

bệnh nhân u tế bào hạt, chúng tôi thấy OS và DFS 5 năm của các bệnh nhân u tế bào hạt là 90,9% và 79,4%. Kết quả này tương tự với kết quả của Khosla và cộng sự ở OS và sống thêm không sự kiện 5 năm (84,6 % và 76,5%).<sup>4</sup>

Đánh giá liên quan một số yếu tố với thời gian sống bệnh không tiến triển, chúng tôi nhận định các yếu tố ảnh hưởng xấu đến kết quả DFS 5 năm là tăng giai đoạn bệnh (I tỉ lệ 100% so với II-III: 54,1%,  $p < 0,001$ ) và có tổn thương còn lại sau phẫu thuật (còn 0%, không còn: 97,4%,  $p < 0,001$ ). Theo tác giả Ayhan và CS cho thấy tỷ lệ tái phát ở giai đoạn I, II, và III tương ứng là 5,4%; 21%; và 40% và so với các giai đoạn tiến triển hơn, tỷ lệ tái phát thấp hơn đáng kể ở những bệnh nhân mắc bệnh ở giai đoạn I (5,4% so với 25,0%,  $p = 0,019$ ).<sup>6</sup> Tác giả Chan và CS nhận thấy không còn u sau mổ có tiên lượng một cách đặc lập với cải thiện sống thêm (HR: 0,162; 95% CI: 0,043-0,610).<sup>7</sup> Nghiên cứu chỉ ra rằng không có sự liên quan giữa tuổi ( $\leq 50$  là 67,1% so với  $> 50$  tuổi là 89,4%,  $p = 0,091$ ) và kích thước u ( $< 10$ cm là 64,9% so với  $\geq 10$  cm là 89,3%,  $p = 0,706$ ) với thời gian sống thêm không bệnh ( $p > 0,05$ ).

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 44 bệnh nhân UTBH, chúng tôi thấy U tế bào hạt là loại ung thư buồng trứng ít gặp với phân bố tuổi rộng rãi, thường phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm với tiên lượng tốt. Phương pháp điều trị chính UTBH là phẫu thuật lấy u tối ưu và hóa chất khi bệnh nhân ở giai đoạn Ic-IV, cân nhắc phẫu thuật bảo tồn ở giai đoạn sớm (IA).<sup>5</sup> Chúng tôi nhận thấy OS và DFS 5 năm của các bệnh nhân u tế bào hạt người lớn

là 90,9% và 79,4%. Tỷ lệ tái phát chung là 18,2%. Giai đoạn ban đầu và bệnh còn sót lại là yếu tố tiên lượng quan trọng của thể mô bệnh học này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Bryk S, Pukkala E, Martinsen JI, et al.** Incidence and occupational variation of ovarian granulosa cell tumours in Finland, Iceland, Norway and Sweden during 1953-2012: a longitudinal cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2017;124(1): 143-149. doi:10.1111/1471-0528.13949
3. **Chi, Dennis S.; Berchuck, Andrew; Dizon, Don S.; Yashar, Catheryn M.** Principles and Practice of Gynecologic Oncology. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
4. **Khosla D, Dimri K, Pandey AK, Mahajan R, Trehan R.** Ovarian granulosa cell tumor: clinical features, treatment, outcome, and prognostic factors. *North Am J Med Sci.* 2014;6(3):133-138. doi:10.4103/1947-2714.128475
5. **Armstrong DK, Alvarez RD, Bakkum-Gamez JN, et al.** Ovarian Cancer, Version 2.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2021;19(2): 191-226. doi:10.6004/jnccn.2021.0007
6. **Ayhan A, Salman MC, Velipasaoglu M, Sakinci M, Yuces K.** Prognostic factors in adult granulosa cell tumors of the ovary: a retrospective analysis of 80 cases. *J Gynecol Oncol.* 2009;20(3): 158-163. doi:10.3802/jgo.2009. 20.3.158
7. **Zhang M, Cheung MK, Shin JY, et al.** Prognostic factors responsible for survival in sex cord stromal tumors of the ovary--an analysis of 376 women. *Gynecol Oncol.* 2007;104(2):396-400. doi:10.1016/j.ygyno.2006.08.032

## ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ NGỘ ĐỘC CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Nguyễn Phan Trọng Hiếu<sup>1</sup>, Tạ Văn Trâm<sup>2</sup>, Nguyễn Đức Toàn<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ngộ độc cấp là một cấp cứu thường gặp ở trẻ em. Đây cũng là một trong những vấn đề

quan trọng tác động đến sự phát triển về thể chất, tinh thần và thậm chí gây tử vong ở trẻ em. Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ ngộ độc cấp góp phần giúp nhân viên y tế chẩn đoán sớm và nâng cao chất lượng điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ một số đặc điểm dịch tễ học ở bệnh nhi ngộ độc cấp tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả vừa hồi cứu vừa tiến cứu trên 294 bệnh nhi ngộ độc cấp từ 6/2021 đến 6/2023 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Kết quả:** Tuổi trung vị của đối tượng nghiên cứu là 3,2; khoảng tứ phân vị là 7,6 (1,8-9,3); nhỏ nhất là 26 ngày tuổi và lớn nhất là 16 tuổi. Ngộ độc xảy ra ở nhóm tuổi  $< 3$  tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (47,3%), trong đó 1 – 3 tuổi chiếm 37,4%.

<sup>1</sup>Đại học Trà Vinh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

<sup>3</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phan Trọng Hiếu

Email: drtronghieuh@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

Tỉ lệ Nam/Nữ = 1,1/1. Bệnh nhi đến từ Tp Hồ Chí Minh (67%) cao hơn tỉnh khác (33%). Thời điểm nhiễm độc thường là vào buổi tối (35,1%) và tại nhà (93,9%). Trẻ em thường tiếp xúc với chất độc bằng đường tiêu hóa với tỉ lệ 95,2%. Thời gian đến bệnh viện <6 giờ (80,62%) và tỉ lệ bệnh nhi được xử trí tuyến trước là 7,1%. **Kết luận:** Ngộ độc cấp gặp ở mọi lứa tuổi, lứa tuổi hay gặp nhất là nhóm tuổi nhỏ <6 tuổi và trẻ nam mắc nhiều hơn trẻ nữ. Đa phần bệnh nhi đến từ Tp Hồ Chí Minh, thời điểm nhiễm độc thường là vào buổi tối và tại nhà. Trẻ em thường tiếp xúc với chất độc thông qua nhiều con đường, thường nhất là đường tiêu hóa. Thời gian đến bệnh viện thường sớm <6 giờ và tỉ lệ được xử trí tuyến trước còn thấp. **Từ khóa:** dịch tễ, ngộ độc cấp, trẻ em, bệnh viện Nhi Đồng 1

## SUMMARY

### EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE POISONING IN CHILDREN AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

**Background:** Acute poisoning is a common emergency in children. This is also one of the important problems that affects physical and mental development and even causes death in children. Researching the epidemiological characteristics of acute poisoning contributes to helping medical staff diagnose early and improve treatment quality. **Objectives:** Determine the rate of some epidemiological characteristics in pediatric patients with acute poisoning at Children's Hospital 1. **Methods:** Cross-sectional descriptive study, both retrospective and prospective, on 294 pediatric patients with acute poisoning from June 2021 to June 2023 at Children's Hospital 1. **Results:** The median age of the study subjects was 3,2; interquartile range was 7,6 (1,8-9,3); The youngest is 26 days old and the oldest is 16 years old. Poisoning occurs in the age group <3 years old, accounting for the highest rate (47,3%), of which 1 - 3 years old accounts for 37,4%. Ratio Male/Female = 1,1/1. Pediatric patients from Ho Chi Minh City (67%) are higher than other provinces (33%). The time of poisoning is usually in the evening (35,1%) and at home (93,9%). Children are often exposed to toxins through the gastrointestinal tract at a rate of 95,2%. Time to hospital was <6 hours (80,62%) and the proportion of pediatric patients treated first was 7,1%. **Conclusion:** Acute poisoning occurs at all ages, the most common age group is the younger age group <6 years old and boys are more affected than girls. Most pediatric patients come from Ho Chi Minh City, and the time of poisoning is usually in the evening and at home. Children are often exposed to toxins through many routes, most commonly the gastrointestinal tract. Time to hospital is usually <6 hours early and the rate of first-line treatment is low. **Keywords:** epidemiology, poisoning, children, children's hospital 1

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngộ độc cấp (NĐC) là một cấp cứu thường gặp ở trẻ em do nhiều nguyên nhân gây ra. Đây cũng là một trong những vấn đề quan trọng tác

động đến sự phát triển về thể chất, tinh thần và thậm chí gây tử vong ở trẻ em không chỉ ở nước ta mà còn ở các nước phát triển khác. Theo báo cáo năm 2020 của Hiệp hội các Trung tâm Chống độc Hoa Kỳ (AAPCC), có 2128198 ca nhiễm độc tại Hoa Kỳ, cứ mỗi 15 giây trôi qua sẽ có một bệnh nhân bị phơi nhiễm với chất độc, có 4488 ca tử vong (0,21%), trong đó có trẻ em dưới 5 tuổi chiếm 42% tổng số ca phơi nhiễm, tỉ lệ tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi trên tổng số ca tử vong là 1,27%. Một số nghiên cứu tại Việt Nam như Phạm Thị Kim Loan và cộng sự nghiên cứu về NĐC trẻ em ở bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 1999 đến 2001 cho thấy: NĐC chủ yếu gặp ở lứa tuổi 1-3 tuổi chiếm 33%, thường gặp ở trẻ trai hơn 58,9%, hoàn cảnh chủ yếu gây ngộ độc là nhầm lẫn (50,6%) và tai nạn (34,7%)<sup>[6]</sup>. Một nghiên cứu khác trên 1025 trẻ nhập viện do NĐC tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 1997-2001 của tác giả Nguyễn Thị Kim Thoa cho thấy: NĐC thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi (52,5%), nam nhiều hơn nữ, đường tiêu hóa là đường ngộ độc phổ biến nhất (73%); tác nhân khá đa dạng gồm thuốc 47,2%, không do thuốc 41,2%, thức ăn 10,7%; tỉ lệ tử vong 1,3%, di chứng 0,2%<sup>[5]</sup>.

Trẻ em là đối tượng rất dễ phơi nhiễm với chất độc, đặc biệt là trẻ em dưới 5 tuổi vì trẻ nhỏ có bản chất là tò mò, muốn khám phá bên trong và xung quanh ngôi nhà của mình, khi tìm thấy các đồ vật thì cho vào miệng hoặc chạm vào đất chứa các chất diệt loài gặm nhấm. Và khi bị ngộ độc trẻ phải gánh chịu nhiều hậu quả nặng nề về thể chất lẫn tinh thần do cơ thể trẻ chưa phát triển đầy đủ, cấu trúc và chức năng của các hệ cơ quan chưa hoàn chỉnh.

Tại miền Nam nói chung và tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 nói riêng có một số đề tài nghiên cứu về ngộ độc cấp ở trẻ em, tuy nhiên thời gian nghiên cứu đã rất lâu. Mô hình về các trường hợp ngộ độc cấp có sự thay đổi theo thời gian. Vì thế để có một cái nhìn toàn diện hơn chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả về đặc điểm dịch tễ học về các trường hợp ngộ độc cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng 1.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả trẻ đến khám tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 6/2022 đến 6/2023 được chẩn đoán ngộ độc cấp.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** bệnh nhi được chẩn đoán ngộ độc cấp khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn:

- + Có bằng chứng tiếp xúc với độc chất.
- + Có biểu hiện lâm sàng của ngộ độc cấp.
- + Xét nghiệm độc chất trực tiếp hoặc gián

tiếp dương tính.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** sốc phản vệ hoặc dị ứng, ngộ độc mạn tính, côn trùng đốt hoặc rắn cắn, thiếu thông tin trên hồ sơ bệnh án.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả vừa hồi cứu vừa tiến cứu.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 6/2021 đến 6/2023 tại bệnh viện Nhi Đồng 1.

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, 294 trẻ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

**Nội dung nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ một số đặc điểm dịch tễ học ở bệnh nhi ngộ độc cấp tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

**Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:**

**Các bước thu thập:**

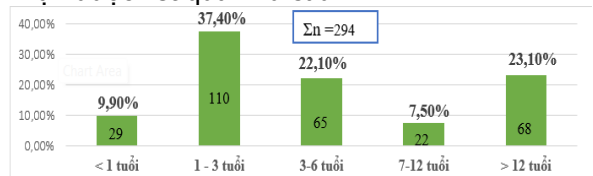
+ Hồi cứu: tra cứu hồ sơ bệnh án, thu thập số liệu dựa trên mẫu bệnh án điều tra thống nhất.

+ Tiến cứu: thu thập số liệu dựa trên mẫu bệnh án điều tra thống nhất tại thời điểm nhập viện và xuất viện.

**Xử lý số liệu:** Các số liệu được phân tích theo phương pháp thống kê y học, trên chương trình SPSS 22.0, tính tỉ lệ %, trung vị, khoảng tứ phân vị. So sánh tỉ lệ bằng  $\chi^2$  (hoặc Fisher exact test). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Chúng tôi thu thập được 294 mẫu nghiên cứu đủ tiêu chuẩn chọn mẫu tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 6/2021 đến 6/2023, chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau:

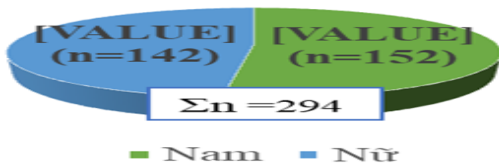


**Hình 1: Tỉ lệ mắc theo nhóm tuổi (n=294)**

**Nhận xét:** - Nhóm tuổi hay gặp ngộ độc cấp là nhóm tuổi <3 tuổi (47,3%), trong đó nhóm tuổi 1 – 3 tuổi chiếm 37,4%. Và tỉ lệ ngộ độc cấp thấp nhất ở nhóm 7-12 tuổi (7,5%)

- Tuổi trung vị: 3,2. Khoảng tứ phân vị (IQR-interquartile range) là 7,6 (Q3=9,3; Q1=1,8).

- Tuổi nhỏ nhất là 26 ngày tuổi. Tuổi lớn nhất là 16 tuổi.



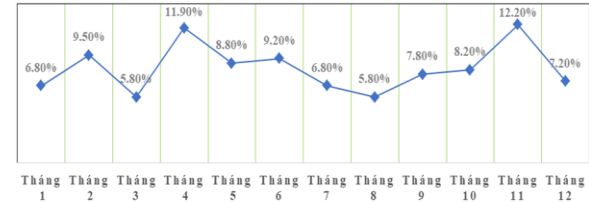
**Hình 2: Tỉ lệ mắc theo giới (n=294)**

**Nhận xét:** Tỉ lệ nhập viện do ngộ độc cấp ở cả 2 giới tương đối đồng đều, mặc dù tỉ lệ mắc bệnh ở trẻ nam nhiều hơn nữ nhưng không đáng kể, tỉ lệ nam/nữ = 1,1/1.

**Bảng 1: Tỉ lệ mắc theo nơi sống (n=294)**

| Địa chỉ         | n   | %   |
|-----------------|-----|-----|
| Tp. Hồ Chí Minh | 197 | 67% |
| Khác            | 97  | 33% |

**Nhận xét:** Bệnh nhi ngộ độc chủ yếu đến từ Tp Hồ Chí Minh chiếm 67%.



**Hình 3. Tỉ lệ mắc theo tháng (n=294)**

**Nhận xét:** Bệnh nhân nhập viện vì ngộ độc cấp rải đều quanh năm, tỉ lệ nhập viện cao nhất vào tháng 11 với 12,2% và thấp nhất là tháng 3 và tháng 8 với cùng tỉ lệ là 5,8%.

**Bảng 2. Tỉ lệ mắc theo nơi nhiễm độc (n=294)**

| Địa điểm   | n   | %     |
|------------|-----|-------|
| Tại nhà    | 276 | 93,9% |
| Trường học | 2   | 0,7%  |
| Khác       | 16  | 5,4%  |

**Nhận xét:** - Đa phần bệnh nhi nhập viện do nhiễm độc tại nhà với tỉ lệ 93,9%.

- Nơi nhiễm độc thấp nhất là trường học, chỉ 0,7%.

**Bảng 3. Tỉ lệ mắc theo thời điểm phát hiện (n=294)**

| Thời điểm | n   | %    |
|-----------|-----|------|
| Sáng      | 78  | 26,5 |
| Trưa      | 38  | 12,9 |
| Chiều     | 60  | 20,4 |
| Tối       | 103 | 35,1 |
| Khuya     | 15  | 5,1  |

**Nhận xét:** Thời điểm phát hiện ngộ độc nhiều nhất là vào buổi tối chiếm 35,1%, thấp nhất là vào buổi khuya 5,1%.

**Bảng 4. Tỉ lệ mắc theo đường nhiễm độc (n=294)**

| Đường nhiễm    | n   | %     |
|----------------|-----|-------|
| Tiêu hóa       | 280 | 95,2% |
| Hô hấp         | 3   | 1%    |
| Da - niêm, mắt | 7   | 2,4%  |
| Tiêm vào máu   | 4   | 1,4%  |

**Nhận xét:** - Đường nhiễm độc chủ yếu là đường tiêu hóa chiếm 95,2%.

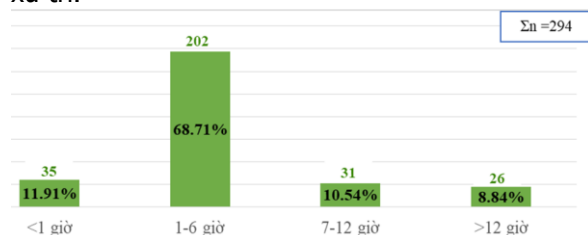
- Đường nhiễm độc đường da niêm mạc và

tiêm vào máu thấp hơn lần lượt là 2,4% và 1,4%.  
 - Tỷ lệ nhiễm độc đường hô hấp thấp nhất với 1%.

**Bảng 5. Tỷ lệ nhập viện và xử trí tuyến trước (n=294)**

| Xử trí                                      | n   | %    |
|---|-----|------|
| Có nhập viện tuyến trước và có xử trí       | 21  | 7,1  |
| Có nhập viện tuyến trước và không xử trí gì | 4   | 1,4  |
| Không                                       | 269 | 91,5 |

**Nhận xét:** Chỉ có 8,5% được nhập viện tuyến trước, trong đó có 7,1% bệnh nhân được xử trí.



**Hình 4. Thời gian nhập viện kể từ lúc ngộ độc (n=294)**

**Nhận xét:** - Bệnh nhân thường nhập viện trong khoảng từ 1 – 6 giờ từ khi tiếp xúc với độc chất, chiếm 68,71%; kể đến là < 1 giờ với tỉ lệ 11,91% và 7 – 12 giờ là 10,54%.

- Nhập viện trễ > 12 giờ chỉ chiếm 8,84%.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ngộ độc xảy ra ở nhiều độ tuổi khác nhau. Tỷ lệ ngộ độc cấp cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là ở nhóm tuổi <3 tuổi, chiếm 47,3%. Điều này tương đồng với nhiều tác giả khác: Nguyễn Thị Kim Thoa nghiên cứu trên 1025 trẻ nhập viện do ngộ độc cấp có 52,5% trẻ <5 tuổi, trong đó nhóm 1-3 tuổi chiếm 27,4%, tác giả Nguyễn Nhân Thành cho kết quả tương tự khi trẻ dưới 5 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất (67,6%), và nhóm tuổi 1-3 tuổi chiếm 1/3 (36,7%) và Bùi Quốc Thắng tỷ lệ này là 74,1% (<5 tuổi) và 41,5% (2-5 tuổi)<sup>[1], [3], [5]</sup>. Điều này cho thấy ngộ độc cấp xảy ra đa phần ở độ tuổi nhỏ. Ở độ tuổi này, trẻ bắt đầu biết bò, biết đi. Ngoài ra bản tính tò mò, nghịch ngợm muốn tìm hiểu môi trường xung quanh, chưa có nhận thức với các mối nguy hiểm dẫn đến trẻ có thể cho vào miệng bất cứ thứ gì,

đặc biệt là những thứ có màu sắc bắt mắt hấp dẫn trẻ. Thêm vào đó sự thiếu thân trọng của người lớn đặt chất gây độc trong chai nước ngọt hay vị trí đặt mà trẻ có thể tiếp xúc, hay tự ý sử dụng thuốc cho trẻ hoặc sử dụng mà không đúng chỉ định của nhân viên y tế cũng dễ gây ngộ độc cho trẻ em.

Về giới tính, nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỷ lệ ngộ độc ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ, nam/nữ = 1,1/1. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác: Nguyễn Thị Kim Thoa (1,24/1); Nguyễn Nhân Thành (1,21/1); Bùi Quốc Thắng (1,01/1)<sup>[1], [3], [5]</sup>. Vấn đề này cũng khá dễ hiểu, do trẻ nam thường hiếu động và nghịch phá hơn trẻ nữ.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết trẻ bị NĐC thường sinh sống ở Tp Hồ Chí Minh, với tỷ lệ 67%. Tương tự, các tác giả Nguyễn Thị Kim Thoa, Nguyễn Nhân Thành, Bùi Quốc Thắng cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhi tại Tp Hồ Chí Minh chiếm ưu thế lần lượt là 62,5%, 80% và 80,5%<sup>[1], [3], [5]</sup>. Khi gia đình phát hiện trẻ có khả năng bị ngộ độc cấp thường sẽ chọn đến cơ sở y tế gần nhất, các bệnh nhân ở các khu vực khác thường được chuyển lên khi tình trạng ngộ độc diễn tiến nặng hoặc kém đáp ứng điều trị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, các trường hợp ngộ độc trẻ em rải rác quanh năm. Tuy nhiên cao nhất là tháng 11, với 12,2%, nằm trong tháng nóng cao điểm, trẻ dễ khát nước nên tăng khả năng uống nhầm các chất gây độc bỏ trong các chai lọ. Ngoài ra nhóm tháng 4,5,6 cũng chiếm tỷ lệ cao, đây là nhóm tháng hè trẻ được nghỉ học nên cũng tăng số ca ngộ độc. Kết quả của tác giả Nguyễn Tân Hùng cũng cho thấy tỷ lệ ngộ độc cao nhất vào tháng 5 (14,6%)<sup>[4]</sup>.

Đường nhiễm độc chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi là đường tiêu hóa, chiếm 95,2% trường hợp. Trẻ nhỏ thường hay tò mò và muốn khám phá thế giới xung quanh, trẻ có thể bỏ vào miệng bất cứ thứ gì khi chúng bị thu hút, cũng như chưa nhận thức được đầy đủ về nguy hiểm. Đối với trẻ lớn thường do chất độc đựng trong chai lọ mà bình thường dùng để nước uống hay tự ý uống thuốc không theo chỉ định. Các đường nhiễm độc khác hiếm gặp và khó xác định loại và liều lượng độc hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu:

**Bảng 6. Đường nhiễm độc một số nghiên cứu**

| Nghiên cứu | Nguyễn Thị Kim Thoa <sup>[5]</sup> | Nguyễn Nhân Thành <sup>[3]</sup> | Vũ Đình Thắng <sup>[7]</sup> | Nguyễn Tân Hùng <sup>[4]</sup> | Đặng Thị Xuân <sup>[2]</sup> | Iqdam A. Alwan <sup>[8]</sup> | Paolo M. Soave <sup>[10]</sup> | AAPCC 2020 <sup>[11]</sup> |
|------------|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| Thường gặp | Tiêu hóa                           | Tiêu hóa                         | Tiêu hóa                     | Tiêu hóa                       | Tiêu hóa                     | Tiêu hóa                      | Tiêu hóa                       | Tiêu hóa                   |
| Tỷ lệ      | 73%                                | 95,1%                            | 59,2%                        | 87,8%                          | 71%                          | 95,9%                         | 91,7%                          | 77,69%                     |

Nơi nhiễm độc thường gặp là tại nhà, chiếm 93,9% và chỉ có 2 trường hợp (0,7%) tiếp xúc với chất độc tại trường học. Có thể lý giải, ở trường học trẻ ít có cơ hội tiếp xúc với độc chất hơn do việc bố trí các chất dễ gây độc thường tập trung ở kho, cũng như khi đi học sẽ có sự

thường trực theo dõi của giáo viên hay người quản lý của trường học. Trong khi đó tại nhà, trẻ lại dễ tiếp xúc chất gây hại hơn do sự thiếu lưu ý của người lớn, đặt các chất gây hại hoặc thuốc trong tầm tay với của trẻ. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước khác cho kết quả tương tự:

**Bảng 7. Nơi nhiễm độc một số nghiên cứu**

| Nghiên cứu        | Nguyễn Thị Kim Thoa <sup>[5]</sup> | Nguyễn Nhân Thành <sup>[3]</sup> | Nguyễn Tân Hùng <sup>[4]</sup> | Zhu Li <sup>[9]</sup> | Iqdam A. Alwan <sup>[8]</sup> | Paolo M. Soave <sup>[10]</sup> | AAPCC 2020 <sup>[11]</sup> |
|-------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| <b>Thường gặp</b> | Nhà                                | Nhà                              | Nhà                            | Nhà                   | Nhà                           | Nhà                            | Nhà                        |
| <b>Tỉ lệ</b>      | 82,6%                              | 95%                              | 56,8%                          | 90,4%                 | 96,2%                         | 83,7%                          | 93,39%                     |

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời điểm trẻ ngộ độc thường là vào buổi tối từ khoảng 18 giờ đến 24 giờ, chiếm 35,1%. Trong khoảng thời gian này, trẻ được tự do nhiều nhất do cả ngày đi nhà trẻ hoặc theo dõi sát từ những người giữ trẻ.

Về thời gian nhiễm độc đến khi đến bệnh viện, nghiên cứu chúng tôi cho thấy, trẻ đến bệnh viện Nhi Đồng 1 chủ yếu trong khoảng 1-6 giờ, với tỉ lệ 68,71% do đa phần nhóm bệnh nhân nghiên cứu ở địa phận Tp Hồ Chí Minh. Nhóm bệnh nhân đến muộn hơn có thể do người thân phát hiện trễ hoặc đến từ các địa phương xa hơn và đã qua nhập viện tại tuyến trước. Kết quả này tương đồng với 2 tác giả Đặng Thị Xuân (53%) và Nguyễn Tân Hùng (58,9%)<sup>[2]</sup>. Trong khi đó nghiên cứu của tác giả Bùi Quốc Thắng cho thấy tỉ lệ trẻ nhập viện ngay lập tức chiếm tỉ lệ cao nhất (35,6%), nhóm bệnh nhi đến bệnh viện trong 1-6 giờ chiếm 32,2%<sup>[1]</sup>. Một nghiên cứu khác tại bệnh viện Đại học Gemelli, Ý cho thấy tỉ lệ bệnh nhi nhập viện nhiều nhất trong khoảng từ 1-4 giờ chiếm 48,1%, nhóm >4 giờ chiếm 33,5% và chỉ có 18% nhập viện trước 1 giờ<sup>[10]</sup>.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân không nhập viện tuyến trước mà đến trực tiếp bệnh viện Nhi Đồng 1 chiếm hầu hết với tỉ lệ 91,5%, còn lại 8,5% bệnh nhân có nhập viện tuyến trước trong đó 7,1% được xử trí. Do đa phần bệnh nhi nghiên cứu ở khu vực Tp Hồ Chí Minh hoặc do thân nhân lo lắng và muốn đến trực tiếp bệnh viện Nhi Đồng 1 dù nơi cư trú xa bệnh viện. Tỉ lệ này có sự khác biệt so với kết quả của tác giả Bùi Quốc Thắng có đến 84,3% bệnh nhi được xử lý tuyến trước<sup>[1]</sup>.

**V. KẾT LUẬN**

Ngộ độc cấp gặp ở mọi lứa tuổi, lứa tuổi hay gặp nhất là nhóm tuổi nhỏ <6 tuổi, chiếm 69,4%. Trẻ nam mắc nhiều hơn trẻ nữ (Tỉ lệ 1,1/1). Đa phần các bệnh nhi đến từ Tp Hồ Chí Minh (67%). Thời điểm nhiễm độc thường là vào

buổi tối (35,1%) và tại nhà (93,9%). Trẻ em thường tiếp xúc với chất độc bằng đường tiêu hóa với tỉ lệ 95,2%. Thời gian đến bệnh viện thường sớm <6 giờ (80,62%) và tỉ lệ được xử trí tuyến trước còn thấp (7,1%).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Bùi Quốc Thắng** (2003), "Đặc điểm dịch tễ học ngộ độc tại khoa cấp cứu bệnh viện nhi đồng 1 từ 01/06/2001 đến 31/03/2002", Y học TP.Hồ Chí Minh. 7 (1), pp. 51-56.
- Đặng Thị Xuân, Đỗ Ngọc Sơn**, (2021), "Đặc điểm dịch tễ và các tác nhân gây ngộ độc cấp ở trẻ em tại Trung tâm Chống độc bệnh viện Bạch Mai," Tạp chí Y học Việt Nam. 501 (2).
- Nguyễn Nhân Thành** (2001), Một số đặc điểm ngộ độc cấp ở trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng I trong 2 năm 1999-2000, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
- Nguyễn Tân Hùng** (2020), Nguyên Nhân Và Kết Quả Điều Trị Ngộ Độc Cấp Trẻ Em Tại Bệnh Viện Nhi Trung Ương Giai Đoạn 2017-2020, Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Thị Kim Thoa** (2002), Đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng ngộ độc cấp trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng I từ 1997-2001, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II.
- Phạm Thị Kim Loan, Nguyễn Trí Đoàn, Phạm Lê An**, (2002), "Tình hình dịch tễ ngộ độc cấp trẻ em tại khoa cấp cứu bệnh viện Nhi đồng 2 từ 1999-2001", Thông tin hồi sức cấp cứu số 04 tháng 12/02. Hội hội sức cấp cứu TP HCM, pp. 60-69.
- Vũ Đình Thắng** (2002), Nghiên cứu tình hình ngộ độc cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng I và Nhi đồng II trong năm 2002, Đại học Y dược TPHCM.
- Alwan I. A., Brhaish A. S., Awadh A. I., et al.** (2022), "Poisoning among children in Malaysia: A 10-years retrospective study", PLoS One. 17 (4), pp. e0266767.
- Li Z., Xiao L., L. Y., et al.** (2021), "Characterization of Acute Poisoning in Hospitalized Children in Southwest China", Front Pediatr. 9, pp. 727900.
- Soave P. M., Curatola A., Ferretti S., et al.** (2022), "Acute poisoning in children admitted to pediatric emergency department: a five-years retrospective analysis", Acta Biomed. 93 (1), pp. e2022004.