

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NGỘ ĐỘC CẤP NẶNG Ở TRẺ EM NHẬP VIỆN BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Nguyễn Phan Trọng Hiếu¹, Tạ Văn Trâm², Nguyễn Đức Toàn³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngộ độc cấp là một cấp cứu thường gặp ở trẻ em. Đây cũng là một trong những vấn đề quan trọng tác động đến sự phát triển về thể chất, tinh thần và thậm chí gây tử vong ở trẻ em. Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến ngộ độc cấp nặng nhằm góp phần giúp nhân viên y tế chẩn đoán sớm và nâng cao chất lượng điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát các yếu tố liên quan đến mức độ nặng ở bệnh nhi ngộ độc cấp tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả vừa hồi cứu vừa tiền cứu trên 294 bệnh nhi ngộ độc cấp từ 6/2021 đến 6/2023 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Kết quả:** Tỷ lệ ngộ độc mức độ nặng: cao nhất ở nhóm tuổi > 12 tuổi (25%), nữ cao hơn nam; mức độ nặng cao nhất ở nhóm ngộ độc do cố ý, thấp nhất là nhóm ngộ độc do không cố ý; về nguyên nhân: chất gây nghiện là nguyên nhân gây ngộ độc nặng nhiều nhất (40%), kế đến là nhóm thuốc tân dược (10,2%) và hóa chất (7,2%); Tỷ lệ mức độ nặng cao nhất trong nhóm thời gian nhập viện từ > 12 giờ và không có trường hợp nào mức độ nặng trong nhóm đến bệnh viện < 1 giờ. **Kết luận:** Tỷ lệ ngộ độc nặng ở trẻ em vẫn còn tương đối cao (9,5%). Vì thế, cần thận trọng trong việc bảo quản hóa chất, thuốc men, lưu ý hạn sử dụng của thuốc và sử dụng thuốc đúng theo hướng dẫn của nhân viên y tế; không sử dụng thức ăn để lâu, không rõ nguồn gốc và lưu ý hạn sử dụng với các dạng thức ăn đóng gói hoặc đóng hộp; cần tăng cường giáo dục tác hại chất gây nghiện, quan tâm chăm sóc sức khỏe tinh thần ở trẻ, đặc biệt là trẻ vị thành niên để tránh các trường hợp ngộ độc do tự tử. Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến ngộ độc nặng như nhóm tuổi, hoàn cảnh ngộ độc, nguyên nhân và thời gian nhập viện. Từ đó, cần tuyên truyền giáo dục trong cộng đồng về các tác nhân thường gặp có thể gây ngộ độc cho trẻ, cách sơ cứu và xử trí các tình huống ngộ độc, vai trò của việc đến ngay cơ sở y tế gần nhất khi trẻ bị ngộ độc. **Từ khóa:** bệnh viện nhi đồng 1, ngộ độc cấp, trẻ em, yếu tố liên quan

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH SEVERE ACUTE POISONING IN CHILDREN AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Acute poisoning is a common emergency in children. This is also one of the

important problems that affects physical and mental development and even causes death in children. Research factors related to severe acute poisoning to help medical staff diagnose early and improve treatment quality. **Objectives:** Survey of factors related to severity in pediatric patients with acute poisoning at Children's Hospital 1. **Methods:** Cross-sectional descriptive study, both retrospective and prospective, on 294 pediatric patients with acute poisoning from June 2021 to June 2023 at Children's Hospital 1. **Results:** Severe poisoning rate: highest in age group > 12 years old (25%), women are higher than men; The highest level of severity is in the unintentional poisoning group, the lowest is in the intentional poisoning group; Regarding the cause: narcotics are the cause of the most severe poisoning (40%), followed by drugs (10.2%) and chemicals (7.2%); The severity rate was highest in the group with hospital admission time > 12 hours and there were no cases of severity in the hospital arrival time group < 1 hour. **Conclusion:** The rate of severe poisoning in children is still relatively high (9.5%). Therefore, it is necessary to be careful in preserving chemicals and medicines, pay attention to the expiration date of the medicine and use the medicine according to the instructions of medical staff; Do not use food that has been stored for a long time or of unknown origin and pay attention to the expiration date on packaged or canned foods; It is necessary to increase education about the harmful effects of narcotics and pay attention to mental health care in children, especially adolescents, to avoid cases of poisoning due to suicide. Some risk factors related to severe poisoning include age group, circumstances of poisoning, cause and time of hospitalization. From there, it is necessary to propagate and educate the community about common agents that can cause poisoning in children, how to provide first aid and handle poisoning situations, and the role of immediately going to the nearest medical facility when Children are poisoned. **Keywords:** children's hospital 1, poisoning, children, risk factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngộ độc cấp (NĐC) là một cấp cứu thường gặp ở trẻ em do nhiều nguyên nhân gây ra. Đây cũng là một trong những vấn đề quan trọng tác động đến sự phát triển về thể chất, tinh thần và thậm chí gây tử vong ở trẻ em không chỉ ở nước ta mà còn ở các nước phát triển khác[6]. Theo báo cáo năm 2020 của Hiệp hội các Trung tâm Chống độc Hoa Kỳ (AAPCC), có 2128198 ca nhiễm độc tại Hoa Kỳ, cứ mỗi 15 giây trôi qua sẽ có một bệnh nhân bị phơi nhiễm với chất độc, có 4488 ca tử vong (0,21%), trong đó có trẻ em dưới 5 tuổi chiếm 42% tổng số ca phơi nhiễm, tỉ

¹Đại học Trà Vinh

²Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

³Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phan Trọng Hiếu

Email: drtronghieu@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024

lệ tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi trên tổng số ca tử vong là 1,27%[5]. Tại Việt Nam, một nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 trên 1025 trẻ nhập viện do NĐC từ 1997-2001 của tác giả Nguyễn Thị Kim Thoa cho thấy: NĐC thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi (52,5%), nam nhiều hơn nữ, đường tiêu hóa là đường ngộ độc phổ biến nhất (73%); tác nhân khá đa dạng gồm thuốc 47,2%, không do thuốc 41,2%, thức ăn 10,7%; tỉ lệ tử vong 1,3%, di chứng 0,2%[3]. Tại khu vực phía Bắc, tác giả Long Nary nghiên cứu trên 258 trẻ nhập viện vì ngộ độc cấp thì có 8,6% trẻ nặng tử vong[1]. Một nghiên cứu khác của tác giả Nguyễn Tân Hùng tại bệnh viện Nhi Trung Ương cho thấy tỉ lệ tử vong do ngộ độc còn cao 8,5%, một số yếu tố liên quan đến tử vong do ngộ độc bao gồm hoàn cảnh ngộ độc, tác nhân ngộ độc, địa dư và mức độ nặng tại thời điểm nhập viện[2].

Tại miền Nam nói chung và tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 nói riêng có một số đề tài nghiên cứu về ngộ độc cấp ở trẻ em, tuy nhiên thời gian nghiên cứu đã rất lâu, cũng như chưa quan tâm đến các yếu tố liên quan đến ngộ độc cấp nặng. Vì thế để có một cái nhìn toàn diện hơn chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu khảo sát các yếu tố liên quan đến mức độ nặng nặng ở bệnh nhi ngộ độc cấp tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả trẻ đến khám tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 6/2022 đến 6/2023 được chẩn đoán ngộ độc cấp.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhi được chẩn đoán ngộ độc cấp khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn:

- + Có bằng chứng tiếp xúc với độc chất.
- + Có biểu hiện lâm sàng của ngộ độc cấp.
- + Xét nghiệm độc chất trực tiếp hoặc gián tiếp dương tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: sốc phản vệ hoặc dị ứng, ngộ độc mạn tính, cơn trùng đột hoặc rắn cắn, thiếu thông tin trên hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn ngộ độc nặng: đánh giá theo thang điểm phân độ ngộ độc PSS (Poisoning Severity Score) được đưa ra bởi Hiệp Hội Các Trung Tâm Chống Độc Và Các Nhà Ngộ Độc Lâm Sàng Châu Âu EAPCCT (Europe Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologist)[4].

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả vừa hồi cứu vừa tiến cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 6/2021 đến tháng 6/2023 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, 294 trẻ thỏa tiêu chuẩn

chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Khảo sát các yếu tố liên quan đến mức độ nặng nặng ở bệnh nhi ngộ độc cấp tại Bệnh viện Nhi Đồng 1

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Các bước thu thập:

+ Hồi cứu: tra cứu hồ sơ bệnh án, thu thập số liệu dựa trên mẫu bệnh án điều tra thống nhất.

+ Tiến cứu: thu thập số liệu dựa trên mẫu bệnh án điều tra thống nhất tại thời điểm nhập viện và xuất viện.

Xử lý số liệu: Các số liệu được phân tích theo phương pháp thống kê y học, trên chương trình SPSS 22.0. Khảo sát mối liên quan bằng phân tích hồi qui Logistic.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 28 bệnh nhi ngộ độc nặng trong tổng số 294 mẫu nghiên cứu đủ tiêu chuẩn chọn mẫu tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 6/2021 đến 6/2023 và tiến hành phân tích mối liên quan giữa các yếu tố và các bệnh nhi ngộ độc nặng ghi nhận được kết quả như sau:

Bảng 2. Liên quan giữa tỉ lệ mức độ nặng và nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Ngộ độc nặng (n=28)		P	OR (KTC 95%)
	Tần số	Tỉ lệ (%)		
< 1 tuổi (n=29)	1	3,4		1,0 (tham chiếu)
1-3 tuổi (n=110)	4	3,6	0,961 ^b	1,057 (0,114-9,831)
3 – 6 tuổi (n=65)	2	3,1	0,961 ^b	0,889 (0,077-10,212)
7- 12 tuổi (n=22)	4	18,2	0,114 ^b	6,222 (0,643-60,221)
>12 tuổi (n=68)	17	25	0,034	9,333 (1,179-73,877)

^bPhân tích hồi qui Logistic đơn biến

Nhận xét: - Tỉ lệ ngộ độc mức độ nặng cao nhất ở nhóm tuổi > 12 tuổi; chiếm 25%, kể đến là nhóm 7-12 tuổi với 18,2%

- Nhóm tuổi >12 tuổi có nguy cơ mức độ nặng cao hơn so với nhóm tuổi khác, với KTC (Khoảng tin cậy) 95%, p < 0,05 thông qua phân tích hồi qui Logistic đơn biến.

Bảng 3. Liên quan giữa tỉ lệ mức độ nặng và giới

Giới tính	Ngộ độc nặng (n=28)		P	OR (KTC 95%)
	Tần số	Tỉ lệ (%)		
Nam (n = 152)	12	7,9	0,327 ^b	1,0 (tham chiếu)

Nữ (n = 142)	16	11,2	1,481 (0,675-3,252)
-----------------	----	------	------------------------

^bPhân tích hồi qui Logistic đơn biến

Nhận xét: Tỷ lệ ngộ độc cấp mức độ nặng ở trẻ nữ cao hơn trẻ nam, tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4. Liên quan giữa tỉ lệ mức độ nặng vong và địa dư

Địa dư	Ngộ độc nặng (n=28)		P	OR (KTC 95%)
	Tần số	Tỉ lệ (%)		
TP.Hồ Chí Minh (n=197)	18	9,1	0,748 ^b	1,0 (tham chiếu)
Khác (n=97)	10	10,3		1,143 (0,506-2,581)

^bPhân tích hồi qui Logistic đơn biến

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ mức độ nặng đa phần đến từ khu vực các tỉnh. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5. Liên quan giữa tỉ lệ mức độ nặng và hoàn cảnh ngộ độc

Hoàn cảnh ngộ độc	Ngộ độc nặng (n=28)		P	OR (KTC 95%)
	Tần số	Tỉ lệ (%)		
Không cố ý (n=239)	10	4,2	<0,001 ^b	1,0 (tham chiếu)
Cố ý (n=50)	17	34		11,797 (4,981-27,938)
Đầu độc (n=5)	1	20		5,725 (0,585-56,025)

^bPhân tích hồi qui Logistic đơn biến

Nhận xét: - Tỷ lệ mức độ nặng cao nhất ở nhóm ngộ độc do cố ý, thấp nhất là nhóm ngộ độc do không cố ý.

- Có 1 ca bị đầu độc mức độ nặng trong tổng số 5 trường hợp trong nhóm này.

- Khả năng mức độ nặng của nhóm ngộ độc do cố ý và đầu độc cao gấp khoảng 11 lần so với nhóm không cố ý.

- Hoàn cảnh ngộ độc do cố ý và đầu độc gây tăng khả năng ngộ độc mức độ nặng và có mối liên quan giữa ngộ độc cố ý và tỉ lệ mức độ nặng với KTC 95%, $p < 0,05$ thông qua phân tích hồi qui Logistic đơn biến.

Bảng 6. Liên quan giữa tỉ lệ mức độ nặng và nguyên nhân ngộ độc

Nguyên nhân ngộ độc	Ngộ độc nặng (n=28)		P	OR (KTC 95%)
	Tần số	Tỉ lệ (%)		
Hóa chất (n=124)	9	7,25		1,0 (tham chiếu)

Thuốc tân dược (n=147)	15	10,2	0,397 ^b	1,452 (0,612-3,443)
Chất gây nghiện (n=10)	4	40	0,003 ^b	8,519 (2,027-35,795)
Thực phẩm (n=13)	0	0	0	0

^bPhân tích hồi qui Logistic đơn biến

Nhận xét: - Tỷ lệ mức độ nặng trong nhóm thuốc tân dược là chất gây nghiện là cao nhất, kể đến là nhóm thuốc tân dược và hóa chất.

- Không có trường hợp ngộ độc thực phẩm nào mức độ nặng.

- Ngộ độc trong nhóm thuốc tân dược và chất gây nghiện có mức độ nặng hơn so với nhóm ngộ độc hóa chất, trong đó ngộ độc do chất gây nghiện có liên quan với tỉ lệ diễn tiến nặng với KTC 95%, $p < 0,05$ thông qua phân tích hồi qui Logistic đơn biến.

Bảng 7. Liên quan giữa tỉ lệ mức độ nặng và thời gian nhập viện

Thời gian nhập viện	Ngộ độc nặng (n=28)		P	OR (KTC 95%)
	Tần số	Tỉ lệ (%)		
< 1 giờ (n=35)	0	0	<0,19 ^b	1,0 (tham chiếu)
1-6 giờ (n=202)	15	7,4		
6 - 12 giờ (n=31)	4	12,9		2,193 (0,678-7,086)
> 12 giờ (n=26)	9	34,6	<0,001 ^b	7,835 (2,993-20,512)

^bPhân tích hồi qui Logistic đơn biến

Nhận xét:- Tỷ lệ mức độ nặng cao nhất trong nhóm thời gian nhập viện từ > 12 giờ.

- Không có trường hợp nào mức độ nặng trong nhóm đến bệnh viện < 1 giờ.

- Thời gian nhập viện >12 làm tăng mức độ nặng với KTC 95%, $p < 0,05$ thông qua phân tích hồi qui Logistic đơn biến.

IV. BÀN LUẬN

Thông qua phân tích, chúng tôi ghi nhận nhóm tuổi, hoàn cảnh ngộ độc, nguyên nhân và thời gian nhập viện liên quan tỉ lệ mức độ nặng; giới tính và địa dư không liên quan đến tỉ lệ này.

Liên quan giữa tỉ lệ mức độ nặng và nhóm tuổi. Trong nhóm bệnh nhân có tình trạng nặng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy tỉ lệ cao nhất ở nhóm >12 tuổi, chiếm 25% và tỉ lệ này thấp ở những nhóm tuổi nhỏ. Mối liên quan về tỉ lệ mức độ nặng với nhóm tuổi >12 tuổi là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi khác so với tác giả Nguyễn Tân Hùng[2] cho thấy tỉ lệ mức độ nặng-tử vong cao nhất ở nhóm tuổi 3-5 tuổi (44%) và tác giả

này cũng chỉ ra không có mối liên quan giữa tuổi và ngộ độc nặng bằng kiểm định Chi bình phương với $p > 0,05$. Sự khác biệt này có thể liên quan đến sự khác nhau về hoàn cảnh ngộ độc, nguyên nhân ngộ độc trong 2 nhóm nghiên cứu.

Theo báo cáo của AAPCC 2020 cũng cho kết quả tương đồng với chúng tôi, với tỉ lệ mức độ nặng cao nhất trong nhóm tuổi vị thành niên 13-19 tuổi với 4884 trường hợp (2,85%)[5].

Đa phần ngộ độc trong nhóm tuổi này do tự tử, sau khi tự đầu độc mình trẻ giấu giếm người nhà, nên thường được phát hiện muộn dẫn đến tình trạng nặng khi nhập viện.

Liên quan giữa tỉ lệ mức độ nặng và giới tính. Về giới tính, tỉ lệ trẻ nữ mức độ nặng (11,2%) cao hơn trẻ nam (7,9%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Theo báo cáo của AAPCC 2020 cũng cho thấy, sự khác nhau về mức độ nặng-tử vong ở 2 giới là không đáng kể: trong nhóm < 19 tuổi, có 51 trẻ nam tử vong trong số 600027 trẻ nam phơi nhiễm chất độc và 45 trẻ nữ tử vong trong số 577053 trẻ nữ phơi nhiễm[5]. Có thể giải thích rằng trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ mức độ nặng thường ở nhóm trẻ lớn, trong nhóm này hoàn cảnh ngộ độc thường tự tử, độ tuổi này trẻ nữ thường có xu hướng thay đổi nhiều hơn về tâm sinh lý vì thế có tỉ lệ tự tử cao hơn.

Liên quan giữa tỉ lệ mức độ nặng và địa dư. Tỉ lệ mức độ nặng cao trong nhóm bệnh nhi đến từ khu vực tỉnh cao hơn nhóm bệnh nhi ở TP.Hồ Chí Minh. Sự khác biệt giữa 2 nhóm này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Có thể lý giải do bệnh nhân đến từ tỉnh thường là những bệnh nhân ngộ độc nặng trước đó được chuyển tuyến đến BV Nhi Đông 1 hoặc nếu bệnh nhân tự đến thì do mất đi thời gian di chuyển bỏ qua thời gian vàng trong loại bỏ chất độc dẫn đến có tình trạng nặng hơn.

Liên quan giữa tỉ lệ mức độ nặng và hoàn cảnh ngộ độc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ mức độ nặng cao nhất trong nhóm ngộ độc do cố ý (34%), có 1 bệnh nhân mức độ nặng trong tổng số 5 bệnh nhi bị đầu độc và chỉ có 4,2% trẻ trong nhóm ngộ độc do không cố ý mức độ nặng. Mối liên quan giữa nhóm ngộ độc do cố ý và tỉ lệ mức độ nặng là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với báo cáo của AAPCC 2020, tỉ lệ mức độ nặng-tử vong cao nhất ở nhóm ngộ độc do cố ý với 35122 ca (9,04%)[5].

Khi trẻ tự đầu độc bản thân thường che giấu và người nhà chỉ phát hiện khi đã có triệu chứng tổn thương cơ quan, nên thường sẽ nhập viện trong tình trạng nặng hơn so với các trường hợp

khác.

Với các trường hợp đầu hợp đầu độc, mức độ nặng có thể tùy thuộc vào chất độc và liều lượng mà người muốn làm hại trẻ sử dụng. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tân Hùng[2] cho thấy tỉ lệ nặng-tử vong chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm này chiếm 57,9%, kể đến là ngộ độc do không cố ý 5,2% và không có trường hợp mức độ nặng-tử vong trong nhóm ngộ độc do cố ý.

Liên quan giữa tỉ lệ mức độ nặng và nguyên nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ mức độ nặng cao nhất là nhóm chất gây nghiện, có 4/10 (40%) trường hợp trong nhóm này nhập viện ở mức độ nặng, kể đến là nhóm thuốc tân dược (10,2%), hóa chất (7,25%) và không có trường hợp nào nặng trong nhóm ngộ độc thực phẩm. Mối liên quan giữa mức độ nặng và ngộ độc chất gây nghiện là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác so với tác giả Nguyễn Tân Hùng toàn[2] bộ 25/294 (8,6%) trường hợp mức độ nặng-tử vong đều nằm trong nhóm ngộ độc hóa chất. Mặc dù có khác nhau về khả năng gây độc và tổn thương cơ quan giữa các nhóm nguyên nhân, tuy nhiên nếu phơi nhiễm với liều lượng lớn và không được phát hiện và điều trị kịp thời đều có khả năng diễn tiến xấu.

Báo cáo của Hiệp hội Các trung tâm chống độc Hoa Kỳ AAPCC năm 2020 cho thấy các nguyên nhân gây ngộ độc dẫn đến tử vong ở trẻ em khác nhau theo từng nhóm tuổi: trong nhóm <5 tuổi nhóm thuốc giảm đau chiếm tỉ lệ cao nhất (25%), kể đến là nhóm khói-hơi-khí độc với 22,5%; nhóm 6-12 tuổi thì nhóm khói-hơi-khí độc cao nhất với 60%; nhóm 13-19 tuổi đa phần do các nhóm thuốc với thuốc giảm đau chiếm tỉ lệ 55,1%, kể đến là thuốc chống trầm cảm (7,5%) và thuốc không rõ nguồn gốc (7,5%)[5].

Liên quan giữa tỉ lệ mức độ nặng và thời gian nhập viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trẻ nào mức độ nặng trong nhóm nhập viện sớm <1 giờ và tỉ lệ mức độ nặng cao nhất ở nhóm nhập viện trễ >12 giờ (34,6%), kể đến nhóm 6-12 giờ (12,9%), 1-6 giờ (7,4%). Mối liên quan giữa nhóm nhập viện >12 giờ và tỉ lệ mức độ nặng là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Từ đó thấy được khi trẻ nhập viện càng muộn, độc chất đã ngấm sâu vào các cơ quan bỏ qua giờ vàng để loại bỏ sớm độc chất dẫn đến tỉ lệ mức độ nặng cao.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả không đồng nhất với tác giả Nguyễn Tân Hùng[2]. Tác giả này cho thấy có 8/294 bệnh nhân đến trong giờ đầu và trong nhóm này có 6 bệnh nhân tử vong, chiếm tỉ lệ 75% cao nhất trong tổng số bệnh nhân

mức độ nặng được báo cáo. Sự khác biệt này có thể do những bệnh nhân trên tiếp xúc với chất độc tính cao và lượng lớn nên dù đến bệnh viện rất sớm nhưng vẫn không qua khỏi.

Tương đồng với kết quả của chúng tôi, báo cáo của AAPCC 2020 cho thấy tỉ lệ bệnh nhân mức độ nặng sẽ tăng tỉ lệ thuận với thời gian tác dụng của độc chất: <2 giờ (3,77%); 2-8 giờ (13,43%); 8-24 giờ (22,72%); 24-72 giờ (30,18%)[5].

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ ngộ độc nặng ở trẻ em vẫn còn tương đối cao (9,5%). Vì thế cần thận trọng trong việc bảo quản hóa chất, thuốc men, lưu ý hạn sử dụng của thuốc và sử dụng thuốc đúng theo hướng dẫn của nhân viên y tế; không sử dụng thức ăn để lâu, không rõ nguồn gốc và lưu ý hạn sử dụng với các dạng thức ăn đóng gói hoặc đóng hộp; cần tăng cường giáo dục tác hại chất gây nghiện, quan tâm chăm sóc sức khỏe tinh thần ở trẻ, đặc biệt là trẻ vị thành niên để tránh các trường hợp ngộ độc do tự tử. Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến ngộ độc nặng như nhóm tuổi, hoàn cảnh ngộ độc, nguyên nhân và thời gian nhập viện. Từ đó, cần tuyên truyền giáo

dục trong cộng đồng về các tác nhân thường gặp có thể gây ngộ độc cho trẻ, cách sơ cứu và xử trí các tình huống ngộ độc, vai trò của việc đến ngay cơ sở y tế gần nhất khi trẻ bị ngộ độc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Long Nary.** Nhận xét tình hình ngộ độc cấp ở trẻ em tại viện Nhi Quốc gia trong 4 năm. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội. 2002.
2. **Nguyễn Tân Hùng.** Nguyên Nhân Và Kết Quả Điều Trị Ngộ Độc Cấp Trẻ Em Tại Bệnh Viện Nhi Trung Ương Giai Đoạn 2017-2020. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội. 2020.
3. **Nguyễn Thị Kim Thoa.** Đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng ngộ độc cấp trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng I từ 1997-2001. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II. Đại học Y dược TPHCM. 2002.
4. **Persson H E, Sjöberg G K, Haines J A, et al.** Poisoning severity score. Grading of acute poisoning. J Toxicol Clin Toxicol, . 36 (3). 1998. pp 205-213.
5. **Gummin, David D., Mowry J.B., Beuhler M.C., et al.** 2020 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 38th Annual Report. Clinical Toxicology. 59 (12). 2021. pp 1282-1501.
6. **Peden M. O.K., Ozanne-smith J. et al.** World Report on Child Injury Prevention. WHO & UNICEF. 2008. pp 123-142.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM KIỂU HÌNH HEN PHẾ QUẢN TRẺ EM LIÊN QUAN ĐẾN SỐ LƯỢNG BẠCH CẦU ÁI TOAN TRONG MÁU

Nguyễn Thị Bảo Xuyên¹, Đỗ Hoàng Long²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hen phế quản (HPQ) là một bệnh lý không đồng nhất, với biểu hiện lâm sàng, tiến triển bệnh và đáp ứng điều trị khác nhau trên từng nhóm cá thể. Từ đó, việc phân loại chính xác thể lâm sàng của hen phế quản ngày càng trở lên hết sức quan trọng. Bạch cầu ái toan (BCAT) trong máu cũng là một trong những yếu tố quan trọng tham gia vào cơ chế bệnh sinh của HPQ và góp phần phân loại kiểu hình HPQ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả một số đặc điểm kiểu hình HPQ ở trẻ em >5 tuổi liên quan đến số lượng bạch cầu ái toan trong máu ngoại vi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Với phương pháp chọn mẫu thuận tiện, 51 bệnh nhi HPQ >5 tuổi được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ được chọn vào trong nghiên cứu mô tả cắt ngang. Trong đó một số đặc điểm kiểu hình HPQ được khảo sát theo 4 nhóm bệnh nhi có số lượng

BCAT trong máu khác nhau (<300 tế bào/ μ L, 300-500 tế bào/ μ L, 500-1000 tế bào/ μ L và >1000 tế bào/ μ L) là tuổi trung bình, tuổi khởi phát HPQ, giới tính, BMI, tiền sử bản thân dị ứng, tiền sử gia đình HPQ/dị ứng và độ nặng HPQ. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 7,47 \pm 2,61 (nam chiếm tỷ lệ 68,6%). Số lượng bạch cầu ái toan trung bình là 525,9 \pm 508,7 tế bào/ μ L, trong đó có 64,7% bệnh nhi HPQ có tăng bạch cầu ái toan. Các nhóm bệnh nhi HPQ có số lượng BCAT khác nhau đều có một số đặc điểm kiểu hình đặc trưng. Trong đó, với ngưỡng 300 tế bào/ μ L thì số lượng bạch cầu ái toan tăng tỷ lệ thuận với mức độ nặng của cơn hen phế quản (p =0,023). Đồng thời, tăng số lượng bạch cầu ái toan cũng có liên quan đến tiền sử gia đình HPQ/dị ứng của bệnh nhi (p=0,042). **Kết luận:** Bệnh nhi HPQ có tăng bạch cầu ái toan chiếm tỷ lệ cao. Tăng bạch cầu ái toan có thể là chất chỉ điểm giúp phân loại kiểu hình HPQ và dự đoán độ nặng của cơn hen phế quản. **Từ khóa:** Hen phế quản, bạch cầu ái toan, kiểu hình HPQ.

SUMMARY

SOME CHARACTERISTICS PHENOTYPES OF ASTHMA IN CHILDREN ASSOCIATED WITH PERIPHERAL BLOOD EOSINOPHILS

Background: Bronchial asthma is a heterogeneous disease, with clinical manifestations,

¹Trường Đại học Trà Vinh

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bảo Xuyên

Email: nguyenthibaoyxuyen116@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024