

làm giảm tỷ lệ tử vong và cải thiện chức năng ở bệnh nhân đột quy, điều này cho thấy tính hợp lý trong việc ưu tiên can thiệp sớm để đạt được kết quả tốt nhất.

#### IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thấy rằng có sự khác biệt rõ rệt trong triệu chứng lâm sàng và tiến triển sau can thiệp giữa nhồi máu động mạch não giữa và nhồi máu hồ sau, song các yếu tố nguy cơ và tiên lượng lại khá tương đồng. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết trong việc phát triển các phác đồ điều trị cá nhân hóa dựa trên các yếu tố lâm sàng cũng như các hạn chế trong việc nghiên cứu và điều trị đột quy. Phương pháp can thiệp phẫu thuật giải áp là phương pháp điều trị tốt cho bệnh lý nhồi máu cả nhồi máu động mạch não giữa và nhồi máu hồ sau.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hacke W, Schwab S, Horn M, et al. 'Malignant'

middle cerebral artery territory infarction: clinical course and prognostic signs. Archives of neurology. 1996;53(4):309-315.

2. Chen B, Sun Y, Wei Z, et al. Long-term prognosis of patients with stroke associated with middle cerebral artery occlusion. Single- centre registration study. Archives of medical science : AMS. 2022;18(5):1199-1207.
3. Bao YH, Liang YM, Gao GY, et al. Bilateral decompressive craniectomy for patients with malignant diffuse brain swelling after severe traumatic brain injury: a 37-case study. Journal of neurotrauma. 2010;27(2):341-347.
4. Frank JI, Schumm LP, Wroblewski K, et al. Hemicraniectomy and durotomy upon deterioration from infarction-related swelling trial: randomized pilot clinical trial. Stroke. 2014;45(3):781-787.
5. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. 2018;49(3):e46-e99.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA TRẺ HẸP PHÌ ĐẠI MÔN VỊ ĐIỀU TRỊ TẠI VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2018 – 2023

Lê Hoàng Long<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Thanh<sup>2</sup>, Phạm Duy Hiền<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành với mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở những trẻ có hẹp phì đại môn vị giai đoạn 2018 - 2023. Bằng phương pháp hồi cứu trên 46 người bệnh đã được chẩn đoán hẹp phì đại môn vị, chúng tôi nhận thấy: Bệnh này thường xuất hiện ở trẻ sơ sinh nam (78,3%), có độ tuổi từ 3 – 6 tuần tuổi (82,6%) với tuổi khởi phát trung bình là  $26,57 \pm 9,91$  ngày. Hầu hết trẻ được chẩn đoán ở độ tuổi từ 3 – 8 tuần tuổi (71,8%) với thời gian chẩn đoán trung bình mất  $42,38 \pm 20,73$  ngày. Về mặt lâm sàng, tất cả bệnh nhân (100%) đều có biểu hiện nôn trớ sữa không có mật hoặc sữa chưa tiêu, thường có sự chậm trễ về thời gian đặc trưng sau khi bú. Khám thực thể, sờ thấy được khối u môn vị ở 52,2% trường hợp. Chụp X-quang bụng không chuẩn bị thường phát hiện giãn dạ dày với bóng khí dạ dày nổi rõ (82,6%). Phát hiện siêu âm cho thấy phần lớn các trường hợp (93,4%) có chiều dài ống môn vị  $\geq 16,0$  mm và độ dày cơ  $\geq 4,0$  mm. **Kết luận:** những trẻ có biểu hiện nôn trớ ra sữa, không có dịch mật, có khoảng trống thời gian rõ ràng và sờ thấy có u cơ môn vị thì có thể nghi ngờ hẹp phì đại môn vị.

Trường hợp không điển hình, chụp X – Quang và siêu âm bụng đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán chính xác. **Từ khóa:** hẹp phì đại môn vị, triệu chứng, xét nghiệm cận lâm sàng.

#### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH HYPERTROPHIC PYLORIC STENOSIS TREATED AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL DURING THE PERIOD 2018–2023

This study aims to describe the clinical and paraclinical characteristics of pediatric patients diagnosed with hypertrophic pyloric stenosis (HPS) at the National Children's Hospital between 2018 and 2023 to support paediatricians and surgeons in improving diagnostic accuracy and selecting appropriate treatment strategies. A retrospective analysis was conducted on 46 patients diagnosed with HPS. The findings indicate that the condition predominantly affects male infants (78.3%) and typically presents between the ages of 3 to 6 weeks (82.6%), with a mean age of onset at  $26.57 \pm 9.91$  days. Most patients were diagnosed between 3 and 8 weeks of age (71.8%), with the average time to diagnosis being  $42.38 \pm 20.73$  days. Clinically, all patients (100%) exhibited non-bilious, projectile vomiting of milk or undigested milk, often with a characteristic temporal delay after feeding. On physical examination, a palpable pyloric mass was detected in approximately 52.2% of cases. Plain

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Long

Email: drlehoanglong1992@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 21.5.2025

abdominal radiography frequently revealed gastric dilation with a prominent gastric air bubble (82.6%). Ultrasonographic findings demonstrated that the majority of cases (93.4%) presented with a pyloric canal length of  $\geq 16.0$  mm and a muscle thickness of  $\geq 4.0$  mm. **Conclusion:** Infants presenting with non-bilious vomiting following feeding and, when present, a palpable pyloric mass should be evaluated for hypertrophic pyloric stenosis. In cases with atypical presentations, abdominal radiography and ultrasonography play critical roles in confirming the diagnosis. **Keywords:** hypertrophic pyloric stenosis, clinical features, pediatric surgery

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp phì đại môn vị là một bệnh lý tắc nghẽn đường tiêu hóa do cơ môn vị dày, cản trở sự lưu thông thức ăn từ dạ dày xuống tá tràng. Bệnh lý này chủ yếu gặp ở trẻ nam từ 3 – 6 tuần tuổi hiếm gặp ở trẻ lớn, tỷ lệ nam : nữ khoảng 4 : 1, tỷ lệ mắc khoảng 2 – 5/1000 trẻ sơ sinh.<sup>1</sup> Biểu hiện đặc trưng của hẹp phì đại môn vị là nôn trở không có dịch mật, khám bụng sờ thấy u cơ môn vị và siêu âm có hình ảnh phì đại cơ môn vị.<sup>2</sup> Mặc dù tỷ lệ chẩn đoán nhầm bệnh lý này không cao nhưng điều này vẫn có thể xảy ra do một bệnh lý khác có các triệu chứng tương tự hoặc do triệu chứng không điển hình hoặc hoặc do sai sót trong đánh giá cận lâm sàng.<sup>3</sup> Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ hẹp phì đại môn vị điều trị tại viện nhi trung ương giai đoạn 2018 – 2023*" với mục tiêu "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ hẹp phì đại môn vị điều trị tại viện nhi trung ương giai đoạn 2018 – 2023" nhằm làm rõ thêm về đặc điểm lâm sàng. Qua đó có thể giúp các bác sĩ phát hiện sớm, chẩn đoán chính xác và lựa chọn phương án điều trị hiệu quả.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là các hồ sơ bệnh án đảm bảo các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau:

### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ < 6 tháng tuổi.

Có chẩn đoán chính xác hẹp phì đại môn vị.

Hồ sơ bệnh án có thông tin đầy đủ (về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, các thông số cận lâm sàng) từ tháng 1/2018 – 12/2023.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Trẻ có các bệnh lý khác gây nôn trở, tắc nghẽn dạ dày như: viêm dạ dày, tắc ruột, hoặc bất thường bẩm sinh khác của hệ tiêu hóa...

Có bệnh lý nội khoa nghiêm trọng như: suy tim, suy gan...

Có tiền sử phẫu thuật điều trị hẹp phì đại môn vị

Có chống chỉ định với các xét nghiệm cận lâm sàng như: siêu âm hoặc X-quang

## 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: từ tháng 6/2024 – 1/2025.

Địa điểm: Khoa Ngoại – Bệnh viện Nhi trung ương

## 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.** Phương pháp nghiên cứu hồi cứu.

**2.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu trong nghiên cứu.** Chọn mẫu toàn hồ sơ bệnh án đúng theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Kết thúc nghiên cứu thu nhận được 46 hồ sơ bệnh án.

**2.4. Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu.** Thu thập các biến số phục vụ mục tiêu nghiên cứu như: giới tính, tuổi khởi phát bệnh, tuổi được chẩn đoán, triệu chứng lâm sàng, Xquang bụng không chuẩn bị tư thế đứng, kích thước cơ môn vị trên siêu âm, xét nghiệm điện giải đồ.

**2.5. Công cụ thu thập số liệu.** Bệnh án nghiên cứu chuyên biệt được thiết kế riêng cho nghiên cứu này.

**2.6. Quy trình nghiên cứu.** Thử nghiệm và hoàn thiện bộ công cụ nghiên cứu: Thử nghiệm bệnh án nghiên cứu chuyên biệt trên 10 bệnh án hồi cứu. Chỉnh sửa lại các sai sót trên bệnh án nghiên cứu chuyên biệt. Bệnh án sau chỉnh sửa được sử dụng trong suốt quá trình nghiên cứu.

Nghiên cứu chính thức: Lên phòng lưu trữ hồ sơ thu thập các hồ sơ bệnh án đúng theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Điền các thông tin đã thu thập vào bệnh án nghiên cứu chuyên biệt.

## 2.7. Xử lý và phân tích số liệu

\* Số liệu sau khi thu thập được tiến hành xử lý qua các bước như sau: Rà soát lại bệnh án nghiên cứu xem còn thiếu thông tin gì chưa điền. Nếu thiếu phải bổ sung.

Rà soát lại các biến số xem có giá trị missing hoặc các giá trị không đúng. Nếu có phải đối chiếu lại hồ sơ bệnh án để chỉnh sửa.

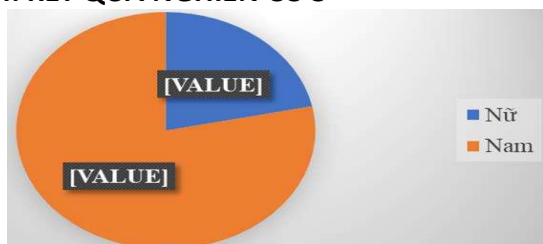
\* Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để tính toán

Với mục tiêu trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ sử dụng thuật toán thống kê mô tả để xác định tần số, tỷ lệ, giá trị trung bình, giá trị nhỏ nhất và giá trị lớn nhất.

**2.8. Đạo đức trong nghiên cứu.** Kết quả thu thập được mã hoá và được bảo mật.

Tuân thủ các quy định pháp lý và đạo đức trong nghiên cứu y học.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



**Biểu đồ 3.1. Phân bố trẻ theo giới (n=46)**

Có 46 trẻ, gồm 36 nam và 10 nữ, với tỷ lệ nam/nữ = 3,6/1 bị hẹp phì đại môn vị.

**Bảng 3.1. Phân bố trẻ theo tuổi khởi phát bệnh (n=46)**

| Tuổi khởi phát                               | n                      | %    |
|--|------------------------|------|
| < 3 tuần                                     | 2                      | 4,3  |
| 3 – 6 tuần                                   | 38                     | 82,6 |
| > 6 tuần                                     | 6                      | 13,1 |
| Tổng   | 46                     | 100  |
| Trung bình tuổi khởi phát (ngày) (Min – Max) | 26,57 ± 9,91 (10 – 78) |      |

**Nhận xét:** Tuổi khởi phát hay gặp nhất là 3 – 6 tuần tuổi chiếm 82,6%. Tuổi khởi phát bệnh trung bình là 26,57 ± 9,91 ngày. Bệnh biểu hiện sớm nhất là 10 ngày, muộn nhất là 78 ngày.

**Bảng 3.2. Phân bố theo tuổi được chẩn đoán (n=46)**

| Tuổi chẩn đoán                          | n                        | %    |
|---|--------------------------|------|
| < 3 tuần                                | 2                        | 4,3  |
| 3 – 8 tuần                              | 33                       | 71,8 |
| > 8 tuần                                | 11                       | 23,9 |
| Tổng                                    | 46                       | 100  |
| Trung bình tuổi chẩn (ngày) (Min – Max) | 42,38 ± 20,73 (13 – 121) |      |

**Nhận xét:** Trẻ được chẩn đoán chủ yếu trong độ tuổi từ 3 – 8 tuần chiếm tỷ lệ 71,8%. Tuổi được chẩn đoán trung bình là 42,38 ± 20,73 ngày tuổi. sớm nhất là 13 ngày, muộn nhất là 121 ngày.

**Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện (n=46)**

| Triệu chứng               | n  | %    |
|---------------------------|----|------|
| Có khoảng trống thời gian | 46 | 100  |
| Nôn ra sữa, cặn sữa       | 46 | 100  |
| Mất nước                  | 46 | 100  |
| Sút cân                   | 46 | 100  |
| Đái ít                    | 33 | 71,7 |
| Bụng chướng thượng vị     | 26 | 41,8 |
| Bụng không chướng         | 53 | 56,5 |
| Có sóng nhu động dạ dày   | 35 | 76,1 |
| Khám sờ thấy u cơ môn vị  | 48 | 52,2 |
| Vàng da kéo dài           | 3  | 6,5  |

**Nhận xét:** Nôn ra sữa, cặn sữa có khoảng trống thời gian rõ chiếm 100%

Biểu hiện mất nước, sút cân chiếm 100%.

Sờ thấy u cơ môn vị chiếm 52,2%.

Vàng da kéo dài có 3 trẻ chiếm 6,5%. Giá trị trung bình ở 3 trẻ này là: bilTP 215,3 mmol/l; bilTT 12,4 mmol/l; bilGT 205,3 mmol/l.

**Bảng 3.4. Kết quả chụp Xquang bụng không chuẩn bị tư thế đứng (n = 46)**

| Chụp Xquang | n  | %     |
|-------------|----|-------|
| 1 bóng hơi  | 38 | 82,6  |
| Bình thường | 8  | 16,5  |
| Tổng        | 46 | 100,0 |

Tất cả các trẻ đều được chụp Xquang bụng không chuẩn bị tư thế đứng, kết quả có 38 trường hợp (82,6%) gợi ý bóng hơi dạ dày giãn, có ứ đọng ở dạ dày.

**Bảng 3.5. Kích thước cơ môn vị trên siêu âm siêu âm.**

| Kích thước cơ môn vị trên siêu âm                 | n  | %    |
|---|----|------|
| Chiều dài cơ môn vị ≥ 16,0mm và cơ dày ≥ 4,0mm    | 43 | 93,4 |
| Hoặc chiều dài cơ môn vị < 16,0 hoặc MV dày < 4mm | 3  | 6,6  |
| Chiều dài cơ môn vị < 16mm và dày < 4mm           | 0  | 0    |
| Tổng số   | 46 | 100  |

Trong 3 trường hợp (6,6%) có bề dày < 4mm hoặc chiều dài < 16,0, thì có 1 trường hợp bề dày cơ môn vị là 3,6mm và 2 trường hợp còn lại là chiều dài cơ môn vị < 16,0mm.

Không có trường hợp nào bề dày cơ < 4mm đồng thời chiều dài cũng < 16,0mm.

**Bảng 3.6. Kết quả xét nghiệm điện giải đồ**

| Kết quả xét nghiệm (mmol/l) | n     | %       |
|-----------------------------|-------|---------|
| Na (n=46)                   | ≥ 135 | 22 47,8 |
|                             | < 135 | 24 52,2 |
| K (n=46)                    | ≥ 3,5 | 21 45,7 |
|                             | < 3,5 | 25 54,3 |
| Cl (n=46)                   | ≥ 98  | 14 30,4 |
|                             | < 98  | 32 69,6 |

Tỷ lệ Na và K giảm thấy ở trên 50% các trường hợp. Tỷ lệ Cl giảm ở gần 3/4 các trường hợp

### IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi nhận thấy hẹp phì đại môn vị thường gặp ở nam hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 3,6/1 (biểu đồ 3.1). Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của 1 số tác giả trên thế giới khi cho biết trẻ nam thường mắc phì đại môn vị hơn trẻ nữ và tỷ lệ nam/nữ trong khoảng từ 4,2 – 5,2 : 1.<sup>4</sup> Hẹp phì đại môn vị là bệnh đường tiêu hóa thường gặp nhất ở những tuần đầu tiên sau khi sinh. Bệnh thường khởi phát sau một khoảng thời gian nhất định sau sinh và khoảng thời gian này khác nhau tùy từng trẻ. Tuổi khởi phát hay gặp nhất là 3 – 6 tuần tuổi chiếm 82,6%. Tuổi

khởi phát bệnh trung bình là  $26,57 \pm 9,91$  ngày. Bệnh biểu hiện sớm nhất là 10 ngày, muộn nhất là 78 ngày (bảng 3.1). Bệnh thường được chẩn đoán ở độ tuổi từ 3 – 8 tuần chiếm tỷ lệ 71,8%. Tuổi được chẩn đoán trung bình là  $42,38 \pm 20,73$  ngày tuổi (bảng 3.2). Tương tự như vậy, Mee-Mee Leong và cộng sự cũng ghi nhận độ tuổi chẩn đoán của trẻ trung bình  $43,1 \pm 2,4$  ngày tuổi.<sup>5</sup> Độ tuổi chẩn đoán trung bình trong nghiên cứu của Hyun Jin Kim và cộng sự (2024) có thấp hơn của chúng tôi nhưng không nhiều. Tuổi chẩn đoán trung bình là  $40,5 \pm 19,59$  ngày. Sở dĩ có sự khác biệt với kết quả của chúng tôi có thể là do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều.<sup>2</sup>

Nghiên cứu phát hiện 100% trẻ hẹp phì đại môn vị có biểu hiện triệu chứng đầu tiên là nôn sữa, cặn sữa, nôn thường xuất hiện sau một khoảng trống thời gian sau sinh trẻ không nôn đến khi xuất hiện triệu chứng nôn. Nôn có đặc điểm là nôn ra sữa có cặn sữa (sữa vón cục), nôn vọt (nôn thành tia) tự nhiên một cách dễ dàng, nôn có thể thành đợt vài lần liên tiếp rồi ngừng lại sau đó lại tiếp tục nôn. Rất hiếm khi có nôn ra máu kèm theo (bảng 3.3). Theo Ruhi Shaligram và cộng sự (2024) nôn trong hẹp phì đại môn vị không phải nôn ra dịch mật, thường được mô tả là nôn vọt và kèm theo sụt cân.<sup>6</sup>

Sờ thấy u cơ môn vị trên lâm sàng là một dấu hiệu “vàng” đủ để chẩn đoán bệnh. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sờ thấy u cơ môn vị chiếm khoảng 52,2% (bảng 3.3). Một nghiên cứu cho biết tỷ lệ sờ thấy cơ môn vị chiếm có biên độ dao động lớn tùy từ 10% đến 93,4% và tỷ lệ này giảm dần theo thời gian. Sở dĩ có điều này vì việc sờ thấy u cơ môn vị còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: kinh nghiệm lâm sàng, tình trạng bụng, kích thước u, đặt sonde dạ dày...<sup>3</sup>

Bảng 3.4 cho thấy có 82,6% các trường hợp gợi ý có 1 bóng hơi dạ dày giãn. Điều này có thể xảy ra là do môn vị hẹp do bị phì đại làm cho thức ăn không xuống được tá tràng, ứ đọng ở dạ dày, dạ dày giãn ngày càng nhiều chứa khí, dịch sữa và cặn sữa. Tuy vậy, dấu hiệu bóng hơi dạ dày giãn gặp trong nhiều bệnh cảnh khác ở trẻ sơ sinh như tắc tá tràng, teo môn vị hoặc tắc ruột cao do các nguyên nhân khác không phải bệnh lý này. Vì vậy triệu chứng này chỉ có giá trị gợi ý.

Siêu âm là phương pháp không xâm lấn và chính xác để chẩn đoán hẹp phì đại môn vị ở trẻ. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có tới 93,4% trẻ hẹp phì đại môn vị có độ dày cơ môn vị là  $\geq 4$  mm và/hoặc chiều dài ống môn vị  $\geq 16$  mm (bảng 3.5). Nguyên nhân có thể do lần siêu

âm đầu lúc trẻ vào viện dạ dày giãn, chướng hơi hạn chế quan sát, sau khi được đặt sonde dạ dày, dạ dày xẹp, bớt ứ đọng, lên việc siêu âm chẩn đoán lần sau sẽ chính xác hơn. Theo van den Bunder và cộng sự, độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán hẹp phì đại môn vị nếu lấy điểm cắt của độ dày cơ môn vị  $\geq 3$  là 97,6% và 98,8%. Còn nếu lấy điểm cắt độ dày cơ môn vị là  $\geq 4$  mm thì độ nhạy và độ đặc hiệu là 94,0% và 98,0%. Nếu kết hợp độ dày cơ môn vị là  $\geq 4$  mm và/hoặc chiều dài ống môn vị  $\geq 16$  mm thì độ nhạy và độ đặc hiệu là 94,0% và 91,7%. Nhóm tác giả cho rằng siêu âm có độ chính xác chẩn đoán cao nhất để chẩn đoán hẹp phì đại môn vị và nên sử dụng PMT  $\geq 3$  mm làm ngưỡng cắt.<sup>3</sup>

Khi kiểm tra điện giải đồ chúng tôi phát hiện: Tỷ lệ Na và K giảm thấy ở trên 50% các trường hợp và tỷ lệ Cl giảm ở gần 3/4 các trường hợp (bảng 3.6). Điều này có thể xảy ra là do 100% trẻ có biểu hiện nôn nhiều dẫn đến mất nước và rối loạn điện giải.

## V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 46 hồ sơ bệnh án của trẻ có phì đại môn vị chúng tôi nhận thấy: Bệnh này thường xuất hiện ở trẻ sơ sinh nam (78,3%), có độ tuổi từ 3 – 6 tuần tuổi (82,6%) với tuổi khởi phát trung bình là  $26,57 \pm 9,91$  ngày. Hầu hết trẻ được chẩn đoán ở độ tuổi từ 3 – 8 tuần tuổi (71,8%) với thời gian chẩn đoán trung bình mất  $42,38 \pm 20,73$  ngày. Về mặt lâm sàng, tất cả bệnh nhân (100%) đều có biểu hiện nôn trở sữa không có mật hoặc sữa chưa tiêu, thường có sự chậm trễ về thời gian đặc trưng sau khi bú. Khám thực thể, sờ thấy được khối u môn vị ở 52,2% trường hợp. Chụp X-quang bụng không chuẩn bị thường phát hiện giãn dạ dày với bóng khí dạ dày nổi rõ (82,6%). Phát hiện siêu âm cho thấy phần lớn các trường hợp (93,4%) có chiều dài ống môn vị  $\geq 16,0$  mm và độ dày cơ  $\geq 4,0$  mm.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Khoa Ngoại – Bệnh viện Nhi trung ương đã tạo điều kiện để thực hiện nghiên cứu này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Galea R, Said E.** Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis: An Epidemiological Review. Neonatal Netw. 2018;37(4):197-204. doi:10.1891/0730-0832.37.4.197
2. **Kim HJ.** Utility of Pyloric Length Measurement for Detecting Severe Metabolic Alkalosis in Infants with Hypertrophic Pyloric Stenosis. Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition. 2024; 27(2): 88-94. doi:10.5223/pghn.2024. 27.2.88
3. **van den Bunder FA, Derikx JP, Kiblawi R,**

- van Rijn RR, Dingemann J. Diagnostic accuracy of palpation and ultrasonography for diagnosing infantile hypertrophic pyloric stenosis: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Radiology*. 2022;95(1139):20211251. doi:10.1259/bjr.20211251
4. Oetzmann von Sochaczewski C, Muensterer OJ. The incidence of infantile hypertrophic pyloric stenosis nearly halved from 2005 to 2017: analysis of German administrative data. *Pediatr Surg Int*. 2021;37(5):579-585. doi:10.1007/s00383-020-04810-0
5. Leong MM, Chen SCC, Hsieh CS, et al. Epidemiological Features of Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis in Taiwanese Children: A Nation-Wide Analysis of Cases during 1997–2007. *PLoS One*. 2011;6(5): e19404. doi:10.1371/journal.pone.0019404
6. Shaligram R, Malwade S, Garud BP, Mane S. Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis Without Metabolic Alkalosis: A Report of Two Cases. *Cureus*. 2024;16(9): e68548. doi:10.7759/cureus.68548

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO ĐANG DÙNG THUỐC CHỐNG ĐÔNG ĐƯỜNG UỐNG TẠI TRUNG TÂM ĐỘT QUÝ BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đào Thị Hương<sup>1</sup>, Mai Duy Tôn<sup>2,3,4</sup>, Đào Việt Phương<sup>2,3,4</sup>,  
Vương Xuân Trung<sup>2</sup>, Phạm Thùy Dung<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân chảy máu não đang dùng thuốc chống đông đường uống. So sánh các đặc điểm bệnh nhân giữa 2 nhóm bệnh nhân dùng DOAC và VKA tại trung tâm đột quỵ bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, các bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu não, khai thác tiền sử có sử dụng thuốc chống đông đường uống vào trung tâm đột quỵ bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2023 đến tháng 10/2024. Nhận xét kết quả điều trị, mô tả đặc điểm của các bệnh nhân chảy máu não ở 2 nhóm dùng DOAC và VKA. **Kết quả:** nghiên cứu có 36 bệnh nhân trong đó có 32 ca (88.9%) đang dùng VKA, 4 ca (11.1%) dùng DOAC (gồm 3 Rivaroxaban, 1 Endoxaban). Thường gặp ở những đối tượng lớn tuổi  $\geq 65$ , điều trị, điều trị rung nhĩ là chủ yếu, tỷ lệ tử vong trên 50%. Không có sự khác biệt về các triệu chứng lâm sàng ở cả 2 nhóm dùng DOAC và VKA, tuy nhiên chỉ số INR và APTT ở nhóm VKA cao hơn hẳn nhóm DOAC ( $p < 0,05$ ). Vị trí chảy máu thường gặp trên phim cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ chủ yếu là trên lều ở cả 2 nhóm. **Kết luận:** Chảy máu não ở nhóm dùng VKA thường gặp hơn DOAC. Cần theo dõi chặt chẽ INR ở nhóm bệnh nhân dùng VKA, đặc biệt là đối tượng cao tuổi, ngoài chỉ định bắt buộc, có thể cân nhắc dùng DOAC thay thế VKA khi có chỉ định. **Từ khóa:** chống đông, DOAC, VKA, chảy máu não.

### SUMMARY

#### OUTCOMES OF PATIENTS WITH INTRACRANIAL HEMORRHAGE USING

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Phương

Email: daovietphuong85@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025

### ORAL ANTICOAGULANTS AT THE STROKE CENTER OF BACH MAI HOSPITAL

**Objective:** Outcomes of intracerebral hemorrhage patients currently using oral anticoagulants. Compare patient characteristics between two groups of patients using DOACs and VKAs at the Stroke Center of Bach Mai Hospital. **Subjects and Methods:** Descriptive study of patients diagnosed with intracerebral hemorrhage and with a history of oral anticoagulant use at the Stroke Center of Bach Mai Hospital from October 2023 to October 2024. Outcomes and characteristics of intracerebral hemorrhage patients were described in both DOAC and VKA groups. **Results:** The study included 36 patients, of which 32 cases (88.9%) were using VKAs and 4 cases (11.1%) were using DOACs (including 3 Rivaroxaban, 1 Endoxaban). The ages was commonly found in elderly patients  $\geq 65$  years old, being treated for atrial fibrillation, with a mortality rate over 50%. There was no difference in clinical symptoms between the DOAC and VKA groups; however, INR and APTT indices in the VKA group were significantly higher than in the DOAC group ( $p < 0.05$ ). The most common bleeding location on CT-scan and MRI was above the cerebellum tentorium in both groups. **Conclusion:** Intracerebral hemorrhage in the VKA group was more common than in the DOAC group. Close monitoring of INR is necessary in patients using VKAs, especially in elderly subjects. Beyond mandatory indications, using DOACs as an alternative to VKAs should be considered when indicated. **Keywords:** anticoagulation, DOAC, VKA, intracerebral hemorrhage

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệu pháp chống đông máu là nền tảng của điều trị huyết khối tĩnh mạch cũng như dự phòng đột quỵ thứ phát do rung nhĩ. Việc sử dụng lâu dài các thuốc chống đông máu đường uống và các thuốc chống huyết khối để phòng ngừa các biến cố huyết khối và tắc mạch máu ngày càng gia tăng<sup>1,2</sup>. Các thuốc chống đông đã được sử dụng từ rất lâu như thuốc kháng vitamin K (VKA)