

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG TIÊU CHẢY NHIỄM KHUẨN Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN NHI TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2020

Phạm Thị Thu Cúc¹, Nguyễn Thị Thanh Huyền¹,
Hoàng Thị Thu Hà¹, Đỗ Thị Hòa¹, Nguyễn Thị Thảo¹

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tiêu chảy nhiễm khuẩn ở trẻ dưới 5 tuổi tại Khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện từ tháng 04/2019 - 10/2019 trên 77 các bà mẹ và trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi vào nhập viện với chẩn đoán tiêu chảy nhiễm khuẩn tại Khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Nhi Nam Định. Sử dụng phương pháp khai thác hồ sơ bệnh án, khám thực thể, sử dụng kết quả xét nghiệm và phỏng vấn trực tiếp để thu thập thông tin cần thiết. **Kết quả:** Dấu hiệu khởi phát: ỉa lỏng 50,6%, biểu hiện lâm sàng: phân nhầy chiếm

54,9%, sốt là 66,2%. Lượng bạch cầu tăng là 36,4%, CRP dương tính chiếm tỷ lệ 50,6%, Canxi giảm là 94,9% và bạch cầu trong phân dày đặc: 28,6%. **Kết luận:** Dấu hiệu khởi phát hay gặp nhất ở trẻ tiêu chảy nhiễm khuẩn là ỉa lỏng và sốt, phần lớn trẻ tiêu chảy nhiễm khuẩn đi ngoài phân nhầy lẫn máu. Lượng hemoglobin trung bình: $99,2 \pm 10,8$ g/l, 50,6% có CRP dương tính và xét nghiệm phân có bạch cầu trong phân dày đặc: 28,6%, bạch cầu (+++): 36,4%, bạch cầu (++) : 33,7%.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tiêu chảy nhiễm khuẩn, trẻ em

THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS ABOUT BACTERIAL DIARRHEA OF CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT THE INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT IN NAM DINH CHILDREN'S HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and subclinical characteristics about bacterial diarrhea of children under 5 years old at the internal Medicine Department in Nam Dinh Children's Hospital. **Method:** Cross-sectional descriptive study conducted from April 2019 to October 2019 on 77 mothers and children from 2 months to 5 years old

admitted to hospital with a diagnosis of bacterial diarrhea at the Internal Medicine Department in Nam Dinh Children's Hospital. Using methods of exploiting medical records, physical examination, using test results and face-to-face interviews to collect necessary information. **Results:** Signs of onset disease were 50.6%, clinical manifestations: mucus accounts for 54.9%, fever accounts for 66.2%. The amount of leukocytes increased: 36.4%, positive CRP accounted for 50.6%, calcium decreased: 94.9% and leukocytes in excrement were dense: 28.6%. **Conclusions:** The most common signs of onset infectious diarrhea were diarrhea and fever. Most children with

Người chịu trách nhiệm: Phạm Thị Thu Cúc
Email: ducuc2010@gmail.com
Ngày phản biện: 15/11/2020
Ngày duyệt bài: 22/11/2020
Ngày xuất bản: 28/6/2021

infected diarrhea had blood and mucus in excrement. Average hemoglobin: 99.2 ± 10.8 g / l, 50.6% positive CRP. Excrement test: White blood cells in excrement were dense: 28.6%, white blood cells (+++): 36.4%, white blood cells (++): 33.7%.

Keywords: *Clinical, subclinical, diarrhea, bacterial diarrhea, children*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêu chảy là bệnh thường gặp và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho trẻ em, nhất là trẻ nhỏ dưới 5 tuổi. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới, hàng năm có khoảng 2,5 tỷ lượt trẻ dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy và 1,5 triệu trẻ chết vì bệnh này trong đó 80% xảy ra ở trẻ dưới 2 tuổi [1]. Tại các nước đang phát triển, trung bình một trẻ dưới 5 tuổi có thể mắc khoảng 3-4 đợt TC/năm [2]. Phần lớn các trường hợp là tiêu chảy cấp dưới 14 ngày và có thể điều trị hiệu quả bằng chế độ dinh dưỡng hợp lý, bổ sung kẽm và bù nước, điện giải.

Tiêu chảy nhiễm khuẩn là một trong những nguyên nhân gây tiêu chảy kéo dài. Suy dinh dưỡng (SDD) và tiêu chảy kéo dài (TCKD) tạo thành một vòng xoắn bệnh lý, ảnh hưởng đến sự tăng trưởng của trẻ và là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở trẻ em. Đây là gánh nặng về kinh tế đối với các quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Vi khuẩn là tác nhân gây bệnh ở 78% các trường hợp tiêu chảy nhiễm trùng phải nhập viện [3]. Căn nguyên vi khuẩn được phân lập ở 75% các trường hợp tiêu chảy tại tuyến trung ương và khoảng 40% tại cộng đồng [4]. Ở Việt Nam, căn nguyên gây tiêu chảy nhiễm khuẩn thường gặp đã được phân lập trong các nghiên cứu ở cộng đồng là *E. coli*, *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter* [5].

Trong những thập kỷ vừa qua, y học thế giới đã đạt được nhiều thành tựu trong kiểm soát bệnh lý tiêu chảy ở trẻ em. Kiểm soát và dự phòng tiêu chảy cấp ở trẻ em

Việt Nam đã có những tiến bộ đáng kể tuy nhiên kết quả từ các nghiên cứu ở cộng đồng cho thấy khoảng 4,3% các đợt tiêu chảy cấp chuyển thành tiêu chảy kéo dài trong khi tỷ lệ này ở bệnh viện là 2,8 - 5,3%[6]. Kiến thức của cha mẹ trong việc chăm sóc trẻ bị tiêu chảy còn hạn chế, tỷ lệ SDD tuy đã giảm nhưng vẫn còn cao, lạm dụng kháng sinh, các thuốc cầm nôn, cầm tiêu chảy trong điều trị tiêu chảy cấp hay chế độ ăn kiêng khem không hợp lý khi trẻ mắc tiêu chảy có thể là các yếu tố nguy cơ làm cho tiêu chảy có xu hướng kéo dài hơn [7]. Mặt khác, tình trạng kháng các thuốc kháng sinh sử dụng trong điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn làm cho việc kiểm soát bệnh TC nhiễm khuẩn ngày càng khó khăn hơn. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tâm năm 2017 tại bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy 4 yếu tố nguy cơ của tiêu chảy nhiễm khuẩn là: tiền sử mắc bệnh nhiễm trùng, không có thói quen vệ sinh tay trước khi chế biến thức ăn và sau khi cho trẻ đi vệ sinh, bú bình và không được tiêm phòng đầy đủ [8]. Nghiên cứu của Lê Công Dân cho thấy 90% các trường hợp tiêu chảy nhiễm khuẩn do *E. Coli* kháng Ampicilline[9], 93,5% *Campylobacter* đề kháng với Cotrimoxazole/Trimethoprim và phần lớn các chủng vi khuẩn phân lập được đều đồng thời kháng với 3-4 loại kháng sinh. Tại Bệnh viện Nhi Nam Định chưa có nghiên cứu nào về TC nhiễm khuẩn vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tiêu chảy nhiễm khuẩn ở trẻ dưới 5 tuổi tại Khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định*” với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tiêu chảy nhiễm khuẩn ở trẻ dưới 5 tuổi điều trị tại Khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ bệnh từ 2 tháng đến 5 tuổi vào nhập viện với chẩn

đoán tiêu chảy nhiễm khuẩn tại Khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Nhi Nam Định

Hồ sơ bệnh án của tất cả các trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi vào nhập viện với chẩn đoán tiêu chảy nhiễm khuẩn tại Khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Nhi Nam Định

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ mắc các bệnh bẩm sinh, mạn tính. Không được làm đầy đủ xét nghiệm phân. Cha mẹ hoặc người trực tiếp chăm sóc trẻ không đồng ý tham gia hoặc rút lui khỏi nghiên cứu trong quá trình thực hiện đề tài

Tiêu chuẩn chẩn đoán tiêu chảy nhiễm khuẩn: trẻ đi phân lỏng hoặc tóe nước lẫn nhầy hoặc máu ≥ 3 lần/ngày. Soi tươi phân có hồng cầu, bạch cầu và/hoặc cấy phân có vi khuẩn gây bệnh.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 4/2019 - tháng 10/2019 tại Bệnh viện Nhi Tĩnh Nam Định.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

Cỡ mẫu: Thu thập 77 trẻ bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

Bệnh án nghiên cứu gồm 4 phần: Phần 1: hành chính từ câu 1 đến câu 9, phần 2: Lý do vào viện và tiền sử: từ câu 10 đến câu 17, phần 3: Triệu chứng lâm sàng từ câu 18 đến câu 27, phần 4: Cận lâm sàng từ câu 28 đến câu 38.

Sử dụng phương pháp khai thác hồ sơ bệnh án, khám thực thể, sử dụng kết quả xét nghiệm để thu thập thông tin cần thiết.

2.6. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi được làm sạch, nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 16.0

Các thuật toán thống kê: Khi bình phương/Chi square (χ^2), giá trị trung bình ($X \pm SD$), độ lệch, T - test.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Tại thời điểm nghiên cứu có 77 trẻ tham gia, tuổi trung bình của trẻ là $14.5 \pm 12,5$ tháng tuổi trong đó nhóm tuổi mắc tiêu chảy nhiễm khuẩn nhiều nhất là trẻ từ 6 tháng - < 12 tháng chiếm tỷ lệ là 39,0%. Giới tính chủ yếu là trẻ trai chiếm tỷ lệ 64,9% và phần đông sinh sống ở các huyện là 71,4%

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tiêu chảy nhiễm khuẩn ở trẻ dưới 5 tuổi

Bảng 1. Hoàn cảnh xuất hiện tiêu chảy nhiễm khuẩn và số ngày tiêu chảy trước khi vào viện (n=77)

Đặc điểm		SL	TL %
Hoàn cảnh xuất hiện tiêu chảy nhiễm khuẩn	Tự nhiên	57	74,0
	Sau dùng kháng sinh	14	18,2
	Sau ăn thức ăn lạ	6	7,8
Số ngày tiêu chảy trước vào viện	Dưới 5 ngày	51	66,2
	Từ 5 đến 7 ngày	12	15,6
	Trên 7 ngày	14	18,2
Tổng số		77	100

Kết quả từ bảng 1: 74% trẻ xuất hiện tiêu chảy một cách tự nhiên, 18,2% trẻ bị tiêu chảy sau dùng kháng sinh và 7,8% trẻ bị tiêu chảy sau thay đổi thức ăn lạ. Về số ngày tiêu chảy, có 66,2% bệnh nhân có tiêu

chảy trước vào viện dưới 5 ngày, 15,6% bệnh nhân có tiêu chảy trước vào viện 5 - 7 ngày và 18,2% bệnh nhân có tiêu chảy trước vào viện trên 7 ngày.

Bảng 2. Triệu chứng khởi phát của trẻ mắc tiêu chảy nhiễm khuẩn (n=77)

Triệu chứng khởi phát	SL	TL %
Ỉa lỏng	39	50,6
Sốt	18	23,4
Nôn	15	19,5
Kém ăn	5	6,5
Tổng số	77	100

Kết quả từ bảng 2: Hầu hết bệnh nhân khởi phát với biểu hiện đi ngoài phân lỏng chiếm 50,6%. Các triệu chứng khởi phát sốt, nôn, kém ăn chiếm tỉ lệ lần lượt là 23,4%; 19,5%; 6,5%.

Bảng 3. Các biểu hiện lâm sàng tiêu chảy nhiễm khuẩn (n=77)

Biểu hiện lâm sàng của trẻ bị tiêu chảy nhiễm khuẩn		SL	TL %
Tính chất phân	Phân lỏng toàn nước	9	11,6
	Phân có nhày	42	54,9
	Phân có nhày + Máu	26	33,8
Nôn		31	40,2
Sốt		51	66,2
Đau quặn bụng, mót rặn		17	22,1

Kết quả từ bảng 3: Phần lớn trẻ tiêu chảy nhiễm khuẩn đi ngoài phân nhày lẫn máu (88,7%). Tỷ lệ trẻ đi ngoài phân lỏng toàn

nước là 11,6%, 66,2% trẻ có biểu hiện sốt, 40,2% trẻ có biểu hiện nôn, tỷ lệ trẻ có triệu chứng đau quặn bụng ,mót rặn là 22,1%

Bảng 4. Mức độ mất nước trong tiêu chảy nhiễm khuẩn (n=77)

Mức độ mất nước	SL	TL %
Không mất nước	50	64,9
Có mất nước	27	35,1
Mất nước nặng	0	0
Tổng số	77	100

Kết quả từ bảng 4: Phần lớn trẻ không có biểu hiện mất nước trên lâm sàng chiếm tỷ lệ 64,9%, 35,1% có mất nước và không có trường hợp nào có biểu hiện mất nước nặng

Bảng 5. Các bệnh nhiễm khuẩn kèm theo trong tiêu chảy nhiễm khuẩn (n=77)

Bệnh kèm theo	SL	TL %
Viêm đường hô hấp trên	10	13,0
Viêm phổi	9	11,7
Viêm tai giữa	1	1,3
Nhiễm khuẩn tiết niệu	1	1,3
Không	56	72,7
Tổng số	77	100

Kết quả từ bảng 5: Có 27,3% trẻ có nhiễm khuẩn kèm theo trong đó mắc viêm phế quản phổi và viêm đường hô hấp trên, viêm tai giữa lần lượt là 11,7% ;13% và 1,3%, 1,3% trường hợp kèm theo nhiễm khuẩn tiết niệu.

Bảng 6. Thay đổi công thức máu khi nhập viện (n = 77)

Xét nghiệm máu		SL	TL %	p
Hemoglobin (g/l)	dưới 90	14	18,2	<0,01
	90-110	52	67,5	
	Trên 110	11	14,3	
	X ± SD	99,2 ± 10,8		
Bạch cầu	Tăng	28	36,4	<0,05
	Bình thường	49	63,6	
	X ± SD	11,8 ± 10,7		

Kết quả từ bảng 6: Hemoglobin máu: Lượng hemoglobin trung bình: 99,2 ±10,8 g/l. Có 67,5% có thiếu máu nhẹ, 18,2% thiếu máu vừa, 14,3% không thiếu máu, với p<0,01, 36,4% bệnh nhân có biểu hiện tăng số lượng bạch cầu trong xét nghiệm máu, lượng bạch cầu trung bình 11,8 ±10,7 G/l.

Bảng 7. Thay đổi các chỉ số trong kết quả xét nghiệm sinh hóa máu (n=77)

Các xét nghiệm sinh hóa máu		SL	TL %
CRP	Âm tính	38	49,4
	Dương tính	39	50,6
Natri	Giảm (<135)	1	1,3
	Bình thường (135-145)	75	97,4
	Tăng (>145)	1	1,3
Kali	Giảm (<3,5)	15	19,5
	Bình thường (3,5-5,5)	62	80,5
	Tăng (>5,5)	0	0
Canxi	Giảm (<2)	77	94,9
	Bình thường (>2)	4	5,1

Kết quả từ bảng 7: Khi làm xét nghiệm sinh hóa, 50,6% bệnh nhân có CRP dương tính. Tỷ lệ giảm Natri máu và Kali máu lần lượt là 1,3% và 19,5 %. Tỷ lệ giảm Canxi máu là 5,1%.

Bảng 8. Kết quả xét nghiệm phân (n=77)

Xét nghiệm phân		SL	TL %
Bạch cầu	++	27	35
	+++	28	36,4
	Dày đặc	22	28,6
Nấm	Âm tính	72	93,5
	Dương tính	5	6,5
Kí sinh trùng	Âm tính	77	100
	Dương tính	0	0

Kết quả từ bảng 1: Tỷ lệ bạch cầu trong phân dày đặc, bạch cầu (+++), bạch cầu(++) lần lượt là 28,6%; 36,4%; 35%

4. BÀN LUẬN

Hoàn cảnh xuất hiện bệnh, kết quả nghiên cứu tại bảng 1 thấy rằng: có 74,0% xuất hiện tự nhiên, 18,2% sau dùng kháng sinh, 7,8% sau sử dụng thức ăn lạ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Kết quả nghiên cứu tại bảng 2 cho thấy: Dấu hiệu khởi phát ở bệnh nhân tiêu chảy nhiễm khuẩn: ỉa lỏng (50,6%), sốt (23,4%), nôn (19,5%), ăn kém (6,5%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng kết quả nghiên cứu của Hunkeng: 86,6% trẻ xuất hiện tiêu chảy tự nhiên và 10,9% sau dùng kháng sinh, có 52,1% trẻ khởi phát bệnh bằng triệu chứng ỉa lỏng [10].

Số ngày tiêu chảy trước vào viện : phần lớn bệnh nhân có tiêu chảy trước vào viện dưới một tuần (81,8%) và có 18,2% bệnh nhân có tiêu chảy trước vào viện từ 8-14 ngày. Từ kết quả này cho thấy, phần lớn các trẻ tiêu chảy nhiễm khuẩn đều có khởi

đầu cấp tính nên buộc gia đình cho trẻ sớm nhập viện trong tuần đầu. Triệu chứng lâm sàng khi trẻ vào viện: kết quả ở bảng 3 cho thấy phần lớn trẻ tiêu chảy nhiễm khuẩn đi ngoài phân có nhày, nhày lẫn máu (88,7%). Tiêu chảy nhiễm khuẩn có cơ chế xâm nhập nên triệu chứng lâm sàng đặc trưng của tiêu chảy nhiễm khuẩn là đau quặn, mót rặn và đi ngoài phân nhày máu. Đi ngoài phân nhày là biểu hiện tình trạng vi khuẩn niêm gây tổn thương lớp nhung mao ruột, phân máu là tổn thương đã tới lớp niêm mạc. Tùy theo mức độ tổn thương mà lượng máu nhiều hay ít, tùy theo nguyên nhân gây bệnh mà có thể tổn thương là máu tươi hay nhày máu cá. Tỷ lệ trẻ đi ngoài phân có nhày hoặc có máu tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tâm 88,1% [8] và Hunkheng 83,2% [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 66,2% trẻ có sốt, cho thấy bệnh tiêu chảy nhiễm khuẩn diễn biến cấp tính và sốt cũng là triệu chứng thúc đẩy bệnh nhân nhập viện điều trị. Tuy nhiên tỷ lệ trẻ có triệu chứng đau quặn bụng, mót rặn thấp (22,1%). Dấu hiệu đau quặn mót rặn ở trẻ nhỏ rất khó xác định. Trẻ thường có biểu hiện quấy khóc trước khi đại tiện và khi đại tiện xong trẻ giảm hoặc hết quấy khóc, kèm theo trẻ có biểu hiện rặn khi đi ngoài. Tuy nhiên quấy khóc là biểu hiện thường thấy khi trẻ ốm, khi trẻ mất nước, khi trẻ nhân viên y tế,...nên xác định quấy khóc trong tiêu chảy nhiễm khuẩn là rất khó.

Nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ tiêu chảy mất nước, trẻ càng đi ngoài nhiều lần trong ngày thì mức độ mất nước càng nặng. Kết quả nghiên cứu tại bảng 4. cho thấy: Trong 77 bệnh nhân tiêu chảy nhiễm khuẩn, 64,9% có dấu hiệu mất nước và không có trẻ nào mất nước nặng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu Nguyễn Thị Thanh Tâm có 11,9% trẻ có biểu hiện mất nước trên lâm sàng [8], điều này là do nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tâm trên trẻ tiêu chảy kéo dài ở bệnh viện Nhi

trung ương, trẻ đã được điều trị bù nước và điện giải từ các tuyến trước, còn nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện ở tuyến tỉnh, phần lớn các trẻ vào viện trong đợt cấp có sốt (66,2%), kiến thức bù nước và điện giải của các bà mẹ chưa được tốt và đây cũng là lí do gia đình đưa trẻ đi khám. Tuy nhiên trong nghiên cứu này không gặp trẻ nào mất nước nặng.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 5 có 72,7% không có bệnh kèm theo, 14,3% có nhiễm khuẩn kèm theo trong đó chủ yếu là nhiễm khuẩn hô hấp (11,7%). Tình trạng nhiễm khuẩn bệnh khác làm quá trình điều trị phức tạp hơn, sức đề kháng của bệnh nhân giảm, có thể tiêu chảy nhiễm khuẩn do hậu quả của bệnh cơ quan khác, từ đó sẽ làm thời gian điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn kéo dài hơn.

Xét nghiệm công thức máu, kết quả nghiên cứu tại bảng 6 cho thấy: Lượng hemoglobin trung bình: $99,2 \pm 10,8$ g/l, có 67,5% có thiếu máu nhẹ, 14,3% không thiếu máu, 18,2% thiếu máu vừa, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tâm ở trẻ em 6-24 tháng tuổi mắc tiêu chảy có biểu hiện thiếu máu mức độ vừa và nhẹ lần lượt là 2,4% và 50% [8]. Lứa tuổi hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là nhóm trẻ từ 6-12 tháng, đây cũng là nhóm tuổi hay gặp thiếu máu thiếu sắt, là giai đoạn dự trữ sắt trong cơ thể trẻ thực giảm trong khi sữa mẹ ít và cung cấp từ thức ăn bên ngoài không đủ lượng sắt cho trẻ sản xuất hồng cầu [11]. Có 36,4% bệnh nhân có biểu hiện tăng số lượng bạch cầu trong xét nghiệm máu, lượng bạch cầu trung bình: $11,8 \pm 10,7$ G/l. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tâm chỉ có 9,5% trẻ có tăng bạch cầu [8]. Điều này là vì trong nghiên cứu của chúng tôi có 66,2% trẻ nhập viện có sốt là tình trạng nhiễm trùng cấp tính nên trẻ có biểu hiện tăng bạch cầu trong máu.

Xét nghiệm phân ở bệnh nhân tiêu chảy

nhiễm khuẩn: Bạch cầu trong phân dày đặc chiếm 28,6%, bạch cầu +++: 36,4%, bạch cầu ++: 33,7%. Có 5 trường hợp nhiễm nấm chiếm 6,5%. Kết quả này cho thấy bệnh nhân tiêu chảy nhiễm khuẩn thể hiện rõ ràng trên xét nghiệm phân, là bằng chứng chứng minh cho nhiễm khuẩn đường tiêu hóa. Kết quả này giải thích triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân khá rầm rộ.

5. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng bệnh nhi tiêu chảy nhiễm khuẩn: Dấu hiệu khởi phát hay gặp nhất là ỉa lỏng (50,6%) và sốt (23,4%). Phần lớn trẻ tiêu chảy nhiễm khuẩn đi ngoài phân nhầy lẫn máu (88,7%). Có 64,9% có dấu hiệu mất nước

Đặc điểm cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: Lượng hemoglobin trung bình: $99,2 \pm 10,8$ g/l, có 67,5% thiếu máu nhẹ và 18,2% thiếu máu vừa, 50,6% có CRP dương tính. 1,3% có biểu hiện natri máu giảm, 1,3% có tăng natri máu

- Xét nghiệm phân: Bạch cầu trong phân dày đặc: 28,6%, bạch cầu +++: 36,4%, bạch cầu ++: 33,7%.

Với kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi khuyến nghị khi trẻ có biểu hiện đi ngoài phân nhầy hoặc nhầy máu cần đưa trẻ xét nghiệm phân để chẩn đoán tiêu chảy nhiễm khuẩn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wardlaw T, Salama P, Brocklehurst C et al (2010). Diarrhoea: why children are still dying and what can be done. *Lancet*, 375 (9718), p. 870- 872.

2. Nguyễn Gia Khánh (2009). *Tiêu chảy kéo dài ở trẻ em*. Bài Giảng Nhi Khoa, Nhà xuất bản Y học, tr. 322-330

3. Breurec S, Vanel N, Bata P et al (2016). Etiology and Epidemiology of Diarrhea in Hospitalized Children from Low Income Country: A Matched Case-Control Study in Central African Republic. *PLoS Negl Trop Dis*, 10 (1), p. e0004283.

4. Joun R and Keusch (1998). *Principles of Internal Medicine*. Paris. *Medicine Sciences Flammarion*, p. 797-800 and 936-960

5. Trần Thị Thanh Hà (2003). *Nghiên cứu một số căn nguyên vi khuẩn gây tiêu chảy ở trẻ em dưới 5 tuổi tại 3 xã thuộc huyện Ba Vì, Hà Tây*. Luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội

6. Nguyễn Thị Thanh Tâm và Nguyễn Thị Việt Hà (1999). Các yếu tố nguy cơ, lâm sàng, điều trị và dự phòng bệnh TCKD ở trẻ em. Đề tài cấp nhà nước. *Kỹ yếu công trình nghiên cứu khoa học ngành Y tế 1991-1995*, 107- 109

7. Nguyễn Thị Thanh Huyền và Nguyễn Thị Việt Hà (2011). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh tiêu chảy kéo dài ở trẻ em dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Trung Ương. *Tạp chí Nhi Khoa*, 4 (4), 245-251

8. Nguyễn Thị Thanh Tâm, Bùi Thị Ngọc Ánh và Nguyễn Thị Việt Hà (2017). Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tiêu chảy kéo dài nhiễm khuẩn ở trẻ em 6 – 24 tháng tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học thực hành*, 1054 (3), 9 – 12

9. Lê Công Dân, Ngô Thị Thi, Bùi Thị Mùi và cộng sự (2006). Tỷ lệ nhiễm và mức độ đáp ứng kháng sinh của các vi sinh vật gây bệnh ở bệnh nhân mắc tiêu chảy tại bệnh viện nhi Trung ương. *Tạp chí nghiên cứu y học*, 44 (4), 52-55

10. Hunkeng (2018). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị tiêu chảy kéo dài ở trẻ dưới 6 tháng Bệnh viện Nhi trung ương. Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội

11. Phạm Thị Thu Cúc (2018), *Thực trạng thiếu máu thiếu sắt ở trẻ dưới 5 tuổi tại phòng khám Dinh dưỡng bệnh viện nhi Trung ương*, Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội