

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ TIÊU CHẢY
CẤP MẮT NƯỚC Ở TRẺ NHẬP VIỆN BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ
NĂM 2021-2022**

Nguyễn Thị Nguyên Thảo, Trần Công Lý, Nguyễn Thị Xuân Quỳnh
Lê Hoài Phong, Nguyễn Thị Bảo Duyên, Huỳnh Nhật Tuấn*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: 1753010186@student.ctump.edu.vn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiêu chảy cấp là một trong những bệnh thường gặp nhất ở trẻ em và là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tình trạng mất nước ở trẻ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị tiêu chảy cấp mất nước ở trẻ nhập viện Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca gồm 50 trường hợp được chẩn đoán tiêu chảy cấp mất nước tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2021-2022. **Kết quả:** Tiêu chảy cấp mất nước thường gặp ở nhóm tuổi <24 tháng tuổi (82%). Về đặc điểm lâm sàng, số trẻ tiêu chảy cấp có mất nước cao gấp 9 lần trẻ tiêu chảy cấp mất nước nặng. Về dấu hiệu mất nước, trẻ tiêu chảy cấp có dấu hiệu uống nước háo hức (92%) và mắt trũng (96%) chiếm tỉ lệ cao nhất. Về đặc điểm cận lâm sàng, hầu hết trẻ tiêu chảy cấp có bạch cầu tăng >10.000 tế bào/mm³ (54%). Kết quả điện giải đồ cho thấy có 42% trẻ giảm Na⁺, 42% trẻ giảm K⁺. Tác nhân gây bệnh chủ yếu là *Escherichia coli* (80%). Về điều trị, số ngày nằm viện trung bình là 6,46±2,224 ngày. Phần lớn trẻ được truyền Lactate Ringer trong 12 giờ đầu (68%), liều truyền dịch >15 mL/kg/h chiếm tỉ lệ cao với 52% và thời gian truyền trung bình là 3,16±1,39 giờ. **Kết luận:** Phần lớn trẻ tiêu chảy cấp mất nước ở nhóm tuổi <24 tháng tuổi, hai dấu hiệu mất nước thường gặp là mắt trũng và uống nước háo hức. Đa số trẻ tiêu chảy cấp dễ bị rối loạn điện giải khi mất nước.

Từ khóa: Tiêu chảy cấp; tiêu chảy cấp mất nước; lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị, trẻ em.

ABSTRACT

**CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS
AND TREATMENT OF ACUTE WATERY DIARRHEA
WITH DEHYDRATION IN CHILDREN
AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL IN 2021-2022**

Nguyen Thi Nguyen Thao, Tran Cong Ly, Nguyen Thi Xuan Quynh,
Le Hoai Phong, Nguyen Thi Bao Duyen, Huynh Nhat Tuan
Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

Background: Acute diarrhea is one of the most common diseases in children and is the main cause of dehydration in children. **Objectives:** To describe clinical, paraclinical characteristics and evaluate treatment results of acute watery diarrhea with dehydration in children hospitalized at Can Tho Children's Hospital in 2021-2022. **Materials and methods:** A case series study of 50 cases diagnosed with acute watery diarrhea with dehydration at Can Tho Children's Hospital in 2021-2022. **Results:** To acute watery diarrhea with dehydration was common in the age group <24 months (82%). In terms of clinical characteristics, the number of children with acute watery diarrhea with dehydration was 9 times higher than that of children with acute watery diarrhea with severe dehydration. Regarding signs of dehydration, children with acute diarrhea showed signs of eagerness to drink water (92%) and sunken eyes (96%) accounted for the highest percentage. In

terms of paraclinical features, most children with acute diarrhea had a white blood cell count >10.000 cells/ mm^3 (54%). Serum electrolyte results showed that 42% of children with a low level of Na^+ and 42% of children with low K^+ . The main causative agent is *Escherichia coli* (80%). Regarding treatment, the average length of hospital stay is 6.46 ± 2.224 days. Most of the children received Ringer Lactate infusion during the first 12 hours (68%), the infusion dose >15 mL/kg/h accounts for a high rate with 52% and a mean duration of 3.16 ± 1.39 hours. **Conclusions:** Most children with acute diarrhea had dehydration in the age group <24 months, two common signs of dehydration are sunken eyes and eager of drinking. Most children with acute diarrhea have electrolyte disorders when being dehydrated.

Keywords: Acute diarrhea; watery diarrhea; clinical, paraclinical and treatment results; children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêu chảy cấp là một trong những bệnh thường gặp nhất ở trẻ em và là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tình trạng mất nước ở trẻ. Theo WHO, hàng năm trên thế giới có khoảng 1,7 tỷ trẻ em mắc bệnh và khoảng 525 nghìn trẻ tử vong do tiêu chảy [15]. Tại Việt Nam, số ca tiêu chảy trong 10 năm từ năm 2002-2011 khoảng 9 triệu ca [7].

Tiêu chảy cấp mất nước là tiêu phân lỏng hoặc tóe nước, không máu trên 3 lần/24 giờ, tiêu chảy <14 ngày với lượng nước mất từ 5% trọng lượng cơ thể, cùng các biểu hiện mất nước như: vật vã kích thích, mắt trũng, miệng khô, khát nước, uống nước háo hức, nếp vẹo da mất chậm,...[2]. Tiêu chảy là một vấn đề toàn cầu và là gánh nặng kinh tế cho xã hội. Nhận thức được tính quan trọng của vấn đề, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đóng góp một phần vào công tác chẩn đoán và điều trị bệnh tại Cần Thơ nói riêng và Đồng bằng Sông Cửu Long nói chung.

Mục tiêu nghiên cứu:

1) Mô tả đặc điểm lâm sàng tiêu chảy cấp mất nước ở trẻ nhập viện tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ tháng 06/2021 đến tháng 04/2022.

2) Mô tả đặc điểm cận lâm sàng tiêu chảy cấp mất nước ở trẻ nhập viện tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ tháng 06/2021 đến tháng 04/2022.

3) Đánh giá kết quả điều trị tiêu chảy cấp mất nước ở trẻ nhập viện tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ tháng 06/2021 đến tháng 04/2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân tiêu chảy cấp mất nước từ 2 tháng đến 15 tuổi nhập viện tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 06 năm 2021 đến tháng 04 năm 2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

+ Bệnh nhi bị tiêu chảy cấp mất nước nhập viện tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ

+ Trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi

+ Gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Tiêu chảy phân có máu

+ Bệnh nhi mắc hội chứng ruột ngắn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 06 năm 2021 đến tháng 04 năm 2022.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ. Chọn liên tiếp các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu thu được 50 bệnh nhân.

- **Phương pháp thu thập số liệu:**

Mẫu phiếu thu thập soạn sẵn thu nhận các biến về:

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới, nơi ở

+ Đặc điểm lâm sàng: đặc điểm sốt và nôn ói, dấu hiệu mất nước, phân loại mất nước

+ Đặc điểm cận lâm sàng: bạch cầu, điện giải đồ, cấy phân tìm tác nhân gây bệnh

+ Kết quả điều trị: số ngày nằm viện, sử dụng dịch truyền và biến chứng của mẫu nghiên cứu.

- **Xử lý số liệu:**

Số liệu thu thập được phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0 và Excel 2016.

Định nghĩa biến:

+ Tiêu chảy là tiêu chảy phân lỏng hoặc tóe nước, không máu trên 3 lần/24 giờ [2].

+ Tiêu chảy cấp là tiêu chảy không quá 14 ngày, phân lỏng tóe nước, không có máu [2].

+ Tiêu chảy cấp mất nước là bệnh tiêu chảy với lượng nước mất từ 5% trọng lượng cơ thể, cũng các biểu hiện mất nước như: vật vã kích thích hay li bì, mắt trũng, miệng khô, khát nước, uống nước háo hức, nếp véo da mất chậm [2].

+ Rối loạn điện giải: $Na^+ < 135 \text{mmol/L}$ hoặc $Na^+ > 150 \text{mmol/L}$; $K^+ < 3,5 \text{mmol/L}$ hoặc $K^+ > 5 \text{mmol/L}$ [2].

- Nhiễm trùng huyết: Theo hội chứng đáp ứng viêm toàn thân gồm [12]:

+ Nhiệt độ $< 38^{\circ}\text{C}$ hoặc 36°C

+ Nhịp tim > 90 lần/phút

+ Nhịp thở > 20 lần/phút hoặc $\text{PaCO}_2 < 32 \text{mmHg}$

+ Bạch cầu > 12.000 tế bào/ mm^3 hoặc < 4000 tế bào/ mm^3 hoặc $> 10\%$ bạch cầu non.

- Toan chuyển hóa: Lâm sàng: tri giác li bì, thở nhanh sâu, co kéo cơ hô hấp phụ.

Khí máu động mạch: $\text{pH} < 7,35$ và $\text{HCO}_3^- < 22 \text{mmHg}$ [2].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 06/2021 đến tháng 04/2022 tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, chúng tôi ghi nhận kết quả từ 50 trẻ tiêu chảy cấp mất nước như sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=50)

Đặc điểm		Tần số (Tỉ lệ %)
Giới	Nam	27 (54%)
	Nữ	23 (46%)
	Tỉ lệ nam/nữ=1,17/1	
Tuổi	<24 tháng	41 (82%)
	24-60 tháng	8 (16%)
	>60 tháng	1 (2%)
Nơi ở	Nông thôn	37 (74%)
	Thành thị	13 (26%)

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ nam mắc tiêu chảy cấp tương đương với tỷ lệ trẻ nữ mắc tiêu chảy là 1,17/1. Tiêu chảy cấp có mất nước xảy ra nhiều nhất ở nhóm trẻ <24 tháng tuổi (82%), nhóm tuổi >60 tháng tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (2%). Trẻ bị tiêu chảy cấp chủ yếu sống ở khu vực nông thôn (74%), trẻ sống ở khu vực thành thị chiếm tỷ lệ ít hơn (26%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng của tiêu chảy cấp mất nước

Bảng 2. Đặc điểm sốt và nôn ói (n=50)

Triệu chứng lâm sàng	Tần số (Tỷ lệ %)
Sốt	47 (94%)
Không sốt	3 (6%)
Nôn ói	44 (88%)
Không nôn ói	6 (12%)

Nhận xét: Đa số trẻ nhập viện vì tiêu chảy cấp có kèm theo triệu chứng sốt (94%) và nôn ói (88%).

Bảng 3. Phân loại mất nước và đặc điểm các dấu hiệu mất nước (n=50)

Dấu hiệu mất nước		Tần số (Tỷ lệ %)
Phân loại mất nước	Có mất nước	45 (90%)
	Mất nước nặng	5 (10%)
Toàn trạng	Tỉnh táo	31 (62%)
	Vật vã, bứt rứt	4 (8%)
	Li bì, hôn mê	15 (30%)
Uống nước	Uống bình thường	0 (0%)
	Uống háo hức	46 (92%)
	Uống kém/ không uống được	4 (8%)
Mắt	Bình thường	1 (2%)
	Trũng	48 (96%)
	Rất trũng	1 (2%)
Nếp véo da	Mất nhanh	33 (66%)
	Mất chậm <2s	14 (28%)
	Mất rất chậm >2s	3 (6%)

Nhận xét: Trong 50 trẻ tiêu chảy cấp mất nước, trẻ tiêu chảy cấp có mất nước (90%) nhiều gấp 9 lần trẻ tiêu chảy cấp mất nước nặng (10%). Trong đánh giá toàn trạng ở trẻ, dấu hiệu trẻ tỉnh táo chiếm tỷ lệ cao nhất (62%), tỷ lệ trẻ vật vã, bứt rứt thấp nhất (8%). Trong đánh giá tình trạng uống nước của trẻ, trẻ uống háo hức chiếm tỷ lệ cao nhất (92%), trẻ uống kém/ không uống được chiếm 4%. Trong đánh giá mắt, trẻ có mắt trũng chiếm tỷ lệ cao nhất với 96%, trẻ có mắt rất trũng và trẻ có mắt bình thường chiếm tỷ lệ bằng nhau là 2%. Trong đánh giá nếp véo da, trẻ có nếp véo da mất nhanh chiếm tỷ lệ cao nhất (66%) và trẻ có nếp véo da mất rất chậm chiếm tỷ lệ thấp nhất là 6%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của tiêu chảy cấp mất nước

Bảng 4. Đặc điểm bạch cầu, điện giải đồ, đường huyết mao mạch (n=50)

Xét nghiệm		Tần số (Tỷ lệ %)
Bạch cầu (tế bào/mm ³)	<4000	1 (2%)
	4000-10.000	22 (44%)
	>10.000	27 (54%)
Na ⁺ (mmol/L)	<135	21 (42%)

Xét nghiệm		Tần số (Tỉ lệ %)
	135-145	22 (44%)
	>150	2 (4%)
K ⁺ (mmol/L)	<3,5	21 (42%)
	3,5-5	24 (48%)
	>5	5 (10%)
Đường huyết mao mạch (mmol/L)	<4	9 (18%)
	4-6	39 (78%)
	>6	2 (4%)

Nhận xét: Trẻ có số lượng bạch cầu >10.000 tế bào/mm³ chiếm tỉ lệ cao nhất với 54%, trẻ có số lượng bạch cầu <4000 tế bào/mm³ chiếm tỉ lệ thấp nhất với 2%. Trẻ có nồng độ Na⁺ trong máu <135mmol/L chiếm tỉ lệ 42%. Trẻ có nồng độ K⁺ trong máu <3,5 mol/L chiếm tỉ lệ 42%. Trẻ có đường huyết mao mạch trong <4mmol/L chiếm 18%.

Bảng 5. Phân bố tác nhân gây bệnh (n=25)

Tác nhân gây bệnh	Tần số (Tỉ lệ %)
Escherichia coli	20 (80%)
Enterobacter cloacae	3 (12%)
Klebsiella pneumoniae	2 (4%)

Nhận xét: Trong 25 ca được cấy phân, tác nhân gây bệnh nhiều nhất ở trẻ tiêu chảy cấp có mất nước là Escherichia coli với tỉ lệ 80%. Enterobacter cloacae và Klebsiella pneumoniae được tìm thấy với số lượng tương đương nhau là 3 trường hợp và 2 trường hợp, chiếm tỉ lệ lần lượt là 12% và 8%.

3.4. Kết quả điều trị tiêu chảy cấp mất nước

Bảng 6. Số ngày nằm viện và sử dụng dịch truyền trong 12 giờ đầu (n=50)

Dịch truyền		Tần số (Tỉ lệ %)
Số ngày nằm viện (ngày)	<4	2 (4%)
	4-7	38 (76%)
	>7	10 (20%)
Trung bình: 6,46±2,224 ngày		
Loại dịch truyền	Ringer Lactate	34 (68%)
	Ringer Lactate in Glucose 5%	15 (30%)
	NaCl 0,9%	1 (2%)
Liều truyền dịch (mL/kg/h)	5-10	14 (28%)
	10-15	10 (20%)
	>15	26 (52%)
Thời gian truyền dịch	Trung bình: 3,16±1,39 giờ	

Nhận xét: Số ngày nằm viện trong khoảng 4-7 ngày ở những trẻ tiêu chảy cấp mất nước chiếm tỉ lệ cao nhất với 76%, thấp nhất là trẻ nằm viện <4 ngày (4%). Trung bình số ngày nằm viện là 6,46±2,224 ngày. Loại dịch truyền được sử dụng nhiều nhất cho trẻ tiêu chảy cấp mất nước là Ringer Lactate với tỉ lệ sử dụng là 68%, thấp nhất là NaCl 0,9% với tỉ lệ 2%. Liều truyền dịch >15ml/kg/h chiếm tỉ lệ cao nhất (52%) và thời gian truyền dịch trung bình là 3,16±1,39 giờ.

Bảng 7. Các biến chứng ở trẻ tiêu chảy cấp mất nước (n=50)

Biến chứng	Tần số (Tỉ lệ %)
Rối loạn điện giải	40 (80%)
Hạ đường huyết	9 (18%)
Nhiễm trùng huyết	8 (16%)
Toan chuyển hóa	6 (12%)

Nhận xét: Trẻ xuất hiện biến chứng rối loạn điện giải chiếm tỉ lệ cao nhất với 80%, tiếp theo là trẻ hạ đường huyết với tỉ lệ 18%. Trẻ nhiễm trùng huyết và toan chuyển hóa chiếm tỉ lệ tương đương nhau, lần lượt là 16% và 12%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Giới tính: Trong tổng số 50 trẻ bị tiêu chảy cấp 27 trẻ là nam (54%) và 23 nữ (46%), tỉ lệ nam/nữ=1,17/1. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hải Yến với tỷ lệ nam/nữ là 1,42:1 [11].

Tuổi: Nghiên cứu chúng tôi cho thấy phần lớn trẻ mắc bệnh <24 tháng tuổi (82%), trẻ >60 tháng tuổi chiếm tỉ lệ thấp (2%), Cũng tương tự với kết quả của chúng tôi nghiên cứu của Nguyễn Minh Sơn công bố độ tuổi nhập viện do tiêu chảy cấp thường gặp nằm ở độ tuổi từ 6-12 tháng tuổi với tỷ lệ 63,6% [5].

Nơi ở: Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, số trẻ tiêu chảy ở nông thôn là 37 trẻ (74%) nhiều hơn thành thị (26%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Thanh (2017) với trẻ mắc tiêu chảy cấp ở nông thôn chiếm tỉ lệ 69% và thành thị là 31,0% [6].

4.2. Đặc điểm lâm sàng của tiêu chảy cấp mất nước

Sốt và nôn ói: Đa số trẻ nhập viện vì tiêu chảy cấp có kèm theo triệu chứng sốt (94%) và nôn ói (88%). Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Cúc (2013) với trẻ tiêu chảy cấp nhập viện có sốt là 83,1% và nôn ói là 60,7%.

Phân loại mất nước: Trong 50 trẻ tiêu chảy cấp mất nước, trẻ tiêu chảy cấp có mất nước (90%) nhiều gấp 9 lần trẻ tiêu chảy cấp mất nước nặng (10%). Kết quả này tương đồng với các tác giả khác: tác giả Nguyễn Thị Hải Yến ghi nhận tỷ lệ bệnh nhi có mất nước chiếm 81,9%, mất nước nặng 1,2% [11]. Tỉ lệ trẻ mắc tiêu chảy cấp mất nước nặng trong nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu khác đều chiếm tỉ lệ rất thấp, cho thấy chương trình phòng chống tiêu chảy quốc gia đã có hiệu quả cao.

Các dấu hiệu mất nước: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số trẻ nhập viện với tình trạng uống nước háo hức (92%) và mắt trũng (96%). Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết (2021): có 57,1% trẻ khát nước, uống nước háo hức và 28% trẻ có tình trạng mắt trũng [10]. Lý do của sự khác biệt này là nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên những trẻ có dấu hiệu mất nước trong khi tác giả Nguyễn Thị Tuyết thì ghi nhận đặc điểm lâm sàng trên cả những trẻ không có dấu hiệu mất nước.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của tiêu chảy cấp mất nước

Bạch cầu: Trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ có số lượng bạch cầu >10.000 tế bào/mm³ chiếm tỉ lệ cao nhất với 54%, kết quả này có sự khác biệt với kết quả của tác giả Nguyễn Minh Tuấn (2014): trẻ có bạch cầu tăng chiếm tỷ lệ 89,5% [9]. Sự khác biệt này có

thể do đặc điểm về cỡ mẫu nghiên cứu.

Điện giải đồ: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ Na^+ máu giảm $<135\text{mmol/L}$ chiếm 42% và nồng độ Na^+ máu tăng $>150\text{mmol/L}$ chiếm 4%. Kết quả điện giải đồ này tương đồng với nghiên cứu của Mirza Sultan Ahmad và cộng sự (2016): tăng Na^+ máu (17,3%) [13].

Trong nghiên cứu của chúng tôi 42% có nồng độ K^+ trong máu $<3,5\text{mmol/L}$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Bảo Ân (2016) với tỉ lệ giảm K^+ máu là 30,8% [1]. Trong tiêu chảy cấp, K^+ thường mất theo phân nên cần hướng dẫn các bà mẹ chăm sóc và bổ sung K^+ cho trẻ để hạn chế tình trạng giảm K^+ máu.

Đường huyết: Trong nhóm bệnh nhi chúng tôi nghiên cứu có 18% trẻ có đường huyết $<4\text{mmol/L}$. Nghiên cứu của Ahmad (2016) cũng cho thấy những trẻ nôn ói nhiều có thể dẫn đến tình trạng hạ đường huyết ở trẻ [13].

Phân bố tác nhân gây bệnh: Theo nghiên cứu của chúng tôi, tác nhân vi khuẩn phân lập được đa số là *Escherichia coli* (80%), kế tiếp là *Enterobacter cloacae* (12%) và *Klebsiella pneumoniae* (4%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hoàng Ngọc Phú Hưng (2018): *E. Coli* (73,7%), *Klebsiella pneumoniae* (12,3%) và *Enterobacter cloacae* (10,3%) [3].

4.4. Kết quả điều trị tiêu chảy cấp mất nước

Số ngày nằm viện: Tổng số ngày điều trị <7 ngày chiếm 80% và trung bình là $6,46 \pm 2,224$ ngày, phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thành Trung (2015): có 86,14% trẻ tiêu chảy dưới 7 ngày, trung bình $5 \pm 2,04$ ngày. Điều này phù hợp với ghi nhận của y văn là đợt tiêu chảy cấp thời gian thường khoảng 5–7 ngày [4], [8].

Bù nước: 100% trẻ được bù dịch bằng đường tĩnh mạch với loại dịch truyền thường được sử dụng nhất là Ringer lactate với 68%. Liều dịch truyền $>15\text{mL/kg/h}$ (52%) và thời gian truyền dịch trung bình là $3,16 \pm 1,39$ giờ. Kết quả này tương đối phù hợp với phác đồ B theo hướng dẫn điều trị tiêu chảy cấp mất nước hiện nay. Theo phác đồ B, bù nước bằng dung dịch ORS cho trẻ tiêu chảy cấp mất nước với liều 75mL/kg/4h . Khác với phác đồ điều trị tiêu chảy cấp mất nước, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 100% trẻ được bù dịch bằng đường tĩnh mạch. Điều này được lý giải rằng, đa số trẻ nhập viện vì tiêu chảy cấp mất nước có kèm theo nôn ói (88%) (bảng 2), vì vậy việc bù dịch qua đường uống bằng ORS chưa giúp trẻ bồi hoàn thể tích dịch một cách hiệu quả. Do vậy, bù dịch qua đường truyền tĩnh mạch giúp cung cấp nước và điện giải cho trẻ nhanh và kịp thời hơn so với đường uống khi trẻ đã có dấu hiệu có mất nước rõ, nhằm tránh trường hợp từ tiêu chảy cấp có mất nước chuyển sang mất nước nặng và tránh các biến chứng trong tiêu chảy cấp mất nước, đặc biệt là biến chứng rối loạn điện giải.

Biến chứng: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở những trẻ tiêu chảy cấp mất nước, đa số sẽ xuất hiện biến chứng rối loạn điện giải với tỉ lệ là 80%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Okposio (2015): mất nước do hạ Na^+ máu là loại mất nước phổ biến nhất với tỉ lệ 60,5% [14].

V. KẾT LUẬN

Phần lớn trẻ tiêu chảy cấp mất nước ở nhóm tuổi <24 tháng tuổi, hai dấu hiệu mất nước thường gặp là mắt trũng và uống nước háo hức. Đa số trẻ tiêu chảy cấp dễ bị rối loạn điện giải khi mất nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Thị Bảo Ân (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện giải đồ và nồng độ Glucose máu trong bệnh tiêu chảy cấp do Rotavirus ở trẻ em*, Luận văn Thạc sĩ Y học của Bác sĩ nội trú trường Đại học Y Dược Huế.
 2. Bệnh viện Nhi đồng 1 (2020), *Phác đồ điều trị Nhi khoa*, Nhà xuất bản Y học, thành phố Hồ Chí Minh.
 3. Hoàng Ngọc Phú Hưng (2018), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị các tác nhân vi khuẩn gây tiêu chảy cấp ở trẻ em tại khoa Tiêu hóa bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ 2017-2018*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
 4. Nguyễn Gia Khánh, Bộ môn Nhi trường Đại học Y Hà Nội (2013), *Tiêu chảy cấp ở trẻ em*, *Bài giảng Nhi Khoa*, Tập 1, tr.306-325.
 5. Nguyễn Minh Sơn, Nguyễn Thị Thắng, Cao Xuân Ngọc và cộng sự (2014), *Thực trạng bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ em từ 6 đến 23 tháng tuổi tại Khoa Nhi Bệnh viện Xanh Pôn*, *Tạp chí Y học dự phòng*, XXV(166), tr.148.
 6. Nguyễn Thị Kim Thanh (2017), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của các tác nhân gây bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ em tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2016 - 2017*, Luận văn tốt nghiệp đại học Trường Đại học Y dược Cần Thơ.
 7. Nguyễn Thanh Thảo, Lê Thị Tài, Nguyễn Văn Hiến và cộng sự (2014), *Tình hình bệnh tiêu chảy tại Việt Nam giai đoạn 2002 - 2011*, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXI, số 7(156), tr.92.
 8. Nguyễn Thành Trung (2015), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số tác nhân gây bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ em*, Luận văn Thạc sĩ của Bác sĩ nội trú Trường Đại học Y Dược Huế.
 9. Nguyễn Minh Tuấn (2014), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chăm sóc bệnh nhi tiêu chảy cấp tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2013 - 2014*, Luận văn tốt nghiệp CNDD trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
 10. Nguyễn Thị Tuyết (2021), *Kết quả chăm sóc, điều trị bệnh nhi dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp và một số yếu tố liên quan tại khoa nhi bệnh viện Đa khoa huyện Hoà Đức- Hà Nội*, Luận văn Thạc sĩ trường Đại học Thăng Long.
 11. Nguyễn Thị Hải Yến (2006), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ở trẻ tiêu chảy cấp do Rotavirus*, Đề tài nghiên cứu khoa học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
 12. Goldstein B., Giroir B., Randolph A., *et al.* (2005), International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics, *Pediatr Crit Care Med*, 6(1), pp.2-8.
 13. Ahmad M. S., Wahid A., Ahmad M., *et al.* (2016), Prevalence of Electrolyte Disorders Among Cases of Diarrhea with Severe Dehydration and Correlation of Electrolyte Levels with Age of the Patients, *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 26(5), pp.394-8.
 14. Okposio M. M., Onyiriuka A. N., Abhulimhen-Iyoha B. I., *et al.* (2015), Point-of-Admission Serum Electrolyte Profile of Children less than Five Years Old with Dehydration due to Acute Diarrhoea, *Trop Med Health*, 43(4), pp.247-52.
 15. WHO (2017), Diarrhoeal disease, 2017 May 02, [cited 2021 July 07], Available from: URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
(Ngày nhận bài: 05/9/2022 – Ngày duyệt đăng: 12/12/2022)
-