

(14,2%) là hai vi khuẩn thường gặp, phù hợp với nghiên cứu Trần Quang Khải (2022) [5]. Một vấn đề đáng lưu ý là tỷ lệ chưa xác định được căn nguyên còn cao (35,8%). Điều này phản ánh hạn chế của các kỹ thuật chẩn đoán hiện có như test nhanh và nuôi cấy dịch tỵ hầu. Việc ứng dụng các phương pháp sinh học phân tử (PCR, multiplex PCR) sẽ giúp tăng độ nhạy phát hiện, giảm tỷ lệ chưa rõ căn nguyên [5], đồng thời định hướng sử dụng kháng sinh hợp lý hơn, tránh lạm dụng kháng sinh trong các trường hợp viêm phổi do virút đơn thuần.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi nặng ở trẻ dưới 5 tuổi chủ yếu gặp ở nhóm tuổi dưới 12 tháng, với tỷ lệ nam cao hơn nữ. Các triệu chứng thường gặp nhất là ho, sốt, khò khè, thở nhanh, rút lõm lồng ngực nặng và ran ẩm/nổ. Tỷ lệ suy hô hấp với SpO₂ <95% chiếm đa số, có sự khác biệt về phân bố SpO₂ giữa 2 nhóm tuổi (2-12 tháng và 12 tháng - 5 tuổi). Tăng số lượng bạch cầu chiếm 52,8%, tăng CRP chiếm 40,6%. Hình ảnh X-quang thường không đặc hiệu, trong đó thâm nhiễm phế nang lan tỏa là tổn thương gặp nhất. Căn nguyên gây bệnh chủ yếu: RSV, S. pneumoniae và H. influenzae.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Hương, Nguyễn Thị Thu Trang, Nguyễn Trường Giang.** Đặc điểm viêm phổi ở trẻ dưới 60 tháng tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Tạp chí Khoa học và Công nghệ - Đại học Thái Nguyên, 2024;(267), tr. 446-453.
2. **Lê Thị Mai Anh, Bùi Bình Bảo Sơn.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi, Tạp chí Y học Lâm sàng, 2022; 80(2), tr. 13-19.
3. **Đặng Thị Hồng Ngọc, Mai Kim Thanh Ngân, Lê Thị Kim Dung.** Căn nguyên và mức độ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2019-2020, Tạp chí Y học Dự phòng, 2021;30(6), tr. 9-16.
4. **Nguyễn Thị Thu Sương, Trần Anh Tuấn, Phan Hữu Nguyệt Diễm.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng phân biệt viêm phổi do vi khuẩn và do vi rút trong viêm phổi nặng trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, Tạp chí Nhi khoa, 2023;16(4), tr. 18-28.
5. **Trần Quang Khải, Nguyễn Thị Kim Ngân, Nguyễn Thanh Tùng và cs.** Phát hiện đồng nhiễm vi sinh vật ở trẻ viêm phổi nặng mắc phải tại cộng đồng bằng Real-Time PCR, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2022;(24), tr. 17-23.
6. **Jakhar S.K., Pandey M., Shah D., et al.** Etiology and risk factors determining poor outcome of severe pneumonia in under-five children, Indian Journal of Pediatrics, 2018;85(1), pp. 20-24.
7. **World Health Organization.** Pneumonia in children. Geneva: WHO; 2018. Accessed October 2, 2025. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/pneumonia-in-children>.
8. **World Health Organization.** Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common childhood illnesses, 2nd ed, Geneva: WHO, 2013, pp. 80-87.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, NHIỄM HELICOBACTER PYLORI, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA UNG THƯ DẠ DÀY PHỐI HỢP VỚI LOÉT TÁ TRÀNG (49 TRƯỜNG HỢP)

Thái Nguyên Hưng¹, Viên Đình Bình²

TÓM TẮT

Nghiên cứu (NC) hồi cứu với 2 mục tiêu: 1. Nhận xét đặc điểm dịch tễ học, tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori. 2. Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) của bệnh nhân (BN) ung thư dạ dày (UTDD) phối hợp với loét tá tràng (TT) được điều trị tại BV K. **Kết quả NC:** 49 BN, Nam 83,3%, Nữ 18,7%; Tuổi TB 63,74 ± 9,92 T (42- 80T); 79,6% ở nông thôn; Nghề nông 71,4%. Tiền sử (TS) loét DD-TT 77,6%; Thủng tá tràng cũ 8,2%; Mổ nối vị tràng (HMV do loét TT)

6,1%. Tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori (HP) 20,4%. Lâm sàng: Đau thượng vị 97,9%; Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) 59,18%; Hẹp môn vị (HMV) 36,7%; Sờ thấy U 26,5%; Gãy sút 71,4%. Nội soi dạ dày (NSDD): UTDD 1/3 Dưới 85,7%; UTDD 1/3 Giữa 14,3%. Loét mặt trước tá tràng (TT) 30,6%; Loét mặt sau TT 2,04%; Kissing ulcer 6,1%; Không loét 14,3%; Không mô tả 30,6%; HMV 22,4%. Tổn thương trong mổ: KT khối UTDD ≤ 5cm chiếm 51,0%; KT khối UTDD >5cm chiếm 49%. Loét mặt trước TT 69,4%; Loét mặt sau TT 14,3%; Kissing ulcer 16,3%; KT ổ loét TT 1-2 cm 87,8%; KT ổ loét TT >2 cm 12,2%. Giải phẫu bệnh (GPB): Adenocarcinome biệt hóa vừa (BHV) 40,8%; AC kém biệt hóa (KBH) 38,8%; Tế bào (TB) nhân 20,4%. **Kết luận:** Qua 49 BN UTDD phối hợp với loét tá tràng được điều trị Phẫu thuật (PT) tại BV K chúng tôi kết luận 1 số đặc điểm sau: 1. Đặc điểm dịch tễ học và nhiễm HP, tiền sử bệnh (TS). + Tỷ lệ Nam/Nữ 4.44; Tuổi TB 63,74 ± 9,92 T (42- 80T); + Địa dư:

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

Nông thôn 79,6%; Thành thị 20,4%; Nghề nông 71,4%; Trí thức 2,1%; Nghề khác 26,5%. + Tỷ lệ nhiễm HP: Test HP (+) 20,4%; Test HP (-) 34,7%; Không thử 44,9%. + TS loét DD-TT 77,6%; TS khâu thủng ổ loét tá tràng hay nổi vị tràng (HMV loét hành tá tràng) 7/49 BN (14,3%). 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. - Lâm sàng: Đau bụng thượng vị 97,9%; Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) 59,18%; Hẹp môn vị 36,7%; Khám thấy U 26,5%; Gầy sút 71,4%. - Cận lâm sàng: Thiếu máu 42,85%; BC tăng >10 (G/L) 38,8%; BC giảm < 2 G/L 2,04%. + Tiểu cầu (TC) giảm < 100 G/L 6,1%; TC từ 100-150 G/L 8,2%. - Kết quả NSDD: + Vị trí UTDD: UTDD 1/3 Dưới 85,7%; UTDD 1/3 Giữa 14,3%; Không gặp UTDD 1/3 Trên. + Kích thước UTDD (NSDD): KT khối UTDD ≤ 5 cm 63,3%; KT khối UTDD > 5 cm 36,7%. + Loét mặt trước tá tràng 30,6%; Loét mặt sau TT 2,04%; Kissing ulcer 6,1%; Không loét 14,3%; Không mô tả 30,6%; HMV 22,4%. - KT khối UTDD (CLVT): KT khối UTDD ≤ 5 cm 27/49 BN (55,1%); KT khối UTDD > 5 cm 3/49 BN (6,1%); Không xác định dày khu trú thành DD 19/49 BN (38,8%). - GPB: Adenocarcinome (AC) BHV 40,8%; ACKBH 38,8%; TB nhân 20,4%. - Loét tá tràng: Sinh thiết trong mổ 89,8%; Xác định trong mổ (10,2%).

SUMMARY

THE EPIDEMIOLOGY, HELICOBACTER PYLORI INFECTION, CLINICAL AND PARA CLINICAL FEATURES OF GASTRIC CANCER COEXISTENCE WITH DUODENAL ULCER

Aim of study: 1. Evaluate the Epidemiology, Helicobacter pylori infection of gastric cancer coexistence with duodenal ulcer. 2. The clinical and paraclinical feature of gastriccancer associating with duodenal ulcer. **Patients and method:** + Retrospective study. + Time: 2020-2025. **Result:** - There were 49 patients, male 40 patients (83,3%), female 9 patients (18,7%). + Average age 63,74 ± 9,92 Y (from 42- 80 Y). + Residence: Rural area 79,6%; Urban 20,4%; + Profession: Farmer 71,4%; Intellectuel 2,1%; Others 26,5%. - Medical history: Gastroduodenal ulcer 77,6%; Gastroduodenal ulcer perforation 8,2%; Gastro-Jejunostomy 6,1%; HP infection 20,4%. - Clinical Symptoms: Epigastric pain 97,9%; Melena and hematemesis 59,18%; Gastric outlet obstruction 36,7%; Palpable tumor 26,5%; Weight loss 71,4%. - Gastroduodenalscopy: Lower gastric cancer 42/49 patients (85,7%); Middle gastric cancer 7/49 patients (14,3%). + Anterior duodenal ulcer 15/49 patients (30,6%); Posterior duodenal ulcer 1 patient (2,04%); Kissing ulcer 3/49 patients (6,1%); No duodenal ulcer 7/49 patients (14,3%); No description of ulcer 15/49 patients (30,6%); Gastric outlet obstruction 11/49 patients (22,4%). - CTScan: Gastrictumor diameter ≤ 5 cm 27/49 patients (55,1%); Gastric tumor > 5cm 3/49 (6,1%). No gastric tumor in 38,8%. - Histopathology: Moderately differentiated Adenocarcinome in 40,8%; Poorly differentiated Adenocarcinoma in 38,8%. Signet Ring Cell Carcinoma (SRCC) in 20,4%. **Conclusion:** There were 49 gastriccancer associated with duodenal ulcer patients: *The Epidemiology and Helicobacter.Pylori features:* +Sex ratio: Male/female 4.44,Average age:

63,74 ± 9,92 Y (from 42- 80 Y); + Rural area 79,6%, Urban 20,4%; Farmer: 71,4%; Intellectuel: 2,1%; Others:26,5%. + Helicobacter Infection:+ HP Test(+) 20,4%, HP Test (-) 34,7%, No test done 44,9%. + Medical history: Gastroduodenalulcer in 77,6%; Suture of duodenal ulcer perforation or gastrojejunosotomy due to gastric outlet obstruction in 14,3%. *Clinical and paraclinical features:* - Clinical features: Epigastric pain 97,9%; Melena and hematemesis 59,18%; Gastric outlet obstruction 36,7%; palpable tumor 26,5%; weight loss 71,4%. - Laboratory test: Anemia in 42,85%; Elevated white cell counts > 10 (G/L) in 38,8%; White cell counts lower than 2 G/L in 2,04%. + Platelets lower than 100 G/L in 6,1%; Platelets about 100-150 G/L in 8,2%. - Gastroduodenal Scopy: + Lower gastric cancer 85,7%; Middle gastric cancer 14,3%. + Gastric tumor diameter ≤5 cm in 63,3%; More than >5 cm in 36,7%. + Anterior duodenal ulcer in 30,6%; Posterior duodenal ulcer in 2,04%; Kissing ulcer in 6,1%; No duodenal ulcer in 14,3%; No description of ulcer in 30,6%; Gastric outlet obstruction in 22,4%. - CTScan: Gastric tumor diameter ≤5 cm in 55,1%; More than >5 cm in 6,1%; No thickening of stomach in 38,8%. -Histopathology: + Moderately differentiated AC in 40,8%; Poorly differentiated AC in 38,8%, Signet Ring Cell Carcinoma (SRCC) in 20,4%. + Duodenal ulcer in 89,8% (by intraoperation biopsy); Duodenal ulcer were diagnosed intraoperation in 10,2%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTDD là bệnh lý phổ biến với khoảng gần 1 triệu ca mắc mới/năm, đứng thứ 4 trong nguyên nhân TV liên quan tới ung thư. Năm 2022 theo hiệp hội ung thư Mỹ (The American Cancer Society's) ở Mỹ có 26.380 ca mắc mới và 11,090 ca TV do UTDD.

Năm 2020 trên toàn TG có 1,089,103 ca mắc UTDD và 768,793 ca TV do UTDD. Mặc dù tỷ lệ mắc giảm nhưng tiên lượng bệnh rất xấu, tỷ lệ sống sau 5 năm thấp. Tiên lượng xấu như vậy do 90% các BN được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển và chưa hiểu biết đầy đủ về nguyên nhân gây ung thư cũng như thiếu các phương pháp sàng lọc UTDD.

UTDD phối hợp với loét tá tràng là bệnh lý hiếm gặp. Các báo cáo cho thấy tỷ lệ UTDD phối hợp loét tá tràng khoảng 0,1-1,7%. Nhiễm Helicobacter Pylori được cho là nguyên nhân chủ yếu gây bệnh.

Giữa loét tá tràng và UTDD có sự khác biệt lớn: trong khi loét tá tràng có sự tăng tiết acid (Hyperchlorhydia) thì UTDD lại có sự giảm tiết acid (Hypochlorhydia). Phần lớn các tác giả cho rằng nhiễm HP và viêm teo dạ dày là 2 yếu tố gây UTDD.

Mặt khác ở bệnh nhân (BN) loét tá tràng một số yếu tố như dùng thuốc chống viêm giảm đau không steroid (NSAIDS) và các chủng

Helicobacter Pylori có men dupA góp phần ngăn chặn UTDD. Ngược lại đối với bệnh lý UTDD, các yếu tố như chế độ ăn nhiều muối, dùng quá nhiều thuốc ức chế acid, đa hình thái cytokines gây viêm; Chủng homB-H.pylori gây mắc viêm teo dạ dày sớm...

Ở nước ta đã có nghiên cứu nguyên nhân gây bệnh dạ dày tá tràng do HP cũng như đặc điểm và cơ chế gây bệnh, độc lực của HP tuy nhiên các nghiên cứu về sự phối hợp giữa bệnh loét tá tràng và UTDD chưa được nghiên cứu nhiều. Các đặc điểm về dịch tế học, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm và tỷ lệ nhiễm HP của bệnh lý UTDD phối hợp loét tá tràng còn ít được đề cập đến. Bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

1. Mô tả các đặc điểm về dịch tế học và đặc điểm và tỷ lệ nhiễm HP của nhóm BN loét tá tràng phối hợp với UTDD.
2. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của UTDD phối hợp với loét tá tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng NC:

- Tất cả những BN không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán UTDD và loét tá tràng.
- Được điều trị phẫu thuật tại BV K.
- Thời gian: Từ 2020-2025

Bảng 3: Kết quả nội soi dạ dày (NSDD)

Vị trí UTDD (NSDD)	1-3 cm	Kích thước UTDD (KTU) >3-≤ 5 cm	KTU >5cm-≤10	KTU >10	Không có loét tá tràng (TT)	Không mô tả loét TT	Loét mặt trước TT	Loét mặt sau TT	Loét 2 mặt TT	Hẹp môn vị (HMOV)
1. Môn vị	2	1					1			1
2. Hang môn vị		4	9		1	4	3		1	5
3. Hang vị	4	10	2	1		5	6	1	1	5
4. Hang vị-Thân vị		3	6		4	4	3			
5. Thân vị	2	5			2	2	2		1	
6. Thân vị-Tâm vị										
7. Tâm vị										
Tổng	8	23	17	1	7	15	15		3	11

- Chẩn đoán UTDD và loét tá tràng qua NSDD:
- + Vị trí UTDD: UTDD môn vị 3/49 BN (6,1%); UTDD Hang môn vị 13/49.BN(26,5%); UTDD Hang vị 17/49 BN (34,7%); UTDD Hang vị-thân vị 9/49 BN (18,3%); UTDD thân vị 7/49 BN (14,3%).
- UTDD hang vị/loét tá tràng 79,6%. (39/49 BN)
- UTDD môn vị/loét tá tràng 6,1% (3/49 BN) (UTDD 1/3 Dưới 42/49 BN - 85,7%)
- UTDD thân vị/loét tá tràng 14,3% (7/49 BN) (UTDD 1/3 Giữa 7/49 BN - 14,3%)
- Không có BN nào UTDD tâm vị.

2.2. Phương pháp NC: Phương pháp mô tả hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Từ 2020-2025 có 49 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC

- + Giới: Nam 40 BN (83,3%), Nữ 9 BN (18,7%).
- + Tuổi TB 63,74 ± 9,92 (từ 42- 80 T)
- + Địa Dư: Nông thôn 39 BN 79,6%); Thành thị 10 BN (20,4%)
- + Nghề: Trí thức: 1BN (2,1%), Nghề nông: 35/49 BN (71,4%), Nghề khác 13/49 BN (26,5%)

Bảng 1: Các đặc điểm về tiền sử

TT	Các đặc điểm về tiền sử	n (%)
1	Có TS loét DD-TT	38/49 (77,6)
3	Thủng tá tràng cũ	4/49 (8,2)
5	Đã nổi vị tràng (HMOV do loét tá tràng)	3 (6,1)
6	Đã nhiễm HP	10 (20,04)

Bảng 2: Các triệu chứng lâm sàng (LS)

TT	Triệu chứng	n (%)
1	Đau bụng thượng vị (TV)	47 (97,9)
2	Nôn	20 (40,86)
3	Ia phân đen	27 (55,1)
4	Nôn máu	1(2,04)
5	Nôn máu-ia phân đen	1 (2,04)
6	Hẹp môn vị	18 (36,7)
7	Khám thấy u (khám bụng)	13 (26,5)
8	Gầy sút	35 (71,4)

- + KT khối UTDD (NSDD): Từ 1-3 cm 8/49 BN (16,3%); KT khối UTDD từ >3-5 cm 23/49 BN (46,9%); KT khối UTDD từ 5- ≤10 cm 17/49BN (34,7%). KT khối UTDD > 10 cm 1/49 BN (2,04%)
- KT khối UTDD ≤ 5 cm 31/49 BN (63,3%);
- KT khối UTDD > 5 cm 18/49 BN (36,7%)
- + Loét mặt trước tá tràng 15/49 BN (30,6%); Loét 2 mặt tá tràng 3/49 BN (6,1%), Loét mặt sau 1BN (2,04%); Không thấy loét 7/49BN (14,3%); Không mô tả 15/49 BN (30,6%).
- + Hẹp môn vị 11/49 BN (22,4%)
- 19/49 BN (38,8%) loét tá tràng được

NSDD chẩn đoán trước mổ,
→ 11/49 BN (22,4%) NSDD xác định hẹp môn vị trước mổ.

- Thử test HP

+ Test HP (+) 10/49 BN (20,4 %). Test HP (-) 17/49 BN (34,7%), Không thử 22/49 BN (44,9%).

- Kết quả sinh thiết (NSDD): Adenocarcinome biệt hóa vừa (AC BHV) 20/49 BN (40,8%); AC kém biệt hóa (AC.KBH) 19/49 BN (38,8%); Ung thư biểu mô tế bào nhân (TB nhân) 10/49 BN (20,4%).

- Chụp CLVT ổ bụng

+ Kích thước (KT) khối UTDD \leq 5 cm 27/49 BN (55,1%); KT khối UTDD $>$ 5 cm 3/49 BN (6,1%); Không xác định dày khu trú thành DD 19/49 BN (38,8%).

Bảng 4: Kết quả XN

TT	Các XN	n (%)
1	Thiếu máu nặng	2
2	Thiếu máu vừa	5
3	Thiếu máu nhẹ	14
4	Không thiếu máu	28
5	BC tăng >15 (G/L)	9
6	BC 10-15 (G/L)	10
7	BC 8- <10 (G/L)	7
8	BC <8 (G/L)	22
9	BC <2 (G/L)	1
10	Tiểu cầu giảm <100.000 (G/L)	3
11	TC 100-150 (G/L)	4
12	Bilirubine	0
13	GOT tăng (U/L)	6
14	GPT tăng (U/L)	5
15	Albumin >35 (g/L)	27
16	Albumin 30-35 (g/L)	14
18	Albumin 25-30 (g/L)	6
19	Albumin <25 (g/L)	2

+ Thiếu máu: 21/49 BN (42,85%).

+ BC tăng > 10 (G/L) 19/49 BN (38,8%); BC giảm < 2 G/L 1/49 BN (2,04 %).

+ TC giảm < 100 G/L 3/49 BN (6,1%); TC từ 100-150 G/L 4/49 BN (8,2%).

- Chẩn đoán UTDD sau mổ:

→ UT DD 1/3 dưới 42/49BN (85,7%)

→ UT Thân vị 7/49 BN (14,3%).

+ KT khối UTDD < 5 cm 25/49 BN (51,0%); KT khối UTDD ≥ 5 cm 24/49 BN (49,0%)

- Chẩn đoán loét TT: Chẩn đoán loét TT, sinh thiết tá tràng trong mổ 44/49 BN (89,8%); 5/49 BN ổ loét mặt trước tá tràng xác định trong mổ (10,2%).

IV. BÀN LUẬN

Số liệu cho thấy có 49 BN loét tá tràng phối hợp UTDD, Nam 40 BN (81,6%), Nữ 9 BN (18,4%). Tuổi TB $63,74 \pm 9,92$ (từ 42- 80 T).

+ Về tuổi mắc UTDD, số liệu NC này tương

đương với tổng kết của Phạm Hồng Khánh: Tuổi TB mắc UTDD trên 129 BN UTDD là $63,8 \pm 11,9$ (29-92), Nam chiếm 76,7%, Nữ 23,3%. NC của Tạ Long (n= 104) là $60,1 \pm 11,8$; NC của Trần Thiện Trung (n= 71) $59,54 \pm 12,74$. [1]

+ Các NC về UTDD của Mai Hồng Bằng (n= 152), Trần Ngọc Ánh (n= 76), Trần Đình Trí (n= 275) có tỷ lệ nam/nữ lần lượt là 3,1; 3,6; 3,6.

+ Báo cáo của Thái Nguyên Hưng (Đề tài cơ sở 2024) Cho thấy tuổi TB nhóm UTDD thủng là 64,6T (n=31), tuổi TB nhóm thủng loét DD-TT là 58,2.

+ Số liệu của Ngô Minh Nghĩa trên 63 BN mổ thủng DD-TT cho thấy tuổi TB $48 \pm 13,7$; Nam 88,9%, Nữ 11,1%. (Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Đại Học Huế, 2010)

+ Theo Tsuimoto [2] Tuổi mắc nhóm thủng UTDD $65,6 \pm 4,8$ trong khi nhóm loét DD-TT $55,1 \pm 2,3$ T. J. Zhang tổng kết 74 BN UTDD thủng: tuổi TB $66,07 \pm 12,9$, nam 71,6%, nữ 28,4%.

- Về địa dư theo số liệu của chúng tôi: Số BN ở nông thôn 39 BN (79,6%), số BN ở thành thị 10 BN (20,4%). Mặt khác nghề nông chiếm tỷ lệ cao 35/49 BN (71,4%), trí thức 1 BN (2,04%), nghề khác: 13/49 BN (26,5%).

+ Các báo cáo cho thấy các nước đang phát triển có tỷ lệ nhiễm HP cao (lên tới 80%) trong khi các nước Tây Âu, tỷ lệ nhiễm HP chỉ vào khoảng 40-50%. Như vậy môi trường nông thôn, nghề nông ở các nước đang phát triển có thể là nơi có tỷ lệ nhiễm HP cao. Có tới 90% UTDD Non-Cardia được cho là do nhiễm HP.

+ Tỷ lệ mắc UTDD thay đổi theo các vùng trên thế giới: Tỷ lệ mắc UTDD cao nhất ở Đông Âu, Đông Á, châu Mỹ La- tin; Tỷ lệ UTDD thấp nhất ở Bắc Mỹ, Tây Âu, Úc và châu Phi.

Tỷ lệ UTDD cao nhất ở các nước đang phát triển tương ứng với tỷ lệ cao nhiễm HP. Tuy nhiên có 1 nghịch lý là tỷ lệ nhiễm HP ở Châu Phi rất cao nhưng tỷ lệ mắc UTDD lại rất thấp. NC của FOX và CS có khả năng nhiễm giun và ký sinh trùng đồng thời với nhiễm HP làm thay đổi đáp ứng miễn dịch với HP (đáp ứng miễn dịch Th1 là đáp ứng được điều hòa bởi tế bào T hỗ trợ). Các tác giả cho rằng nhiễm giun sán gây đáp ứng miễn dịch Th2 (là đáp ứng miễn dịch dịch thể do tế bào T helper dẫn dắt), có thể thay đổi đáp ứng miễn dịch Th1 với HP. Mặt khác, nhiễm giun tròn có thể ngăn chặn sự phát triển viêm teo dạ dày [3]

+ Số liệu của chúng tôi có tỷ lệ nhiễm HP 20,4% (10/49 BN), trong khi số còn lại HP(-) 34,7% (17/49 BN) hay không thử Test HP 44,9% (22/49 BN). Tuy nhiên số BN có TS loét DD-TT

cao 77,6% (38/49 BN), số BN thủng cũ tá tràng đã khâu là 8,2% (4/49 BN), số BN HMV do loét tá tràng đã nối vị tràng 3/49 BN (6,1%). Như vậy số BN có TS loét tá tràng hay biến chứng thủng tá tràng hoặc hẹp môn vị (HMV) cao nhưng số nhiễm HP lại thấp. Mặt khác tuổi mắc bệnh của BN cao 63,74 T (42-80) cho thấy thời gian mắc bệnh DD-TT kéo dài và có thể đã nhiễm HP trong quá trình mắc bệnh.

+ Hansson [4] nghiên cứu nguy cơ UTDD trên BN loét dạ dày (DD) hoặc loét tá tràng trên 57.936 BN tại Thụy Điển với thời gian theo dõi 9,1 năm, tỷ lệ UTDD trên 29.287 BN loét DD là 1,8%. Tỷ lệ UTDD trên BN loét tá tràng là 0,6% (24.456 loét tá tràng) trong khi tỷ lệ UTDD trên 8646 loét tiền môn vị là 1,2%. Các tác giả kết luận: Loét DD và UTDD có chung các yếu tố nguy cơ là viêm teo niêm mạc dạ dày gây ra do *Helicobacter Pylori* trong khi đường như các yếu tố phối hợp với loét tá tràng làm giảm nguy cơ UTDD trên BN nhiễm HP.

+ Nghiên cứu (NC) Clean Population ở Bỉ về tuổi, giới của UTDD phối hợp với loét tá tràng có mối quan hệ mật thiết giữa chủng HP có Cag A và kiểu hình VacA s1. Các tác giả kết luận: Đối với người dân Bỉ, dấu ấn ung thư dạ dày phối hợp với loét tá tràng quan trọng nhất là chủng HP có kiểu hình VacA s1 và i1 đồng thời S và i là 2 vùng tạo độc lực quan trọng mang tính quyết định của VacA (Vacuolating cytotoxin)

+ 1 NC khác đánh giá tỷ lệ loét tá tràng và UTDD trên 1000 BN khó tiêu tại Hàn quốc (nước Đông Á có tỷ lệ UTDD cao) cho thấy 867 BN mắc bệnh (nam 43%, Nữ 57%): Tỷ lệ loét DD-TT là 24%, UTDD là 7,0%. Trong tổng số BN loét DD-TT: 75% loét tá tràng, 21 % loét DD và tá tràng (TT) 4,0% loét DD; Tuổi mắc loét TT là 45 ± 14 ; loét DD 48 ± 12 trong khi tuổi mắc UTDD là 59 ± 11 ($p < 0,01$) [5]

+ 1 NC case control ở Iraq trong 2 năm (2021-2022): Có 27 BN nhiễm HP, nam 40,7%, Nữ 59,3%. Nhóm tuổi (20-30 T) chiếm tỷ lệ nhiễm HP cao nhất (51,9%), tiếp đến là nhóm tuổi 31-40 chiếm 29,6%, nhóm tuổi (41-50) chiếm 14,8%, nhóm 51-60 có 1 BN (3,7%). Số liệu cho thấy 100% số BN nhiễm HP trong đó 22 BN loét tá tràng; 20 BN UTDD tuy nhiên tác giả không nói rõ có bao nhiêu ca vừa loét TT và UTDD. Như vậy 22/27 ca loét tá tràng; 20 /27 ca UTDD cho thấy nhiễm HP có liên quan chặt chẽ tới loét tá tràng phối hợp với UTDD. [6]

+ NC của Hà Văn Kim [7] trên 91 BN.UTDD và 92 BN viêm dạ dày. Xét nghiệm PCR cho kết quả cagA(+) 71,4% số UTDD, 46,7% ở nhóm viêm DD. trong khi kết quả của Trần Thiện Trung

tỷ lệ này tương ứng là 100% và 92,3%; NC của Trần Đình Trí là 100%. [1]

Các BN.UTDD thể kém biệt hóa chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm có cagA(+) và vacA(+) là 55,4% và 54,5%. Các tác giả kết luận: Không có mối liên hệ giữa các type cagA,vacA, các kiểu gen với đặc điểm mô bệnh học của UTDD.

+ Về lâm sàng, số liệu trên 49 BN UTDD/loét tá tràng cho thấy đau bụng chiếm 97,9%, XHTH 29/49 BN (59,2%); Hẹp môn vị (HMV) 18/49 BN (36,7%), gầy sút 71,4%, khám thấy khối U 26,5%. Như vậy đau bụng thượng vị, XHTH, HMV và gầy sút là các triệu chứng chính trên 49 BN UTDD/loét tá tràng.

Các biểu hiện LS trên tương đồng với NC của Phạm Hồng Khánh [1]: Đau bụng 97,7%; Gầy sút 39,5%, Ía phân đen 5,4%.

Tỷ lệ BN gầy sút, có XHTH, có HMV trong 49 BN của chúng tôi khá cao cho thấy đặc điểm LS của nhóm BN UTDD/loét tá tràng tại BV K.

+ Qua NSDD và CLVT ổ bụng, số liệu cho thấy: UTDD 1/3 Dưới 42/49 BN (85,7%); UTDD 1/3 Giữa 7/49 BN (14,3%), Ko có UTDD tâm vị.

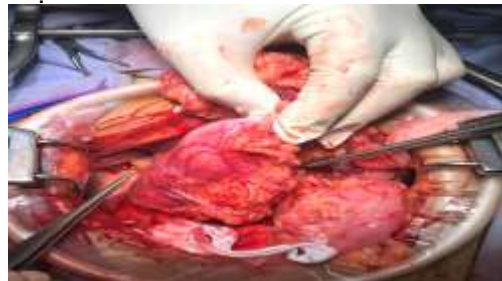
Tỷ lệ UT phần trên dạ dày thường gặp ở các nước Tây Âu nơi tỷ lệ nhiễm HP thấp và được cho là do trào ngược dạ dày hay béo phì.

Đánh giá KT khối UTDD: KT khối UTDD (NSDD): KT khối UTDD ≤ 5 cm 31/49 BN (63,3%); KT khối UTDD từ >5 đến ≤ 10 cm 17/49 BN (34,7%); KT khối UTDD > 10 cm 1/49 BN (2,04%).

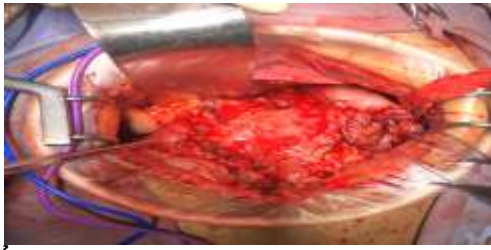
+ Chẩn đoán loét tá tràng qua NSDD: Loét mặt trước tá tràng 15/49 BN (30,6%); Loét 2 mặt tá tràng 3/49 BN (6,1%); Loét mặt sau 1 (2,04%); Không thấy loét 7/49 BN (14,3%). Không mô tả 15/49 BN (30,6%). Hẹp môn vị 11/49 BN (22,4%) .

→ 19/49 BN (38,8%) loét tá tràng được NSDD chẩn đoán trước mổ,

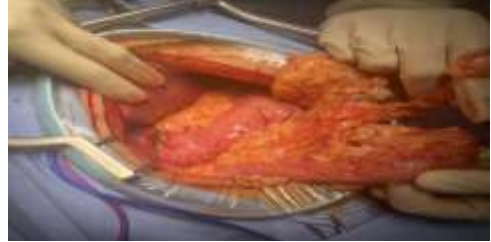
→ 11/49 BN (22,4%) NSDD xác định hẹp môn vị trước mổ.



Ảnh 1: UTDD hang vi-thân vị thủng bí mật sau, loét mặt trước tá tràng: BN Nguyễn Xuân D, 54 T, XHTH, Thủng bí (mổ 5/9/2025)



Ảnh 2: Khâu gục mổ tá tràng vào đầu tụy (loét mặt trước tá tràng, mổ tá tràng sâu)



Ảnh 3: Loét mặt trước tá tràng (mặt trước tá tràng loét, biến dạng hình 3 cánh chuẩn)

Tuy nhiên chẩn đoán loét tá tràng ở 49 UTDD trong NC dựa vào sinh thiết (ST) và đánh giá tổn thương trong mô: ST 44/49 BN (89,8%); 5 BN loét tá tràng chẩn đoán xác định trong mô (10,2%).

Kết quả mô bệnh học qua NSDD: AC biệt hóa vừa (AC.BHV) 20/49 BN (40,8%). AC kém biệt hóa (AC.KBH) 19/49 BN (38,8%), Ung thư biểu mô tế bào nhân (TB nhân) 10/49 BN (20,4%).

Chúng tôi không ghi nhận ca LS nào biệt hóa cao và tế bào nhầy.

+ Fuccio [8]: Quá trình xảy ra UTDD và loét TT sau nhiễm HP như sau: Thường H.pylori nhiễm từ thời thanh thiếu niên bởi vậy viêm hang vị và loét HTT hay xảy ra ở người trẻ tuổi. Nếu những người trẻ này tiếp tục nhiễm H.pylori sẽ tiếp tục viêm thân vị bởi vậy ở lứa tuổi trung niên và lớn tuổi những BN loét HTT hay viêm thân vị (corpus gastritis) từ đó những BN này có nguy cơ mắc UTDD cao. Khả năng và diễn biến như vậy được chấp nhận rộng rãi nhất:

+ Kubo và Imai [9] cho rằng quan trọng nhất trong quá trình xuất hiện UTDD phối hợp với loét TT không phải là lứa tuổi (thời điểm) nhiễm HP mà là khoảng thời gian (số năm) bị viêm teo dạ dày dẫn tới loét dạ dày. Yếu tố thuận lợi mắc viêm teo dạ dày có thể là chế độ ăn mặn (nhiều muối), sử dụng các thuốc giảm tiết acid (PPI), các yếu tố gây viêm đa hình thái (polymorphisms of inflammatory cytokines) và VEGF cũng như chủng HomB HP. Các yếu tố ngăn chặn viêm teo dạ dày bao gồm: NSAIDs, ăn hoa quả tươi, Vitamin A, C. Chế độ dinh dưỡng tốt, chủng Dup A HP.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm dịch tễ học và nhiễm HP, Tiền sử bệnh

+ Tỷ lệ Nam/Nữ 4.44; Tuổi TB $63,74 \pm 9,92$ T (42-80T).

+ Địa dư: Nông thôn 79,6%; Thành thị 20,4%; Nghề nông 71,4%; Trí thức 2,1%; Nghề khác 26,5%.

+ Tỷ lệ nhiễm Helicobacter Test HP (+) 20,4%; Test HP (-) 34,7%; Không thử Test 44,9%.

+ TS loét DD-TT 77,6%; TS khâu thủng ổ loét tá tràng hay nổi vị tràng (HMV loét hành tá tràng) 7/ 49 BN (14,3%).

5.2. Đặc điểm lâm sàng, Cận lâm sàng

- Lâm sàng: Đau bụng thượng vị 97,9%; xuất huyết tiêu hóa (XHTH) 59,18%; Hẹp môn vị (HMV) 36,7%; Khám thấy U 26,5%; Gầy sút 71,4%.

- Cận lâm sàng: Thiếu máu 42,85%; BC tăng >10 (G/L) 38,8%; BC giảm < 2 G/L 2,04%. TC giảm <100 G/L 6,1%; TC từ 100-150 G/L 8,2%.

- Kết quả NSDD:

+ UTDD 1/3 Dưới 85,7%; UTDD 1/3 Giữa 14,3%; Không gặp UTDD 1/3 Trên.

+ KT khối UTDD: KT khối UTDD ≤ 5 cm 31/49 BN (63,3%); KT khối UTDD >5 cm 18/49 BN (36,7%)

+ Loét mặt trước tá tràng 30,6%; Loét mặt sau tá tràng 2,04%; Kissing ulcer 6,1%; Không loét 14,3%; Không mô tả 30,6%; HMV 22,4%.

- Chụp CLVT: KT khối UTDD ≤ 5 cm 27/49 BN (55,1%); KT khối UTDD >5 cm 3/49BN (6,1%); Không xác định dày khu trú thành DD 19/49 BN (38,8%).

- GPB: AC BHV 40,8%; AC KBH 38,8%; TB nhân 20,4%.

+ Loét tá tràng: Sinh thiết tá tràng trong mô 89,8%; Xác định trong mô (10,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Hồng Khánh, Trần Thị Huyền Trang, Nguyễn Quang Duật, Vũ Văn Khiên:** Đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori ở bệnh nhân ung thư dạ dày. Y học Việt nam, 2021, 505, tháng 8(1):178-182.
2. **Hironori Tsuimoto et al:** Outcome after emergency surgery in patients with free perforation caused by gastric cancer. Experimental and therapeutic Medicine 1: 199-203, 2010
3. **Fox J.G et al:** Concurrent enteric helminth infection modulates inflammation and gastric immune responses and reduces Helicobacter-induced gastric atrophy. Nat.Med 2000,6,536-542.
4. **Lars-Erik Hasson et al:** The risk of stomach cancer in patient with gastric or duodenal ulcer disease. The New England Journal Of Medicine. 1996 ; Volume 335 (4): 242-249.
5. **H.M Malaty; J.G. KIm,, H.M.T El-Zimaity,**

- D.Y. Graham** High Prevalence of Duodenal Ulcer and gastric cancer in Dyspeptic Patients in Korea, *Scandinavian Journal of gastroenterology* Volume 32 ,1997-issue 8 751-754.
6. **Hadi H et al** (2022): Duodenal ulcer and gastriccancer patients infected with *Helicobacter Pylori* in Al-Najaf City, Iraq. *International Journal of Health Sciences* 6(S5) 8789-8793.
7. **Hà Văn Kim, Trần Việt Hùng, Trần Thanh Hà, Trần Văn Phú:** Tìm hiểu mối liên quan của kiểu gen ICE A, cagA, VacA của *Helicobacter* và mô bệnh học của ung thư dạ dày, *Truyền nhiễm Việt Nam* số 03(47)-2024.
8. **Fuccio L, Zagari RM, Minardi ME, Bazzoli F.** Systematic review: *Helicobacter pylori* for the prevention of gastric cancer. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007;25:133–41.
9. **Kubo T, Imai T.** Intestinal metaplasia of gastric mucosa in autopsy materials in Hiroshima and Yamaguchi districts. *Gann.* 1971;62:49–53.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH THỦY ĐẬU

Võ Tuyết Đông Trinh², Đỗ Hoàng Long², Huỳnh Thị Xuân Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thủy đậu tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ. **Đôi tượng và phương pháp:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 bệnh nhân mắc bệnh thủy đậu điều trị tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ năm từ tháng 08/2024 – 08/2025. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân thủy đậu nằm trong nhóm 18 – 44 tuổi (75,7%). Nhóm chưa tiêm chiếm tỷ lệ cao (90%), số người đã tiêm thấp (2 mũi: 7,1%, 1 mũi: 2,9%). Yếu tố tiếp xúc: không xác định (55,7%), tiếp xúc bệnh nhân thủy đậu (30%), Zona (14,3%). Triệu chứng cơ năng: Ngứa chiếm tỷ lệ cao nhất 91,4% đa số mức độ trung bình (41,4%), NRS = 3,97 ± 2,455, rất ít mức thấp nhất (9,4%), đa số mức độ nhẹ (10%), NRS = 0,19 ± 0,490. Triệu chứng toàn thân: sốt (97,1%), mệt mỏi (65,7%), viêm đường hô hấp trên (8,6%). Đầu mặt cổ (100%) và thân mình (100%) đều xuất hiện tổn thương, tay 95,7%, chân 47,1%, niêm 8,6%. Thương tổn cơ bản có dát hồng ban và mụn nước (100%), mụn mủ (18,6%), vảy tiết (21,4%), sẹo (4,3%). Bệnh đa số mức độ nhẹ (85,7%). Có biến chứng chiếm 20%, đều là bội nhiễm. **Kết luận:** Thủy đậu chủ yếu gặp ở người 18 – 44 tuổi, thường bệnh mức độ nhẹ, thương tổn da điển hình với ngứa mức độ trung bình và sốt là triệu chứng nổi bật. Biến chứng ít gặp, chủ yếu là bội nhiễm. Tỷ lệ chưa tiêm phòng rất cao. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của tiêm chủng vắc xin thủy đậu và giáo dục chăm sóc da đúng cách để giảm nguy cơ lây lan và biến chứng. **Từ khóa:** Bệnh thủy đậu, đặc điểm lâm sàng, NRS.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS OF CHICKENPOX

Objective: To describe the clinical characteristics of patients with chickenpox at Can Tho Dermatology

Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 65 patients diagnosed with chickenpox and treated at Can Tho Dermatology Hospital from August 2024 to August 2025. **Results:** Most patients were aged 18–44 years (75.7%). A high proportion of patients were unvaccinated (90%), while vaccination rates were low (7.1% with two doses and 2.9% with one dose). Regarding exposure history, 55.7% had no identified source, 30% reported contact with chickenpox patients, and 14.3% had contact with herpes zoster cases. The most common local symptom was itching (91.4%), mostly at moderate intensity (41.4%), with an average NRS score of 3.97 ± 2.455. Burning was the least frequent symptom (9.4%), mostly mild (10%), with a mean NRS score of 0.19 ± 0.490. The main systemic symptoms were fever (97.1%), fatigue (65.7%), and upper respiratory tract infection (8.6%). Lesions were most frequently found on the head/neck (100%) and trunk (100%), followed by the arms (95.7%), legs (47.1%), and mucosa (8.6%). The predominant skin lesions were erythematous macules and vesicles (100%), with pustules (18.6%), crusts (21.4%), and scars (4.3%) occurring less frequently. The majority of cases were mild (85.7%). Complications were present in 20% of patients, all of which were secondary bacterial infections. **Conclusion:** Chickenpox mainly affected adults aged 18–44 years and was generally mild. The disease was characterized by typical cutaneous lesions, moderate itching, and fever as the most prominent symptoms. Complications were uncommon and mostly secondary infections. The very high proportion of unvaccinated patients highlights the urgent need to strengthen varicella vaccination programs and promote appropriate skin care practices to reduce transmission and complications.

Keywords: Chickenpox, clinical features, NRS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủy đậu là bệnh da nhiễm trùng cấp tính do varicella zoster virus (VZV) nguyên phát gây ra Đường lây chủ yếu qua hô hấp, virus được bài tiết qua niêm mạc mũi họng, ngoài ra, virus cũng được bài xuất qua các tổn thương mụn nước và lây truyền cho người nhiễm [2]. Bệnh thủy đậu là một trong những bệnh truyền nhiễm phổ biến

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Xuân Tâm

Email: tamhtx@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025