

bình là $5,36 \pm 1,09$ (điểm) với nam giới và $6,16 \pm 0,97$ (điểm) với nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Đánh giá sau can thiệp tâm lý ngày thứ 30, mức giảm điểm IESR của nam giới là $9,51 \pm 5,29$ (điểm) cao hơn so với nữ giới là $7,29 \pm 10,28$ (điểm), nhưng sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thời điểm ngày 7 sau khi phẫu thuật khi chưa có can thiệp tâm lý người bệnh nữ có 65,1% bị PTSD, chỉ số này của nam giới là 44,7%. Sau khi can thiệp tâm lý tại thời điểm ngày 30 tỷ lệ PTSD của nữ giới là 50,8%, và 23,4% ở nam giới. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Nghiên cứu cũng cho thấy có mối tương quan thuận giữa mức điểm IESR với điểm POSAS người bệnh và nhân viên y tế. Nhưng chỉ số này lại có tương quan nghịch với tuổi của người bệnh.

KIẾN NGHỊ

Dựa vào kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra các khuyến nghị như sau:

- Người bệnh sau khi phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào đáy cần được tư vấn tâm lý trước, và ngay sau cuộc mổ và trong suốt quá trình theo dõi người bệnh.

- Nên tăng cường nâng cao vai trò của điều dưỡng trong chăm sóc tâm lý cho người bệnh sau phẫu thuật ung thư tế bào đáy.

- Nên tổ chức sinh hoạt các câu lạc bộ người bệnh để giúp cho người bệnh có kênh trao đổi thông tin tránh hoang mang lo lắng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H.W. Rogers, M.A. Weinstock, S.R. Feldman, et al.** (2015), Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer (Keratinocyte Carcinomas) in the U.S. population, 2012, JAMA Dermatol, 151, pp. 1081-1086.

2. **X. Bonilla, L. Parmentier, B. King, et al.** (2016) Genomic analysis identifies new drivers and progression pathways in skin basal cell carcinoma, Nat. Genet., 48, pp. 398-406

3. **F. Bray, J. Ferlay, I. Soerjomataram, et al.** (2018), Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries, CA Cancer J. Clin., 68, pp. 394-424

4. **Jason K. Cullen, Jacinta L. Simmons, Peter G. Parsons, et al** (2020), Topical treatments for skin cancer, Advanced Drug Delivery Reviews, 153, pp. 54-64.

5. **Geller AC, Annas GD** (2003). Epidemiology of melanoma and nonmelanoma skin cancer. Semin Oncol Nurs, 19 (1), 2-11.

6. **Nguyễn Hữu Sáu, Trần Hậu Khang** (2017). Ung thư da. Nhà xuất bản Y học tr 3 – 7.

7. **Kawamura, N. Yoshiharu, K. & Nozomu, A.** (2001) *Suppression of Cellular Immunity in Men with a Past History of Post Traumatic Stress Disorder*. American Journal of Psychiatry. 158: 484-486

8. **Truong PT, Lee JC, Soer B,** (2007), Reliability and validity testing of the Patient and Observer Scar Assessment Scale in evaluating linear scars after breast cancer surgery, Plast Reconstr Surg. 119:487-494.

9. **Kadam P, Bhalerao S.** (2020), Sample size calculation. Int J Ayurveda Res. 1 (1):55-57.

10. **Cuiyan Wang, Riyu Pan, Xiaoyang Wan** (2020), Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China, Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 1729.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG DO HELICOBACTER PYLORI Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2017

NGUYỄN THỊ ÚT,
NGUYỄN HỒNG PHÚC, NGUYỄN THỊ KIM OANH
Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Út
Email: nguyenvuthuyduong2003@gmail.com
Ngày nhận: 13/10/2020
Ngày phản biện: 23/11/2020
Ngày duyệt bài: 03/12/2020

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang trên 165 bệnh nhi loét dạ dày tá tràng từ 3-16 tuổi do helicobacter pylori (*H. pylori*) đến khám tại phòng khám tiêu hoá Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2017

– 12/2017 nhằm mục tiêu mô tả một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng của loét dạ dày tá tràng (LDDTT) do *H. pylori* trên trẻ em. Chẩn đoán loét dạ dày tá tràng dựa vào nội soi dạ dày tá tràng phân loại theo Johnson cải tiến. Kết quả cho thấy LDDTT do *H. pylori* chủ yếu gặp ở lứa tuổi học đường (trung bình là 10,5±2,8 tuổi). Trẻ nam gặp cao gấp 3,3 lần so với trẻ nữ (77% và 23%). Đa số trẻ có tiền sử gia đình có người bị bệnh lý về dạ dày tá tràng (78,2%). Triệu chứng lâm sàng của LDDTT trên trẻ em không có dấu hiệu đặc hiệu với đau bụng hay gặp nhất chiếm 99%, trong đó đau thượng vị chiếm 69,1%, đau quanh rốn và đau lan tỏa chiếm 33,9% và 4,2%. Sau đó là ợ hơi ợ chua 30,9%, đi ngoài phân đen 9,7% và nôn máu 4,2%. Hình ảnh nội soi cho tỷ lệ loét hành tá tràng cao gấp 11 lần loét dạ dày đơn thuần (92,1% và 7,9%). Trong đó loét đa ổ chiếm 63%, loét đơn ổ chiếm 37%, ổ loét nhỏ dưới 1cm chiếm 57,6% và ổ loét từ 1cm trở lên chiếm 42,4%.

Từ khóa: *H. pylori*, loét dạ dày tá tràng, trẻ em.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PEPTIC ULCER DUE TO HELICOBACTER PYLORI IN CHILDREN AT NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2017

A cross-sectional study was conducted among 165 children with peptic ulcer from 3 to 16 years of age to examine at the Gastrointestinal Clinic, National Children's Hospital from January 2017 to December 2017. We conducted this study to describe epidemiological and clinical characteristics of peptic ulcer diseases due to *H. pylori* in children. We assessed of peptic ulcer is using endoscopy according to improved Johnson criterias. Peptic ulcer caused by *H. Pylori* mainly was observed in school age children with an age average of 10.5 years. Boys were 3.3 times higher than girls (77% and 23%). Children with a family history of gastroduodenal diseases accounted for 78.2%. Clinically, children did not have specific signs. Abdominal pain was observed the most frequently (99%), in which epigastric pain was 69.1% and periumbilical pain and diffuse pain were 33.9%, and 4.2%, respectively. followed by heartburn 30.9% melena 9.7% and haematemesis 4.2%. Endoscopy revealed that duodenal ulcer was 11 times more frequent than solitary gastric ulcer (92.1% vs 7.9%). In which, multi peptic ulcers were 63% and single ulcer was 37%. Ulcer size below 1 cm accounted for 57.6% and the size larger than 1 cm accounted for 42.4%.

Keywords: *Helicobacter pylori*, peptic ulcer disease, and children.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét dạ dày tá tràng (LDDTT) không còn là bệnh hiếm gặp ở trẻ em, tỷ lệ loét dạ dày tá tràng chiếm 5,8 -12,6% trẻ có triệu chứng lâm sàng nghi bệnh lý dạ dày tá tràng được nội soi nhiễm *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) tại viện Nhi trung ương [1], [2]. Loét dạ dày-tá tràng (peptic ulcer) là hệ quả cuối cùng của quá trình viêm do mất cân bằng giữa các yếu tố tấn công và các yếu tố bảo vệ niêm mạc dạ dày và tá tràng [3]. LDDTT trên trẻ em thường là tiên phát và *H. pylori* được xem là nguyên nhân chính gây loét dạ dày tá tràng ở trẻ em. Trên 95% bệnh nhi loét hành tá tràng và trên 75% bệnh nhi loét dạ dày có nhiễm *H. pylori* [4]. Triệu chứng loét dạ dày tá tràng trên trẻ em thường nghèo nàn và không đặc hiệu nên dễ bị bỏ qua. Tổn thương nội soi LDDTT trên trẻ em hay gặp ở hành tá tràng nhiều hơn ở dạ dày [5].

Cho đến nay chưa có nhiều nghiên cứu đề cập đến đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng của loét dạ dày tá tràng do vi khuẩn *H. pylori* trên trẻ em. Vì thế, chúng tôi tiến hành đề tài “Một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của loét dạ dày tá tràng hành tá tràng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017” nhằm mục tiêu sau:

Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng của loét dạ dày tá tràng do *Helicobacter pylori* ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 1/1/2017 đến 31/12/2017.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và thời gian

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2017.

2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3. Đối tượng

- 165 trẻ đủ tiêu chuẩn chẩn đoán loét dạ dày tá tràng do *H. pylori* được chọn vào nghiên cứu từ 1/2017- 12/2017.

Bệnh nhi được chọn lựa vào nghiên cứu khi đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

- Tuổi từ 2 - 16 tuổi có các triệu chứng lâm sàng của bệnh lý dạ dày tá tràng bao gồm: đau bụng tái diễn, nôn, buồn nôn, chướng bụng, khó tiêu, nóng rát vùng thượng vị hoặc xuất huyết tiêu hóa, thiếu máu chưa rõ nguyên nhân và được chỉ định nội soi tiêu hóa.

- Chưa điều trị kháng sinh, và các thuốc ức chế bơm proton, antacid trong vòng 1 tháng trước khi làm nội soi và chưa được điều trị diệt *H. pylori* trước đó.

- Có bố/mẹ được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Nội soi dạ dày có tổn thương loét dạ dày tá tràng.

- Nuôi cấy *H. pylori* (+)

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu:

Bệnh nhân có các tiền sử bệnh ác tính và/hoặc đã sử dụng kháng sinh, thuốc chống bài tiết acid trong vòng 4 tuần trước khi đến khám.

Cha/mẹ/người giám hộ không đồng ý tham gia nghiên cứu

4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu được lấy theo cỡ mẫu thuận tiện, 165 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu.

5. Tiến hành nghiên cứu

Nội soi dạ dày tá tràng: Được tiến hành tại Phòng nội soi khoa Tiêu hóa. Chẩn đoán loét dạ dày tá tràng dựa vào nội soi: được phân chia thành 5 typ (phân loại Johnson cải tiến) [6]. Typ I: Loét dọc thân dạ dày, thường là ở góc bờ cong nhỏ, thường là giảm tiết acid và có thể liên quan tới việc giảm số lượng các tế bào thành. Typ II: Loét thân vị dạ dày kèm theo loét hành tá tràng và có liên quan đến tăng tiết. Typ III: loét hang vị, cách môn vị khoảng 3 cm, cũng liên quan tới tăng tiết dịch vị. Typ IV: loét gần chỗ nối thực quản dạ dày và ngay tâm vị, thường bài tiết acid thấp. Typ V: Ổ loét có thể khắp dạ dày.

Sinh thiết dạ dày lấy 5 mảnh 2 ở thân vị, 3 ở hang vị trong đó 1 mảnh hang vị và 1 mảnh thân vị được làm urease test sau đó làm mô bệnh học, 3 mảnh còn lại được tiến hành nuôi cấy.

Thử nghiệm Urease test nhanh (RUT) đánh giá nhiễm *H. pylori*

Tiến hành làm test: Lấy mảnh sinh thiết ngâm vào dung dịch thuốc thử. Ghi lại tên và mã số của bệnh nhân. Quan sát sự đổi màu của dung dịch thuốc thử sau 1, 5 và 20 phút. Nếu dung dịch thuốc thử chuyển từ màu vàng sang màu đỏ cánh sen là test dương tính. Nếu không đổi màu là test âm tính. Trong trường hợp nghi ngờ, sự chuyển màu không rõ rệt đọc kết quả sau 30 phút và 60 phút [7].

Lấy mẫu bệnh phẩm: Bệnh nhân theo đúng tiêu chuẩn lựa chọn được tiến hành nội soi, lấy 3 mảnh sinh thiết ở vùng hang vị và thân vị dạ dày tại phòng nội soi. Các mảnh sinh thiết được vùi sâu vào môi trường vận chuyển Portagerm *pylori* (bioMérieux - Pháp), và được chuyển ngay đến khoa xét nghiệm Vi sinh - Bệnh viện Nhi Trung ương càng nhanh càng tốt, không quá 2 giờ sau khi lấy bệnh phẩm.

Nuôi cấy: Mảnh sinh thiết được lấy ra khỏi môi trường vận chuyển cho vào tube chứa 200 µl canh thang Braint Heart Infusion (Oxoid – Anh) và được nghiền thành huyền dịch. Hút

toàn bộ huyền dịch, ria đều trên 2 đĩa môi trường *Pylori* agar (bioMérieux - Pháp). Ủ đĩa nuôi cấy ở nhiệt độ 37°C với GENbag microaer (bioMérieux – Pháp) là khí trường vi hiếu khí với thành phần 5% O₂, 10% CO₂, 85% N₂ và theo dõi từ 3 - 7 ngày. *H. pylori* được xác định là trực khuẩn Gram âm hơi cong, đa hình thái, thử nghiệm oxidase (+), catalase (+), urease (+).

6. Biến số nghiên cứu

Yếu tố dịch tễ

Thông tin về bệnh nhân:

Tuổi: Tính theo năm. Giới: Nam, nữ

Địa bàn cư trú: Hà Nội và các tỉnh khác

Điều kiện gia đình: Trình độ học vấn bố mẹ

Tiền sử gia đình có người bị bệnh lý dạ dày tá tràng: Có ít nhất một người trong gia đình có nhiễm *H. pylori* được chẩn đoán tại cơ sở y tế và có được làm nội soi hoặc test thử.

Yếu tố cận lâm sàng.

Kết quả nội soi dạ dày tá tràng.

Kết quả nuôi cấy vi khuẩn *H. pylori*.

7. Xử lý số liệu

Các dữ liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0. Các chỉ tiêu đánh giá như số lượng, tỉ lệ %, trung bình, trung vị.

8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Y đức của Bệnh viện Nhi Trung ương (Số 952/BVNTW/VNCSKTE).

KẾT QUẢ

1. Một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của loét dạ dày tá tràng do *H. pylori* ở trẻ

1.1. Phân bố loét DDTT do *H. pylori* theo tuổi, giới

Bảng 1. Phân bố loét dạ dày tá tràng do *H. pylori* theo tuổi, giới, địa dư

Đặc điểm	Số lượng (n = 165)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình	10,5 ± 2,85	
Dưới 10 tuổi	56	33,9
10-16 tuổi	109	66,1
Giới		
Nam	127	77
Nữ	38	23
Địa dư		
Hà Nội	85	51,5
Tỉnh khác	80	48,5

Phân tích sự phân bố theo nhóm tuổi của 165 bệnh nhân có LDDTT cho thấy lứa tuổi nhỏ nhất là 3 tuổi và cao nhất là 16 tuổi, tuổi trung bình 10,5 ± 2,85. Nhóm trẻ từ 10-16 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn 66,1%. Tỷ lệ bệnh nhân nam gấp cao hơn gấp 3 lần bệnh nhân nữ. Tỷ lệ bệnh nhân LDDTT do *H. pylori* cư trú ở khu vực Hà Nội là chủ yếu (chiếm 51,5 %), các tỉnh khác chiếm trên 48,5%.

1.2. Tiền sử gia đình có người mắc bệnh lý về dạ dày, tá tràng

Bảng 2. Tiền sử gia đình có người bị bệnh lý dạ dày tá tràng

Đặc điểm	Số lượng (n = 165)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử gia đình có người bệnh lý dạ dày tá tràng		
Có	129	78,2
Không	36	21,8

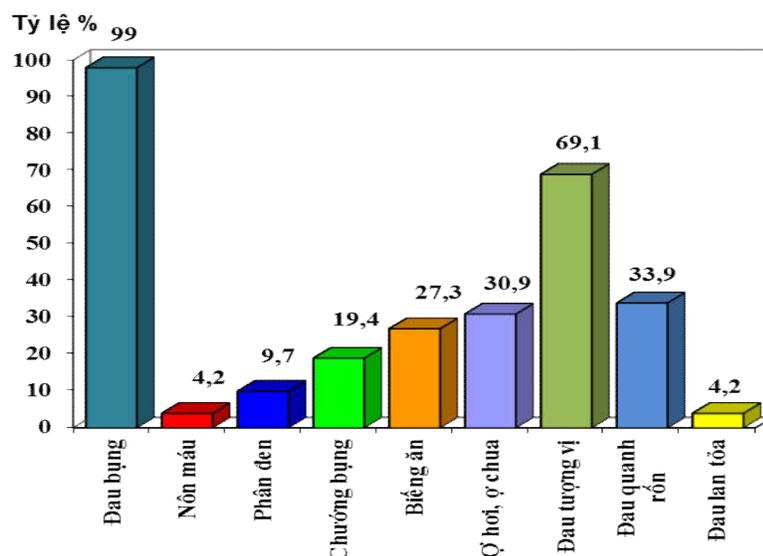
Kết quả bảng 2 cho thấy 78,2 % bệnh nhi có tiền sử gia đình có người bị bệnh dạ dày tá tràng và 21,8% bệnh nhi không có tiền sử gia đình.

Bảng 3. Phân bố loét dạ dày tá tràng do H. pylori theo đặc điểm gia đình

Yếu tố bản thân gia đình	Số lượng	Tỷ lệ %
Trình độ bố (N = 165)		
Đại học trở lên	68	41,2
Dưới đại học	97	58,8
Trình độ mẹ (N = 165)		
Đại học trở lên	63	38,2
Dưới đại học	102	61,8

2. Một số đặc điểm lâm sàng và nội soi của LDDTT do H. pylori ở trẻ em

2.1. Đặc điểm lâm sàng của LDDTT trên trẻ em



Hình 1. Một số triệu chứng lâm sàng ở trẻ LDDTT (N = 165)

Biểu đồ 1 cho thấy đau bụng hay gặp nhất chiếm 99%, trong đó đau thượng vị chiếm 69,1%, đau quanh rốn và đau lan tỏa chiếm 33,9% và 4,2%. Sau đó là ợ hơi ợ chua 30,9%, đi ngoài phân đen 9,7% và nôn máu 4,2%.

1.2. Đặc điểm tổn thương trên nội soi

Bảng 4. Tổn thương trên nội soi dạ dày tá tràng

Tổn thương trên nội soi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí ổ loét		
Loét hành tá tràng	152	92,1
Loét dạ dày	13	7,9
Số lượng ổ loét		
Loét 1 ổ	61	37
Loét ≥ 2 ổ	104	63
Kích thước ổ loét		
Ổ loét < 1 cm	70	42,4
Ổ loét ≥ 1 cm	95	57,6

Hình ảnh nội soi cho thấy tỷ lệ loét hành tá tràng cao gấp 11 lần loét dạ dày đơn thuần (92,1% và 7,9%). Trong đó loét đa ổ chiếm 63%, loét đơn ổ chiếm 37%, ổ loét nhỏ dưới 1cm chiếm 57,6% và ổ loét từ 1cm trở lên chiếm 42,4%.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu 165 trẻ LDDTT do H. pylori được khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 10,5±2,8 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 3 tuổi, tuổi lớn nhất là 16 tuổi. Tỷ lệ loét dạ dày - tá tràng do H. pylori gặp ở nhóm 10-16 tuổi chiếm 66,1%, nhóm dưới 10 tuổi chiếm 33,9% (bảng 1). Bàn luận về vấn đề này các tác giả nhận thấy hầu hết LDDTT (mà chủ yếu là loét tá tràng) thường gặp ở trẻ lớn. Trên 95% bệnh nhi loét tá tràng và trên 75% bệnh nhi loét dạ dày có nhiễm H. pylori [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Phúc Thịnh (2014) trên 53 trẻ

loét dạ dày tá tràng do *H. pylori* tại Bệnh viện Nhi đồng 1 có tuổi trung bình $11 \pm 2,5$ [8]. Nghiên cứu của Võ Thị Thu Thủy (2009) trên 33 trẻ loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế với lứa tuổi gặp nhiều nhất là trên 10 tuổi [9]. Kết quả này có thể được giải thích do loét dạ dày tá tràng là quá trình bệnh lý mạn tính do nhiễm *H. pylori* ở dạ dày tá tràng, diễn biến nhiều tháng, nhiều năm dẫn tới dị sản niêm mạc dạ dày ở tá tràng từ đó gây loét.

Bảng 1 cho thấy tỷ lệ trẻ trai bị LDDTT do *H. pylori* cao gấp 3,3 lần trẻ gái (77% và 23%). Cho đến nay, các nghiên cứu ở người lớn thì tỷ lệ loét dạ dày tá tràng ở nam giới cũng gấp 3 lần phụ nữ, hiện thời vẫn chưa có giải thích thỏa đáng. Tuy nhiên, theo một số tác giả nghiên cứu về loét dạ dày tá tràng có nhiễm *H. pylori* ở người lớn cho thấy tỷ lệ nhiễm *H. pylori* có *CagA*, *VagA* (+) ở nam cao hơn rõ rệt so với nữ giới. Điều này có thể giải thích tỷ lệ loét cao hơn ở nam so với nữ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Phúc Thịnh (2014) với tỷ lệ trẻ trai bị loét dạ dày tá tràng do *H. pylori* là 85% và trẻ gái là 15% [8].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn bệnh nhân LDDTT do *H. pylori* đến khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương sống ở Hà Nội, chiếm tỷ lệ 51,5%; số bệnh nhân sống tại các tỉnh khác chiếm tỷ lệ thấp hơn với tổng là 48,8% (Hình 3). Đa số tác giả cho rằng thành thị lớn là nơi có tỷ lệ nhiễm *H. pylori* cao do điều kiện sống chật hẹp, dễ lây lan các chủng vi khuẩn gây bệnh; ngoài ra các thành thị còn là nơi có hệ thống y tế phát triển nên người dân có nhiều cơ hội được khám và phát hiện bệnh hơn so với nông thôn. Nguyễn Cẩm Tú (2011) tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 cũng cho kết quả bệnh nhi ở thành phố chiếm 63,3% [11]. Nghiên cứu của Nguyễn Phúc Thịnh (2014) tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 cho thấy đa số các bệnh nhi là ở Tp. Hồ Chí Minh (56,6%) [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân ở thành phố thấp hơn các tác giả trên, tỷ lệ bệnh nhân từ các tỉnh cao hơn, nguyên nhân do điều kiện kinh tế ngày càng phát triển, điều kiện giao thông thuận tiện nên người bệnh ở các tỉnh dễ dàng tiếp cận với các bệnh viện lớn để khám và chữa bệnh.

Tiền sử gia đình có người bị bệnh lý dạ dày tá tràng

Kết quả từ bảng 2 cho thấy số bệnh nhi có tiền sử gia đình có người bị bệnh lý dạ dày tá tràng chiếm 78,2%, cao hơn rõ rệt so với số bệnh nhi không có tiền sử gia đình chiếm 21,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Võ Thị Thu Thủy

(2009) với 45,4% bệnh nhi sống trong gia đình có người loét dạ dày tá tràng [9]. Nếu trong gia đình có thành viên bị nhiễm *H. pylori* tỷ lệ lây nhiễm ở trẻ sẽ tăng cao. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Bằng và cộng sự, nguy cơ trẻ bị nhiễm *H. pylori* là 1,75 (0,89 – 3,40) nếu bố bị nhiễm *H. pylori*. Nguy cơ này lên đến 3,85 (2,31 – 6,42) nếu mẹ bị nhiễm *H. pylori*. [12]. Đây có thể là lý do trẻ được chẩn đoán LDDTT do *H. pylori* ở lứa tuổi nhỏ và trẻ có thể bị lây nhiễm những chủng *H. pylori* từ các thành viên khác trong gia đình.

Trình độ văn hóa của bố và mẹ: Kết quả từ bảng 3 cho thấy bố và mẹ của trẻ loét dạ dày tá tràng có trình độ văn hóa cao (41,2% bố và 38,2% mẹ có trình độ từ đại học trở lên). Phân tích đặc điểm gia đình trong nghiên cứu cho thấy nhóm trẻ có bố và mẹ có trình độ văn hóa cao có tỷ lệ mắc bệnh thấp hơn nhóm trẻ có bố mẹ ở trình độ văn hóa thấp. Trình độ văn hóa của bố mẹ được nhiều nghiên cứu đề cập đến, trình độ bố mẹ thấp thì thường quá trình chăm sóc con không tốt dễ lây nhiễm bệnh, dễ lạm dụng thuốc kháng sinh. Nghiên cứu của Moraes tại Ý nhận thấy trẻ em của những bà mẹ có trình độ văn hóa thấp có tỷ lệ nhiễm *H. pylori* cao hơn [12]. Nghiên cứu của Jafzi thấy nhiễm *H. pylori* liên quan đến trình độ văn hóa thấp của bố [13].

Đặc điểm lâm sàng

Hình 1 cho thấy đau bụng là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 99%, đau bụng thượng vị chiếm 69,1%, đau vùng quanh rốn và đau lan tỏa có tỷ lệ 33,9% và 4,2%. Nhiều nghiên cứu chỉ ra LDDTT do *H. pylori* trên trẻ em không có triệu chứng đặc hiệu dễ lẫn với các triệu chứng của các bệnh lý khác. Tỷ lệ loét cầm (không có triệu chứng lâm sàng trước đó) trong bệnh lý LDDTT ở trẻ em cao hơn rõ rệt so với ở người lớn. Nhiều trường hợp trẻ LDDTT có nhiễm *H. pylori* vào viện trong tình trạng cấp cứu vì xuất huyết tiêu hóa cao, kèm thiếu máu nặng [14]. Theo chúng tôi, đau bụng là dấu hiệu khá phổ biến ở bệnh nhân loét dạ dày tá tràng, nhưng ở những trẻ nhỏ tuổi khó khai thác vị trí chính xác, đa số trẻ đau một cách mơ hồ, có thể không ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày nên cha mẹ không chú ý. Đau bụng thay đổi thất thường ở trẻ, không điển hình như người lớn, trẻ có thể lúc đau lúc không, có thể đau khu trú hoặc không khu trú, đau quanh rốn hoặc đau thượng vị. Theo lý thuyết, trẻ em ở tuổi học đường hay tuổi dậy thì có biểu hiện lâm sàng giống như người lớn. Những triệu chứng ban đầu gồm có đau vùng thượng vị, xuất huyết tiêu hóa (nôn ra máu hay ỉa phân đen) dẫn đến thiếu máu, thiếu

sắt làm trẻ xanh xao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Võ Thị Thủy với tỷ lệ đau bụng chiếm 84,8 % số trẻ loét dạ dày tá tràng [9]. Triệu chứng đau bụng thượng vị của chúng tôi gặp nhiều có thể giải thích là do lứa tuổi trung bình của trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi là trên 10 tuổi, triệu chứng đau điển hình gần giống với ở người lớn, trẻ dễ xác định được vị trí đau hơn trẻ nhỏ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng ợ hơi, ợ chua chiếm 30,9%. Các triệu chứng khác như đầy bụng, ỉa phân đen và nôn máu gặp tỷ lệ thấp, chiếm lần lượt là 19,4%, 9,7% và 4,2%.

Đặc điểm nội soi

Vị trí ổ loét: bệnh nhân có loét ở hành tá tràng trong nghiên cứu cho thấy cao gấp gần 11 lần loét dạ dày đơn thuần, lần lượt là 92,1% và 7,9% (bảng 4). Bàn luận về định khu tổn thương trên nội soi trong loét dạ dày tá tràng do H. pylori các tác giả cho rằng H. pylori cư trú chủ yếu với mật độ cao nhất ở hang vị so với các vùng khác của dạ dày do vậy quá trình viêm, loét cũng diễn ra ưu thế ở hang vị rồi lan tỏa đến các vùng khác của dạ dày, điều này giải thích tại sao loét hành tá tràng gặp nhiều hơn so với loét dạ dày.

Số lượng ổ loét trên nội soi: kết quả từ bảng 4 cho thấy tình trạng loét đa ổ chiếm 63%, số bệnh nhân có loét đơn ổ chiếm 37%. Hầu hết tác giả cho thấy số lượng, kích thước ổ loét có liên quan tới mức độ nhiễm H. pylori và độc lực của vi khuẩn (CagA, VagA). Mức độ nhiễm H. pylori càng nặng, CagA, VagA (+) sẽ gây loét nhiều ổ hơn, kích thước lớn hơn so với mức độ nhiễm H. pylori ít, CagA, VagA (-) [15]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không làm về độc lực vi khuẩn nên không bàn luận sâu hơn.

Kích thước ổ loét: đa số bệnh nhân loét dạ dày tá tràng do H. pylori có ổ loét nhỏ dưới 1cm, chiếm tỷ lệ 57,6%. Còn lại là những trường hợp có ổ loét lớn trên 1cm, chiếm 42,4%. (bảng 4). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân đến khám khi kích thước ổ loét còn nhỏ, các triệu chứng như đau bụng, ợ hơi ợ chua,.. mới bắt đầu xuất hiện. Phần lớn bệnh nhân của chúng tôi lấy ngoại trú nên tổn thương loét được phát hiện sớm và chủ yếu là loét mới đường kính còn nhỏ.

KẾT LUẬN

Loét dạ dày tá tràng do H. pylori chủ yếu gặp ở lứa tuổi học đường (trung bình là 10,5±2,8 tuổi). Tỷ lệ trẻ nam cao gấp 3,3 lần so với trẻ nữ (77% và 23%). Đa số trẻ có tiền sử gia đình có người bị bệnh lý về DDTT (chiếm 78,2%). Phần lớn bệnh nhân sống tại Hà Nội (chiếm 51,5%).

- Đau bụng là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất, chiếm 99%, tiếp theo là biếng ăn (27,3%) và ợ hơi, ợ chua (30,9%). Cuối cùng là các triệu chứng chướng bụng, đi ngoài phân đen, nôn máu có tỷ lệ lần lượt là 19,4%; 9,7%; 4,2%. Đau bụng thượng vị là chủ yếu chiếm tỷ lệ 69,1%, đau vùng quanh rốn và đau lan tỏa có tỷ lệ 33,9% và 4,2%. Tỷ lệ loét hành tá tràng cao gấp 11 lần loét dạ dày (92,1% và 7,9%), loét đa ổ chiếm 63%, loét đơn ổ chiếm 37%. Đa số trường hợp có ổ loét nhỏ dưới 1cm (57,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Út, Trương Mai Hồng, Hoàng Thị Thu Hà.** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng viêm, loét dạ dày- tá tràng do Helicobacter pylori kháng kháng sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2016; 101 (3):71-81.

2. **Nguyễn Thị Việt Hà, Trần Văn Quang** và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm, loét dạ dày tá tràng do Helicobacter pylori ở trẻ em. Tạp chí Nhi khoa. 2010;3 (3&4):204-210

3. **Rowland M, Bourke B and Drumm B.** Helicobacter pylori and peptic ulcer disease. Pediatric gastrointestinal disease. 2008; 1; 139 – 151.

4. **Nguyễn Gia Khánh.** Nhiễm Helicobacter pylori ở trẻ em, đặc điểm lâm sàng, điều trị. Tạp chí Nhi khoa. 2010; 3 (3&4): 21-28.

5. **Samdra S., Steven J.,** Peptic Ulcer Disease in children. Nelson Textbook of Pediatrics, 21 th edition, 2019: 7827-7842.

6. **Lê Minh Hồng, Trần Thị Mộng Hiệp, Nguyễn Tuấn Khiêm** và cộng sự. Đề kháng kháng sinh nguyên phát ở trẻ em viêm loét dạ dày – tá tràng do Helicobacter pylori. Tạp chí Nhi khoa 2016; 9 (4):79-84.

7. **T-U Wheeldon, T.T.H Hoang, D.C. Phung, A.Bjorjman, M. Granstrom.** Helicobacter pylori eradication and peptic ulcer healing: the impact of deleting the proton pump inhibitor and using a once-daily treatment. Aliment Pharmacol Ther. 2003; 18:93-100.

8. **Nguyễn Phúc Thịnh, Hoàng Lê Phúc.** Loét dạ dày tá tràng do Helicobacter pylori ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng 1 thành phố Hồ Chí Minh từ 06.2013 đến 1.2014. Tạp chí Y học. 2014

9. **Võ Thị Thu Thủy.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, biến chứng và tỉ lệ nhiễm Helicobacter pylori của bệnh loét dạ dày ở trẻ em. Y học Việt Nam 2009; 4 (2): 598-604.

10. **N. T. C. Tú, N. A. Tuấn.** Viêm, loét dạ dày - tá tràng do Helicobacter pylori ở trẻ em: đặc điểm lâm sàng, nội soi và hiệu quả tiết trùng của phác đồ OAC. Tạp chí Nhi khoa 2011; 4 (1):14-22.

11. **Nguyễn Văn Bằng.** Một số đặc điểm dịch tễ học nhiễm Helicobacter pylori ở trẻ em Việt Nam. Tạp chí nghiên cứu y học 2005; 35 (2): 14-19.

12. M. M. Moraes và G. A. da Silva. Risk factors for Helicobacter pylori infection in children. J Pediatr (Rio J) 2003; 79 (1):21-28.

13. W. Jafri, J. Yakoob, S. Abid và cộng sự. Helicobacter pylori infection in children: population-based age-specific prevalence and risk factors in a developing country. Acta Paediatr 2010; 99 (2): 279-282.

14. C. V. T. Trần Văn Quang, Nguyễn Gia Khánh (2002). Nhận xét tình hình loét dạ dày tá tràng ở trẻ em. Hội nghị Nhi khoa toàn quốc. NXB Y học 2002; 269-277.

15. Bridge D.R. and Merrell D.S. Polymorphism in the Helicobacter pylori CagA and VacA toxins and disease. Gut Microbes 2013; 4 (2):101-117.

KHẢO SÁT TỶ LỆ TẾ BÀO BẠCH CẦU HẠT CHƯA TRƯỞNG THÀNH (IG%) BẰNG MÁY ĐẾM TẾ BÀO TỰ ĐỘNG SYSMEX XN 1000 TRÊN NGƯỜI KHÁM TỔNG QUÁT TẠI PHÒNG KHÁM VÀ PHÒNG SINH HÓA HUYẾT HỌC, KHOA SINH HỌC LÂM SÀNG, VIỆN PASTEUR THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

HUỲNH VĂN BÉ PHƯƠNG¹, NGUYỄN THỊ KIM NGỌC²,
NGUYỄN ĐỨC MINH¹, ĐINH VĂN THỚI¹, ĐỖ XUÂN HOÀNG¹,
NGUYỄN NGỌC ANH TUẤN¹, HOÀNG TƯƠNG GIAO¹,
NGUYỄN TRUNG KIỂM¹, NGUYỄN MINH XỊN¹, HUỲNH NGUYỄN TRÀ GIANG¹,
VÕ THỊ HOÀNG OANH¹, LÊ VIỆT DŨNG¹, NGÔ THỊ LOAN², NGUYỄN NHƯ THỦY²,
PHẠM THANH HẰNG², NGUYỄN ĐỨC TRÚC², NGUYỄN VIỆT THỊNH³, CAO HỮU NGHĨA⁴

¹Phòng khám Tiêm chủng - Viện Pasteur TP.HCM

²Phòng Xét nghiệm Sinh hóa Miễn dịch Huyết học - Khoa LAM, Viện Pasteur TP.HCM

³Trung tâm Thử nghiệm Lâm sàng CRC - Viện Pasteur TP.HCM

⁴Bộ môn Khoa học Y sinh - Trung tâm Đào tạo, Viện Pasteur TP.HCM

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ tế bào bạch cầu hạt chưa trưởng thành (IG%) trong máu ngoại vi bằng máy đếm tế bào tự động trên người khám tổng quát tại Khoa Sinh học lâm sàng (LAM), Viện Pasteur TP.HCM.

Vật liệu và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu là người khám tổng quát có chỉ số IG% trong xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, từ tháng 12 năm 2019 đến tháng 4 năm 2020, bằng máy xét nghiệm huyết học Sysmex XN 1000, tại Khoa Sinh học lâm sàng, Viện Pasteur TP.HCM.

Kết quả: Tổng cộng có 240 kết quả xét nghiệm công thức máu đáp ứng tiêu chuẩn chọn

mẫu trong tổng số 9.379 mẫu công thức máu, từ tháng 12/2019 đến tháng 4/2020. Ghi nhận khoảng giá trị IG% > 0,4 ở người có Sốt > 38°C: 87,5%. So sánh IG% giữa người có sốt > 38°C và người không sốt là khác biệt có ý nghĩa với $p = 0,02$; tương tự khác biệt giữa khởi phát triệu chứng kèm theo trước hay sau 3 ngày cũng là khác biệt có ý nghĩa với $p = 0,002$ ($p < 0,05$). Tình trạng có nhiễm HIV hay không và xảy ra trên giới tính hay độ tuổi nào là những khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy ý nghĩa chỉ số IG% của tế bào bạch cầu hạt chưa trưởng thành (IG) trong máu ngoại vi ở người đến khám tổng quát tại Khoa sinh học lâm sàng, Viện Pasteur TP.HCM; đồng thời với độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị tiên lượng dương (PPV) và tỷ số khả dĩ dương tính (LR+) của tế bào hạt chưa trưởng thành (IG) trên quần thể khách hàng này.

Từ khóa: Tế bào bạch cầu hạt chưa trưởng thành, IG%, sốt, Khoa Sinh học lâm sàng.

Chịu trách nhiệm: Huỳnh Văn Bé Phương

Email: drhuynhpuong@yahoo.com

Ngày nhận: 21/10/2020

Ngày phản biện: 24/11/2020

Ngày duyệt bài: 14/12/2020