

ngiên cứu là các bệnh nhân chóng mặt kích phát lành tính ống bán khuyên sau với nghiệm pháp Dix-Hallpike dương tính.

Chúng tôi đánh giá hiệu quả kiểm soát triệu chứng chóng mặt dựa vào thang điểm đánh giá chóng mặt của châu Âu (EEV: European Evaluation of Vertigo scale)¹⁰ cho kết quả đáp ứng rõ rệt với điểm trung bình của bệnh nhân trước điều trị là $13 \pm 1,1$; sau 7 ngày điều trị là $4 \pm 0,77$; sau 30 ngày điều trị là $0 \pm 0,56$ (Bảng 3.4).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nghiệm pháp Epley giúp giảm thời gian nằm viện điều trị nội trú có ý nghĩa thống kê so với điều trị thuốc đơn thuần (5 ± 2 ngày so với $9,5 \pm 2,5$ ngày) ($p < 0,05$) (Bảng 3.5). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Otsuka K.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 70 bệnh nhân trong đó có 37 bệnh nhân thực hiện nghiệm pháp Epley. Kết quả cho thấy tỷ lệ thành công của nghiệm pháp Epley trong điều trị BPPV của nhóm nghiên cứu là 100%. Dựa vào kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy nên áp dụng nghiệm pháp Epley để điều trị cho những bệnh nhân chóng mặt tư thế kích phát lành tính ống bán khuyên sau tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neuhauser H, Leopold M, von Brevern M, Arnold G, Lempert T. The interrelations of migraine, vertigo, and migrainous vertigo. *Neurology*. 2001;56(4):436-441.
2. Brocchetti F, Garaventa G, Ameli F, et al. Effect of repetition of Semont's manoeuvre on benign paroxysmal positional vertigo of posterior semicircular canal. *Acta Otorhinolaryngol Ital Organo Uff Della Soc Ital Otorinolaringol E Chir Cerv-facc*. 2003;23(6):428-435.
3. Brandt T, Daroff RB. Physical Therapy for Benign Paroxysmal Positional Vertigo. *Arch Otolaryngol*. 1980;106(8):484-485.
4. Tú LN, Phương TTA, Hiền LTN, et al. Ứng dụng nghiệm pháp Epley trong điều trị tư thế chóng mặt kích phát lành tính. *Tạp Chí Dược Học Cần Thơ*. 2023;(60):8-15.
5. Phong CP, Tuệ BC. Phân tích 30 trường hợp điều trị tái định vị sỏi ống bán khuyên sau bằng thao tác Epley. 2008.
6. Chang WC, Yang YR, Hsu LC, Chern CM, Wang RY. Balance improvement in patients with benign paroxysmal positional vertigo. *Clin Rehabil*. 2008;22(4):338-347.
7. Ali HY, Shehabi MHA. Effectiveness of Epley's Maneuver in the Treatment of Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV). *Bahrain Medical Bulletin*. 2006. 28, 18-22.
8. von Brevern M, Bertholon P, Brandt T, et al. Benign paroxysmal positional vertigo: Diagnostic criteria. *J Vestib Res Equilib Orientat*. 2015;25(3-4):105-117.
9. Weider DJ, Ryder CJ, Stram JR. Benign paroxysmal positional vertigo: analysis of 44 cases treated by the canalith repositioning procedure of Epley. *Am J Otol*. 1994;15(3):321-326.
10. Mègnigbèto CA, Sauvage JP, Launois R. Validation clinique d'une échelle du vertige: EEV (European Evaluation of Vertigo) [The European Evaluation of Vertigo (EEV) scale: a clinical validation study]. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 2001;122(2):95-102. French

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA TIÊU CHẢY CẤP Ở TRẺ EM TỪ 2 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Trần Thị Liên¹, Nguyễn Đình Học¹,
Nguyễn Thị Thu Thái¹, Hoàng Thị Hảo²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tiêu chảy cấp ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 157 trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp đủ tiêu chuẩn lựa chọn (38,9% giới tính nữ và 61,1% giới tính nam). Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trẻ mắc bệnh ở nhóm

2 – 24 tháng tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (75,2%), mất nước (20,4%), số lần đi ngoài dưới 10 lần/ngày chiếm 81,5%, chủ yếu phân lỏng tóe nước không nhày máu (71,3%). Triệu chứng kèm theo gồm nôn (58%), sốt (72,6%), chán ăn (59,2%), đau bụng (16,6%), mót rặn (6,4%), bụng chướng (2,5%). Tỉ lệ tăng bạch cầu là 45,9%, rối loạn điện giải bao gồm hạ Natri (31,8%), hạ Kali (13,4%). Bạch cầu trong phân chiếm 31,8%, hồng cầu trong phân chiếm 21%. Tỉ lệ Rotavirus dương tính là 31,8%. **Kết luận:** Tiêu chảy cấp hay gặp ở trẻ dưới 24 tháng tuổi, đa số là không mất nước, thường kèm theo nôn, sốt, chán ăn. Cận lâm sàng thường gặp là hạ Natri máu. Xét nghiệm phân cho thấy ít bệnh nhi có hồng cầu, bạch cầu trong phân.

Từ khóa: Tiêu chảy cấp, lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Liên

Email: liendtn98@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

CHARACTERISTICS OF ACUTE DIARRHEA IN CHILDREN AGED 2 MONTHS TO 5 YEARS AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and subclinical characteristics of acute diarrhea in children aged 2 months to 5 years at Thai Nguyen Central Hospital. **Subjects and Methods:** A total of 157 children aged 2 months to 5 years with acute diarrhea meeting the inclusion criteria were enrolled (38,9% female and 61,1% male). A cross-sectional descriptive study was conducted. **Results:** The highest proportion of patients were in the 2 – 24 months age group (75,2%). Most cases had no dehydration (79,6%), while 20,4% had dehydration; no cases of severe dehydration were reported. Stool frequency was fewer than 10 times per day in 81,5% of cases. The majority of stools were watery without mucus or blood (71,3%). Accompanying symptoms included vomiting (58%), fever (72,6%), loss of appetite (59,2%), abdominal pain (16,6%), tenesmus (6,4%), and abdominal distension (2,5%). The leukocytosis rate was 45,9%. Electrolyte disturbances included hyponatremia (31,8%) and hypokalemia (13,4%). White blood cells were present in 31,8% of stool samples, and red blood cells in 21%. The rate of positive Rotavirus detection was 31,8%. **Conclusion:** Acute diarrhea is most commonly seen in children under 24 months of age, with the majority of cases presenting without dehydration. Vomiting, fever, and loss of appetite are frequent accompanying symptoms. Hyponatremia is the most common subclinical finding. Stool tests showed that only a small number of patients had red or white blood cells present in the stool. **Keywords:** Acute diarrhea, clinical features, paraclinical features

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêu chảy là một trong những nguyên nhân chính gây ra gánh nặng bệnh tật trên toàn thế giới. Ước tính trên toàn thế giới hằng năm có khoảng 1,7 tỷ trẻ em dưới 5 tuổi bị tiêu chảy cấp với khoảng 525.000 trẻ tử vong, là nguyên nhân hàng đầu gây ra suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi [7]. Tại Việt Nam, tiêu chảy vẫn là một trong mười bệnh có tỷ lệ mắc và tử vong cao trong nhiều thập niên qua. Từ năm 2010 trở lại đây, có khoảng 500.000 đến 900.000 trường hợp tiêu chảy, trong đó có khoảng 10 trường hợp tử vong được báo cáo mỗi năm [8]. Tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do tiêu chảy cũng đã giảm nhưng vẫn còn cao so với bệnh khác.

Tại Trung tâm Nhi khoa, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên hằng năm tiếp nhận rất nhiều trẻ em dưới 5 tuổi tiêu chảy cấp vào viện điều trị. Nhằm tìm hiểu thêm về vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tiêu chảy cấp ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 157 trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp (đi ngoài phân lỏng ≥ 3 lần/ngày, thời gian mắc bệnh < 14 ngày) tại Trung tâm Nhi khoa – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 10/2024 đến tháng 7/2025, cha mẹ hoặc người nuôi trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả tiến cứu

2.2.2. Cỡ mẫu

- Kỹ thuật chọn mẫu: thuận tiện
- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu mô tả cắt ngang:

$$\frac{p \cdot (1-p)}{(d)^2}$$

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \cdot \frac{p \cdot (1-p)}{(d)^2}$$

Trong đó: Z: Hệ số tin cậy khoảng 95%, mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$. $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

p: Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị tiêu chảy cấp có triệu chứng nôn theo nghiên cứu của Trần Quang Khải năm 2023 là 88,6% [2].

d là độ tin cậy tương đối, chọn $d = 5\%$.

Thay công thức trên tính được $n = 155$. Chúng tôi lựa chọn 157 bệnh nhi tham gia nghiên cứu.

2.2.3. Chỉ số nghiên cứu

* Đặc điểm chung: Tuổi: lứa tuổi được chia thành 2 nhóm: từ 2 tháng đến 24 tháng và từ 25 tháng đến 60 tháng. Giới tính: Nam và nữ. Tình trạng dinh dưỡng: suy dinh dưỡng và không suy dinh dưỡng.

* Triệu chứng lâm sàng: Mô tả các triệu chứng: tính chất phân, số lần đi ngoài trong ngày, dấu hiệu mất nước, triệu chứng kèm theo như nôn, sốt, đau bụng, chướng bụng, mót rặn, chán ăn.

* Triệu chứng cận lâm sàng: Số lượng bạch cầu, điện giải đồ máu (Natri, Kali), chỉ số CRP trong máu, hồng cầu, bạch cầu trong phân, test nhanh Rotavirus.

2.2.4. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0

2.2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/10/2024 đến 31/7/2025 có 157 trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi đủ tiêu chuẩn chẩn đoán tiêu chảy cấp nhập viện điều trị nội trú tại Trung tâm Nhi khoa, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên được đưa vào phân tích.

Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	2-24 tháng	118	75,2
	25-60 tháng	39	24,8
Giới	Nam	96	61,1
	Nữ	61	38,9
Suy dinh dưỡng		9	8,3

Nhận xét: 75,2% bệnh nhi thuộc lứa tuổi từ 2 – 24 tháng, nam/nữ = 96/61 = 1,6/1. Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng chiếm 8,3%.

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng của tiêu chảy cấp

Triệu chứng		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tính chất phân	Lỏng toàn nước	112	71,3
	Có máu	5	3,2
	Có nhày	16	10,2
	Có máu + nhày	24	15,3
Số lần đi ngoài (lần/ngày)	<10	128	81,5
	≥10	29	18,5
Số lần đi ngoài trung bình (lần/ngày)		6,8 ± 3	
Mất nước		32	20,4
Sốt		114	72,6
Nôn		91	58,0
Đau bụng		26	16,6
Mót rặn		10	6,4
Chướng bụng		4	2,5
Chán ăn		93	59,2

Nhận xét: 20,4% trẻ có dấu hiệu mất nước, 71,3% trẻ đi ngoài phân tóe nước, không nhày máu, 81,5% trẻ đi ngoài dưới 10 lần/ngày. Số lần đi ngoài trung bình là 6,8 ± 3 lần/ngày. Các triệu chứng kèm theo thường gặp nhất là sốt (72,6%), kế tiếp là chán ăn (59,2%), nôn (58%), đau bụng (16,6%), mót rặn (6,4%), chướng bụng (2,5%).

Bảng 3.3. Thay đổi các chỉ số huyết học và sinh hóa máu

Các chỉ số		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu	Tăng	72	45,9
	Bình thường	84	53,5
	Giảm	1	0,6
CRP	Tăng	67	42,7
	Bình thường	90	57,3
Natri	Tăng	1	0,6
	Giảm	50	31,8
	Bình thường	106	67,5
Kali	Tăng	0	0
	Giảm	21	13,4
	Bình thường	136	86,6

Nhận xét: 45,9% trẻ có bạch cầu tăng. 42,7% trẻ có tăng CRP. Rối loạn điện giải thường gặp là hạ Natri chiếm 31,8%, hạ Kali chiếm 13,4%.

Bảng 3.4. Kết quả soi tươi phân khi vào viện

Chỉ số		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu	1+	22	14
	2+	15	9,6
	≥3+	13	8,3
	Âm tính	107	68,2
Hồng cầu	1+	11	7
	2+	15	9,6
	≥3+	7	4,4
	Âm tính	124	79

Nhận xét: 79% trẻ tiêu chảy cấp không có hồng cầu trong phân; 68,2% không có bạch cầu trong phân.

Bảng 3.5. Kết quả test nhanh Rotavirus

Test rotavirus	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Dương tính	50	31,8
Âm tính	107	68,2
Tổng	157	100

Nhận xét: Test rotavirus dương tính chiếm 31,8%; âm tính chiếm 68,2%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ mắc tiêu chảy cấp ở nhóm tuổi từ 2-24 tháng là cao nhất, chiếm tỷ lệ 75,2%. Nhóm tuổi từ 25-60 tháng chiếm 24,8%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phan Trang Nhã tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, cho thấy nhóm tuổi từ 2 tháng đến 24 tháng mắc tiêu chảy cấp chiếm 76,5%[3]. Nhiều nghiên cứu của các tác giả cũng đều cho thấy nhóm tuổi gặp tiêu chảy cấp cao nhất là dưới 2 tuổi. Nguyên nhân là do trong độ tuổi này trẻ có sự thay đổi nhiều về chế độ ăn, khi trẻ từ 6 tháng tuổi, trẻ bắt đầu ăn dặm, nguồn thức ăn đa dạng hơn, hệ tiêu hóa của trẻ chưa thích nghi kịp, gây rối loạn tiêu hóa. Cùng với sự thay đổi chế độ ăn từ 6 tháng tuổi, miễn dịch thụ động mà mẹ truyền sang con giảm dần trong khi miễn dịch chủ động chưa phát triển đầy đủ. Trẻ nam có xu hướng bị bệnh nhiều hơn trẻ nữ, tỷ lệ nam, nữ lần lượt là 61,1% và 38,9%, tỷ lệ nam/nữ = 1,6/1. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Quang Khải năm 2023 với tỷ lệ nam, nữ lần lượt là 63,6% và 36,4%[2]. Sự khác biệt về giới tính này có thể là do sự mất cân bằng giới tính của nước ta hiện nay làm tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số trẻ mắc bệnh tiêu chảy cấp không kèm theo suy dinh dưỡng (91,7%). Có 8,3% trẻ tiêu chảy cấp có suy dinh dưỡng. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu Bế Hà Thành, suy

dinh dưỡng nhẹ cân chiếm 11,9%[4]. Hiện nay, trẻ suy dinh dưỡng ngày càng ít gặp hơn, điều này cho thấy đời sống kinh tế xã hội ngày càng được nâng cao, vấn đề chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ ngày càng được chú ý.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn trẻ tiêu chảy cấp không mất nước (79,6%), chỉ có 20,4% trẻ có mất nước. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của Phạm Võ Phương Thảo là: đa số trẻ nhập viện là không mất nước (84,5%), chiếm hơn 5 lần số trẻ mất nước (15,5%)[5]. Điều này chứng tỏ phụ huynh quan tâm đến tình trạng bệnh tật của trẻ tốt hơn, trẻ được chăm sóc và theo dõi chu đáo hơn, không phải nhập viện vì những biến chứng mất nước hay mất nước nặng.

Số lần tiêu chảy trung bình của trẻ khi vào viện trong nghiên cứu của chúng tôi là $6,8 \pm 3$ lần/ngày. Trong đó tỷ lệ tiêu chảy dưới 10 lần chiếm 81,5%, từ 10 lần trở lên chiếm 18,5%. Kết quả này tương đồng với Phan Trang Nhã tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ với tỷ lệ trẻ tiêu chảy cấp đi ngoài dưới 10 lần chiếm 90%[3]. Triệu chứng lâm sàng đi kèm thường gặp nhất ở trẻ tiêu chảy cấp trong nghiên cứu của chúng tôi là sốt (72,6%) và chán ăn (59,2%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Quang Khải năm 2023 với tỷ lệ trẻ tiêu chảy cấp có sốt và chán ăn lần lượt là 79,5% và 66,5%[2]. Tổng hợp từ các kết quả nghiên cứu cho thấy rằng khi trẻ có tiêu chảy cấp đặc biệt là tiêu chảy nhiễm khuẩn thì tỷ lệ triệu chứng sốt chiếm cao đến rất cao, từ đó có thể xem đây là dấu hiệu sớm để nhận biết trẻ bị một tình trạng nhiễm khuẩn hoặc nhiễm trùng sớm khi đi kèm với tiêu chảy. Triệu chứng chán ăn không đặc hiệu và thường gặp với nhiều loại bệnh khác nhau. Mặc dù chán ăn không giúp định hướng nguyên nhân, nhưng lại có ý nghĩa lâm sàng quan trọng vì làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng, đặc biệt ở trẻ nhỏ. Triệu chứng nôn trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 58%, tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Ngọc Anh, trên 60% trẻ tiêu chảy cấp có nôn, trung bình 5-10 lần/ngày[1]. Lý do có thể hệ tiêu hoá của trẻ đang bị tổn thương dẫn đến hoạt động co bóp dạ dày bị rối loạn gây nên tình trạng nôn. Các triệu chứng khác gặp với tỷ lệ thấp hơn, đau bụng (16,6%), mót rặn (6,4%), chướng bụng (2,5%).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ trẻ tiêu chảy cấp có tăng bạch cầu trong máu là 45,9%, có 1 trường hợp giảm bạch cầu. Kết quả tăng bạch cầu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Quang Khải, số trẻ có bạch cầu tăng chiếm 54,5%[2]. Bạch cầu tăng là

một cơ chế đáp ứng của hệ miễn dịch trước sự tấn công của tác nhân bên ngoài để bảo vệ cơ thể, đặc biệt là vi khuẩn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 42,7% trẻ có tăng CRP. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương (70,3%)[6]. Sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương là trẻ tiêu chảy cấp có phân máu. Chỉ số CRP biểu thị cho tình trạng nhiễm trùng, do đó CRP tăng trong nghiên cứu của chúng tôi có thể là do tiêu chảy do vi khuẩn hoặc do các bệnh lý nhiễm khuẩn kèm theo.

Rối loạn điện giải thường gặp trong tiêu chảy cấp, hay gặp là giảm Natri (31,8%) và giảm Kali máu (13,4%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Ngọc Anh năm 2019 với tỷ lệ trẻ hạ Natri và Kali máu lần lượt là 31,3% và 19,7%[1]. Nguyên nhân gây rối loạn điện giải là mất qua phân và chất nôn. Cần chú trọng đến vấn đề này để bù điện giải kịp thời, tránh các biến chứng do rối loạn điện giải, đặc biệt là ở các bệnh nhi có biểu hiện mất nước hoặc tiêu chảy quá nhiều.

Bệnh nhân đi ngoài phân tóe nước không nhày máu chiếm tỷ lệ cao nhất 71,3%, chỉ có 10,2% trẻ đi phân nhày, 3,2% trẻ đi phân máu và 15,3% trẻ đi phân nhày máu. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Ngọc Anh, cho thấy tỷ lệ trẻ đi ngoài phân tóe nước chiếm 76,7%, phân có máu 3,3%, phân có nhày 10,5%[1]. Trên xét nghiệm phân cho thấy đa số trẻ tiêu chảy cấp không có hồng cầu và bạch cầu trong phân. Bạch cầu trong phân chiếm 31,8%, hồng cầu 21%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Phạm Võ Phương Thảo, bạch cầu trong phân chiếm 27,7% và hồng cầu trong phân gặp 11,5%[5]. Giải thích cho điều này là do virus chiếm đến 50-60% các nguyên nhân gây tiêu chảy cấp ở trẻ em ở các nước đang phát triển. Do cơ chế thẩm thấu, virus không gây xuất hiện bạch cầu và hồng cầu trong phân.

Trong nghiên cứu của tôi, trẻ tiêu chảy có test rotavirus dương tính chiếm 31,8%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Quang Khải tại bệnh viện đa khoa Vĩnh Long (47,7%). Rotavirus vẫn là nguyên nhân thường gặp nhất của tiêu chảy cấp. Tỷ lệ nhiễm rotavirus khác nhau ở các khu vực và quốc gia do sự khác biệt về khí hậu, môi trường, các yếu tố kinh tế xã hội, phương pháp xét nghiệm vi sinh, quần thể được xét nghiệm và thời gian nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Tiêu chảy cấp hay gặp ở trẻ dưới 24 tháng tuổi, đa số là không mất nước, tỷ lệ suy dinh

dưỡng thấp, thường kèm theo nôn, sốt, chán ăn. Cận lâm sàng thường gặp là hạ Natri máu. Xét nghiệm phân cho thấy ít bệnh nhi có hồng cầu, bạch cầu trong phân. Căn nguyên do rotavirus chiếm 31,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Ngọc Anh, Đặng Thị Thúy Hà, Lương Thị Nghiêm.** Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của trẻ em nhập viện vì tiêu chảy tại Bệnh viện Nhi Trung ương Việt Nam. Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa, 2020. Vol. 4(3): p. 35-40.
2. **Trần Quang Khải, Nguyễn Thị Thanh Loan, Trần Chí Công.** Tác nhân vi sinh gây tiêu chảy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2024. 174(1): p. 117-125.
3. **Phan Trang Nhã, Vương Thị Hòa.** Kết quả chăm sóc, điều trị bệnh nhi tiêu chảy cấp dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan tại khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2020-2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2022(48): p. 54-62.
4. **Bê Hà Thành.** Tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi bị tiêu chảy cấp tại trung tâm nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 511(2).
5. **Phạm Võ Phương Thảo.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, 2021. Số 1(11): p. 24-29.
6. **Nguyễn Thị Mai Hương, Nguyễn Thị Việt Hà.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tiêu chảy cấp phân máu ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021. 505(1).
7. **World Health Organization.** Diarrhoeal disease: Key Fact. 2017; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.
8. **WHO.** Acute Diarrhea and Cholera in Vietnam. 2023; Available from: <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/cholera>.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI NẶNG Ở TRẺ TỪ 2 THÁNG - 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Dương Thị Hiền¹, Nguyễn Đình Học¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi nặng ở trẻ từ 2 tháng – 5 tuổi tại Bệnh viện A Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 106 bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi nặng (theo tiêu chuẩn WHO) từ 08/2024 – 08/2025. **Kết quả:** Trong 106 bệnh nhi, nam chiếm 54,7%, nữ chiếm 45,3%. Nhóm tuổi từ 2–12 tháng chiếm tỷ lệ cao hơn (61,3%) so với nhóm tuổi từ 12 tháng- 5 tuổi (38,7%). Triệu chứng thường gặp: ho (100%), khò khè (90,6%), thở nhanh (83%), rút lõm lồng ngực nặng (80,2%), tím (24,5%). Rán phổi ghi nhận ở 100% bệnh nhi, trong đó ran ẩm/nổ chiếm giá trị tuyệt đối 100% và ran rít/ngáy chiếm 72,6%. Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: nôn tất cả mọi thứ (18,9%), bỏ bú/không uống được (14,2%), co giật (2,8%). Tỷ lệ SpO₂ < 95% chiếm 73,6%. Số lượng bạch cầu tăng chiếm 52,8 %, CRP tăng ở 40,6% bệnh nhi. Hình ảnh X-quang tổn thương chủ yếu là thâm nhiễm phế nang lan tỏa (32,1%), tổn thương thùy chiếm 6,6%. Về căn nguyên gây bệnh: RSV (38,7%), Haemophilus influenzae (17%), Streptococcus pneumoniae (14,2%) **Kết luận:** Viêm phổi nặng ở trẻ dưới 5 tuổi chủ yếu gặp ở nhũ nhi, với biểu hiện lâm sàng điển hình là ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực nặng và ran phổi. RSV là căn nguyên virus chính, trong khi S. pneumoniae và H. influenzae vẫn là

tác nhân vi khuẩn quan trọng. **Từ khóa:** viêm phổi nặng, trẻ em, Bệnh viện A Thái Nguyên.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF SEVERE PNEUMONIA IN CHILDREN AGED 2 MONTHS TO 5 YEARS AT A THAI NGUYEN HOSPITAL

Objective: To describe the clinical, paraclinical characteristics of severe pneumonia in children aged 2 months–5 years at A Thai Nguyen Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 106 children diagnosed with severe pneumonia (WHO criteria) from August 2024 to August 2025. **Results:** Among 106 patients, males accounted for 54.7% and females 45.3%. The age group of 2–12 months had a higher proportion (61.3%) compared to the age group of 12 months–5 years (38.7%). Common symptoms included cough (100%), wheezing (90.6%), tachypnea (83%), severe chest indrawing (80.2%), and cyanosis (24.5%). Pulmonary rales were detected in all cases, moist/crackles were present in 100% of cases, while wheezing/rhonchi were observed in 72.6%. Systemic danger signs included: vomiting everything (18.9%), refusal to feed/inability to drink (14.2%), and seizures (2.8%). Oxygen saturation (SpO₂) < 95% was observed in 73.6% of patients. Leukocytosis was present in 52.8 %, and elevated C-reactive protein (CRP) in 40.6%. Chest X-ray findings mainly showed alveolar infiltrates (32.1%) and lobar consolidation (6.6%). Regarding etiology, respiratory syncytial virus (RSV) was identified in 38.7%, Haemophilus influenzae in 17%, and Streptococcus pneumoniae in 14.2%. **Conclusion:** Severe pneumonia in children

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Hiền
Email: duonghientybg98@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025
Ngày duyệt bài: 12.12.2025