

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN VIÊM MẠCH MÁU IGA CÓ TỔN THƯƠNG HỆ TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Mai Thùy Trang¹, Lê Phạm Thu Hà^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Viêm mạch máu (VMM) IgA là bệnh lý viêm mạch máu hệ thống phổ biến nhất ở trẻ em, thường gây tổn thương 4 cơ quan chính là da, khớp, thận và tiêu hóa. Tổn thương tiêu hóa xuất hiện ở 50-70% trường hợp. Các biến chứng của tổn thương tiêu hóa không chỉ đe dọa tính mạng mà còn làm tăng nguy cơ tổn thương thận về sau. Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm của tổn thương tiêu hóa và xác định các yếu tố nguy cơ của tổn thương tiêu hóa nặng ở bệnh nhi VMM IgA. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca có theo dõi. **Kết quả:** Trong 68 bệnh nhân, tỷ lệ tổn thương tiêu hóa là 82,4%, trong đó 55,4% là tổn thương tiêu hóa nặng. Các triệu chứng lâm sàng phổ biến bao gồm đau bụng (100%), nôn (82,1%), và xuất huyết tiêu hóa (25%). Tổn thương tiêu hóa nặng phổ biến hơn ở nhóm có vị trí ban da trên thắt lưng, nhóm có triệu chứng tiêu hóa xuất hiện trước ban da và cùng lúc với ban da, nhóm có tổn thương thận. Số lượng bạch cầu (BC), số lượng tiểu cầu, tỷ số BC trung tính/BC lympho cao hơn ở nhóm tổn thương tiêu hóa. Đặc biệt, ở nhóm bệnh nhân tái phát, thời gian sử dụng glucocorticoid đường tĩnh mạch trong đợt điều trị đầu tiên ngắn hơn đáng kể. Ngoài ra, nhóm tổn thương tiêu hóa nặng có thời gian hết đau bụng lâu hơn và thời gian nằm viện kéo dài hơn. **Kết luận:** Tổn thương tiêu hóa là biểu hiện phổ biến và có thể nghiêm trọng ngay từ lần nhập viện đầu tiên ở trẻ viêm mạch máu IgA. Việc theo dõi sát bệnh nhân và điều trị glucocorticoid sớm có thể giúp cải thiện triệu chứng và rút ngắn thời gian nằm viện, đặc biệt ở nhóm có yếu tố nguy cơ như tổn thương thận, ban da trên thắt lưng hoặc triệu chứng tiêu hóa khởi phát sớm. **Từ khóa:** Viêm mạch máu IgA, tổn thương tiêu hóa, Glucocorticoid.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH IGA VASCULITIS AND GASTROINTESTINAL INVOLVEMENT AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: IgA vasculitis (IgAV) is the most common form of systemic vasculitis in children, primarily affecting the skin, joints, kidneys, and gastrointestinal (GI) tract. GI involvement occurs in approximately 50–70% of cases. The complications associated with GI involvement are not only potentially life-threatening but may also contribute to an

increased risk of subsequent renal impairment. This study aims to characterize the clinical features of GI involvement and to identify risk factors associated with severe GI manifestations in pediatric patients diagnosed with IgAV. **Subjects and methods:** A descriptive case series study with follow-up. **Results:** Among the 68 patients, gastrointestinal (GI) involvement was observed in 82.4%, with 55.4% presenting with severe GI manifestations. The most common clinical symptoms were abdominal pain (100%), vomiting (82.1%), and gastrointestinal bleeding (25%). Severe GI involvement was more frequently observed in patients with skin lesions located on the lower back, in those whose GI symptoms appeared prior to or concurrently with the onset of skin lesions, and in patients with renal involvement or early kidney injury. The white blood cell count, platelet count, and neutrophil-to-lymphocyte ratio were significantly higher in patients with GI involvement. Compared to those with non-severe GI involvement, patients in the severe group experienced a longer duration of abdominal pain resolution and prolonged hospitalization following glucocorticoid therapy. Notably, patients who later experienced relapse had received a significantly shorter course of intravenous glucocorticoid therapy during their initial hospitalization. Additionally, those with severe GI involvement exhibited a prolonged time to abdominal pain resolution and longer hospital stays. **Conclusions:** Gastrointestinal involvement is a common manifestation of IgA vasculitis in children and may present with severe symptoms during the initial hospitalization. Careful monitoring and early initiation of glucocorticoid therapy may contribute to symptom improvement and reduced hospitalization duration, particularly in patients with identified risk factors such as renal involvement, skin lesions located above the waistline, or early onset of gastrointestinal symptoms.

Keywords: IgA vasculitis, gastrointestinal involvement, glucocorticoid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mạch máu IgA là bệnh lý viêm mạch hệ thống thường gặp nhất ở trẻ em, ảnh hưởng chủ yếu đến da, khớp, thận và tiêu hóa¹. Tổn thương tiêu hóa gặp ở 50–70% trường hợp, có thể biểu hiện bằng đau bụng cấp hoặc xuất huyết tiêu hóa, đôi khi bị chẩn đoán nhầm với viêm ruột thừa, dẫn đến can thiệp phẫu thuật không cần thiết¹. Ngoài nguy cơ đe dọa tính mạng, tổn thương tiêu hóa nặng còn làm tăng nguy cơ tổn thương thận². Tại Việt Nam, các nghiên cứu về tổn thương tiêu hóa trong VMM IgA còn hạn chế, chưa làm rõ yếu tố nguy cơ và hiệu quả điều trị. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm của tổn thương

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thùy Trang

Email: drmaithuytrang2311@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2025

Ngày duyệt bài: 13.10.2025

tiêu hóa và xác định các yếu tố nguy cơ của tổn thương tiêu hóa nặng ở bệnh nhi VMM IgA.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca có theo dõi.

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ từ 1 tháng đến 16 tuổi, thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán VMM IgA, nhập viện lần đầu tại khoa Thận-Nội tiết Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 08/2023 đến 06/2024.

Tiêu chí nhận mẫu: Theo tiêu chuẩn chẩn đoán VMM IgA của EULAR/PRES 2019, bao gồm ban xuất huyết hoặc chấm xuất huyết không do giảm tiểu cầu và ≥ 1 trong 4 biểu hiện:

- + Đau bụng
- + Viêm khớp/đau khớp: Viêm khớp: phù hoặc đau khớp cấp tính gây giới hạn vận động. Đau khớp: Chỉ đau khớp mà không kèm phù khớp hoặc gây giới hạn vận động.
- + Tổn thương thận: Tiểu đạm $>0,3g/24$ giờ hoặc albumin/creatinin niệu một thời điểm $>30mg/mmol$ hoặc que nhúng dipstick 2+. Tiểu máu: soi cận lẳng nước tiểu có >5 hồng cầu ở quang trường 40 hoặc có trụ hồng cầu.

+ Giải phẫu bệnh: Sinh thiết da có lắng đọng ưu thể IgA hoặc sinh thiết thận có viêm cầu thận tăng sinh với lắng đọng chủ yếu là IgA.

Tiêu chí loại trừ: Trẻ có bệnh mạn tính khác đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường, viêm ruột mạn, rối loạn đông máu hoặc trẻ VMM IgA tái phát.

Định nghĩa biến số

Định nghĩa VMM IgA có tổn thương tiêu hóa:

Khi trẻ được chẩn đoán VMM IgA có triệu chứng đau bụng và/hoặc các triệu chứng tiêu hóa khác như nôn, buồn nôn, tiêu chảy, xuất huyết tiêu hóa.

Định nghĩa tổn thương tiêu hóa nặng:

Khi trẻ có ít nhất 1 trong các biểu hiện sau lúc nhập viện và/hoặc trong suốt quá trình nằm viện, bao gồm: điểm đau bụng > 3 điểm, xuất huyết tiêu hóa, cần can thiệp phẫu thuật

Mức độ đau bụng: nhẹ (1-3 điểm), trung bình (4-7 điểm), nặng (>7 điểm)

Phương pháp tiến hành: Trong thời gian từ 08/2023 đến 06/2024, những trẻ thỏa tiêu chí chọn mẫu và không có tiêu chí loại trừ sẽ được đưa vào nghiên cứu. Các xét nghiệm được lấy tại thời điểm nhập viện.

Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được nhập vào SPSS 20.0, với các biến định tính phân tích bằng tần số và tỷ lệ phần trăm, các biến định lượng phân tích bằng trung bình, độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn) hoặc trung vị, khoảng tứ phân vị (phân phối không chuẩn). So sánh

trung bình hai nhóm độc lập sử dụng T-test (phân phối chuẩn) hoặc Mann-Whitney U (phân phối không chuẩn). Kiểm định mối liên quan giữa hai biến định tính bằng Chi-square, hiệu chỉnh Fisher khi tần số kỳ vọng dưới 5.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Nhi Đồng 1.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 08/2023 đến tháng 06/2024, chúng tôi ghi nhận 68 bệnh nhi được chẩn đoán viêm mạch máu IgA (IgAV) nhập viện lần đầu. Có 56 trường hợp (82,4%) ghi nhận tổn thương tiêu hóa. Trong đó, 31 bệnh nhân (55,4%) được phân loại là tổn thương tiêu hóa nặng. Nhóm còn lại gồm 25 bệnh nhân (44,6%) được xếp vào nhóm không nặng, bao gồm cả những trường hợp tổn thương nhẹ và bệnh nhân không có tổn thương tiêu hóa.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của tổn thương tiêu hóa (n=56)

Đặc điểm lâm sàng		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Điểm đau bụng		4,0 ± 2,0	
Đau bụng nhẹ		29	51,8
Đau bụng trung bình		20	35,7
Đau bụng nặng		7	12,5
Nôn/buồn nôn		46	82,1
Tiêu chảy		4	7,1
Xuất huyết tiêu hóa	Nôn máu	9	16,1
	Tiêu phân máu	10	17,9
	Tổng	14	25
Lồng ruột		1	1,8
Thời gian xuất hiện triệu chứng tiêu hóa			
Trước ban da		10	17,9
Cùng lúc với ban da		9	16,1
Sau ban da		37	66,1
Dày thành ruột trên siêu âm bụng		26	38,2

Nhận xét: Điểm đau bụng trung bình là 4 điểm, chủ yếu là đau bụng mức độ nhẹ và trung bình. Nôn/buồn nôn là triệu chứng thường gặp (72,1%), tiêu chảy ít gặp (7,1%). Biểu chứng thường gặp nhất là xuất huyết tiêu hóa (25%), lồng ruột hiếm gặp (1,8%).

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng của tổn thương tiêu hóa (n=56)

Đặc điểm so sánh	Tổn thương tiêu hóa		p
	Có (n=56)	Không (n=12)	
Tổng số BC ($\times 10^3/uL$)	13,66	10,48	0,025d
BC trung tính ($\times 10^3/uL$)	9,37	5,27	0,005 d
Tiểu cầu > 400	29 (51,8)	2 (16,7)	0,027*

(x103/uL)			
MPV (fL)	8,95	9,55	0,012 d
BC trung tính/ BC lympho	3,15	1,92	0,011 d
C3 (mg/dL)	134,82	112,17	0,005 d
C4 (mg/dL)	33,73	19,35	0,002 d
Natri (mmol/L)	135,15	136,90	0,065 d
Clo (mmol/L)	99,85	101,85	0,030 d

^dPhép kiểm định Mann-Whitney U, *Phép kiểm chi bình phương

Nhận xét: Tổng số BC, BC trung tính, số lượng tiểu cầu, C3, C4 ở nhóm tổn thương tiêu hóa cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tổn thương tiêu hóa. MPV, nồng độ Clo ở nhóm có tổn thương tiêu hóa thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tổn thương tiêu hóa.

Bảng 3: Các yếu tố liên quan với tổn thương tiêu hóa nặng

Đặc điểm so sánh	Tổn thương tiêu hóa		P
	Nặng (n=31)	Không nặng (n=37)	
Ban da dưới thắt lưng	10(32,3%)	25(67,6%)	0,004*
Ban da trên thắt lưng	21(67,7%)	12(32,4%)	
Thời gian xuất hiện triệu chứng tiêu hóa			
Trước ban da	8(25,8%)	2 (5,4%)	0,000**
Cùng lúc với ban da	7(22,6%)	3 (8,1%)	
Sau ban da	16(51,6%)	21(56,8%)	
Tổn thương thận	17(54,8%)	8 (21,6%)	0,005*
Tổng số BC (x103/uL)	14,9	11,2	0,026d
Natri (mmol/L)	135,0	136,7	0,013d
Clo (mmol/L)	99,2	101,3	0,001 d

^dPhép kiểm định Mann-Whitney U, *Phép kiểm chi bình phương, ** phép kiểm Fisher's Exact, ^abao gồm bệnh nhân có tổn thương tiêu hóa nhẹ và không có tổn thương tiêu hóa

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương tiêu hóa nặng ở nhóm có vị trí ban da trên thắt lưng, nhóm có triệu chứng tiêu hóa xuất hiện trước ban da và cùng lúc với ban da cao hơn có ý nghĩa thống kê. Tổng số BC cao hơn trong khi nồng độ Na và Clo thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm tổn thương tiêu hóa nặng.

Bảng 4: Các yếu tố liên quan với xuất huyết tiêu hóa (n=56)

Đặc điểm so sánh	Xuất huyết tiêu hóa		P
	Có (n=14)	Không (n=42)	
Điểm đau bụng	5,1 ± 1,9	3,7 ± 2,0	0,018b
Đau bụng nhẹ	3 (21,4%)	26 (61,9%)	0,027**

Đau bụng trung bình	8 (57,1%)	12 (28,6%)	
Đau bụng nặng	3 (21,4%)	4 (9,5%)	
BC >15 (x10 ³ /uL)	2 (14,3%)	19 (45,2%)	0,038*
Tiểu cầu (x10 ³ /uL)	333	429	0,014d
Tiểu cầu >400 (10 ³ /uL)	4 (28,6%)	25 (59,5%)	0,045*

^bPhép kiểm định T không ghép cặp, ^dPhép kiểm định Mann-Whitney U

*Phép kiểm chi bình phương, ** phép kiểm Fisher's Exact

Nhận xét: Nhóm xuất huyết tiêu hóa có điểm đau bụng trung bình và mức độ đau bụng trung bình và nặng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không xuất huyết tiêu hóa. Tỷ lệ tăng BC và tăng tiểu cầu, số lượng tiểu cầu ở nhóm xuất huyết tiêu hóa thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không xuất huyết tiêu hóa.

Bảng 5. Đặc điểm điều trị glucocorticoid tĩnh mạch

Đặc điểm so sánh	Tổn thương tiêu hóa nặng		P
	Có	Không	
Thời gian dùng thuốc (ngày)	4	3	0,224 d
Thời gian hết đau bụng sau khi dùng thuốc (ngày)	2	1	0,034 d
Thời gian nằm viện (ngày)	6	5	0,020 d

^dPhép kiểm định Mann-Whitney U

Nhận xét: Thời gian hết đau bụng sau khi dùng thuốc và thời gian nằm viện cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm tổn thương tiêu hóa nặng.

IV. BÀN LUẬN

Tổn thương tiêu hóa là một biểu hiện phổ biến và có thể nghiêm trọng ở bệnh nhân viêm mạch máu IgA (VMM IgA). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tổn thương tiêu hóa lên đến 82,4%, cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu trước đây^{2,3}. Tỷ lệ tổn thương tiêu hóa nặng cũng ở mức cao (55,4%), vượt trội so với các nghiên cứu của Salem Yahyaoui (46,3%) và Ekinci (36,7%)^{3,4}. Những khác biệt này có thể xuất phát từ định nghĩa mở rộng hơn về tổn thương tiêu hóa nặng trong nghiên cứu của chúng tôi (bao gồm cả tiêu chí điểm đau bụng > 3), cũng như sự khác biệt về cỡ mẫu và thời gian theo dõi.

Đau bụng là triệu chứng nổi bật, hiện diện ở 100% bệnh nhân có tổn thương tiêu hóa, với điểm trung bình là⁴. Đáng chú ý, hơn 80% bệnh nhân báo cáo mức độ đau từ nhẹ đến trung bình. Nôn và buồn nôn cũng xuất hiện phổ biến (80%), trong khi tiêu chảy ít gặp hơn (7,1%). Xuất huyết tiêu hóa xảy ra ở 25% trường hợp, chủ yếu dưới dạng tiêu phân máu (17,9%) và

nôn ra máu (16,1%), tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Lòng ruột là biến chứng hiếm gặp (1,8%), chủ yếu xảy ra tại vùng hồi-mạnh tràng, phù hợp với sinh lý bệnh và các báo cáo trước đây.

Các xét nghiệm cận lâm sàng phản ánh rõ rệt mức độ viêm và hoạt hóa miễn dịch ở nhóm bệnh nhân có tổn thương tiêu hóa. Số lượng BC, BC trung tính, và tỷ số BC trung tính/BC lympho đều tăng có ý nghĩa thống kê, cho thấy phản ứng viêm cấp tính. Số lượng tiểu cầu cao kết hợp với chỉ số MPV thấp hơn cũng gợi ý sự kích hoạt tiểu cầu và quá trình viêm tiến triển⁵. Ngoài ra, nồng độ bổ thể C3, C4 tăng ở nhóm bệnh nhân có tổn thương tiêu hóa ($p < 0,01$) phản ánh sự hoạt hóa miễn dịch toàn thân. Tình trạng mất điện giải, được biểu hiện qua giảm nồng độ ion Clo, có thể là hậu quả của nôn và tiêu chảy. Dày thành ruột là dấu hiệu siêu âm phổ biến nhất (38,2%), chủ yếu ở hồi tràng và hồng tràng. Phát hiện này phù hợp với các nghiên cứu của SalemYahyaoui³.

Tổn thương tiêu hóa nặng có mối liên quan với ban da trên thắt lưng, triệu chứng tiêu hóa xuất hiện trước hoặc cùng lúc với ban da và tổn thương thận. Tổng số BC và BC trung tính ở nhóm này cao hơn ($p < 0,05$), đồng thời nồng độ Natri và Clo thấp hơn, gợi ý sự mất nước và điện giải do tổn thương tiêu hóa. Một điểm đáng lưu ý là mức độ đau bụng cao hơn rõ rệt ở nhóm có tổn thương tiêu hóa nặng, với điểm trung bình là 5,1. Điều này gợi ý rằng mức độ đau bụng có thể đóng vai trò như một chỉ dấu lâm sàng hữu ích trong việc nhận diện sớm các trường hợp tổn thương tiêu hóa nặng. Các kết quả của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu trước đây. Cụ thể, Salem Yahyaoui và Ekinci đều ghi nhận mối liên quan giữa tổn thương thận và tổn thương tiêu hóa nặng ở bệnh nhân VMM IgA^{3,4}. Mario Sestan cho thấy tỷ lệ tổn thương tiêu hóa nặng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân có ban xuất huyết lan rộng ở chi trên và/hoặc toàn thân so với nhóm chỉ có ban ở chi dưới². Ngoài ra, Salem Yahyaoui còn ghi nhận mối liên quan giữa tổn thương tiêu hóa nặng với tổng số bạch cầu, bạch cầu trung tính và nồng độ hemoglobin³.

Mặc dù nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy bệnh nhân viêm mạch IgA có xuất huyết tiêu hóa thường có số lượng bạch cầu và tiểu cầu tăng, kết quả của chúng tôi lại ghi nhận các chỉ số này giảm có ý nghĩa thống kê^{5,6}. Sự khác biệt này có thể do tiểu cầu bị tiêu thụ tại vị trí viêm và xuất huyết, hoặc do xét nghiệm được thực hiện sớm lúc bệnh nhân nhập viện, khi phản ứng

viêm toàn thân chưa phát triển rõ. Ngoài ra, cỡ mẫu nhỏ của nhóm xuất huyết tiêu hóa cũng có thể ảnh hưởng đến độ chính xác của kết quả.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân có tổn thương tiêu hóa được điều trị bằng glucocorticoid đường tĩnh mạch (92,9%) với liều trung vị 2 mg/kg/ngày, kéo dài trong 3–4 ngày. Nhóm tổn thương tiêu hóa nặng có thời gian giảm đau bụng và thời gian nằm viện dài hơn đáng kể ($p < 0,05$), cho thấy mức độ viêm nghiêm trọng hơn. Tuy nhiên, việc sử dụng glucocorticoid trong thời gian ngắn lại liên quan đến tỷ lệ tái phát cao hơn ($p < 0,05$). Kết quả này cho thấy hiệu quả ban đầu của glucocorticoid nhưng đồng thời đặt ra câu hỏi về thời gian điều trị tối ưu. Trong khi Huber và cộng sự không ghi nhận sự khác biệt đáng kể về thời gian đau bụng giữa nhóm dùng glucocorticoid và nhóm chứng ($p = 0,8$), nghiên cứu của Ronkainen lại cho thấy glucocorticoid giúp rút ngắn tổng số ngày đau bụng (giảm 1,2 ngày, $p = 0,03$)^{7,8}. Do đó, dù glucocorticoid đóng vai trò trong kiểm soát triệu chứng tiêu hóa, thời điểm khởi trị và thời gian điều trị hiệu quả vẫn cần được nghiên cứu thêm.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương tiêu hóa là biểu hiện phổ biến và có thể nghiêm trọng ngay từ lần nhập viện đầu tiên ở trẻ viêm mạch máu IgA. Việc theo dõi sát bệnh nhân và điều trị glucocorticoid sớm có thể giúp cải thiện triệu chứng và rút ngắn thời gian nằm viện, đặc biệt ở nhóm có yếu tố nguy cơ như tổn thương thận, ban da trên thắt lưng hoặc triệu chứng tiêu hóa khởi phát sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Đăng Trí, Vũ Huy Trự** (2020). Ban xuất huyết Henoch-Schönlein. Trong: Phạm Thị Minh Hồng, Bộ môn nhi-đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh. Nhi khoa tập I. Nhà xuất bản đại học quốc gia thành phố Hồ Chí Minh; 2020:479-491.
2. **Sestan M, Kifer N, Frkovic M, et al.** (2021). Gastrointestinal involvement and its association with the risk for nephritis in IgA vasculitis. *Therapeutic advances in musculoskeletal disease*. 2021; 13(1759720x211024828).doi: 10.1177/1759720x211024828.
3. **Ekinci RMK, Balci S, Melek E, et al.** (2020). Clinical manifestations and outcomes of 420 children with Henoch Schönlein Purpura from a single referral center from Turkey: A three-year experience. *Modern Rheumatology*. 2020; 30(6): 1039-1046.doi:
4. **Yahyaoui S, Mohamed L, Rania B, et al.** (2018). Risk Factors for Severe Gastrointestinal Involvement in Childhood Henoch-Schoenlein Purpura. *J Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018; 2(2): 12.doi:
5. **Lì B, Ren Q, Ling J, et al** (2021). Clinical relevance of neutrophil-to-lymphocyte ratio and

- mean platelet volume in pediatric Henoch-Schönlein Purpura: a meta-analysis. *Bioengineered*. 2021; 12(1): 286-295.doi: 10.1080/1741-7015-2-7.
6. **Su D, Yang M, Wang X, et al.**(2025). Risk factors for gastrointestinal bleeding in children with Henoch-Schönlein purpura. *Frontiers in pediatrics*. 2025; 13(1587535).doi: 10.3389/fped.2025.1587535.
 7. **Huber AM, King J, McLaine P, et al.**(2004). A randomized, placebo-controlled trial of prednisone in early Henoch Schönlein Purpura [ISRCTN85109383]. *BMC medicine*. 2004; 2(7).doi: 10.1186/1741-7015-2-7.
 8. **Ronkainen J, Koskimies O, Ala-Houhala M, et al** (2006). Early prednisone therapy in Henoch-Schönlein purpura: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *The Journal of pediatrics*. 2006; 149(2): 241-7.doi: 10.1016/j.jpeds.2006.03.024.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHỨC NĂNG HÔ HẤP, PHÁT ÂM VÀ NUỐT KHI SỬ DỤNG ống DUY TRÌ LỖ MỞ KHÍ QUẢN DẠNG ÁP THÀNH MONTGOMERY®

Lý Xuân Quang^{1,2}, Trương Thanh Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các kết quả chức năng ở bệnh nhân (BN) sử dụng ống duy trì Montgomery® trên ba phương diện: (1) Hô hấp, thông qua các giai đoạn thích ứng bit ống; (2) Phát âm, thông qua mức độ giao tiếp do BN báo cáo; và (3) Nuốt, thông qua sự hiện diện của các triệu chứng lâm sàng. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu loạt ca trên 18 BN được đặt ống duy trì Montgomery® dài hạn tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 07/2023 đến 07/2025. Dữ liệu lâm sàng được thu thập từ hồ sơ bệnh án (HSBA), và dữ liệu chức năng được thu thập bằng phỏng vấn qua điện thoại theo các thang đo định sẵn. Số liệu được phân tích bằng thống kê mô tả. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 18 BN (61,1% nữ), tuổi trung bình $65,0 \pm 14,38$. Về chức năng hô hấp, 9/18 BN (50,0%) đã đạt Giai đoạn 5 (rút ống thành công), và 7/18 BN (38,9%) đang trong các giai đoạn thích ứng bit ống tích cực (Giai đoạn 1-3). Về chức năng phát âm, 10/16 BN (62,5%) báo cáo đạt mức "Giao tiếp thoải mái". Về chức năng nuốt, 3/16 BN (18,8%) có các triệu chứng nuốt khó và/hoặc nuốt vướng. **Kết luận:** Ống duy trì Montgomery® mang lại sự cải thiện đáng kể về chức năng hô hấp và phát âm cho đa số BN, đóng vai trò là một dụng cụ giá trị trong lộ trình phục hồi chức năng và tiến tới rút ống mở khí quản. Các vấn đề về nuốt vẫn còn tồn tại ở một bộ phận BN, gợi ý sự cần thiết của các can thiệp phục hồi chức năng nuốt chuyên sâu.

Từ khóa: Ống duy trì lỗ mở khí quản dạng áp thành, cannula Montgomery® dài hạn, chức năng hô hấp, chất lượng giọng nói, chức năng nuốt.

SUMMARY

ASSESSMENT OF FUNCTIONAL OUTCOMES IN RESPIRATION, PHONATION, AND SWALLOWING WITH THE MONTGOMERY® LONG-TERM CANNULA

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang

Email: quang.lx@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

Ngày duyệt bài: 14.10.2025

Objectives: To evaluate the functional outcomes in patients using the Montgomery® cannula across three domains: (1) Respiration, assessed through Stomal Occlusion Adaptation Stages; (2) Phonation, based on patient-reported communication levels; and (3) Swallowing, based on the presence of clinical symptoms. **Methods:** A retrospective case series was conducted on 18 patients who received a Montgomery® Long-Term Cannula at the University Medical Center Ho Chi Minh City from July 2023 to July 2025. Clinical data were collected from medical records, and functional data were gathered through telephone interviews using predefined scales. **Results:** The study included 18 patients (61.1% female), with a mean age of 65.0 ± 14.38 years. Regarding respiratory function, 9 of 18 patients (50.0%) achieved Stage 5 (successful decannulation), while 7 of 18 patients (38.9%) were in active stages of capping trials (Stages 1-3). The median time to successful decannulation was 2.5 months. Among 16 evaluable patients for functional outcomes, 10 (62.5%) reported a "comfortable communication" level, and 3 (18.8%) experienced symptoms of dysphagia and/or food impaction sensation. **Conclusion:** The Montgomery® cannula provides significant improvements in respiratory and phonation functions for the majority of patients, serving as a valuable tool in the rehabilitative pathway toward tracheostomy decannulation. Swallowing issues persist in a subset of patients, suggesting the need for specialized swallowing rehabilitation interventions.

Keywords: Stoma stent, Montgomery® long-term cannula, respiratory function, voice quality, swallowing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc quản lý BN mang canuyn mở khí quản dài hạn đặt ra nhiều thách thức, không chỉ về gánh nặng chăm sóc mà còn về các ảnh hưởng tiêu cực đến các chức năng sinh lý của đường thở. Canuyn mở khí quản, với một phần ống nằm sâu bên trong lòng khí quản, làm thay đổi luồng khí tự nhiên, cản trở cơ chế ho khạc, ảnh hưởng đến khả năng phát âm và có thể gây kích ứng niêm mạc khí quản.^{1,2}

Để giải quyết những nhược điểm này, ống duy trì lỗ mở khí quản dạng áp thành