

- và điều trị nôn và buồn nôn của ondansetron với dexamethason sau mổ nội soi phụ khoa. 2011, Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Minh Hải.** So sánh tác dụng dự phòng buồn nôn và nôn của ondansetron và metoclopramid sau phẫu thuật nội soi ổ bụng. 2011, Luận văn thạc sỹ y khoa Học viện Quân y.
 - Elhakim, M., et al.,** Dexamethasone 8 mg in combination with ondansetron 4 mg appears to be the optimal dose for the prevention of nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy. *Can J Anaesth*, 2002. 49(9):922-6.
 - Gan, T.J.,** Risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg*, 2006. (6):1884-98.
 - Bhattarai, B., S. Shrestha, and J. Singh,** Comparison of ondansetron and combination of ondansetron and dexamethasone as a prophylaxis for postoperative nausea and vomiting in adults undergoing elective laparoscopic surgery. *J Emerg Trauma Shock*, 2011. 4(2):168-72.
 - Apfel, C.C., et al.,** A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *N Engl J Med*, 2004. 350(24):2441-51.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM DẠ DÀY RUỘT TĂNG BẠCH CẦU ÁI TOAN Ở TRẺ EM

Nguyễn Thị Thu Hiền^{1,2}, Nguyễn Lợi², Nguyễn Thị Việt Hà^{1,2}

TÓM TẮT

Viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan là bệnh viêm mạn tính có thâm nhiễm bạch cầu ái toan ở đường tiêu hóa. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan ở trẻ em. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh được tiến hành trên 61 trẻ em mắc viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/07/2023 đến 31/03/2024. **Kết quả:** Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng (75,4%), thay đổi tính chất phân (49,2%) và sụt cân (39,3%). Tỷ lệ các biến chứng xuất huyết tiêu hóa và thủng ruột lần lượt là 16,4% và 6,6%. Tổn thương trên nội soi thường gặp là xung huyết, lằn sần hạt, đốm đỏ và loét. Tăng bạch cầu ái toan máu ngoại vi được quan sát thấy ở 31 bệnh nhân (50,8%). Tăng IgE máu và calprotectin phân chiếm tỷ lệ lần lượt là 56,8% và 24,1%. 8,6% có hình ảnh nội soi bình thường nhưng thâm nhiễm bạch cầu ái toan trên mô bệnh học. 13% bệnh nhân viêm thâm nhiễm bạch cầu ái toan đồng thời nhiều vị trí trên đường tiêu hóa. **Từ khóa:** Viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan, trẻ em, nội soi, mô bệnh học.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF EOSINOPHILIC GASTROINTESTINAL DISORDERS BEYOND EOSINOPHILIC ESOPHAGITIS IN CHILDREN

Eosinophilic gastrointestinal disorders beyond eosinophilic esophagitis are a group of rare diseases characterized by the infiltration of eosinophils in the gastrointestinal tract. **Aim:** To describe the clinical and subclinical characteristics of children with

eosinophilic gastrointestinal disorders beyond eosinophilic esophagitis. **Materials and methods:** A retrospective and prospective study was conducted on 61 children diagnosed with eosinophilic gastrointestinal disorders beyond eosinophilic esophagitis at the National Children's Hospital from July 2023 to March 2024. **Results:** The common symptoms were abdominal pain (75.4%), abnormal stool (49.2%) and weight loss (39.3%). Rate of gastrointestinal bleeding and perforation complications was 16.4% and 6.4%, respectively. Peripheral eosinophilia accounted for 50.8%. Prevalence of elevated level of IgE and calprotectin was 56.8% and 24.1%, respectively. 13% children had multi-site eosinophilic inflammation. Endoscopic and histologic findings were discordant in 8.6%. The most common endoscopy findings were erythema, nodularity, red spots and ulcerations. **Keywords:** Eosinophilic gastrointestinal disorders beyond eosinophilic esophagitis, children, endoscopy, histology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan (EGID) là bệnh viêm mạn tính, qua trung gian miễn dịch được đặc trưng về lâm sàng bởi các triệu chứng rối loạn chức năng đường tiêu hóa và mô bệnh học có tình trạng viêm dạ dày, ruột non, hoặc đại tràng bạch cầu ái toan chiếm ưu thế.⁵ Viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan là nhóm bệnh hiếm gặp có thể ảnh hưởng đến mọi lứa tuổi. Ngày nay số trẻ mắc bệnh có xu hướng tăng dần. Bệnh không có dấu ấn sinh học đặc trưng, chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào lâm sàng, nội soi và mô bệnh học, sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác có thể gây tăng bạch cầu ái toan ở ống tiêu hóa.⁵ Chẩn đoán bệnh dễ bị bỏ sót do biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu và đa dạng, phụ thuộc vào vị trí ống tiêu hóa bị tổn thương cũng như sự lan rộng và độ sâu của thâm nhiễm viêm bạch cầu ái toan vào các lớp của thành ruột như niêm mạc, lớp cơ, thanh

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 14.8.2024

mạch.⁵ Cho đến nay vẫn chưa có tiêu chuẩn rõ ràng về mô bệnh học để chẩn đoán xác định EGID. Nếu không được phát hiện và điều trị, bệnh có thể gây thiếu máu thiếu sắt, chậm lớn, sụt cân, mất protein qua ruột hoặc các biến chứng nghiêm trọng như: hẹp nặng ống tiêu hóa, tắc ruột, hay thủng ruột, cổ chướng.⁵ Tại Việt Nam, nghiên cứu về EGID còn khá hạn chế và mới dừng ở báo cáo ca bệnh, vì vậy nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán EGID dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của Talley và cộng sự với đầy đủ cả 3 tiêu chí sau:⁸

- Có các triệu chứng tiêu hóa như đau bụng, nôn, tiêu chảy...

- Mô bệnh học có thâm nhiễm bạch cầu ái toan vào đường tiêu hóa với ngưỡng bạch cầu ái toan trên mô bệnh học là:⁵

+ Dạ dày: ≥ 30 tế bào trên mỗi vi trường có độ phóng đại lớn.

+ Tá tràng: ≥ 50 tế bào trên mỗi vi trường có độ phóng đại lớn.

+ Hồi tràng: > 50 tế bào trên mỗi vi trường có độ phóng đại lớn.

+ Đại tràng phải: > 50 tế bào trên mỗi vi trường có độ phóng đại lớn.

+ Đại tràng ngang và đại tràng xuống: > 30 tế bào trên mỗi vi trường có độ phóng đại lớn.

- Loại trừ các nguyên nhân khác gây tăng bạch cầu ái toan ở mô.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có tổn thương cơ quan khác ngoài đường tiêu hóa do bạch cầu ái toan như da, tim mạch, phổi, thận...

- Bệnh nhân ban đầu được chẩn đoán viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan nhưng trong quá trình theo dõi và điều trị được chẩn đoán xác định là bệnh khác như viêm loét đại trực tràng chảy máu, Crohn, u hạt mạn tính; nhiễm trùng do vi khuẩn, trực khuẩn lao, Clostridium difficile, Cytomegalovirus, suy giảm miễn dịch...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt bệnh.

Cỡ mẫu: Mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

Biến số nghiên cứu:

- Lâm sàng: Tuổi, giới, nơi sống, tiền sử dị

ứng bản thân và gia đình, các triệu chứng toàn thân (sụt cân, thiếu máu...), các triệu chứng tiêu hóa (đau bụng, ợ hơi, ợ chua, nôn, buồn nôn, thay đổi tính chất phân, mót rặn...)

- Cận lâm sàng: Số lượng bạch cầu, bạch cầu ái toan, huyết sắc tố trong tổng phân tích tế bào máu ngoại vi. Các chỉ số sinh hóa: CRP, máu lắng, IgE, calprotectin phân. Các tổn thương trên nội soi tiêu hóa, số lượng bạch cầu ái toan cao nhất trên mỗi vi trường có độ phóng đại lớn, các hình ảnh tổn thương khác trên mô bệnh học. Bạch cầu ái toan trong công thức máu tăng khi ≥ 500 tế bào/ mm^3 .³ Giá trị bình thường của các chỉ số xét nghiệm khác được đối chiếu theo sổ tay khoảng tham chiếu xét nghiệm Bệnh viện Nhi Trung ương ban hành năm 2021.¹

Địa điểm và thời gian: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Tiêu hóa - Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/07/2023 đến 31/03/2024.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành sau khi được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương số 2036/BVNTW- HĐĐĐ, ngày 27 tháng 7 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	n	%	
Địa dư	Hà Nội	18	29,5
	Tỉnh khác	43	70,5
Giới	Nam	42	68,9
	Nữ	19	31,1
Tuổi khởi phát	< 6 tháng	6	9,8
	6 tháng - 6 tuổi	15	24,6
	> 6 tuổi	40	65,6
Thời gian chẩn đoán	≤ 3 tháng	21	34,4
	> 3 tháng	40	65,6
Tiền sử dị ứng bản thân	28	45,9	
Tiền sử gia đình (bố mẹ, anh em) mắc bệnh dị ứng	38	62,3	

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ trai (68,9%) mắc bệnh cao hơn trẻ gái (31,1%). Tuổi khởi phát bệnh thường gặp nhất ở nhóm trẻ trên 6 tuổi (65,6%). Tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là $97,2 \pm 50,7$ tháng. Thời gian chẩn đoán trung bình là 12 ± 9 tháng. 65,6% trẻ được chẩn đoán muộn trên 3 tháng kể từ khi có triệu chứng. 62,3% trẻ có tiền sử gia đình mắc các bệnh dị ứng.

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng của viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan

Triệu chứng lâm sàng	n	%	
Triệu chứng toàn thân (n=61)	Sụt cân	24	39,3
	Thiếu máu	12	19,7
	Phần bình thường	31	50,8

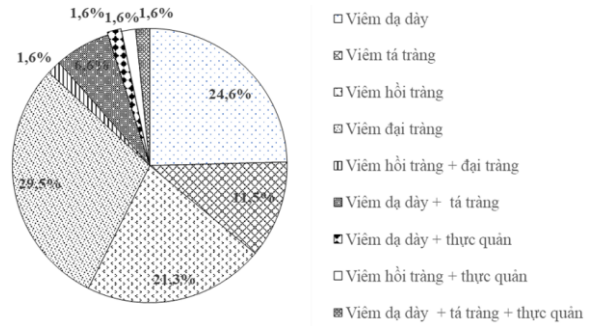
Thay đổi tính chất phân (n=61)	Phân nhày máu	14	23,0
	Phân nhày	5	8,2
	Phân lỏng nước	6	9,8
	Phân nát	5	8,2
Vị trí đau bụng (n=61)	Không đau bụng	15	24,6
	Đau bụng thượng vị	25	41,0
	Đau bụng quanh rốn	17	27,9
	Đau khắp bụng	4	6,5
Triệu chứng tiêu hóa (n=61)	Ợ hơi	22	36,1
	Ợ chua	10	16,4
	Buồn nôn	16	26,2
	Nôn	19	31,1
	Đầy bụng	4	6,6
	Mót rặn	3	4,9
Biến chứng (n=61)	Xuất huyết tiêu hóa	10	16,4
	Thủng ruột	4	6,6

Nhận xét: Các triệu chứng tiêu hóa thường gặp ở bệnh nhân EGID là: đau bụng (75,4%) trong đó thường gặp nhất lần lượt là đau bụng vùng thượng vị (41%) và quanh rốn (27,9%), 49,2% trẻ có thay đổi tính phân trong đó phân nhày máu chiếm tỉ lệ cao nhất tiếp đó là phân lỏng nước. Tỷ lệ trẻ có ợ hơi, nôn, buồn nôn thấp và chỉ gặp ở nhóm viêm, loét dạ dày tá tràng tăng bạch cầu ái toan. Biểu hiện toàn thân thường gặp là sụt cân và thiếu máu với tỷ lệ lần lượt là 39,3% và 19,7%. Xuất huyết tiêu hóa gặp với tỷ lệ là 16,4% và 6,6% trẻ bị thủng ruột.

Bảng 3. Thay đổi các chỉ số huyết học và sinh hóa ở bệnh nhân viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan

Thay đổi các chỉ số xét nghiệm		n	%
Số lượng bạch cầu theo tuổi (n=61)	Bình thường	39	63,9
	Tăng bạch cầu	17	27,9
	Bạch cầu giảm	5	8,2
Số lượng bạch cầu ái toan (n=61)	<500 tế bào/mm ³	30	49,2
	500 đến dưới 1500 tế bào/mm ³	26	42,6
	≥1500 tế bào/mm ³	5	8,2
Thiếu máu (n=61)		12	19,7
Tăng máu lắng giờ 1 (n=23)		11	47,8
Tăng máu lắng giờ 2 (n=23)		18	78,3
Tăng CRP (n=56)		11	19,6
Tăng IgE (n=37)		21	56,8
Tăng Calprotectin phân theo lứa tuổi (n=29)		7	24,1

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có số lượng bạch cầu và CRP bình thường. Bạch cầu ái toan máu ngoại vi tăng trên 500 tế bào/mm³ gặp ở 50,8% bệnh nhân. Máu lắng giờ 1 và giờ 2 tăng gặp ở 47,8% và 78,3% bệnh nhân. Hơn nửa số bệnh nhân có tăng IgE máu. Tăng calprotectin phân theo lứa tuổi chỉ gặp ở 24,1% bệnh nhân. 19,7% bệnh nhân có thiếu máu.



Biểu đồ 1. Phân bố các nhóm bệnh viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan

Nhận xét: Trong số 61 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ các bệnh nhân viêm tăng bạch cầu ái toan ở một vị trí ở đại tràng, dạ dày, hồi tràng, tá tràng lần lượt là 29,5%, 24,6%, 21,3% và 11,5%. 11,4% bệnh nhân viêm thâm nhiễm bạch cầu ái toan đồng thời 2 vị trí trên đường tiêu hóa. 1,6% bệnh nhân viêm thâm nhiễm bạch cầu ái toan đồng thời tại 3 vị trí trên đường tiêu hóa.

Bảng 4. Đặc điểm nội soi, mô bệnh học bệnh viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan

Đặc điểm nội soi, mô bệnh học		n	%
Vị trí tổn thương (n=70)	Thực quản	3	4,3
	Dạ dày	18	25,7
	Tá tràng	9	12,9
	Hồi tràng	18	25,7
	Đại tràng	22	31,4
Hình ảnh nội soi tại các vị trí đường tiêu hóa có thâm nhiễm bạch cầu ái toan đủ ngưỡng chẩn đoán EGID (n=70)	Bình thường	6	8,6
	Xung huyết	49	70,0
	Lăn sần hạt	25	35,7
	Loét	20	28,6
	Đốm đỏ	14	20,0
	Hẹp	4	5,7
	Khía dọc	2	2,9
	Polyp	2	2,9
	Giả polyp	1	1,4
	Trợt	1	1,4
Kích thước ổ loét (n=20)	<1cm	7	35,0
	1 cm đến <2cm	5	25,0
	≥2 cm	8	40,0
Các tổn thương trên mô bệnh học (n=70)	Thoái hóa biểu mô	44	62,9
	Hoại tử biểu mô	17	24,3
	Vi áp xe	3	4,3
	Teo nhú	1	1,4
Số lượng bạch cầu ái toan trung bình	Thực quản	106 ± 81,6	
	Dạ dày	52,9 ± 27,9	
	Tá tràng	92,4 ± 52,8	
	Hồi tràng	80,7 ± 45,6	
	Đại tràng	66,05 ± 15,7	

Nhận xét: Trong số 70 vị trí có tổn thương viêm tăng bạch cầu ái toan ở đường tiêu hóa ghi nhận được từ 61 bệnh nhân: tỷ lệ tổn thương viêm tăng bạch cầu ái toan cao nhất ở đại tràng

(31,4%), tổn thương tại hồi tràng và dạ dày đều là 25,7%. Hình ảnh nội soi hay gặp nhất tại vị trí tổn thương là xung huyết (70%), lẫn sần hạt (35,7%), loét (28,6%), đốm đỏ (20%). 8,6% vị trí viêm tăng bạch cầu ái toan có hình ảnh nội soi bình thường nhưng lại có tổn thương trên mô bệnh học. Những bệnh nhân có tổn thương loét trên nội soi, các ổ loét có kích thước lớn ≥ 2 cm là thường gặp nhất. Tổn thương trên mô bệnh học hay gặp nhất là thoái hóa biểu mô (62,9%), hoại tử biểu mô (24,3%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 61 trẻ mắc bệnh viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan. Tỷ lệ nam/nữ là 2,2/1, tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là 97,2 tháng (Bảng 1). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Reed C với tỷ lệ mắc EGID ở trẻ trai chiếm ưu thế hơn trẻ gái (71% và 29%), tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là 8 tuổi.⁷ EGID là bệnh có triệu chứng không điển hình, chồng lấp với triệu chứng của nhiều bệnh lý tiêu hóa khác nên thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi trẻ được xác định chẩn đoán thường khá dài. Kết quả từ bảng 1 cho thấy 65,6% bệnh nhân được chẩn đoán khi bệnh đã diễn biến được trên 3 tháng với thời gian chẩn đoán trung bình là 12 tháng. Chẩn đoán dựa vào nội soi tiêu hóa và mô bệnh học, trong khi nhiều bệnh viện tuyến tỉnh chưa làm mô bệnh học khi nội soi dẫn đến tình trạng chẩn đoán muộn và điều trị chưa phù hợp. Tiền sử mắc các bệnh dị ứng của bệnh nhân và gia đình trong nghiên cứu khá cao lần lượt là 45,9% và 62,3% (Bảng 1). Nghiên cứu của Pesek AD cũng cho thấy 59% bệnh nhân viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan có mắc các bệnh dị ứng, điều này có thể gợi ý cơ chế dị ứng của bệnh.⁶

Kết quả từ bảng 2 cho thấy 39,3% bệnh nhân có biểu hiện sụt cân và 19,7% trẻ có biểu hiện thiếu máu. Các triệu chứng tiêu hóa thường gặp của EGID là đau bụng (75,4%), thay đổi tính chất phân (49,2%), ợ hơi (36,1%), nôn (31,1%), buồn nôn (26,2%). Một phân tích gộp trên 373 bệnh nhân mắc EGID cho thấy các triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng (51%), buồn nôn hoặc nôn (49%), tiêu chảy (30%), phân có máu (11%), sụt cân (9%).⁶ Có thể thấy các triệu chứng của EGID không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh đường tiêu hóa khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 16,4% bệnh nhân có biến chứng xuất huyết tiêu hóa, 6,6% bệnh nhân có biến chứng thủng ruột (Bảng 2). Đây là các biến chứng nghiêm trọng có thể ảnh hưởng đến sức

khỏe và tính mạng của bệnh nhân, vì vậy chẩn đoán sớm và quản lý nhóm bệnh nhân mắc EGID là rất cần thiết để hạn chế các biến chứng có thể xảy ra.

Xét nghiệm máu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có số lượng bạch cầu và CRP bình thường khá cao và lần lượt là 63,9 và 80,4% (Bảng 3). Tỷ lệ trẻ có bạch cầu ái toan máu tăng cao trên 500 tế bào/mm³ là 50,8% và 56,8% bệnh nhân có tăng IgE máu. Nghiên cứu của Yoshikazu Kinoshita cũng cho thấy 68% bệnh nhân EGID có tăng bạch cầu ái toan trong máu ngoại vi.¹⁰ 66,7% bệnh nhân có tăng IgE máu trong nghiên cứu của Tien FM.⁹ Điều này gợi ý cơ chế liên quan đến dị ứng và ít liên quan đến nhiễm trùng của EGID. EGID là tình trạng tổn thương mạn tính đường tiêu hóa tăng bạch cầu ái toan nên tỷ lệ trẻ có tăng calprotectin phân là 24,1% và nồng độ calprotectin trung bình là 165,5 mcg/g. Tỷ lệ trẻ có thay đổi nồng độ calprotectin thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Hồng trên nhóm trẻ mắc bệnh ruột viêm với 58,1% bệnh nhân tăng cao calprotectin phân > 200 mcg/g.²

Trong 61 bệnh nhân nghiên cứu, có 86% bệnh nhân có viêm tăng bạch cầu ái toan tại một vị trí của đường tiêu hóa và 14% bệnh nhân có viêm từ 2 vị trí trên đường tiêu hóa trở lên (Biểu đồ 1). Kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của một số tác giả khác trên thế giới. Nghiên cứu của Pesek RD cho thấy 68% có viêm từ 2 vị trí trên đường tiêu hóa trở lên.⁶ Điều này có thể lí giải một phần do trong nghiên cứu của chúng tôi số mảnh sinh thiết trung bình tại các vị trí thấp. Số mẫu sinh thiết trung bình tại dạ dày là $2 \pm 0,9$, tá tràng là $1,78 \pm 0,67$, hồi tràng là $1,8 \pm 0,7$, đại tràng là $3,2 \pm 1,4$. Vấn đề cần sinh thiết nhiều mảnh là một hạn chế lớn trong các nghiên cứu trên trẻ em dẫn đến tỷ lệ chẩn đoán xác định bệnh muộn cao cũng như khó khăn trong theo dõi điều trị cho trẻ. Trong nghiên cứu của Evan S Dellon có 72 bệnh nhân đáp ứng tiêu chí mô học đối với viêm dạ dày và viêm tá tràng tăng bạch cầu ái toan, trung bình chỉ có 2,6 trên 8 mẫu sinh thiết dạ dày và 2,2 trên 4 mẫu sinh thiết tá tràng ở mỗi bệnh nhân đáp ứng ngưỡng xác định chẩn đoán.⁴

Các tổn thương thường gặp trên nội soi ở dạ dày là: xung huyết (70%), lẫn sần hạt (35,7%), loét (28,6%), đốm đỏ (20%) (Bảng 4). Đây là các hình ảnh nội soi có thể gặp trong các bệnh lý đường tiêu hóa khác, không đặc hiệu cho EGID, cho thấy những khó khăn trong chẩn đoán bệnh. Đáng chú ý 8,6% vị trí đường tiêu hóa có viêm tăng bạch cầu ái toan trên mô bệnh học tuy nhiên lại có hình ảnh nội soi bình thường. Do đó

sinh thiết nhiều mảnh tại cả vị trí có tổn thương và vị trí bình thường qua nội soi là cần thiết để tránh bỏ sót chẩn đoán. Trên mô bệnh học có thể gặp các hình ảnh như thoái hóa biểu mô (62,9%), hoại tử biểu mô (24,3%), vi áp xe (4,3%), teo nhú (1,4%) (Bảng 5). Tuy nhiên đây cũng là các tổn thương không đặc hiệu, do đó việc đếm số lượng bạch cầu ái toan trên nhiều vị trường có độ phóng đại lớn là cần thiết để chẩn đoán bệnh.

V. KẾT LUẬN

Trên những trẻ có các triệu chứng tiêu hóa như đau bụng mạn tính, tái diễn, thay đổi tính chất phân, nôn, ợ hơi... và kém đáp ứng với chẩn đoán và điều trị các bệnh lý tiêu hóa thông thường, cần nghĩ đến nhóm bệnh viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan. Chẩn đoán xác định bệnh dựa trên sinh thiết nhiều mảnh tại nhiều vị trí và đếm số lượng bạch cầu ái toan trên nhiều vị trường có độ phóng đại lớn. Thời gian chẩn đoán xác định bệnh thường muộn và tỷ lệ biến chứng còn khá cao do đặc điểm lâm sàng và nội soi không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với nhiều bệnh khác của đường tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Nhi Trung ương.** Sổ tay khoảng tham chiếu. 2021
2. **Nguyễn Thị Ngọc Hồng, Nguyễn Thị Việt Hà.** Đặc điểm lâm sàng và tổn thương trên nội soi của

- trẻ bị bệnh ruột viêm tại bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí nghiên cứu y học. 2020; 128 (4)
3. **Cantina Guo, Bruce S Bochner.** Workup for eosinophilia. Allergy Asthma Proc 2019 Nov 1; 40 (6): 429-432.
 4. **Evan S. Dellon, Nirmala Gonsalves, Marc E. Rothenberg, et al.** Determination of biopsy yield that optimally detects eosinophilic gastritis and/or duodenitis in a randomized trial of Lirentelimab. Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc. 2022; 20(3).
 5. **Koutri E, Papadopoulou A.** Eosinophilic gastrointestinal diseases in childhood. Ann Nutr Metab. 2018; 73(Suppl. 4): 18-28.
 6. **Pesek RD et al.** Increasing Rates of diagnosis, substantial co-occurrence, and variable treatment patterns of eosinophilic gastritis, gastroenteritis, and colitis based on 10-year data across a multicenter consortium. Am J Gastroenterol. 2014; 114(6): 984
 7. **Reed C, Woosley JT, Dellon ES.** Clinical characteristics, treatment outcomes, and resource utilization in children and adults with eosinophilic gastroenteritis. Dig Liver Dis. 2015 ; 47(3): 197-201.
 8. **Talley NJ, Shorter RG, Phillips SF, et al.** Eosinophilic gastroenteritis: a clinicopathological study of patients with disease of the mucosa, muscle layer, and subserosal tissues. Gut. 1990; 31(1): 54.
 9. **Tien FM, Wu JF, Jenq YM, et al.** Clinical features and treatment responses of children with eosinophilic gastroenteritis. Pediatr Neonatol. 2011; 52(5): 272-8
 10. **Yoshikazu Kinoshita and Tsuyoshi Sanuki.** Review of non-eosinophilic esophagitis-eosinophilic gastrointestinal disease (Non-EoE EGID) and a case series of twenty-eight affected patients. Biomolecules. 2022; 13, 1417.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CÂY IMPLANT ALL-ON-6 Ở BỆNH NHÂN MẤT RĂNG CÓ NHỤ CẦU PHỤC HÌNH TOÀN HÀM

Trần Thị Cẩm Vân¹, Trương Nhật Khuê¹, Trần Ngọc Quảng Phi²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phục hình toàn hàm trên 6 implant (all-on-6) ngày càng chứng tỏ là một giải pháp hiệu quả cả về mặt chức năng lẫn thẩm mỹ cho bệnh nhân mất răng có nhu cầu phục hồi răng toàn hàm. Tuy nhiên, dữ liệu về lĩnh vực này vẫn còn khan hiếm tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật cấy implant all-on-6 nâng đỡ phục hình toàn hàm, chịu lực tức thì. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang bao gồm 24 bệnh nhân bị mất răng (toàn bộ hoặc bán phần) có nhu cầu phục hình toàn hàm được

chỉ định và đồng ý phẫu thuật cấy implant all-on-6 tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 6/2023 đến tháng 4/2024. **Kết quả:** Tổng cộng 24 người tham gia nghiên cứu với 35 hàm được phục hình (210 implant). Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $67,8 \pm 9,3$, với tỷ lệ nam/nữ là 2/3. Phần lớn implant sử dụng là loại có chiều dài 9,0-11,5 mm (58,6%) và đường kính 3,5-4,5 mm (91,0%). Sau khi cấy implant và gắn phục hình tạm, toàn bộ implant đều đạt độ ổn định sơ khởi $> 30 \text{ N/cm}^2$, tất cả bệnh nhân không đau khi nhai và hầu hết hài lòng với điều trị (91,4%). Các biến chứng bao gồm sưng, đau, chảy máu, nhiễm trùng biểu hiện không đáng kể. Sau phẫu thuật 4 tháng, 34/35 bệnh nhân có implant đạt độ ổn định tốt, chỉ 1 trường hợp có implant lung lay, tỷ lệ viêm nướu nhẹ và tiêu xương lần lượt là 31,4% và 5,7%. Không bệnh nhân nào đau khi nhai. Về đánh giá chung, kết quả tốt và khá chiếm 68,6% và 25,7%, tương ứng tỷ lệ thành công 94,3%. Không có bất kỳ tai biến nào xảy ra trong lúc phẫu thuật. **Kết luận:** Nghiên cứu chứng minh phương pháp phục hình toàn

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Văn Lang

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Cẩm Vân

Email: bacsicamvan@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 15.8.2024