that the percentage of mother with the lowest correct knowledge about danger signs and the danger level of neonatal jaundice is 11.43% and 10.48%, respectively. The highest correct attitude is the attitude about monitoring jaundice in children 100% of mother agree and strongly agree about the need to closely monitor jaundice. The percentage of mother who are aware of how to detect jaundice is very low.

**Conclusion:** The percentage of mother with successful knowledge, positive attitudes and correct practices about neonatal jaundice care was 52.38%; 70.48%; 58.57%, respectively.

**Keywords:** Mother, neonatal jaundice, the pediatric department of Bach Mai hospital.