

minh có hiệu quả điều trị *H. pylori* tốt hơn so với phác đồ 3 thuốc [5]. Mặc khác, Hà Văn Thiệu và cộng sự báo cáo tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* ở phác đồ có Bismuth cao hơn đáng phác đồ không có Bismuth [8]. Do đó, việc lựa chọn phác đồ 4 thuốc có Bismuth là ưu tiên trong nghiên cứu của chúng tôi là lựa chọn hợp lý. Thực tế, hiệu quả điều trị cho thấy cải thiện triệu chứng đau bụng sau điều trị xảy ở phần lớn các bệnh nhi. Đồng thời, kết cục chính ghi nhận tỷ lệ điều trị thành công viêm dạ dày - tá tràng có nhiễm *H. pylori* ở trẻ từ 5 đến 16 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là 75,6%. Trong đó, nhóm trẻ ≤ 10 tuổi có liên quan đến thất bại trong điều trị cao hơn. Thật vậy, nhiều tài liệu đã chứng minh rằng trẻ càng nhỏ hệ thống miễn dịch càng non yếu và chưa hoàn thiện, khả năng tuân thủ điều trị kém hơn do sợ hãi và mùi vị gây khó chịu cho trẻ. Những điều này góp phần giải thích kết quả điều trị thất bại ở các trẻ ≤ 10 tuổi. Ngoài ra, chúng tôi không tìm thấy yếu tố nào khác liên quan đến kết quả điều trị. Các phát hiện tương tự cũng được nhóm tác giả Lê Thị Thúy Loan công bố trong báo cáo gần đây [7].

V. KẾT LUẬN

Viêm dạ dày - tá tràng có nhiễm *H. pylori* ở trẻ em đa phần có triệu chứng đau bụng kinh điển. Phần lớn tổn thương quan sát được thông qua nội soi tiêu hóa trên là viêm dạ dày dạng nốt, trong đó hàng vị là vị trí tổn thương hay gặp nhất. Hầu hết điều trị thành công *H. pylori*, tuy nhiên nhóm trẻ ≤ 10 tuổi liên quan có ý nghĩa đến thất bại trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Mỹ Lê, Nguyễn Đình Tuyền. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm dạ dày - tá tràng ở trẻ em điều trị tại bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 514(1):186-190.
2. Lê Thị Thúy Loan, Nguyễn Thanh Liêm. Đặc điểm tổn thương qua nội soi và tỷ lệ nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ viêm dạ dày, loét dạ dày - tá tràng tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí Y dược Cần Thơ. 2018; 15:135-170.
3. Nguyễn Thị Út, Hoàng Thị Bích Ngọc, Nguyễn Hồng Phúc. Kháng kháng sinh tiền phát của *Helicobacter pylori* ở trẻ em loét dạ dày - tá tràng tại bệnh viện Nhi Trung Ương năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 533(1B):183-188.
4. Alimohammadi H., Fouladi N., Salehzadeh F., Alipour S.A., Javadi M.S.. Childhood recurrent abdominal pain and *Helicobacter pylori* infection, Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J. 2017; 22(12):860-864.
5. Hong J., Yang H.R. Efficacy of Proton Pump Inhibitor-based Triple Therapy and Bismuth-based Quadruple Therapy for *Helicobacter pylori* Eradication in Korean Children. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2012; 15(4):237-242.
6. Jones N.L., Koletzko S., Goodman K., et al. Joint ESPGHAN/NASPGHAN Guidelines for the Management of *Helicobacter pylori* in Children and Adolescents (Update 2016). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017; 64(6):991-1003
7. Le L.T.T., Nauen T.A., Nauen N.A., Nauen Y.T.H., Nauen H.T.B., et al. *Helicobacter pylori* Eradication Efficacy of Therapy Based on the Antimicrobial Susceptibility in Children with Gastritis and Peptic Ulcer in Mekong Delta, Vietnam. *Children (Basel).* 2022; 9(7):1019.
8. Van Thieu H., Duc N.M., Nghi B.T.D., Van Bach N., Khoi H.H., et al. Antimicrobial Resistance and the Successful Eradication of *Helicobacter pylori*-Induced Gastroduodenal Ulcers in Vietnamese Children. *Med Arch.* 2021 Apr;75(2):112-115.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TIÊU CHẨY CẤP NHIỄM KHUẨN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phạm Văn Tuấn¹, Nguyễn Văn Tình¹, Nguyễn Thị Việt Hà^{1,2}

TÓM TẮT

Tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn là tình trạng nhiễm khuẩn đường tiêu hóa thường gặp nhất ở trẻ em gây rối loạn nước, điện giải, nhiễm khuẩn, kém dinh dưỡng ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả loạt ca bệnh trên 165 trẻ từ 2- 60 tháng tuổi được chẩn đoán tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/07/2023 đến 30/03/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của trẻ mắc bệnh trong nghiên cứu là 16,9 ± 14 tháng, trong đó trẻ dưới 2 tuổi chiếm 77,5%. Tỷ lệ nam/ nữ là 1,7/1. Các trẻ đến từ nông thôn chiếm 57%. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là chán ăn (67,9%), sốt (63,6%), mót rặn (57%), hậu môn đỏ (54,5%). Tỷ lệ trẻ đi ngoài phân nhầy và nhầy máu lần lượt là 38,8% và 25,5%, 37,6% trẻ có mất nước. Xét nghiệm máu tỷ lệ trẻ có tăng bạch cầu và CRP lần lượt là 60,6% và 61,8%. 62,4% trẻ có kết quả soi phân có nhiều hồng, bạch cầu. Tỷ lệ cấy phân

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

dương tính là 27,9% chủ yếu là E. coli và S. entericass. Kết luận: Trẻ tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn thường có biểu hiện sốt, chán ăn và đi ngoài phân nhầy máu. Xét nghiệm thường có tăng bạch cầu và CRP. Tỷ lệ cấy phân dương tính ở trẻ tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn còn thấp, căn nguyên chủ yếu là E. coli và Salmonella.

Từ khóa: Tiêu chảy cấp, nhiễm khuẩn, trẻ em, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF ACUTE INFECTIOUS DIARRHEA IN CHILDREN AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Acute bloody diarrhea is commonly associated with pathogenic bacteria in pediatric patients, it causes electrolyte disorders, infection and malnutrition affecting the child's development. **Aim:** To describe the clinical and laboratory characteristics of acute infectious diarrhea in children. **Materials and methods:** a prospective study was conducted on 165 children, aged 2-60 months, diagnosed with acute infectious diarrhea at the National Children's Hospital from July 2023 to March 2024. **Result:** The mean age of children was 16.9 ± 14 months, of whom children under 2 years old accounted for 77.5%, and the male/female ratio was 1.7/1. The most common clinical symptoms are anorexia (67.9%), fever (63.6%), tenesmus (57%), and anal redness (54.5%). Mucus and bloody stool were 38.8% and 25.5%, respectively. Dehydration rate was 37.6%. The prevalence of elevated white blood cells and CRP was 60.6% and 61.8%, respectively. 62.4% of children got red and white blood cells in stool analysis. The positive stool culture rate was 27.9% with E. coli and S. Entericass. **Conclusion:** Children with acute infectious diarrhea often manifest anorexia, fever, anal redness, and pain when defecating. Blood tests usually show increased leukocytosis and CRP. Positive bacterial culture was quite low.

Keywords: Acute infectious diarrhea, children, clinical characteristics, laboratory test.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêu chảy cấp là một bệnh có tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong cao, đứng hàng thứ 2 sau nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính gây ra gánh nặng cho sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới. Trong các nguyên nhân gây tiêu chảy, tiêu chảy nhiễm khuẩn là bệnh khá phổ biến ở trẻ em Việt Nam. Theo nghiên cứu của Phùng Đức Toàn tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa, tỷ lệ trẻ tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn chiếm 24,8% tổng số bệnh nhân mắc bệnh tiêu hóa¹. Nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Tuyết tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 trên 632 trẻ tiêu chảy cấp năm 2005 cho thấy tỷ lệ tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn chiếm 10,8%². E. coli là nguyên nhân hàng đầu gây tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn ở trẻ em. Theo nghiên cứu của Nguyễn

Thị Mai Hương trên 64 trẻ tiêu chảy phân máu tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang tỷ lệ cấy phân ra vi khuẩn là 4,7%³. Tại Bệnh viện Nhi Trung ương, các nghiên cứu về căn nguyên tiêu chảy cấp tại cộng đồng chưa nhiều, các nghiên cứu chủ yếu tập trung vào nhóm bệnh nhân tiêu chảy kéo dài. Xuất phát từ vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn ở trẻ em từ 2-60 tháng tuổi điều trị tại Khoa Khám và Điều trị ban ngày, Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 165 trẻ được chẩn đoán tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn điều trị nội trú tại Khoa Khám và Điều trị ban ngày, Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 01/07/2023 đến 30/03/2024. Tiêu chuẩn lựa chọn gồm các trẻ từ 2- 60 tháng tuổi được chẩn đoán tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn với đủ các tiêu chuẩn sau: tiêu chảy phân lỏng hoặc tóe nước lẫn nhầy hoặc máu ≥ 3 lần/ 24 giờ và thời gian tiêu chảy không quá 7 ngày, soi phân có bạch cầu (++) trở lên hoặc cấy phân có vi khuẩn gây bệnh. Người chăm sóc trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu và tuân thủ đúng quy trình nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ là tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn kèm theo các bệnh dị ứng, bệnh bẩm sinh và bệnh mạn tính, người chăm sóc trẻ tự rút khỏi nghiên cứu hoặc không tuân thủ đúng quy trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu tiến cứu mô tả loạt ca bệnh, chọn cỡ mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được đưa vào nghiên cứu trong thời gian từ 01/07/2023 đến 30/03/2024. Thu thập số liệu bằng mẫu bệnh án nghiên cứu dựa vào phỏng vấn trực tiếp thông tin về tiền sử (tiền sử bản thân, tiền sử gia đình), hỏi bệnh sử và khám các triệu chứng lâm sàng (tính chất phân, sốt, đau bụng, mót rặn, nôn, chán ăn, hậu môn đỏ, mất nước) và bệnh nhân được làm đủ xét nghiệm (công thức máu, ure, creatinin, điện giải đồ, CRP, soi phân, cận dư, cấy phân) ở thời điểm nghiên cứu.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu sau thu thập được làm sạch và lưu trữ trong phần mềm SPSS 20.0. Lựa chọn các thuật toán phù hợp trong nghiên cứu, $p < 0,05$ là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng phê duyệt đề

cương của Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương số 2153/BVNTW- HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/07/2023 đến 30/03/2024 có 165 trẻ từ 2 đến 60 tháng tuổi đủ tiêu chuẩn chẩn đoán tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Khám và Điều trị ban ngày, Bệnh viện Nhi Trung ương được đưa vào phân tích.

Bảng 1. Các đặc điểm của trẻ trong nghiên cứu

Đặc điểm của trẻ		n	%
Nhóm tuổi	< 6 tháng	24	14,5
	6 - 12 tháng	66	40
	13 - 24 tháng	38	23
	>24 tháng	37	22,4
Giới	Nam	103	62,4
	Nữ	62	37,6
Địa dư	Thành thị	71	43
	Nông thôn	94	57
Cân nặng khi sinh < 2500 gram		10	6
Bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu		119	72,1
Tiêm chủng vaccine phù hợp theo tuổi		165	100
Uống vaccine rotavirus		149	90,3
Suy dinh dưỡng		9	5,4

Nhận xét: Tuổi trung bình của trẻ bị bệnh trong nghiên cứu là $16,9 \pm 14$ tháng, trong đó trẻ dưới 2 tuổi chiếm 77,5%. Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ trai/gái là 1,7/1. Phần lớn trẻ đến từ nông thôn (57%). Tỷ lệ trẻ khi sinh có cân nặng thấp dưới 2500 gam và suy dinh dưỡng lần lượt là 7,3% và 5,4%. Tỷ lệ trẻ tiêm chủng mở rộng đủ theo tuổi và uống vaccine rotavirus lần lượt là 100% và 90,3%.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của trẻ tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Sốt	105	63,6
Phân lỏng nước	59	35,7
Phân nhầy	64	38,8
Phân máu	1	0,6
Phân nhầy máu	41	24,9
Có mất nước	62	37,6
Đau bụng	70	42,4
Mót rặn	94	57
Hậu môn đỏ	90	54,5
Nôn	61	37
Chán ăn	112	67,9

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là chán ăn (67,9%), sốt (63,6%), mót rặn (57%), hậu môn đỏ (54,5%), đau bụng (42,4%), tỷ lệ trẻ đi ngoài phân nhầy và máu lần

lượt là 38,8% và 25,5%, 37,6% trẻ có mất nước.

Bảng 3. Thay đổi các chỉ số huyết học và sinh hóa máu ở trẻ bị tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn

Các chỉ số huyết học và sinh hóa	n	%
Thiếu máu	39	23,6
Bạch cầu máu tăng	100	60,6
Bạch cầu máu giảm	4	2,4
Ure tăng	2	1,2
Hạ Kali	5	3
Tăng Kali	1	0,6
Giảm Natri	36	21,8
Tăng Clo	40	24,2
Tăng CRP	102	61,8

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ trong nghiên cứu có bạch cầu và CRP tăng lần lượt là 60,6% và 61,8%. 23,6% trẻ có thiếu máu. 21,8% trẻ có biểu hiện hạ Natri máu. Tỷ lệ trẻ có tăng Clo máu và hạ Kali máu lần lượt là 24,2% và 3%, 1,2% trẻ có Ure máu tăng.

Bảng 4. Kết quả xét nghiệm phân ở trẻ bị tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn trong nghiên cứu

Kết quả xét nghiệm phân		n	%
Rotavirus, Adenovirus		4	2,4
Cấy phân dương tính	E. coli	26	15,8
	Salmonella entericass	18	10,9
	Shigella Sonnei	1	0,6
	E.coli+ S. entericass	1	0,6
Soi tươi	Bạch cầu	62	37,6
	Bạch cầu + Hồng cầu	103	62,4
	Kí sinh trùng	1	0,6
Cặn dư	Hạt mỡ	6	3,6
	Sợi cơ	13	7,9
	Tinh bột	5	3
	pH $\leq 5,5$	50	30,3

Nhận xét: Tỷ lệ cấy phân dương tính là 27,9% trong đó nguyên nhân thường gặp nhất là E. coli, sau đó là Salmonella entericass. 2,4% trẻ nhiễm rotavirus và adenovirus. Tỷ lệ trẻ có cả hồng, bạch cầu và chỉ có bạch cầu (++) trong phân lần lượt là 62,4% và 37,6%. 30,3% trẻ có pH phân $\leq 5,5$.

IV. BÀN LUẬN

Trong khoảng thời gian từ 01/07/2023 đến 30/03/2024, chúng tôi thu nhận được 165 trẻ bị tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn vào điều trị nội trú tại Khoa Khám và Điều trị ban ngày, Bệnh viện Nhi Trung ương. Tuổi trung bình của trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi là $16,9 \pm 14$ tháng, tương tự như ghi nhận của Nguyễn Thị Mai Hương ($16,6 \pm 14,6$ tháng)³, của Phạm Thị Thu Cúc là $14,5 \pm 12,5$ tháng⁴ trên 77 trẻ được chẩn đoán tiêu chảy nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Nhi

Nam Định năm 2020. Trẻ nam có xu hướng mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ, tỷ lệ trẻ nam/ nữ là 1,7/1. Phân bố tỷ lệ mắc bệnh theo giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Tuyết² và Nguyễn Thị Mai Hương³. Nhóm tuổi hay gặp nhất là dưới 2 tuổi chiếm 77,5 %, kết quả này cũng giống như các nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương tỷ lệ trẻ tiêu chảy nhiễm khuẩn dưới 2 tuổi là 79,6%³, theo nghiên cứu của Phạm Việt Bách trên 202 trẻ từ 2 tháng đến 60 tháng mắc tiêu chảy cấp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2021 là 81,7%⁵. Tỷ lệ trẻ bị bệnh ở nông thôn chiếm 57%, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Cúc là 71,4%⁴. Có 5,4% trẻ bị suy dinh dưỡng, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương là 4,7%³.

Kết quả từ Bảng 2 cho thấy triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của trẻ trong nghiên cứu là chán ăn (67,9%), sốt (63,6%), mót rặn (57%), đỏ hậu môn (54,5%). Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng tiêu hóa trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương lần lượt là 79,7%, 76,6%, 40,6%, 45,3%³. Mặc dù vậy nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 24,9% trẻ đi ngoài phân nhầy máu, còn phần lớn là trẻ có máu vi thể trong phân, phát hiện qua xét nghiệm soi tươi phân.

Kết quả từ Bảng 3 cho thấy tỷ lệ trẻ tiêu chảy nhiễm khuẩn có tăng bạch cầu trong máu là 60,6%, cao hơn so với kết quả của Nguyễn Thị Mai Hương bạch cầu trong máu tăng chiếm 54,7%³. Tỷ lệ trẻ có tăng CRP là 61,8% thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương (70,3%)³. Thiểu máu chiếm 23,6%, kết quả này giống với nghiên cứu Bùi Thị Phương Thắm trên 32 trẻ tiêu chảy phân máu từ 2- 6 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2011 là 21,9%⁶, nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương là 37,5%³. Số trẻ bị hạ Natri máu (21,8%) nhưng thường hạ mức độ nhẹ từ 130-134 mmol/l và hạ Kali trong máu là 3%. Có một nhóm trẻ có tăng Clo trong máu (24,2%), tuy nhiên mức độ tăng cũng không nhiều, dao động từ 107- 110 mmol/l.

Tỷ lệ trẻ có kết quả cấy phân dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 27,9% (Bảng 4) trong đó chủ yếu là nhiễm khuẩn do E. coli (58,7%). Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác như 40% trẻ bị tiêu chảy nhiễm khuẩn do E. coli được ghi nhận trong nghiên cứu tại Praia của Cape Verde⁷, 80% trong nghiên cứu của Phan Trang Nhã⁸, 40,6% trong nghiên

cứ của Bùi Thị Phương Thắm⁶. Trong khi các nghiên cứu khác tỉ lệ cấy phân dương tính thấp như Nguyễn Thị Mai Hương (4,7%)³, của Phạm Thị Ngọc Tuyết (3,3%)², sự khác nhau này có thể do labo xét nghiệm khác nhau, ở tuyến trung ương các labo xét nghiệm được đầu tư hiện đại, bệnh nhân đã được dùng kháng sinh ở nhà trước khi đến viện do tiêu chảy phân máu dễ nhận biết hơn. Kết quả soi tươi phân phần lớn có hồng cầu và bạch cầu (62,4%), kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương (78,1%)³, nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Thị Phương Thắm (26,9%)⁶, sự khác biệt này là do khác nhau về tiêu chuẩn chọn bệnh nhân và có thể liên quan đến việc sử dụng kháng sinh từ trước đó. Xét nghiệm cận dư phân trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ phát hiện hạt mỡ, sợi cơ, tinh bột lần lượt là 3,6%, 7,9%, 3%, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương³. 30,3% trẻ có pH trong phân giảm dưới 5,5, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tâm trên 42 trẻ được chẩn đoán tiêu chảy kéo dài nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2016 (38,1%)⁹, sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tâm là trên nhóm trẻ tiêu chảy kéo dài nhiễm khuẩn.

V. KẾT LUẬN

Tiêu chảy cấp nhiễm khuẩn thường gặp ở nhóm trẻ dưới 2 tuổi với các triệu chứng lâm sàng thường gặp là chán ăn, sốt, mót rặn, hậu môn đỏ khi đi đại tiện. Xét nghiệm máu thường gặp tăng bạch cầu và CRP. Căn nguyên gây bệnh thường gặp nhất là E. Coli và Salmonella.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phùng Đức Toàn, Phạm Bích Diệp, Nguyễn Văn Hiến.** Mô hình bệnh tật của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi tỉnh Thanh Hóa năm 2017- 2019. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 501(1):127-132.
- Phạm Thị Ngọc Tuyết, Nguyễn Đỗ Nguyên.** Bệnh tiêu chảy cấp tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 thành phố Hồ Chí Minh năm 2005. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2006;10(2):85-91.
- Nguyễn Thị Mai Hương, Nguyễn Thị Việt Hà.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tiêu chảy cấp phân máu trẻ em tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;1(505):154-157.
- Phạm Thị Thu Cúc, Nguyễn Thị Thanh Huyền, Hoàng Thị Thu Hà.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tiêu chảy nhiễm khuẩn ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định năm 2020. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2021;4(2):8-14.
- Phạm Việt Bách, Nguyễn Thành Trung.** Kết quả điều trị bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;505(2):205-209.

6. **Bùi Thị Phương Thảo, Hoàng Lê Phúc, Nguyễn Anh Tuấn.** Đặc điểm của tiêu máu ở trẻ em từ 2-6 tháng tuổi tại Khoa Tiêu hóa Bệnh viện Nhi Đồng 1. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2011;15(3):160-164.
7. **Colito DA, Dorta-Guerra R, Da Costa Lima HS, et al.** Epidemiological investigations of diarrhea in children in Praia city, Cape Verde. Front Microbiol. 2022;13:1059431. doi:10.3389/fmicb.2022.1059431.
8. **Phan Trang Nhã, Vương Thị Hòa, Lê Trung Hiều.** 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;48:54-62.
9. **Nguyễn Thanh Tâm, Bùi Thị Ngọc Ánh, Nguyễn Thị Việt Hà.** Đánh giá một số yếu tố nguy cơ của tiêu chảy kéo dài nhiễm khuẩn ở trẻ em 6- 24 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học thực hành. 2017;8(1054):87-90.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG KÍCH THƯỚC DƯỚI 10 MM

Đào Đức Tiến¹, Đoàn Vũ Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước dưới 10 mm và mối liên quan giữa mô bệnh học với một số yếu tố. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 168 bệnh nhân có polyp đại trực tràng kích thước dưới 10 mm, điều trị tại bệnh viện Quân y 175, thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023. Chẩn đoán phân loại mô bệnh học polyp đại trực tràng theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới năm 2000. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân có polyp đại trực tràng kích thước dưới 10 mm là $58,77 \pm 9,17$. Số lượng bệnh nhân có polyp đại trực tràng kích thước dưới 10 mm tăng theo tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn so với nữ giới, tỷ lệ nam/ nữ là 4,99/1. Có 38,7% bệnh nhân có polyp đơn độc. Polyp kích thước dưới 10 mm phân bố rải rác dọc theo khung đại tràng, tập trung ở đại tràng sigma (29,9%) và trực tràng (22,9%). 84,5% polyp không cuống và 98,7% polyp có bề mặt nhẵn. Polyp tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất (53,9%). Tỷ lệ polyp tăng sản và polyp viêm lần lượt là 25,6% và 16,9%. Có 3,6% bệnh nhân có mô bệnh học là polyp tuyến ống nhánh và không có carcinoma tuyến đại tràng. Phần lớn polyp có mức độ nghịch sản thấp (chiếm 94,4%). Không có mối liên quan giữa phân loại mô bệnh học polyp đại trực tràng kích thước nhỏ hơn 10 mm và mức độ nghịch sản của polyp tân sinh với tuổi, giới của bệnh nhân, đặc điểm cuống và bề mặt của polyp. Tỷ lệ nghịch sản mức độ cao của nhóm bệnh nhân có polyp dưới 10 mm đơn độc cao hơn so với nhóm bệnh nhân có từ 2 polyp trở lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). **Kết luận:** Polyp đại trực tràng kích thước dưới 10 mm có sự hiện diện của thành phần tuyến nhánh có khả năng ung thư hóa cao, polyp đơn độc có mức độ nghịch sản cao hơn so với đa polyp, vì vậy nên theo dõi chặt chẽ, tiến hành cắt bỏ tránh tiến triển thành

UTĐT. **Từ khóa:** Polyp đại trực tràng kích thước dưới 10 mm, hình ảnh nội soi, mô bệnh học.

SUMMARY

ENDOSCOPIC IMAGE AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COLORECTAL POLYPS LESS THAN 10 MM

Objectives: To describe the endoscopic image and histopathological characteristics of colorectal polyps less than 10 mm and the relationship between histopathology and some factors. **Materials and methods:** Cross-sectional study on 168 patients with colorectal polyps less than 10 mm, treated Military Hospital 175, from January 2022 until December 2023. The histopathological diagnosis of colorectal polyps was based on the standards of the World Health Organization in 2000. **Results:** The average age of patients with colorectal polyps less than 10 mm was 58.77 ± 9.17 . The number of patients with colorectal polyps less than 10 mm increased with age. Men accounted for a higher proportion than women, the male/female ratio was 4.99/1. There were 38.7% of patients with solitary polyps. Colorectal polyps less than 10 mm scattered along the colon, concentrated in the sigmoid colon (29.9%) and rectum (22.9%). 84.5% of polyps were sessile and 98.7% of polyps had a smooth surface. Tubular adenoma accounted for the highest rate (53.9%). The rates of hyperplastic polyps and inflammatory polyps were 25.6% and 16.9%, respectively. There were 3.6% of patients with tubulovillous adenoma and no patients with adenocarcinoma. Most polyps had low grade of dysplasia (accounting for 94.4%). There was no relationship between the histopathological classification of colorectal polyps less than 10 mm and the dysplasia grade of the neoplastic polyp with the patient's age, gender, morphology and surface of the polyp. The rate of polyps with high grade dysplasia in the group of patients with solitary was higher than that of patients group with 2 or more polyps, the difference was statistically significant (with $p < 0.05$). **Conclusion:** Colorectal polyps less than 10 mm with the presence of tubulovillous adenoma had a higher risk of being cancerous. Solitary polyps had a higher grade of dysplasia than multiple polyps, therefore,

¹Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Đào Đức Tiến

Email: ddtien1101@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024