

5. Cicero S, Curcio P, Papageorghiou A, Sonek J, Nicolaides K, Absence of nasal bone in fetuses with trisomy 21 at 11-14 weeks of gestation: an observational study, *The Lancet*, 2001, 358(9294), tr. 1665-1667.
6. Kagan, K.O., Valencia, C., Livanos, P., Wright, D. and Nicolaides, K.H. (2009), Tricuspid regurgitation in screening for trisomies 21, 18 and 13 and Turner syndrome at 11 + 0 to 13 + 6 weeks of gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 33: 18-22.
7. Maiz, N., Valencia, C., Kagan, K.O., Wright, D. and Nicolaides, K.H. (2009), Ductus venosus Doppler in screening for trisomies 21, 18 and 13 and Turner syndrome at 11-13 weeks of gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 33: 512-517.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG LỒNG RUỘT Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ

Lê Thị Vi Anh¹, Nguyễn Trọng Nhân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, siêu âm, chẩn đoán lồng ruột ở trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu là hồi cứu mô tả, trên 88 bệnh nhi dưới 60 tháng tuổi đã được chẩn đoán xác định lồng ruột và đã được điều trị bằng phương pháp tháo lồng bằng hơi tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. **Kết quả:** Trẻ em bị lồng ruột tập trung nhiều nhất ở nhóm 25-36 tháng, gặp ở bé trai nhiều hơn bé gái (tỷ lệ 1,31/1). Phần lớn bệnh nhi nhập viện trong 12 giờ đầu sau khởi phát (59,1%). Triệu chứng điển hình là đau bụng từng cơn (97,7%), nôn ói (65,9%) và sờ được khối lồng (80,7%). Siêu âm ổ bụng phát hiện 100% khối lồng hình bìa, chủ yếu cấu trúc đơn giản (83%), đường kính trung bình 29,8 mm, chiều dài trung bình 51,5 mm. **Từ khóa:** lồng ruột, bệnh nhi, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF INTUSSUSCEPTION IN CHILDREN AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To describe the clinical features, ultrasonographic findings, and diagnosis of intussusception in children at Can Tho Children's Hospital. **Methods:** A descriptive retrospective study was conducted on 88 children under 60 months of age who were definitively diagnosed with intussusception and treated with air enema reduction at Can Tho Children's Hospital. **Result:** Intussusception was most common in children aged 25-36 months and occurred more frequently in boys than girls, with a male-to-female ratio of 1.31:1. Most patients (59.1%) were admitted within the first 12 hours after symptom onset. Typical clinical manifestations included intermittent abdominal pain (97.7%), vomiting (65.9%), and palpable abdominal mass (80.7%). Abdominal ultrasonography detected a target-shaped intussusception in 100% of cases, predominantly with

a simple structure (83%), an average diameter of 29.8 mm, and an average length of 51.5 mm.

Keywords: Intussusception, children, clinical features, paraclinical features.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lồng ruột là một trong những cấp cứu ngoại khoa thường gặp ở trẻ em, đặc biệt dưới hai tuổi. Bệnh xảy ra khi một đoạn ruột chui vào lòng đoạn ruột kế cận, gây tắc ruột và thiếu máu cục bộ, có thể dẫn đến hoại tử hoặc thủng ruột nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời [7]. Theo Bộ Y tế, tỷ lệ mắc bệnh dao động 3-5/1.000 trẻ, trong khi tại châu Âu là 0,75-1/1.000 ca cấp cứu, trong đó trẻ trai chiếm khoảng 70% [5]. Việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng kết hợp hình ảnh học, đặc biệt là siêu âm - phương tiện có giá trị cao trong phát hiện, đánh giá mức độ và theo dõi kết quả điều trị. Từ thực tiễn trên, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, siêu âm, chẩn đoán lồng ruột ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhi dưới 60 tháng tuổi đã được chẩn đoán xác định lồng ruột và đã được điều trị bằng phương pháp tháo lồng bằng hơi tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhi từ 0 - 60 tháng tuổi, được chẩn đoán xác định dựa vào các dấu chứng lồng ruột và được điều trị bằng phương pháp bơm hơi, có đầy đủ hồ sơ bệnh án của bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ có tiền sử lồng ruột được tháo hơn hai lần. Những trường hợp lồng ruột có kèm theo bệnh lý nặng như: bại não, nhiễm trùng nặng ở các cơ quan khác.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ ngày 01/06/2023 đến

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Vi Anh

Email: 2634776544@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.11.2025

Ngày duyệt bài: 6.01.2026

31/12/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Cỡ mẫu: Theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p \times (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: - n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.
 - $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$ là giá trị phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.
 - d: sai số tuyệt đối, chọn $d = 0,03$.
 - $p = 0,98$ là tỷ lệ điều trị thành công tháo lồng ruột bằng hơi. Theo nghiên cứu của Tạ Vũ Quỳnh và Phạm Văn Linh (2018) [4].

Thay vào công thức, ta được $n \approx 84$.

Thực tế, chúng tôi khảo sát trên 88 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Chọn tất cả các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Thời gian khởi phát lồng ruột, triệu chứng lâm sàng, công thức máu, siêu âm bụng.

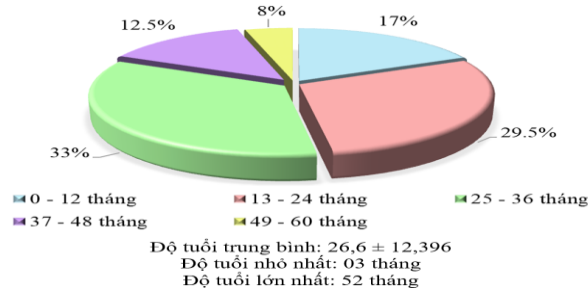
Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Hồi cứu hồ sơ bệnh án. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Số liệu được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm, kiểm định mối quan hệ giữa các yếu tố bằng Chi-square test.

2.3. Ý đứcc: Nghiên cứu được thông qua hội đồng Khoa học và Đào tạo của trường Đại học Võ Trường Toản và sự chấp thuận của Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. Nội dung nghiên cứu không ảnh hưởng đến sức khỏe, tâm lý của những người tham gia. Chúng tôi đảm bảo số liệu trong nghiên cứu là trung thực, minh bạch và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Tuổi



Biểu đồ 3.1. Lồng ruột phân bố theo nhóm tuổi

Nhận xét: Trẻ mắc lồng ruột phân bố tương đối đồng đều giữa các nhóm tuổi, tập trung nhiều nhất ở nhóm 25–36 tháng (33%), thấp nhất ở nhóm 49–60 tháng (8%). Tuổi trung bình là $26,6 \pm 12,4$ tháng, nhỏ nhất 3 tháng và lớn nhất 52 tháng.

3.1.2. Giới tính

Bảng 3.1. Phân bố theo giới tính

Giới tính	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nam	50	56,8
Nữ	38	43,2
Tổng	88	100

Nhận xét: Lồng ruột gặp ở bé trai nhiều hơn bé gái, chiếm 56,8% so với 43,2%, với tỷ lệ nam/nữ là 1,31/1.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Thời gian khởi phát lồng ruột

Bảng 3.2. Phân bố theo thời gian khởi phát

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trước 6 giờ	19	21,6
Từ 6 giờ đến 12 giờ	33	37,5
Từ 12 giờ đến 24 giờ	13	14,8
Sau 24 giờ	23	26,1
Tổng	88	100

Nhận xét: 59,1% bệnh nhi được nhập viện trong vòng 12 giờ sau khởi phát, trong đó 21,6% trước 6 giờ và 37,5% từ 6–12 giờ; 14,8% nhập viện sau 12–24 giờ và 26,1% sau 24 giờ.

3.2.2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng cơ năng	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Đau bụng	Đau bụng từng cơn	86	97,7
	Đau bụng liên tục	2	2,3
Nôn ói		58	65,9
Đại tiện	Tiêu máu	3	3,4
	Phân nhầy	1	1,1
Chán ăn, bỏ bú		9	10,2
Triệu chứng thực thể	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Bụng chướng	Bụng chướng nhẹ	17	19,3
	Bụng chướng vừa	7	8,0
Có phản ứng phúc mạc		0	0
Sờ có khối lồng		71	80,7
Thăm hậu môn trực tràng		0	0
Triệu chứng toàn thân	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Mất nước		16	18,2
Hội chứng nhiễm trùng		17	19,3

Nhận xét: 100% bệnh nhi có biểu hiện đau bụng, trong đó 97,7% đau bụng từng cơn và 65,9% có triệu chứng nôn ói. Về dấu hiệu thực thể, 19,3% có bụng chướng, trong khi 80,7% sờ được khối lồng khi thăm khám. Ngoài ra, về toàn thân, 18,2% bệnh nhi có dấu hiệu mất nước và 19,3% có biểu hiện hội chứng nhiễm trùng.

3.3. Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng

3.3.1. Xét nghiệm công thức máu

Bảng 3.4. Xét nghiệm công thức máu

Triệu chứng cận lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hồng cầu	Nam (n=50)	Thấp	4, 8,0
		Bình thường	45, 90,0
		Cao	1, 2,0
	Nữ (n=38)	Thấp	2, 5,3
		Bình thường	33, 86,8
		Cao	3, 7,9
Hematocrit	Nam (n=50)	Thấp	40, 80
		Bình thường	10, 20
		Cao	0, 0
	Nữ (n=38)	Thấp	24, 63,2
		Bình thường	14, 36,8
		Cao	0, 0
Hemoglobin	Bình thường		59, 67,0
	Nhẹ		16, 18,2
	Vừa		10, 13,6
	Nặng		1, 1,1
Bạch cầu	Thấp		1, 1,14
	Trung bình		39, 44,32
	Cao		48, 54,54

Nhận xét: Đa số có số lượng hồng cầu bình thường, chiếm 90,0% ở bé trai và 86,8% ở bé gái; 8% bé trai và 5,3% bé gái có hồng cầu giảm, trong khi 7,9% bé gái và 2% bé trai có hồng cầu tăng. Về nồng độ Hb, phần lớn bệnh nhi ở mức bình thường (67,0%), chỉ 11,4% thiếu máu mức độ vừa và 1,1% thiếu máu nặng. Không ghi nhận trường hợp Hct tăng, tuy nhiên đa số có Hct giảm, chiếm 80% ở nam và 63,2% ở nữ. Ngoài ra, 54,5% bệnh nhi có bạch cầu tăng, trong khi 1,1% có bạch cầu giảm.

3.3.2. Siêu âm bụng

Bảng 3.5. Hình ảnh siêu âm

Hình ảnh khối lồng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	Hình bia	88, 100
	Hình sandwich	0, 0
	Không	0, 0
Chiều dài khối lồng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<40 mm	9, 10,2	
40-60 mm	63, 71,6	
≥60 mm	16, 18,2	
Chiều dài nhỏ nhất	30	
Chiều dài lớn nhất	70	
Chiều dài trung bình	51.5 ± 8.47	
Đường kính khối lồng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≤20 mm	0, 0	
20-30 mm	86, 97,7	
>30 mm	2, 2,3	
Đường kính nhỏ nhất	20	
Đường kính lớn nhất	43	

Đường kính trung bình	29,8 ± 3,85	
Cấu trúc khối lồng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đơn giản	73, 83,0	
Phức tạp	15, 17,0	

Nhận xét: 100% trường hợp siêu âm phát hiện được khối lồng hình bia trên mặt cắt ngang, không có trường hợp nào ghi nhận hình sandwich hay không xác định được khối lồng. Đường kính khối lồng chủ yếu trong khoảng 20–30 mm (97,7%), chỉ 2,3% có đường kính >30 mm. Chiều dài khối lồng trung bình 40–60 mm (71,6%), dao động từ 30 mm đến 70 mm. Đa số các khối lồng có cấu trúc đơn giản (83%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhi bị lồng ruột là 26,6 ± 12,4 tháng, nhỏ nhất 3 tháng và lớn nhất 52 tháng, gặp nhiều nhất ở nhóm 25–36 tháng (33%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Tạ Vũ Quỳnh (2018) [4] với 15,49 ± 5,52 tháng, có thể do khác biệt về cỡ mẫu và đặc điểm dân số nghiên cứu.

Về giới tính, lồng ruột gặp ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ với tỷ lệ Nam/Nữ = 1,31, tương đồng với nghiên cứu của Tạ Vũ Quỳnh (2018) [4] ghi nhận tỷ lệ 1,36:1.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 73,9% bệnh nhi được nhập viện trước 24 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng, trong đó 59,1% đến viện trong 12 giờ đầu. Kết quả này tương tự các tác giả Lâm Thùy Đoan (2023) [2] với 54,3% bệnh nhi nhập viện trong 24 giờ đầu. Như vậy, thời gian nhập viện sớm đã được cải thiện, phản ánh sự nâng cao nhận thức của phụ huynh và khả năng tiếp cận y tế ngày càng tốt hơn. Theo Hà Văn Quý (2019) [3], bệnh nhân đến viện muộn là yếu tố làm tăng tỷ lệ thất bại khi bơm hơi tháo lồng.

Đau bụng từng cơn là triệu chứng chủ yếu (97,7%), tương đồng với kết quả của Tạ Vũ Quỳnh (2018) [4] (100%), Hà Văn Quý (2019) [3] (97,7%) và Lâm Thùy Đoan (2023) [2] (95,1%). Nôn ói ghi nhận ở 65,9% trường hợp, thấp hơn một số nghiên cứu trước nhưng vẫn nằm trong khoảng thường gặp (70–85%). Triệu chứng tiêu máu ít xuất hiện hơn (3,4%) — điều này có thể do bệnh nhi nhập viện sớm, chưa xảy ra tổn thương niêm mạc ruột đáng kể.

Ngoài ra, 80,7% bệnh nhi được phát hiện có khối lồng qua thăm khám bụng, và 27,3% có bụng chướng. Kết quả phù hợp với nhận định rằng khám bụng cẩn thận vẫn là yếu tố quan trọng trong chẩn đoán lâm sàng.

Khảo sát tổng phân tích tế bào máu cho thấy

hầu hết bệnh nhi có số lượng hồng cầu và hemoglobin bình thường, chỉ có 8% bệnh nhi biểu hiện thiếu máu, trong đó 1,1% thiếu máu nặng ($Hb < 7 \text{ g/dL}$). Các chỉ số này không dùng để chẩn đoán lồng ruột nhưng giúp đánh giá tổng thể tình trạng sức khỏe của trẻ, đặc biệt khi có nguy cơ mất nước hoặc nhiễm trùng. Các xét nghiệm này hỗ trợ bác sĩ điều chỉnh thể trạng bệnh nhi trước khi can thiệp, giảm rủi ro trong quá trình bơm hơi hoặc phẫu thuật.

Siêu âm bụng là phương pháp cận lâm sàng ưu tiên cho chẩn đoán lồng ruột, với độ nhạy và độ đặc hiệu lên tới 98% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhi có hình ảnh khối lồng "hình bia" trên mặt phẳng cắt ngang, với đường kính trung bình $29,8 \pm 3,85 \text{ mm}$ và chiều dài trung bình $51 \pm 8,47 \text{ mm}$. Phần lớn khối lồng có cấu trúc đơn giản (83%), chỉ 17% phức tạp. Kết quả này cho thấy siêu âm không chỉ giúp chẩn đoán chính xác mà còn đánh giá hình thái và kích thước khối lồng, hỗ trợ dự đoán thành công bơm hơi và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận trẻ em bị lồng ruột phân bố đều giữa các nhóm tuổi, tập trung nhiều nhất ở nhóm 25–36 tháng, với tuổi trung bình $26,6 \pm 12,4$ tháng. Bệnh gặp ở bé trai nhiều hơn bé gái, tỷ lệ nam/nữ là 1,31/1. Thời gian nhập viện chủ yếu trong 12 giờ đầu sau khởi phát (59,1%), giúp nâng cao khả năng điều trị thành công. Triệu chứng lâm sàng điển hình là đau bụng từng cơn (97,7%) và nôn ói (65,9%), trong khi sờ được khối lồng chiếm 80,7% và một số bệnh nhi có mất nước (18,2%) hoặc hội chứng

nhễm trùng (19,3%).

Kết quả cận lâm sàng cho thấy đa số bệnh nhi có hồng cầu, hemoglobin bình thường; chỉ 11,4% thiếu máu mức vừa và 1,1% thiếu máu nặng. Hầu hết có hematocrit giảm, và 54,5% có bạch cầu tăng. Siêu âm ổ bụng phát hiện 100% khối lồng hình bia, đường kính trung bình $29,8 \pm 3,85 \text{ mm}$, chiều dài trung bình $51,5 \pm 8,47 \text{ mm}$, chủ yếu cấu trúc đơn giản (83%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lâm Thùy Đoàn, Lê Diệp Hải Dương, Lê Thị Thanh Xuân, Trần Quốc Bảo, Ngô Võ Thúy Anh, Võ Quang Huy, (2023)**, Các yếu tố dự đoán tháo lồng bằng hơi thất bại trong lồng ruột ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 62.
2. **Phạm Đức Hiệp (2019)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị lồng ruột ở trẻ lớn tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
3. **Hà Văn Quý (2019)**, "Kết quả điều trị lồng ruột ở trẻ em bằng bơm hơi đại tràng dưới sự hướng dẫn của siêu âm tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Tạ Vũ Quỳnh (2018)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm, đánh giá kết quả và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả tháo lồng ruột bằng hơi ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ 2017-2018, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, tập 16, trang 1–7.
5. **Dung, E. D. et al. (2018)**, Pneumatic reduction of intussusception in children: experience and analysis of outcome at juth, jos, a tertiary health centre in north central nigeria, J West Afr Coll Surg, 8(4).
6. **Lioubashevsky, N. et al. (2013)**, Ileocolic versus small-bowel intussusception in children: can US enable reliable differentiation?, Radiology, 269(1).
7. **Zhang, B. et al. (2018)**, Intussusception caused by an inverted colonic diverticulum: a case report, J Med Case Rep. 12(1).

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ SẮT, FERRITIN HUYẾT THANH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN XƠ GAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRÀ VINH

Huỳnh Phương Duy¹, Đồng Thị Khánh Quỳnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ sắt và ferritin huyết thanh, đồng thời mô tả các yếu tố liên quan ở bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh. **Đối**

tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, sử dụng dữ liệu hồi cứu từ 110 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân xơ gan điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh từ tháng 01/2022 đến tháng 05/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ bất thường sắt huyết thanh là 66,4%, trong đó giảm sắt chiếm 69,9%. Tỷ lệ bất thường ferritin huyết thanh là 67,3%, trong đó tăng ferritin chiếm 58,1%. Nhóm tuổi 50–59 có tỷ lệ bất thường sắt huyết thanh cao nhất (87,5%). Nhóm thừa cân – béo phì có tỷ lệ bất thường ferritin cao nhất (77,4%). Sắt huyết thanh có mối liên quan đáng kể với mức độ xơ gan Child-Pugh B ($PR = 1,55$ so với Child C, $p =$

¹Trường Y Dược, Trường Đại học Trà Vinh
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Phương Duy
Email: duyhuynh41@tvu.edu.vn
Ngày nhận bài: 28.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 2.12.2025
Ngày duyệt bài: 6.01.2026