

máu khi Hemoglobin < 70g/L.

Suy gan là biến chứng sau mổ quan trọng nhất của phẫu thuật cắt gan. Tỷ lệ suy gan sau mổ dao động từ 1,2-32% tùy tác giả, trong những NC gần đây, tỷ lệ này vào khoảng 8%. Biểu hiện của suy gan sau mổ bao gồm: vàng da, dịch cổ chướng nhiều, rối loạn đông máu và hôn mê gan⁽⁴⁾. Trong NC này chúng tôi sử dụng bộ tiêu chuẩn "50-50" của Belghiti (2005)⁽⁴⁾ để chẩn đoán suy gan sau mổ: tỷ lệ prothrombin <50% và nồng độ bilirubin >50 μ mol/l vào ngày thứ năm sau mổ. Về kết quả giải phẫu bệnh khối u sau mổ tương tự thống kê của Lê Văn Thành (2013): độ biệt hóa cao (17,7%), độ biệt hóa vừa (76%) và biệt hóa thấp (6,3%). NC của Zhang và cộng sự (2016) thấy: độ biệt hóa vừa, cao, thấp gặp lần lượt là 79,9%, 11,6% và 8,5%.

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ trong NC này là 12,8 \pm 6,1 ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 38 ngày. Kết quả thu được tương tự thời gian nằm viện trung bình qua các thống kê của các tác giả trong và ngoài nước: Hu (2009): 12 \pm 4 ngày⁽⁷⁾, Lê Lộc (2010): 13,7 \pm 2,3 ngày, Bai Ji (2012): 12 \pm 1,5 ngày⁽⁸⁾, Dương Huỳnh Thiện (2016); 10,4 \pm 2,4 ngày.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân có tuổi trên 50 tuổi, nam nhiều hơn nữ. Dấu hiệu lâm sàng của bệnh khá nghèo nàn và kín đáo: diễn biến 1 – 3 tháng (86,5%), u thường lớn > 5 cm. Cắt gan nhỏ là chủ yếu (85%), thời gian mổ khác nhau giữa các

kiểu cắt gan, lâu nhất là cắt gan trung tâm (160 phút), nhanh nhất là cắt thùy trái (94 phút). Biến chứng sau mổ là 17,9%, nhưng ít biến chứng nặng, và không tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLÖBOCAN. Cancer fact sheet:** Liver cancer incidence and mortality 2018 [Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/11-Liver-fact-sheet.pdf>].
2. **Thành LV.** Đánh giá phẫu thuật cắt gan trong ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện K. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2010;217-22.
3. **Huy NĐS.** Phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Khoa U gan Bệnh viện Chợ Rẫy 2010-2015. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 2016;11:82-8.
4. **Balzan S. BJ, Farges O.** The "50-50 criteria" on postoperative day 5: an accurate predictor of liver failure and death after hepatectomy. Annals of surgery. 2005;242(6):824-9.
5. **BJ, Noun R., Malafosse R.** Continuous versus intermittent portal triad clamping for liver resection: a controlled study. Annals of surgery. 1999;229(3):369-75.
6. **NA, Abo T., Hamasak K.** Predictors of intraoperative blood loss in patients undergoing hepatectomy. Surgery today. 2013;43(5):485-93.
7. **HJX, Dai W. D., Miao X. Y.** Anatomic resection of segment VIII of liver for hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients based on an intrahepatic Glissonian approach. Surgery. 2009;146(5):854-60.
8. **JB, Wang Y., Wang, G., Liu Y.** Curative resection of hepatocellular carcinoma using modified Glissonian pedicle transection versus the Pringle maneuver: a case control study. International journal of medical sciences. 2012;9(10):843-52.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG Ở TRẺ EM ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN SẢN-NHI TỈNH QUẢNG NGÃI

Nguyễn Thị Mỹ Lệ¹, Nguyễn Đình Tuyền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm loét dạ dày tá tràng (VLDDTT) là kết quả của quá trình viêm gây ra do sự mất cân bằng của yếu tố bảo vệ tế bào và yếu tố độc tế bào ở dạ dày và tá tràng, dẫn đến viêm hay loét dạ dày tá tràng. VLDDTT ở trẻ em chủ yếu là mạn tính, mà nguyên nhân chủ yếu do nhiễm *H. pylori*^[1]. Hiện nay, nội soi dạ dày tá tràng là thủ thuật xâm lấn, có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán, điều trị cũng như đánh giá hiệu quả điều trị viêm loét dạ dày tá tràng.

*Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyền

Email: nguyendinh TUYEN889@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

Vào tháng 08/2019, Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi cũng đã tiến hành triển khai thủ thuật nội soi dạ dày tá tràng cho các trẻ có triệu chứng nghi ngờ viêm loét dạ dày tá tràng nhập viện. Tuy nhiên, đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của việc triển khai nội soi dạ dày tá tràng trong chẩn đoán và điều trị viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em tại Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi. **Mục tiêu:** 1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm loét dạ dày tá tràng trẻ em điều trị tại khoa Nhi tiêu hóa Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi.* 2. *Xác định mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng của viêm loét dạ dày tá tràng trẻ em với nhiễm *H.pylori*.* **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Các bệnh nhi chẩn đoán viêm, loét dạ dày tá tràng, được nội soi dạ dày tá tràng từ tháng 04/2020 đến 09/2021 tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ

viêm loét dạ dày tá tràng: Triệu chứng LS thường gặp nhất là đau bụng (chiếm 98,1%). Vị trí đau bụng thường gặp là thượng vị với 76,7%. xuất huyết tiêu hóa chiếm 19%. Triệu chứng thiếu máu 18,1%. Các chỉ số hồng cầu: MCV, MCH, MCHC, RWD, Hb ở trẻ VLDDTT có thiếu máu lẫn lộn là: 81,0fL, 26,9pg; 31,9g/dl, 13,7% và 12,2%. Có 73,3% trẻ được chẩn đoán qua nội soi là viêm dạ dày. Tỷ lệ xuất hiện ổ loét chiếm 26,7%. CLO-test dương tính chiếm tỉ lệ 43,8% và tỷ lệ nhiễm H. pylori là 32,4%. **Mối liên quan:** Có mối liên quan giữa nhóm tuổi, giới tính, tính chất đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, tình trạng thiếu máu, kết quả nội soi với kết quả nhiễm H.Pylori ($p < 0,05$). **Kết luận:** đau bụng (98,1%). Thiếu máu chiếm tỉ lệ 31,5%. Tỷ lệ nhiễm H.Pylori 32,1%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, giới tính, tính chất đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, tình trạng thiếu máu, kết quả nội soi với nhiễm H.Pylori. Những trẻ có loét thì nguy cơ nhiễm H. pylori cao gấp 14,6 lần so với những trẻ không loét. Trẻ vừa xuất huyết tiêu hóa và nhiễm H. pylori có tỷ lệ loét cao hơn gấp 2,6 lần so với trẻ nhiễm H. pylori và không xuất huyết tiêu hóa.

Từ khóa: Viêm loét dạ dày tá tràng, Xuất huyết tiêu hóa, H. Pylori, Viêm dạ dày, Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PEPTIC ULCER DISEASE AT QUANG NGAI HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN

Background: Peptic ulcer disease is the result of an inflammatory caused by an imbalance of cytoprotective and cytotoxic factors in the stomach and duodenum, leading to inflammation or peptic ulcer. Peptic ulcer disease in children is mainly chronic, H. pylori [1] is considered to be the primary cause. Today, gastroduodenal endoscopy is an invasive procedure, playing an important role in the diagnosis, treatment, and effective evaluation. In August 2019, Quang Ngai Hospital for Women and Children also carried out a gastroduodenal endoscopy for children admitted to the hospital with symptoms of peptic ulcer disease. There have been no studies to evaluate the benefits of gastrointestinal endoscopy in the diagnosis and treatment of peptic ulcers disease in children at this hospital. **Objectives:** 1. Describe clinical and subclinical characteristics of peptic ulcer disease in children treated at Quang Ngai Hospital for Women and Children. 2. Determine the relationship between clinical and subclinical characteristics of peptic ulcer in a child and H.pylori infection. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on the pediatric age with peptic ulcers, with gastroduodenal endoscopy at Quang Ngai Hospital for Women and Children between April 2020 and September 2021. **Results:** Clinical and subclinical characteristics: The most cases, abdominal pain reaches 98.1%. Among abdominal locations, epigastric abdominal pain is 76.7%, gastrointestinal hemorrhage is 19.0%. Anemia accounts for 18.1%. Erythrocyte indices such as MCV, MCH, MCHC, RWD, Hb in children with peptic ulcer diagnosed anemia are 81.0fL, 26.9pg, 31.9g/dl,

13.7% and 12.2%, respectively. The figure for gastritis is 73.3%. The rate of ulcers reaches 26.7%. Positive CLO-test accounts for 43.8% and the proportion of H. pylori infection is 32.4%.

Relationship: There is a connection between age, sex, characteristics of abdominal pain, gastrointestinal hemorrhage, anemia, endoscopy result and H.Pylori infection result ($p < 0.05$). **Conclusions:** Abdominal pain is (98.1%), anemia accounts for 31.5%, H.Pylori infection reaches 32.1%. There is a statistically significant relationship between age, sex, characteristics of abdominal pain, gastrointestinal hemorrhage, anemia, endoscopy result and H.Pylori infection result. The risk of H. pylori infection in children with ulcers is 14.6 times compared with the others. The rate of children infected with both gastrointestinal hemorrhage and H. pylori infection is 2.65 times compared to children with H. pylori and without gastrointestinal hemorrhage.

Keywords: Peptic ulcer, Gastrointestinal hemorrhage, H. Pylori, Gastritis, Quang Ngai Hospital for Women and Children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em ít gặp hơn người lớn, ngày càng có xu hướng trẻ hóa, chủ yếu là mạn tính do nhiễm H. pylori^[1]. Triệu chứng thường gặp là đau bụng tái diễn, thường đau vùng thượng vị hoặc quanh rốn và kéo dài, liên quan đến bữa ăn, chiếm tỷ lệ khoảng 73,8% đến 97,6%^{[8],[9]}. Chưa có sự thống nhất trong kết quả các nghiên cứu về vị trí đau, nghiên cứu của Nguyễn Thị Út^[9] (2010) cho thấy vị trí đau thường ở quanh rốn chiếm 73,2%, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hằng^[4] (2017) có tỉ lệ đau quanh rốn là 24,4%, đau thượng vị chiếm 71,1%.

Các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng (CLS) tìm H.pylori hiện nay được chia làm 2 nhóm: các test xâm lấn để phát hiện vi khuẩn trong mẫu sinh thiết niêm mạc dạ dày qua nội soi và các test không xâm lấn tránh được nội soi^[4]. Hình ảnh tổn thương của dạ dày tá tràng trên nội soi và kết quả chẩn đoán nhiễm H. pylori giúp các nhà LS đánh giá và phân loại VLDDTT và đưa ra phương pháp điều trị hiệu quả nhất cho bệnh nhi. Một vài nghiên cứu cho thấy đa số các bệnh nhi VLDDTT đều xác định kết quả CLS với Clotest dương tính^{[7][9]}. Tuy nhiên, nghiên cứu của Kato Seiichi^[3] cho thấy tỷ lệ nhiễm H. pylori trên bệnh nhân loét tá tràng, loét dạ dày có tỉ lệ khá thấp với 83,0% và 44,2%. Nghiên cứu này cũng tìm thấy mối liên quan giữa nhiễm H. pylori và VLDDTT ở nhóm tuổi 10-16 tuổi, nhưng không liên quan ở độ tuổi dưới 9 khác biệt so với kết quả của các nghiên cứu khác^{[2],[9]}. Có thể thấy kết quả đánh giá đặc điểm LS và CLS trong các nghiên cứu chưa có sự thống nhất. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm

tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi. Mục tiêu nghiên cứu

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm loét dạ dày tá tràng trẻ em điều trị tại khoa Nhi Tiêu hóa Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi.*

2. *Xác định mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng của viêm loét dạ dày tá tràng trẻ em với nhiễm H.pylori.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi trong thời gian từ 04/2020 đến 09/2021.

Đối tượng nghiên cứu: gồm 117 bệnh nhi được chẩn đoán viêm, loét dạ dày tá tràng qua nội soi đến điều trị tại Khoa tiêu hóa, Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Lâm sàng: có một trong các triệu chứng của bệnh lý dạ dày tá tràng có chỉ định nội soi tiêu hóa gồm: đau bụng, nôn, chán ăn, ợ hơi, ợ chua, chướng bụng, nóng rát thượng vị, ỉa phân đen, nôn ra máu, thiếu máu không giải thích được.

- Kết quả nội soi dạ dày tá tràng: có tổn thương viêm hoặc loét dạ dày tá tràng.

- Được làm CLO-test và mô học tìm H. pylori.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trong vòng 4 tuần và điều trị bằng PPI trong vòng 2 tuần trước khi nội soi (ngoại trừ xuất huyết tiêu hóa).

Cách thức tiến hành nghiên cứu

- Bước 1: Lập phiếu nghiên cứu

Mỗi trẻ sẽ có một phiếu nghiên cứu riêng theo mẫu in sẵn

- Bước 2: Thu thập mẫu:

+ Tất cả các bệnh nhân khi vào viện đều được khai thác kỹ về tiền sử, bệnh sử, tình trạng dùng thuốc trước đó.

+ Tiến hành khám lâm sàng và đánh giá toàn diện theo mẫu phiếu điều tra thống nhất.

+ Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được làm nội soi dạ dày - tá tràng, qua đó đánh giá tổn thương về mặt hình thái và làm CLO-test, mô học tìm H.pylori.

+ Xét nghiệm công thức máu, xác định tình trạng thiếu máu.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán VLDDTT do nhiễm H.pylori:

+ VLDDTT trên nội soi: Khi thấy sang thương loét hoặc viêm nốt, viêm xước, phù nề, sung huyết mức độ trung bình - nặng

+ VLDDTT trên giải phẫu bệnh: Khi thấy thâm nhiễm tế bào viêm \geq 2-5 tế bào lympho tương bào và/ hoặc đại thực bào trong 1 vi trường

- Nhiễm HP: Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm HP lần đầu ở trẻ em: Huyết thanh chẩn đoán dương tính và/ hoặc mô bệnh học và CLO-test cùng dương tính, Trường hợp đang xuất huyết tiêu hóa thì chỉ cần 1 trong các xét nghiệm trên dương tính.

Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này nhằm bảo vệ và nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh, tuân thủ tất cả các nguyên tắc cơ bản cho các đối tượng tham gia nghiên cứu và tuân thủ tuyên ngôn Helsinki trong nghiên cứu y sinh học. Đề cương được sự chấp thuận và thông qua của hội đồng khoa học cấp bệnh viện và cấp cơ sở.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm loét dạ dày ở trẻ em

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n=105)	Tỷ lệ %	
Nhóm tuổi (năm)	< 7	23	21,9
	7-11	48	45,7
	>11	34	32,4
Giới	Nam	55	52,4
	Nữ	50	47,6
Tiền sử gia đình có bệnh lý VLDDTT	Có	67	63,8
	Không	38	36,2

Nhận xét: Nhóm tuổi 7-11 tuổi chiếm đa số với 45,7%. VLDDTT gặp ở trẻ nam và nữ có tỉ lệ xấp xỉ nhau. 63,8% trẻ mắc VLDDTT có tiền sử gia đình có bệnh lý VLDDTT.

2. Đặc điểm LS, CLS ở trẻ VLDDTT

Bảng 2. Đặc điểm LS ở trẻ VLDDTT

Đặc điểm	Tần số (n=105)	Tỷ lệ %	
Triệu chứng LS	Đau bụng	103	98,1
	Nôn, buồn nôn	62	59,0
	Chán ăn	58	55,2
	Chướng bụng	42	40,0
	Ợ chua	34	32,4
	Nóng rát	32	30,5
	Nôn ra máu	13	12,4
Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện (tháng)	Đi cầu phân máu	13	12,4
	< 3	70	66,7
	3 - 6	15	14,3
	7 - 12	8	7,6
> 12	12	11,4	

Thời gian đau bụng (tháng)	< 3	70	67,9
	3 - 6	14	13,6
	7 - 12	8	7,8
	> 12 tháng	11	10,7
Vị trí đau bụng	Thượng vị	79	76,7
	Quanh rốn	38	36,9
	Sau lưng	1	1,0
Xuất huyết tiêu hóa	Có	20	19,0
	Không	85	81,0
Thiếu máu	Có	19	18,1
	Không	86	81,9

Nhận xét: Triệu chứng LS thường gặp nhất là đau bụng (chiếm 98,1%). Vị trí đau bụng thường gặp là thượng vị với 76,7%. 19,0% trẻ có triệu chứng xuất huyết tiêu hóa. Triệu chứng thiếu máu gặp ở 18,1% số trẻ trong nghiên cứu.

Bảng 3. Đặc điểm CLS ở trẻ VLDDTT

Đặc điểm		Tần số (n=105)	Tỉ lệ %
Chỉ số hồng cầu*	MCV	81,0 ± 9,33	-
	MCH	26,9 ± 5,3	

	MCHC	31,9 ± 2,6	
	RWD	13,7 ± 1,5	
	Hb	12,2 ± 1,9	
Đặc điểm nội soi	Viêm dạ dày	77	73,3
	Viêm dạ dày, loét tá tràng	27	25,7
	Viêm dạ dày, loét dạ dày	1	1,0
Có ổ loét	Có	28	26,7
	Không	77	74,35
CLO-test	Dương tính	46	43,8
	Âm tính	59	56,2
Nhiễm H. pylori	Nhiễm	34	32,4
	Không nhiễm	71	67,6

*Trung bình ± Độ lệch chuẩn

Nhận xét: Các chỉ số hồng cầu: MCV, MCH, MCHC, RWD, Hb ở trẻ VLDDTT có thiếu máu lần lượt là: 81,0fL, 26,9pg; 31,9g/dl, 13,7% và 12,2%. Có 73,3% trẻ được chẩn đoán qua nội soi là viêm dạ dày. Tỷ lệ xuất hiện ổ loét chiếm 26,7%. CLO-test dương tính chiếm tỉ lệ 43,8% và tỷ lệ nhiễm H. pylori có 32,4%.

2. Các mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng của viêm loét dạ dày tá tràng trẻ em với nhiễm H.pylori

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm LS, CLS ở trẻ VLDDTT với kết quả H. pylori

Đặc điểm	Nhiễm H. pylori		OR	p-value	
	Có	Không			
Nhóm tuổi	< 7 tuổi	6 (17,6%)	17 (24,0%)	7,3	0,00
	7-11 tuổi	7 (20,6%)	41 (57,7%)		
	>11 tuổi	21 (61,8%)	13 (18,3%)		
Giới	Nam	29 (85,3%)	26 (36,6%)	7,3	0,006
	Nữ	5 (14,7%)	45 (63,4%)		
Tính chất đau bụng	Lâm râm	15 (39,5%)	23 (60,5%)	2,65	0,039
	Liên tục	7 (17,5%)	33 (82,5%)		
	Từng cơn	11 (44,0%)	14 (56,0%)		
Xuất huyết tiêu hóa	Có	11 (32,4%)	23 (67,6%)	2,9	0,037
	Không	9 (12,7%)	62 (87,3%)		
Thiếu máu	Có	10 (29,4%)	24 (70,6%)	2,9	0,037
	Không	9 (12,7%)	62 (87,3%)		
Chỉ số hồng cầu*	Hb	12,0 ± 2,50	12,4 ± 1,5	14,66	0,00
	MCV	79,7 ± 9,3	81,6 ± 9,3		
	MCH	25,9 ± 2,9	27,3 ± 6,00		
	MCHC	32,0 ± 2,0	36,0 ± 3,4		
Kết quả nội soi có loét	Có loét	21 (75,0%)	13 (16,9%)	14,66	0,00
	Không loét	07 (25,0%)	64 (83,1%)		
Kết quả nội soi chẩn đoán	Viêm dạ dày	14 (41,2%)	63 (88,7%)	14,66	0,1
	VDD, LTT	19 (55,9%)	08 (11,3%)		
	VDD, LDD	1 (2,9%)	0 (0%)		

*Trung bình ± Độ lệch chuẩn

Nhận xét: Có mối liên quan giữa nhóm tuổi, giới tính, tính chất đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, tình trạng thiếu máu, kết quả nội soi với kết quả nhiễm H.Pylori (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng LS của bệnh VLDDTT do H. pylori ở trẻ em thường không có triệu chứng đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với các triệu chứng của các bệnh lý khác. Trong đó, đau

bụng là triệu chứng bệnh nhi vào viện nhiều nhất [2-9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ đau bụng chiếm 98,1%. Tuy nhiên, việc xác định chính xác được thời gian bị bệnh trên LS là không dễ vì những sai lệch chủ quan của đối tượng nghiên cứu. Điều này dẫn đến có một tỷ lệ khác biệt giữa kết quả của các nghiên cứu khi xác định thời gian đau bụng. Đặc điểm của đau bụng cũng thay đổi, có thể đau quanh rốn hoặc đau thượng vị. Nhưng kết quả này có sự tương đồng trong các nghiên cứu khác nhau [8]. Kết quả tìm thấy nổi bật các triệu chứng của thiếu máu trong các trẻ VLDDTT gồm: da xanh, niêm mạc nhạt, chóng mặt. Như vậy, LS trong VLDDTT thường không điển hình, tuy vậy có một số triệu chứng gợi ý VLDDTT ở trẻ em như đau bụng, nhất là vùng thượng vị, đau vị trí quanh rốn, nôn tái diễn, có liên quan đến bữa ăn; thiếu máu, xuất huyết tiêu hóa; khó chịu, đau bụng một cách mơ hồ và những trẻ này cần khai thác bệnh sử kĩ càng và tốt nhất nên nội soi dạ dày tá tràng để kiểm tra.

Đặc điểm cận lâm sàng: Ở trẻ em, nhiễm H. pylori chủ yếu gây viêm loét hang vị dạ dày và loét tá tràng [8]. Clotest là xét nghiệm xâm lấn hữu ích nhất để chẩn đoán nhiễm H. pylori. Tỷ lệ Clostest (-) trong nghiên cứu này chiếm 56,2% cao hơn so với các nghiên cứu khác có thể do số lượng mẫu mô được lấy, vị trí sinh thiết, sử dụng kháng sinh và thuốc ức chế bơm proton trước đó đã ảnh hưởng đến độ nhạy của test. Tỷ lệ nhiễm H. pylori trong nghiên cứu chúng tôi chỉ có 32,4%, thấp hơn so với các nghiên cứu có liên quan [7],[9], nguyên nhân có thể do số lượng mẫu nghiên cứu ít hơn và các yếu tố ảnh hưởng đến tính chính xác của test mô học như: vị trí, kích thước và số mẫu sinh thiết, phương pháp nhuộm, thuốc ức chế bơm proton (PPI), kháng sinh. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu này để chẩn đoán nhiễm H. pylori áp dụng đủ tiêu chuẩn theo Bộ Y tế, không chỉ dùng CLO-test, mà còn cần xét nghiệm mô học tìm H. pylori, nhiễm H. pylori khi cả CLO test và mô bệnh học cùng dương tính. Do đó, tỉ lệ nhiễm H. pylori trong nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu khác [6].

Mối liên quan: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, giới tính, tính chất đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, tình trạng thiếu máu, kết quả nội soi với kết quả nhiễm H. Pylori. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê liên quan đến giới và kết quả nhiễm H. pylori, cụ thể trẻ nam có nguy cơ nhiễm H. pylori cao hơn gấp 7,3 lần so với trẻ nữ. Điều này có thể do các nghiên cứu trên đều dùng các test sàng lọc H. pylori trên diện rộng, không tập trung trên nhóm có mắc

bệnh VLDDTT, được chẩn đoán theo tiêu chuẩn đã trình bày. Những trẻ có loét thì nguy cơ nhiễm H. pylori cao gấp 14,66 lần so với những trẻ không loét. Trẻ vừa xuất huyết tiêu hóa và nhiễm H. pylori có tỷ lệ cao hơn gấp 2,65 lần so với trẻ nhiễm H. pylori và không xuất huyết tiêu hóa.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau bụng (98,1%). Thiếu máu chiếm tỉ lệ 31,5%. Tỷ lệ nhiễm H. Pylori 32,1%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, giới tính, tính chất đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, tình trạng thiếu máu, kết quả nội soi với kết quả nhiễm H. Pylori. Những trẻ có loét thì nguy cơ nhiễm H. pylori cao gấp 14,66 lần so với những trẻ không loét. Trẻ vừa xuất huyết tiêu hóa và nhiễm H. pylori có tỷ lệ cao hơn gấp 2,65 lần so với trẻ nhiễm H. pylori và không xuất huyết tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alimohammadi H (2017), "Childhood recurrent abdominal pain and Helicobacter pylori infection", Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health, 22(12), pp.860-864.
2. Aghareed M., Mohammed A. Alghamdi, Sumayah A. Fallatah, et al (2018), "Risk factors leading to peptic ulcer disease: systematic review in literature", International Journal of Community Medicine and Public Health, 5(10), pp.4617-4624.
3. Kato S., Nishno Y., Ozawa K., et al (2014), "The prevalence of Helicobacter pylori in Japanese children with gastritis or peptic ulcer disease", Journal of Gastroenterology, 39, pp.734-738.
4. Wang Y (2015), "Diagnosis of Helicobacter pylori infection: Current options and developments", World J Gastroenterol, 21(40), pp.11221-35.
5. Nguyễn Thị Thúy Hằng (2019), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 5(121), tr.34-46.
6. Trần Đức Long, Nguyễn Trung Kiên, Nguyễn Thị Thu Cúc (2019), "Tình hình nhiễm Helicobacter Pylori, đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi ở trẻ viêm, loét dạ dày - tá tràng từ 6-15 tuổi tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 19, tr.1-8.
7. Nguyễn Phúc Thịnh, Hoàng Lê Phúc (2014), "Loét dạ dày tá tràng do Helicobacter Pylori ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 tại thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 6 năm 2013 đến tháng 1 năm 2014", Tạp chí Bệnh viện Nhi Đồng 1, tr.1-8.
8. Nguyễn Cẩm Tú, Phạm Thị Ngọc Tuyết, Nguyễn Anh Tuấn (2011), "Viêm loét dạ dày tá tràng do helicobacter pylori ở trẻ em: Đặc điểm lâm sàng, nội soi và hiệu quả diệt khuẩn của phác đồ OAC", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 15(1), tr.294-301.
9. Nguyễn Thị Ut, Lê Thanh Hải (2010), "Bước đầu đánh giá hiệu quả diệt Helicobacter Pylori của phác đồ tuần tiến trong điều trị nhiễm Helicobacter Pylori ở trẻ em", Tạp chí Y học thực hành, 727(7), tr.39-41.