

gian thực và hỗ trợ sinh thiết MHD, CHT bổ xung thông tin về hình ảnh tổn thương xương và mô mềm quanh khớp. Do đó, việc kết hợp cả hai phương pháp giúp nâng cao độ chính xác trong chẩn đoán bệnh lý MHD khớp háng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jaganathan S, Goyal A, Gadodia A, Rastogi S, Mittal R, Gamanagatti S. Spectrum of synovial pathologies: a pictorial assay. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2012;41(1):30-42.
2. Humby F, Romão VC, Manzo A, et al. A multicenter retrospective analysis evaluating performance of synovial biopsy techniques in patients with inflammatory arthritis: arthroscopic versus ultrasound-guided versus blind needle biopsy. *Arthritis Rheumatol.* 2018;70(5):702-710.
3. Lin YT, Wang TG. Ultrasonographic Examination of the Adult Hip. *J Med Ultrasound.* 2012;20(4):201-209. doi:10.1016/j.jmu.2012.10.009
4. Polido-Pereira J. Ultrasound-Guided Biopsies: Medium and Large Joints. *Front Med.* 2019;6:95. doi:10.3389/fmed.2019.00095
5. Turan A, Çeltikçi P, Tufan A, Öztürk MA. Basic radiological assessment of synovial diseases: a pictorial essay. *Eur J Rheumatol.* 2017;4(2):166-174. doi:10.5152/eurjrheum.2015.0032
6. Zawin JK, Hoffer FA, Rand FF, Teele RL. Joint effusion in children with an irritable hip: US diagnosis and aspiration. *Radiology.* 1993;187(2):459-463. doi:10.1148/radiology.187.2.8475290
7. Jaganathan S, Goyal A, Gadodia A, Rastogi S, Mittal R, Gamanagatti S. Spectrum of synovial pathologies: a pictorial assay. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2012;41(1):30-42. doi:10.1067/j.cpradiol.2011.07.002
8. Hong SH, Kim SM, Ahn JM, Chung HW, Shin MJ, Kang HS. Tuberculous versus pyogenic arthritis: MR imaging evaluation. *Radiology.* 2001;218(3):848-853. doi:10.1148/radiology.218.3.r01fe27848
9. Jangid R, Solanki RS, Chaudhary V, Sud A, Kaur R. Spectrum of imaging findings in osteoarticular tuberculosis. *Egypt J Radiol Nud Med.* 2024;55(1):23. doi:10.1186/s43055-024-01191-5

PHÂN ĐỘ NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG MẬT DO SỎI THEO TOKYO 2018 Ở BỆNH NHÂN TRÊN 80 TUỔI VÀ KẾT QUẢ DẪN LƯU MẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Đỗ Đặng Khánh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị sỏi mật cho người lớn tuổi vẫn là thách thức trong thực hành lâm sàng, trong đó kiểm soát tình trạng tắc mật và nhiễm trùng là quan trọng nhất. Nghiên cứu này nhằm đánh giá phân loại mức độ nhiễm trùng và tính an toàn và kết quả của phương pháp dẫn lưu đường mật qua da ở bệnh nhân lớn tuổi (≥ 80) có nhiễm trùng đường mật. **Đối tượng và phương pháp:** số liệu được lấy từ 30 bệnh nhân từ 80 tuổi trở lên bị nhiễm trùng đường mật do sỏi tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024. **Kết quả:** Trong số 30 bệnh nhân với tuổi trung bình là $85,87 \pm 4,73$ tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng (96,7%), kế tiếp là sốt (76,7%) và vàng da (36,7%), trong đây có 20 bệnh nhân được dẫn lưu đường mật. Số lượng bệnh nhân nhiễm trùng đường mật được phân độ II theo Tokyo guidelines 2018 chiếm tỉ lệ cao nhất với 21/30 bệnh nhân. Các chỉ số Billirubin trực tiếp và gián tiếp và chỉ số bạch cầu đều giảm có ý nghĩa thống kê sau dẫn lưu. Không có sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê về thời gian nằm viện giữa các nhóm phân độ theo Tokyo. **Kết luận:** Dẫn lưu đường mật qua da là một phương pháp hiệu quả trong điều trị nhiễm trùng đường mật do sỏi ở bệnh nhân lớn tuổi, giúp giảm áp lực đường mật và kiểm soát tình trạng nhiễm trùng. **Từ khóa:** nhiễm trùng, bệnh nhân lớn tuổi, dẫn lưu đường mật

SUMMARY

SEVERITY CLASSIFICATION OF STONE-INDUCED CHOLANGITIS BASED ON TOKYO GUIDELINE 2018 IN PATIENTS OVER 80 YEARS OLD AND OUTCOMES OF BILIARY DRAINAGE AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Background: The management of gallstone-related cholangitis in elderly patients remains a clinical challenge, with infection control being a key priority. This study aims to evaluate the safety and efficacy of percutaneous transhepatic biliary drainage (PTBD) in elderly patients with gallstone-associated cholangitis. **Methods:** Data were collected from 30 patients aged ≥ 80 years diagnosed with gallstone-related cholangitis at Hanoi Medical University Hospital between January 2023 and December 2024. **Results:** The mean patient age was 85.87 ± 4.73 years. The most common clinical symptoms were abdominal pain (96.7%), followed by fever (76.7%) and jaundice (36.7%). Among them, 20 patients underwent PTBD. According to the 2018 Tokyo Guidelines, Grade II cholangitis was

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 13.5.2025

the most frequent severity classification (21/30 patients). Post-drainage, direct and indirect bilirubin levels, as well as leukocyte counts, showed significant reductions. There was no statistically significant difference in hospital length of stay among different severity grades. **Conclusion:** PTBD is an effective treatment for gallstone-related cholangitis in elderly patients, contributing to biliary decompression and infection control. **Keywords:** cholangitis, elderly patients, percutaneous biliary drainage

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng đường mật là một tình trạng nghiêm trọng, đặc biệt ở những bệnh nhân lớn tuổi, do nguy cơ biến chứng cao và khả năng can thiệp điều trị bị hạn chế. Một số nguyên nhân hay gặp như sỏi đường mật, u đường mật, u đầu tụy..., trong đó nguyên nhân do sỏi là phổ biến nhất, chiếm tới gần 90%¹. Trong đó, khoảng 25% bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa². Ở nhóm bệnh nhân trên 80 tuổi, việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp đóng vai trò quan trọng trong việc kiểm soát nhiễm trùng, giảm nguy cơ suy đa cơ quan và cải thiện chất lượng cuộc sống vì tuổi cao là yếu tố tiên lượng nặng làm tăng tỉ lệ tử vong trong viêm đường mật³.

Ở các trường hợp không đáp ứng với phương pháp điều trị nội khoa, phẫu thuật giải áp đường mật có thể là một sự lựa chọn, tuy vậy phẫu thuật không thể giải quyết nguyên nhân gây tắc nghẽn trong mọi trường hợp, nhất là đối với đối tượng người cao tuổi với nhiều bệnh nền, có thể làm nặng hơn tình trạng bệnh. Vì vậy, các phương pháp như nội soi mật tụy ngược dòng và dẫn lưu đường mật qua da ra đời giúp giảm tỉ lệ biến chứng cũng như tử vong.

Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là phương pháp tối ưu để giải áp đường mật trong viêm đường mật cấp, đặc biệt ở người cao tuổi⁴. Tuy nhiên, trong trường hợp có biến đổi giải phẫu đường tiêu hóa hoặc tắc mật cao trên rốn gan, ERCP có thể thất bại hoặc bị chống chỉ định. Phương pháp dẫn lưu đường mật qua da (DLĐMQD) là một trong những lựa chọn điều trị hiệu quả đối với bệnh nhân bị tắc mật kèm theo nhiễm trùng đường mật do sỏi, giúp giải quyết ứ mật, kiểm soát nhiễm trùng trước khi can thiệp triệt để. Tuy nhiên, hiệu quả của phương pháp này ở bệnh nhân trên 80 tuổi vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ, do nhóm đối tượng này thường có nhiều bệnh lý nền, thể trạng kém và nguy cơ biến chứng cao hơn so với nhóm bệnh nhân trẻ tuổi. Do đó, việc đánh giá hiệu quả của phương pháp dẫn lưu đường mật qua da ở bệnh nhân trên 80 tuổi bị nhiễm trùng đường mật do sỏi là cần thiết, nhằm cung cấp thêm bằng

chứng lâm sàng và giúp định hướng chiến lược điều trị tối ưu cho nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân người cao tuổi, từ 80 tuổi trở lên, được chẩn đoán nhiễm trùng đường mật do sỏi đường mật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Bệnh nhân được chẩn đoán và phân độ nhiễm trùng đường mật do sỏi có chỉ định dẫn lưu đường mật cấp cứu

Bệnh nhân từ 80 tuổi trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có hồ sơ không đầy đủ thông tin hoặc thông tin không rõ ràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu. Mẫu được chọn thuận tiện.

Bảng 1: Phân độ mức độ nặng trong viêm đường mật cấp⁵

Phân độ	Tiêu chí xác định
Độ I Viêm đường mật cấp độ nhẹ	Viêm đường mật không đáp ứng tiêu chí của cấp độ II hoặc III
Độ II Viêm đường mật cấp độ trung bình	Viêm đường mật có ít nhất hai trong số các tiêu chí sau: - Bạch cầu > 12.000/ μ L hoặc giảm bạch cầu < 4.000/ μ L - Sốt > 39°C - Tuổi > 75 tuổi - Bilirubin > 5 mg/dL - Albumin < 25 g/L
Độ III Viêm đường mật cấp độ nặng (Grade III)	Viêm đường mật kèm theo suy chức năng ít nhất một cơ quan/hệ cơ quan sau đây: - Sốc cần sử dụng catecholamine - Rối loạn ý thức - Suy hô hấp - Suy thận - Suy gan - Rối loạn đông máu

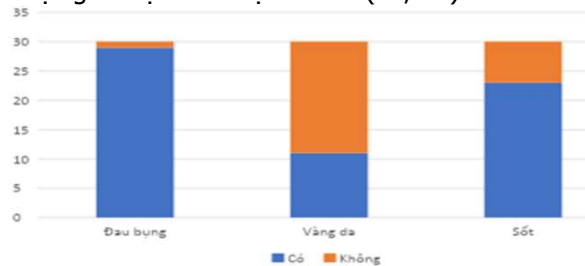
2.3. Xử lý số liệu. Số liệu sau thu thập được xử lý bằng thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố theo giới, tuổi. Trong số 30 bệnh nhân, có 24 bệnh nhân nữ (chiếm 80,0%) và 6 bệnh nhân nam (chiếm 20,0%). Tuổi trung bình là $85,87 \pm 4,73$ tuổi, thấp nhất là 80 tuổi và cao nhất là 100 tuổi. Trong đó nhóm tuổi lớn nhất là từ 80-84 tuổi, gồm 16 bệnh nhân (chiếm 53,3%), theo sau là nhóm tuổi từ 90-94 (gồm 7

bệnh nhân, chiếm 23,3%) và nhóm từ 85-89 tuổi (6 bệnh nhân, chiếm 20,0%). Chỉ có 1 bệnh nhân từ 95 tuổi trở lên trong nhóm nghiên cứu.

3.2. Triệu chứng lâm sàng. Trong số 30 bệnh nhân nhập viện do nhiễm trùng đường mật do sỏi, triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là đau bụng, ghi nhận ở 29 bệnh nhân (96,7%). Vàng da xuất hiện ở 11 bệnh nhân (36,7%), trong khi sốt được ghi nhận ở 23 bệnh nhân (76,7%).



Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng của các bệnh nhân nhập viện

3.3. Phân độ nhiễm trùng đường mật theo Tokyo

Bảng 2. Phân độ nhiễm trùng đường mật theo Tokyo 2018⁵

Phân độ Tokyo	Dẫn lưu đường mật		Tổng
	Không	Có	
Độ I	5	0	5
Độ II	5	16	21
Độ III	0	4	4
Tổng	10	20	30

Trong tổng số 30 bệnh nhân, có 20 bệnh nhân (66,7%) được chỉ định dẫn lưu đường mật, trong khi 10 bệnh nhân (33,3%) không được dẫn lưu.

Trong 30 bệnh nhân nhiễm trùng đường mật, có 5 bệnh nhân được phân loại bệnh nhân thuộc độ I, 21 bệnh nhân thuộc độ II và 4 bệnh nhân thuộc độ III. Trong đó, toàn bộ bệnh nhân độ III đều được dẫn lưu đường mật, trong khi nhóm độ II có 16/21 bệnh nhân được dẫn lưu. Ở nhóm độ I, không có bệnh nhân nào được thực hiện thủ thuật này.

3.4. Sự thay đổi chỉ số cận lâm sàng sau dẫn lưu. Chỉ xét trong 20 bệnh nhân được dẫn lưu đường mật.

Bảng 3. Sự thay đổi chỉ số cận lâm sàng sau dẫn lưu

Chỉ số	Trước dẫn lưu. Trung vị (tứ phân vị 25 - 75)	Sau dẫn lưu 48h. Trung vị (tứ phân vị 25 - 75)	Khác biệt trước và sau dẫn lưu (Kiểm định Wilcoxon)
Billirubin toàn phần ($\mu\text{mol/l}$)	55,9 (31,1 - 108,9)	25,9 (12,0 - 83,4)	< 0,05
Billirubin trực tiếp ($\mu\text{mol/l}$)	42,2 (22,0 - 83,4)	19,1 (7,2 - 64,7)	< 0,05
Bạch cầu (G/l)	17,6 (12,4 - 21,1)	11,1 (8,5 - 16,2)	< 0,05

Kết quả dẫn lưu đường mật cho thấy chỉ số Billirubin toàn phần và trực tiếp cũng như chỉ số bạch cầu đều giảm có ý nghĩa sau can thiệp.

Bảng 4. Kết quả cấy vi khuẩn dịch mật khi dẫn lưu

Tên vi khuẩn	Số lượng bệnh nhân (%)
Esscherichia coli	10 (50%)
Enterococcus casseliflavus	2(10%)
Enterococcus faecalis	2(10%)
Enterococcus casseliflavus	2(10%)
Enterococcus avium	1(5%)
Pseudomonas aeruginosa	1(5%)
Aeromonas hydrophilia	1(5%)
Klebsiella pneumoniae ss.pneumoniae	1(5%)
Am tính	4(20%)

Trong 20 bệnh nhân được dẫn lưu đường mật có 4 bệnh nhân cấy dịch mật âm tính, có 16 bệnh nhân cấy dịch mật dương tính, một số bệnh nhân cấy ra hai loại vi khuẩn khác nhau. Nhóm vi khuẩn hay gặp nhất là Ecoli và Enterococcus.

3.5. Biến chứng. Trong 20 bệnh nhân nhiễm trùng đường mật phân loại độ II, III theo

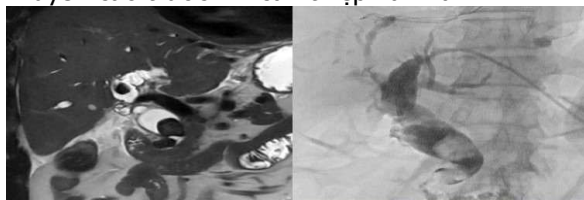
Tokyo được dẫn lưu đường mật, không có bệnh nhân nào tử vong hay có các biến chứng nặng cần phải can thiệp đáng kể. Có 1 bệnh nhân (5%) có chảy máu đường mật mức độ nhẹ sau dẫn lưu và không cần can thiệp thêm, có 1 bệnh nhân (5%) có tràn dịch màng phổi sau dẫn lưu đường mật tuy nhiên không cần đặt dẫn lưu màng phổi hay phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

DLĐMQĐ là một trong những lựa chọn điều trị hiệu quả đối với bệnh nhân bị tắc mật kèm theo nhiễm trùng đường mật do sỏi, giúp giải quyết tình trạng ứ mật, kiểm soát nhiễm trùng và cải thiện triệu chứng lâm sàng trước khi can thiệp triệt để. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhiễm trùng đường mật do sỏi thường gặp hơn ở bệnh nhân nữ, với tỷ lệ nữ/nam là 4:1 (80,0% so với 20,0%). Điều này khác với tỉ lệ phân bố giới tính ở các nghiên cứu trước đây ở tất cả các nhóm tuổi, thường tỉ lệ nam mắc nhiễm trùng đường mật cao hơn nữ³, tuy nhiên lại phù hợp với tình hình dân số tại Việt Nam cũng như trên thế giới nói chung, tuổi thọ của nữ giới cao hơn nam giới nên ở lứa tuổi từ 80 trở lên, đa số các

bệnh nhân là nữ giới.

Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất (96,7%), tiếp theo là sốt (76,7%) và vàng da (36,7%). Triệu chứng đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất cũng tương đồng với nghiên cứu của Thuluvath và cộng sự⁶ tại Hoa Kỳ và nghiên cứu của Chan và cộng sự⁷ tại Singapore. Tỷ lệ bệnh nhân bị vàng da thấp hơn so với các triệu chứng khác có thể do khả năng thích nghi ở bệnh nhân lớn tuổi. 60% các bệnh nhân (20/30) được chỉ định DLĐMQD, đây là tỉ lệ cao hơn so với các nghiên cứu về nhiễm trùng đường mật khác, nguyên nhân vì trong phân độ Tokyo thì tuổi cao (≥ 75 tuổi) là một tiêu chuẩn trong chẩn đoán nhiễm trùng đường mật độ II, là một chỉ định của dẫn lưu đường mật, ngoài ra ở các bệnh nhân lớn tuổi với nhiều bệnh nền thì tỉ lệ có các yếu tố được liệt kê trong tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm trùng đường mật độ II và III như suy chức năng gan, thận, rối loạn đông máu... cũng cao hơn ở bệnh nhân trẻ. Trong nghiên cứu của chúng tôi: toàn bộ bệnh nhân độ III đều được dẫn lưu đường mật, phù hợp với khuyến cáo điều trị khi bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng nặng. Đối với nhóm độ II, tỷ lệ bệnh nhân được dẫn lưu là 76,2% (16/21 bệnh nhân). Không có bệnh nhân nào thuộc độ I được dẫn lưu đường mật, vì ở những bệnh nhân nhẹ, điều trị nội khoa và kiểm soát triệu chứng được khuyến cáo trước khi can thiệp xâm lấn.



Hình 1: Bệnh nhân Phạm Thị N, nữ 83 tuổi, vào viện trong tình trạng sốt cao 39.5 độ C, bạch cầu 30.5G/l và đau bụng, được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn, nhiễm trùng đường mật Tokyo III do sỏi đoạn thấp ống mật chủ và được dẫn lưu đường mật

Kết quả cấy dịch mật ra hai loại vi khuẩn *Enterococcus casseliflavus* và *Pseudomonas aeruginosa*, bệnh nhân được điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ và tình trạng nhiễm trùng được kiểm soát sau 4 ngày.

Sau DLĐMQD giá trị Billirubin toàn phần và trực tiếp, số lượng bạch máu đều giảm có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự như nghiên cứu tại Việt Nam của tác giả Tô Quang Hưng⁸ ở nhóm bệnh nhân viêm đường mật cấp do sỏi ở tất cả các lứa tuổi. Điều này cho thấy rằng, ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi (từ 80 tuổi trở lên),

can thiệp dẫn lưu đường mật qua da cũng mang lại hiệu quả cải thiện tình trạng ứ mật và nhiễm trùng tương tự như ở các nhóm tuổi khác. Việc giải quyết tình trạng tắc mật sớm hết sức quan trọng để tránh ảnh hưởng chức năng gan tránh làm nghiêm trọng thêm tình trạng bất thường đông máu. Không những giúp giải quyết tình trạng nhiễm trùng cũng như tắc mật, việc dẫn lưu giúp lấy dịch mật để cấy vi khuẩn và tìm kháng sinh để kiểm soát tình trạng nhiễm trùng phù hợp thông qua kháng sinh đồ.

DLĐMQD là một thủ thuật can thiệp có xâm lấn tương đối an toàn tuy nhiên có thể gặp một số biến chứng như: chảy máu đường mật, phần lớn các trường hợp chảy máu nhẹ có thể tự cầm tuy nhiên một số trường hợp chảy máu do tổn thương động mạch gan cần phải nút tắc vị trí mạch máu tổn thương, một số biến chứng khác như rò mật vào ổ bụng hoặc màng phổi hay làm tăng tình trạng nhiễm trùng sau dẫn lưu hoặc viêm tụy cấp⁹. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp biến chứng nào nghiêm trọng sau dẫn lưu, các biến chứng gặp phải như chảy máu đường mật mức độ nhẹ hay tràn dịch màng phổi đều được kiểm soát hiệu quả, không cần can thiệp thêm.

V. KẾT LUẬN

Dẫn lưu đường mật qua da là một phương pháp hiệu quả trong điều trị nhiễm trùng đường mật do sỏi ở bệnh nhân lớn tuổi đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có nhiễm trùng đường mật độ II, III theo phân loại Tokyo giúp giải quyết tình trạng tắc nghẽn đường mật cũng như kiểm soát tình trạng nhiễm trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần QA, Hoa LNM.** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn đường mật tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2023;528(1). doi:10.51298/vmj. v528i1.6028
2. **Kokas B, Szijártó A, Farkas N, et al.** Percutaneous transhepatic drainage is safe and effective in biliary obstruction-A single-center experience of 599 patients. PloS One. 2021; 16(11): e0260223. doi: 10.1371/journal.pone. 0260223
3. **Agarwal N, Sharma BC, Sarin SK.** Endoscopic management of acute cholangitis in elderly patients. World J Gastroenterol WJG. 2006; 12(40):6551-6555. doi:10.3748/wjg. v12.i40.6551
4. **Iqbal U, Khara HS, Hu Y, et al.** Emergent versus urgent ERCP in acute cholangitis: a systematic review and meta-analysis. Gastrointest Endosc. 2020;91(4):753-760.e4. doi: 10.1016/j.gie.2019.09.040
5. **Kiriyama S, Kozaka K, Takada T, et al.** Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). J

- Hepato-Biliary-Pancreat Sci. 2018;25(1):17-30. doi:10.1002/jhbp.512
6. **Thuluvath AJ, Ahn JC, Rattan P, et al.** Evaluation of Charcot Triad, Reynolds Pentad, and Tokyo Guidelines for Diagnosis of Cholangitis Secondary to Choledocholithiasis Across Patient Age Groups. Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes. 2021;5(2):377-387. doi: 10.1016/j.mayocpiqo.2021.01.008
 7. **Chan KS, Mohan R, Low JK, Junnarkar SP, Huey CWT, Shelat VG.** Elderly patients (≥ 80 years) with acute calculous cholangitis have similar outcomes as non-elderly patients (< 80 years): Propensity score-matched analysis. World J Hepatol. 2021;13(4):456-471. doi:10.4254/wjh.v13.i4.456
 8. **Hưng TQ, Long TB, Hùng VD, Hải HB.** Dẫn lưu đường mật qua da cấp cứu trong điều trị viêm đường mật cấp do sỏi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học. 2022;159(11):92-98. doi:10.52852/tcncyh.v159i11.1264
 9. **Turan, Ayla S., et al.** "Complications of percutaneous transhepatic cholangiography and biliary drainage, a multicenter observational study." Abdominal radiology 47.9 (2022): 3338-3344. doi: 10.1007/s00261-021-03207-4

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA VIÊM TAI GIỮA CẤP Ở TRẺ EM ≤ 6 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TAI- MŨI- HỌNG TRUNG ƯƠNG NĂM 2024

Đỗ Tùng Anh¹, Nguyễn Thị Khánh Vân², Đỗ Hoàng Quốc Chính³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh viêm tai giữa cấp ở trẻ em ≤ 6 tuổi tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các bệnh nhi ≤ 6 tuổi được khám và chẩn đoán là viêm tai giữa cấp tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương trong thời gian 08/2024 đến 12/2024. **Kết quả:** Nhóm tuổi từ 6 tháng đến 3 tuổi chiếm tỷ lệ mắc bệnh cao nhất (65,2%). Đau tai là lý do nhiều nhất khiến bệnh nhân đi khám, chiếm 45,5%. Có 42/66 bệnh nhân có triệu chứng đau tai, tương đương 63,6%. Chảy mũi là triệu chứng mũi xoang phổ biến nhất chiếm 98,5%. **Kết luận:** Triệu chứng đau tai và chảy dịch tai là các triệu chứng hay gặp nhất liên quan đến tai, lần lượt chiếm tỷ lệ 63,6% và 22,7%. Các triệu chứng khác như chảy mũi, ngạt mũi, ho có đờm cũng thường gặp và chủ yếu là chảy mũi mủ xanh.

Từ khóa: Viêm tai giữa cấp

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE OTITIS MEDIA IN CHILDREN ≤ 6 YEARS OF AGE AT THE NATIONAL OTORHINORHINOLOGY HOSPITAL OF VIETNAM

Objective: To describe the clinical characteristics of acute otitis media in children under 6 years of age at the National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on patients less than or equal to 6 years old who were examined and diagnosed with acute otitis media at the National Otorhinolaryngology Hospital

from August 2024 to December 2024. **Results:** The age group from over 6 months to 3 years had the highest incidence rate (65.2%). Ear pain was the most common reason for seeking medical attention, accounting for 45.5% of cases. Among the study population, 42/66 patients (63.6%) experienced ear pain. Nasal discharge was the most prevalent accompanying symptom, observed in 98.5% of cases. **Conclusion:** Ear pain and ear discharge are the most common ear-related symptoms, accounting for 63.6% and 22.7%, respectively. Other clinical features, such as nasal discharge, nasal congestion, and productive cough, are also common, with purulent green nasal discharge being the predominant type.

Keywords: Acute otitis media

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa (VTG) cấp là quá trình viêm của niêm mạc tai giữa gồm toàn bộ hệ thống hòm nhĩ, xương chũm xảy ra dưới 3 tuần. Viêm tai giữa cấp gặp nhiều nhất ở trẻ em từ 1 tuổi đến 4 tuổi, chiếm tỷ lệ 61%. Viêm tai giữa cấp có thể biểu hiện các triệu chứng lâm sàng của tai như đau tai, chảy dịch tai, nghe kém,... và các triệu chứng mũi xoang như chảy mũi, ngạt mũi,... Tỷ lệ biến chứng của viêm tai giữa cấp có thể dao động từ 5% đến 12,5%, có thể gặp cả biến chứng ngoài sọ hoặc trong sọ nếu không được điều trị kịp thời. Để góp phần vào chẩn đoán và điều trị viêm tai giữa cấp được tốt, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh viêm tai giữa cấp ở trẻ em ≤ 6 tuổi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: là tất cả những bệnh nhi ≤ 6 tuổi, được chẩn đoán viêm tai giữa cấp tính theo tiêu chuẩn của Viện Hàn lâm Nhi khoa

¹Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Khánh Vân

Email: khanhvantmhtw@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 13.5.2025