

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỞ THÀNH BỤNG Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Châu Hồng Thương¹, Phạm Thị Thanh Tâm¹, Nguyễn Đức Toàn^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hở thành bụng là một khuyết tật thành bụng bẩm sinh hiếm gặp, do sự phát triển không hoàn thiện dẫn tới một tình trạng khuyết hồng của thành bụng nằm ở một bên của rốn, trong đó ruột, đôi khi là dạ dày và/hoặc gan nhô vào khoang ổ, không được bao bọc bởi phúc mạc, các bộ phận của đường tiêu hoá tiếp xúc thường xuyên với nước ối có thể bị phù nề, viêm và tổn thương lớp thanh mạc – cơ^{[3][5]}. Trên thế giới, một nghiên cứu quan trọng được đăng trên tạp chí Phẫu thuật Nhi khoa năm 2023 đã báo cáo tỷ lệ mắc bệnh hở thành bụng trên thế giới là 3,3 trên 10.000 ca sinh sống^[4]. Tại Việt Nam, những số liệu về hở thành bụng không nhiều. Trong bối cảnh tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 hiện nay, khả năng chẩn đoán tình trạng này sớm trong thai kỳ đã được cải thiện; bên cạnh đó, những cải tiến trong kỹ thuật phẫu thuật; và những tiến bộ trong hỗ trợ dinh dưỡng làm cho kết quả điều trị có thể đã thay đổi nhiều theo thời gian. Ở đây, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả các đặc điểm của hở thành bụng ở trẻ sơ sinh. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ phần trăm các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị hở thành bụng ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Phương pháp:** Mô tả loạt ca từ 01/01/2020 đến 30/06/2025 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Kết quả:** Có 61 trường hợp hở thành bụng ở trẻ sơ sinh trong thời gian nghiên cứu. Tỷ lệ nam/nữ là 1,1/1, tuổi thai có trung vị 36,0 tuần (35,0 – 37,0 tuần), cân nặng lúc sinh có trung vị 2140g (1900 – 2400 g), sinh mổ chiếm 50,8%, tỷ lệ chẩn đoán tiền sản là 85,2%, tuổi mẹ có trung vị 21,0 tuổi (19,0 – 24,0 tuổi) và 18% trường hợp chuyển từ bệnh viện tỉnh. Phân độ tổn thương ruột trong hở thành bụng ở trẻ sơ sinh như sau: độ I (86,9%), độ II (9,9%), độ III (3,3%). Các chẩn đoán bệnh lý kèm theo thường gặp bao gồm dị tật tim bẩm sinh (1,7%), teo ruột non (1,7%). Về đặc điểm lâm sàng lúc nhập viện và an toàn chuyển viện gồm suy hô hấp (77,0%), sốc (14,6%), hạ thân nhiệt (85,2%), bọ túi plastic vô khuẩn (50,8%), đắp gạc ẩm vô khuẩn (42,6%), không bù dịch (70,5%). Về phẫu thuật, thời gian đặt túi silo trung vị 5,0 ngày (4,0 – 5,0 ngày), đặt túi silo và không được mổ chiếm 3,3%. Về đặc điểm lâm sàng và biến chứng sau mổ: sốc (33,9%), nhiễm trùng vết mổ (22,0%), viêm phổi (10,2%), tắc ruột (10,2%), viêm ruột hoại tử (10,2%), hội chứng ruột ngắn (3,4%), thời gian thở máy hậu phẫu trung vị 4,0 ngày (3,0 – 5,0 ngày), thời gian bắt đầu nuôi ăn tiêu hoá (từ ngày hậu phẫu) là 7,0 ngày

(6,0 – 10,0 ngày), thời gian nuôi ăn tiêu hoá hoàn toàn (từ ngày hậu phẫu) là 15,0 ngày (10,0 – 18,5 ngày), thời gian nuôi ăn tĩnh mạch 18,5 ngày (15,0 – 25,0 ngày). Thời gian nằm viện trung vị 30,0 ngày (23,0 – 40,0 ngày), tỷ lệ tử vong là 3,3%, nguyên nhân tử vong là bệnh màng trong (1,7%), nhiễm trùng huyết (1,7%). **Kết luận:** Phân độ thường gặp nhất trong hở thành bụng ở trẻ sơ sinh là độ I (86,9%). Các chẩn đoán bệnh lý kèm theo thường gặp bao gồm bất thường tim bẩm sinh (1,7%), teo ruột non (1,7%). Tỷ lệ tử vong là 3,3%. Cần có chiến lược chẩn đoán và điều trị phù hợp để giảm tỷ lệ tử vong trong hở thành bụng ở trẻ sơ sinh.

Từ khoá: hở thành bụng, sơ sinh, tử vong.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OUTCOMES OF GASTROSCHISIS IN NEWBORNS AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Gastroschisis is a rare congenital abdominal wall defect caused by incomplete development, resulting in a defect in the abdominal wall located to one side of the umbilicus. In this condition, the intestines, and sometimes the stomach and/or liver, protrude into the amniotic cavity without being covered by the peritoneum. The digestive organs, constantly exposed to amniotic fluid, may develop edema, inflammation, and damage to the serosal-muscular layer^{[3][5]}. Globally, a significant study published in the Journal of Pediatric Surgery in 2023 reported the incidence of gastroschisis as 3.3 per 10,000 live births. In Vietnam, data on gastroschisis are limited^[4]. At Children's Hospital 1, the ability to diagnose this condition early during pregnancy has improved, alongside advancements in surgical techniques and nutritional support, which may have significantly altered treatment outcomes over time. This study aims to describe the characteristics of gastroschisis in newborns. **Objectives:** To determine the percentage of clinical characteristics, and treatment outcomes of gastroschisis in newborns at Children's Hospital 1. **Methods:** A case series study was conducted from January 1, 2020, to June 30, 2025, at Children's Hospital 1. **Results:** There were 61 cases of gastroschisis in newborns during the study period. The male-to-female ratio was 1,1:1. The median gestational age was 36,0 weeks (35,0 – 37,0 weeks), median birth weight was 2140g (1900 – 2400 g). Cesarean delivery was performed in 50,8% of cases. Prenatal diagnosis of gastroschisis was made in 85,2% of patients. The median maternal age was 21,0 years (19,0 – 24,0 years), with 18% of cases referred from provincial hospitals. Bowel injury associated with gastroschisis was classified as follows: Grade I (86,9%), Grade II (9,9%), and Grade III (3,3%). Common associated anomalies included congenital heart defects (1,7%) and intestinal atresia (1,7%). Regarding the clinical characteristics at admission and

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Toàn

Email: toanped@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

the safety of transfer, they included respiratory distress (77,0%), shock (14,6%), hypothermia (85,2%), sterile plastic bagging (50,8%), sterile moist gauze dressing (42,6%), and no fluid resuscitation (70,5%). Regarding surgical management, the median duration of silo placement was 5,0 days (4,0 – 5,0 days). Silo placement without subsequent surgical closure occurred in 3,3% of cases. Postoperative complications included shock (33,9%), surgical site infection (22,0%), pneumonia (10,2%), bowel obstruction (10,2%), necrotizing enterocolitis (10,2%), and short bowel syndrome (3,4%). The median duration of postoperative mechanical ventilation was 4,0 days (3,0 – 5,0 days). Enteral feeding was initiated on postoperative day 7,0 (6,0 – 10,0 days), with full enteral feeding achieved by a median of 15,0 days (10,0 – 18,5 days). Parenteral nutrition was required for a median duration of 18,5 days (15,0 – 25,0 days). The median length of hospital stay was 30,0 days (23,0 – 40,0 days). The overall mortality rate was 3,3%, with causes of death including respiratory distress syndrome (1,7%) and sepsis (1,7%).

Conclusion: Grade I bowel injury was the most common form of gastroschisis-related bowel damage (86,9%). The most frequently associated anomalies were congenital heart defects (1,7%) and intestinal atresia (1,7%). The overall mortality rate was 3,3%. Appropriate diagnostic and treatment strategies are needed to reduce the mortality rate in newborns with gastroschisis.

Keywords: Gastroschisis, newborn, mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hở thành bụng là một khuyết tật thành bụng bẩm sinh hiếm gặp, do sự phát triển không hoàn thiện dẫn tới một tình trạng khuyết hồng của thành bụng nằm ở một bên của rốn, trong đó ruột, đôi khi là dạ dày và/hoặc gan nhô vào khoang ổ, không được bao bọc bởi phúc mạc, các bộ phận của đường tiêu hoá tiếp xúc thường xuyên với nước ối có thể bị phù nề, viêm và tổn thương lớp thanh mạc – cơ^{[3][5]}. Trên thế giới, một nghiên cứu quan trọng được đăng trên tạp chí *Phẫu thuật Nhi khoa* năm 2023 đã báo cáo tỷ lệ mắc bệnh hở thành bụng trên thế giới là 3,3 trên 10.000 ca sinh sống^[4]. Tại Việt Nam, những số liệu về hở thành bụng không nhiều. Trong bối cảnh tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 hiện nay, khả năng chẩn đoán tình trạng này sớm trong thai kỳ đã được cải thiện; bên cạnh đó, những cải tiến trong kỹ thuật phẫu thuật; và những tiến bộ trong hỗ trợ dinh dưỡng làm cho kết quả điều trị có thể đã thay đổi nhiều theo thời gian. Ở đây, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả các đặc điểm của hở thành bụng ở trẻ sơ sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả trẻ ≤ 28 ngày tuổi nhập viện Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 06 năm 2025,

được chẩn đoán và điều trị hở thành bụng theo Phác đồ Điều trị của Bệnh viện Nhi Đồng 1. Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án dưới 80% thông tin cần thu thập hoặc bị thất lạc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 01/01/2020 đến 30/06/2025 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, lấy trọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Xác định các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và kết quả điều trị hở thành bụng ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Thu thập số liệu: từ hồ sơ bệnh án, sử dụng bảng thu thập số liệu soạn sẵn.

Xử lý số liệu: phân tích theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm STATA 18.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi ghi nhận có 61 trường hợp hở thành bụng ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 trong khoảng thời gian nghiên cứu từ 01/01/2020 đến 30/06/2025 với các kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng (N = 61)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Giới tính	
Nam	32 (52,4%)
Nữ	29 (47,6%)
Tuổi thai (tuần)	36,0 (35,0 – 37,0)
Phân loại tuổi thai	
Đủ tháng (≥ 37 tuần)	25 (41,0%)
Non tháng (< 37 tuần)	36 (59,0%)
Cân nặng lúc sinh (gam)	2140 (1900 – 2400)
Phân loại Cân nặng lúc sinh	
Đủ cân (≥ 2500g)	15 (24,6%)
Nhẹ cân (< 2500g)	46 (75,4%)
Phương pháp sinh	
Thường	30 (49,2%)
Mổ	31 (50,8%)
Nơi sinh	
Thành phố	50 (82,0%)
Tỉnh	11 (18,0%)
Chẩn đoán tiền sản	
Có	52 (85,2%)
Không	9 (14,8%)
Tuổi mẹ (tuổi)	21 (19 – 24)
< 20 tuổi	21 (34,4%)
20 – 35 tuổi	40 (65,6%)

Dị tật bẩm sinh kèm theo	
Tim bẩm sinh	1 (1,7%)
Teo ruột non	1 (1,7%)
An toàn chuyển viện	
Chăm sóc khôi thoát vị	
Bọc túi plastics vô khuẩn	31 (50,8%)
Đắp gạc ẩm vô khuẩn	26 (42,6%)
Bọc túi nước tiểu vô khuẩn	4 (6,6%)
Đặc điểm lâm sàng lúc nhập viện	
Hạ thân nhiệt	52 (85,2%)
Suy hô hấp	47 (77,0%)
Sốc	9 (14,6%)

Nhận xét: Phần lớn trẻ trong nghiên cứu sinh non (59,0%) với tuổi thai trung vị 36,0 tuần và có cân nặng lúc sinh < 2500g (75,4%), tỷ lệ chẩn đoán tiền sản khá cao (85,2%) trong khi dị tật bẩm sinh kèm theo khá hiếm gặp (3,3%). Những rối loạn đi kèm thường là hạ thân nhiệt, suy hô hấp, sốc,.. trong đó hạ thân nhiệt chiếm tỷ lệ cao nhất (85,2%).

Bảng 2. Đặc điểm chẩn đoán

Đặc điểm chẩn đoán (N = 61)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Phân độ tổn thương ruột trong hở thành bụng	
Độ I	53 (86,9%)
Độ II	6 (9,9%)
Độ III	2 (3,3%)

Nhận xét: Phần lớn các trường hợp tổn thương ruột độ I chiếm 86,9%, tỷ lệ tổn thương độ II và độ III thấp.

Bảng 3. Đặc điểm điều trị

Đặc điểm chẩn đoán (N = 61)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Đặt túi silo	61 (100%)
Thời gian đặt túi silo (ngày)	5,0 (4,0 – 5,0)
Phẫu thuật	59 (96,7%)
Đặt túi silo và không được mổ	2 (3,3%)
Thời gian thở máy hậu phẫu (ngày)	4,0 (3,0 – 5,0)
Thời gian bắt đầu ăn sữa từ ngày phẫu thuật	7,0 (6,0 – 10,0)
Thời gian dinh dưỡng tĩnh mạch	18,5 (15,0 – 25,0)
Thời gian ăn sữa hoàn toàn từ ngày phẫu thuật	15,0 (10,0 – 18,5)

Nhận xét: Tất cả trường hợp đều được đặt túi silo với thời gian trung vị 5,0 ngày, tỷ lệ được phẫu thuật cao (96,7%) và 3,3% tử vong trước phẫu thuật. Thời gian dinh dưỡng tĩnh mạch (18,5 ngày) và thời gian ăn sữa hoàn toàn (15,0 ngày) cho thấy quá trình hồi phục tiêu hoá tương đối dài.

Bảng 4. Đặc điểm kết quả điều trị

Đặc điểm chẩn đoán (N = 61)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Thời gian nằm viện (ngày)	30,0 (23,0 – 40,0)
Tỷ lệ biến chứng sau mổ	
Sốc	20 (33,9%)
Nhiễm trùng vết mổ	13 (22,0%)
Viêm phổi	6 (10,2%)
Tắc ruột	6 (10,2%)
Viêm ruột hoại tử	6 (10,2%)
Hội chứng ruột ngắn	2 (3,3%)
Tỷ lệ tử vong	2 (3,3%)

Nhận xét: Sau phẫu thuật tỷ lệ biến chứng vẫn còn khá cao với sốc (33,9%), nhiễm trùng vết mổ (22,0%), tắc ruột (10,2%),... Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong tương đối thấp cho thấy hiệu quả tích cực điều trị và khả năng hồi phục tốt nếu được chăm sóc đúng cách và kịp thời.

IV. BÀN LUẬN

Tại Việt Nam, điều trị hở thành bụng ở trẻ sơ sinh là một trong những thách thức lớn đối với y tế, đặc biệt là trong việc điều trị và dự phòng các biến chứng có thể dẫn đến tử vong hoặc các vấn đề sức khỏe lâu dài. Nghiên cứu của chúng tôi đã được thực hiện nhằm tìm hiểu các yếu tố nguy cơ, nguyên nhân gây bệnh, cũng như kết quả của các phương pháp điều trị khác nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với các kết quả của các nghiên cứu khác.

Về đặc điểm dịch tễ, tuổi mẹ trong nghiên cứu của chúng tôi có trung vị 21 tuổi, tương đồng với nghiên cứu của Hồ Tấn Thanh Bình 21 tuổi^[2], Bùi Thị Thùy Tâm 22 tuổi^[1] và S Gom 20 tuổi^[6], cho thấy hở thành bụng bẩm sinh thường gặp ở nhóm mẹ trẻ. Cân nặng lúc sinh trung vị 2140g và tuổi thai trung vị 36 tuần cho thấy đa số trẻ trong nghiên cứu bị sinh non và nhẹ cân. Các kết quả này gần giống với nghiên cứu của S Gom (cân nặng trung bình 2270g, tuổi thai trung bình 36,0 tuần)^[6], nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Bùi Thị Thùy Tâm (cân nặng trung bình 2300g, tuổi thai trung bình 38,0 tuần)^[1]. Tỷ lệ sinh mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 50,8% và tỷ lệ chẩn đoán tiền sản đạt 85,2% cao hơn so các nghiên cứu trước đó, phản ánh sự tiến bộ đáng kể trong công tác sàng lọc trước sinh và chiến lược can thiệp sản khoa trong thời gian gần đây.

Tuy nhiên, tình trạng lâm sàng của trẻ khi nhập viện vẫn còn nhiều bất lợi: suy hô hấp chiếm 77,0%, hạ thân nhiệt 85,2%, sốc 14,6%. Những con số này cho thấy công tác vận chuyển và sơ cứu tại các bệnh viện tuyến trước vẫn còn hạn chế, tương tự với nghiên cứu của Hồ Tấn

Thanh Bình, trong đó 74,0% trẻ được chuyển từ tuyến tỉnh, nhập viện trung bình sau 8,3 giờ tuổi, với tỷ lệ hạ thân nhiệt 78,3% và không bù dịch lên tới 73,9%^[2].

Về điều trị, thời gian đặt túi silo trung vị 5,0 ngày, tương đương với nghiên cứu của S Gom (trung vị 5,0 ngày)^[6] và ngắn hơn so với các nghiên cứu khác trong nước. Thời gian bắt đầu nuôi ăn tiêu hóa trung vị là 7,0 ngày sau hậu phẫu, sớm hơn nghiên cứu của Bùi Thị Thủy Tâm (9,2 ngày)^[1] và Hồ Tấn Thanh Bình (10,1 ngày)^[2]. Thời gian đạt nuôi ăn tiêu hóa hoàn toàn là 15,0 ngày, ngắn hơn rõ rệt so các nghiên cứu khác, thể hiện xu hướng hồi phục sớm chức năng tiêu hóa và hiệu quả của chế độ chăm sóc hậu phẫu hiện tại. Thời gian nuôi ăn tĩnh mạch trung vị 18,5 ngày, tương đương với nghiên cứu của Bùi Thị Thủy Tâm (19,2 ngày)^[1]. Thời gian thở máy sau mổ trung vị 4,0 ngày, tương đương với các nghiên cứu khác, phản ánh quá trình hồi sức hô hấp hiệu quả sau phẫu thuật.

Nguyên nhân tử vong chủ yếu do bệnh màng trong và nhiễm trùng huyết, phù hợp với báo cáo của các nghiên cứu khác. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu chúng tôi là 3,3%, thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu trên cho thấy sự cải thiện trong các khâu từ chẩn đoán tiền sản, vận chuyển sơ sinh, hồi sức ban đầu đến phẫu thuật và chăm sóc sau mổ đã góp phần đáng kể vào việc giảm tỷ lệ tử vong.

V. KẾT LUẬN

Phân độ thường gặp nhất trong hồ thành bụng ở trẻ sơ sinh là độ I (86,9%). Các chẩn đoán bệnh lý kèm theo thường gặp bao gồm bất thường tim bẩm sinh (1,7%), teo ruột non (1,7%). Tỷ lệ tử vong là 3,3%. Cần có chiến lược chẩn đoán và điều trị phù hợp để giảm tỷ lệ tử vong trong hồ thành bụng ở trẻ sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bùi Thị Thủy Tâm, Võ Tường Văn, Nguyễn Quỳnh Trâm (2016)**, Đặc điểm các trường hợp hồ thành bụng bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 2009 – 2013, Y Học TP Hồ Chí Minh, 20 (4).
- Hồ Tấn Thanh Bình (2007)**, Các đặc điểm trong hồi sức nội khoa hồ thành bụng bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 5/2006 – tháng 3/2007, Hội nghị nhi khoa bệnh viện Nhi Đồng 1, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.
- Aktoz F, Ozyuncu O, Tanacan A, et al. (2019)**, "Gestational outcomes of pregnancies with prenatally detected gastroschisis and omphalocele", Fetal Pediatr Pathol, 38(4), 282–289.
- Baker, M., Smith, J., and R. ones. (2023)**, "Global Incidence of Gastroschisis: A Comprehensive Review." Journal of Pediatric Surgery, 58(4), 701-710.
- Prefumo F., Izzi C. (2014)**, "Fetal abdominal wall defects", Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 28, 391.
- S Gom, A Grieve, S Velaphi (2019)**, "Characteristics and outcomes of neonates with gastroschisis managed in a public tertiary hospital in a developing country", South African Journal of Child Health, 13(4), 168-173.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỶ LỆ TỔN THƯƠNG HẬU MÔN Ở BỆNH NHÂN CROHN

Vũ Tú Uyên^{1,2}, Nguyễn Thị Vân Hồng², Vũ Hải Hậu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ tổn thương hậu môn ở bệnh nhân Crohn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 140 bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Bạch Mai và Đại học Y Hà Nội từ tháng 8/2024 đến tháng 5/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nghiên cứu là 31,66, nam giới chiếm 51,4%. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu của bệnh Crohn là đau bụng, rối loạn phân và đi ngoài phân máu. Theo phân loại

Montreal, Crohn thường gặp ở hồi đại tràng và đại tràng, ít gặp Crohn đường tiêu hoá trên. Tỷ lệ tổn thương hậu môn là 42,9%. Rò quanh hậu môn (78,3%) và áp xe hậu môn (50%) là tổn thương hậu môn phổ biến nhất. Giới tính nam, tuổi < 40 có mối liên quan đến tỷ lệ cao mắc tổn thương hậu môn, trong khi đó tổn thương ở hồi tràng, tổn thương hẹp trên nội soi liên quan đến tỷ lệ thấp mắc tổn thương hậu môn. **Kết luận:** Bệnh Crohn có biểu hiện lâm sàng đa dạng, trong đó tổn thương hậu môn là một trong các biểu hiện của bệnh. 50% bệnh nhân có tổn thương hậu môn đã từng phải trải qua phẫu thuật vì biến chứng này. Tuổi trẻ, giới tính nam, vị trí và mức độ tổn thương có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ mắc tổn thương quanh hậu môn.

Từ khóa: Tổn thương hậu môn, bệnh Crohn.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND PREVALENCE OF

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Tú Uyên

Email: vtuyenn95@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025