

3. **Phạm Thị Bình Minh, Trịnh Thị Diệu Thường.** Phục hồi vận động sau đột quỵ. Trịnh Thị Diệu Thường. Bệnh học điều trị kết hợp hệ thần kinh. Nhà xuất bản y học. 2021
4. **Đình Ninh Lê Đức Thiệp.** Đình Ninh Tô Học Mạch. Nhà xuất bản Dân Trí. 2020
5. **Nguyễn Văn Thà, Trần Văn Phong.** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và vấn đề chăm sóc của điều dưỡng ở bệnh nhân tai biến mạch máu não tại BVTM An Giang năm 2022. 2022. Bệnh viện tỉnh An Giang. 2022;352-374
6. **Billinger S.** Cardiovascular regulation after stroke: evidence of impairment, trainability, and implications for rehabilitation. *Cardiopulm Phys Ther J.* 2010;21(1):22-24.
7. **Gu Y, Han X, Liu J, et al.** Estimated Pulse Wave Velocity and Stroke Among Middle-Aged and Older Population: Insights From 3 Prospective Cohorts. *J Am Heart Assoc.* 2025;14(5):e038376. doi:10.1161/JAHA.124.038376
8. **Lee SH, Niu T, Yang X, Li H, Zhu Q, Niu X.** A Quantitative Investigation of Pulse and Tongue Features in Post-Stroke Depressive Patients and Healthy Volunteers: An Observational Pilot Study. *Forsch Komplementmed.* 2015;22(5):292- 297. doi:10.1159/000440892

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA THAI NHI VÀ TRẺ SƠ SINH CỦA THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Mai Trọng Hưng¹, Trương Minh Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của sơ sinh sau mổ lấy thai ở các thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả, lựa chọn tất cả các trẻ sơ sinh sau mổ của thai phụ tiền sản giật có tuổi thai từ tuần thứ 20 trở đi, có chỉ định đình chỉ thai nghén. **Kết quả:** Tuổi thai trung bình lúc đình chỉ thai nghén $34 \pm 2,2$ tuần. Tỷ lệ thai nhi có biểu hiện suy thai trên monitor sản khoa khá cao (70,4% ở nhóm TSG nặng và 23,5% ở nhóm TSG nhẹ), đặc biệt có 2,5% thai nhi có chỉ số não rốn < 1 trên doppler động mạch rốn thai nhi. Trẻ sơ sinh có điểm Apgar tốt (1 phút: $8,5 \pm 1,4$ và 5 phút: $9,4 \pm 1,6$); không ghi nhận thai chết lưu hoặc trẻ sơ sinh tử vong sau sinh. **Kết luận:** Trẻ sơ sinh sau mổ lấy thai ở thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội có tình trạng lâm sàng ổn định, chưa ghi nhận các biến chứng trầm trọng nào xảy ra.

Từ khóa: tiền sản giật, sơ sinh, mổ lấy thai

SUMMARY

STUDY OF CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF FETUSES AND NEWBORNS FOLLOWING CESAREAN SECTION IN PREECLAMPTIC PREGNANCY AT HANOI OBSTETRICS & GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of fetuses and newborns following cesarean delivery in preeclamptic women at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** A descriptive study, selecting all neonates delivered by cesarean section from pregnancies complicated by

preeclampsia with gestational age from 20 weeks onwards. **Results:** The mean gestational age at pregnancy termination was $34 \pm 2,2$ weeks. The rate of fetal distress signs on obstetric monitoring was considerably high (70.4% in the severe preeclampsia group and 23.5% in the mild preeclampsia group), with notably 2.5% of fetuses showing a cerebroplacental ratio < 1 on fetal umbilical artery Doppler. Neonates had good Apgar scores ($8,5 \pm 1,4$ at 1 minute and $9,4 \pm 1,6$ at 5 minutes); no case of intrauterine fetal demise or neonatal deaths. **Conclusion:** Neonates delivered by cesarean section from mothers with preeclampsia at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital showed stable clinical conditions, with no severe complications documented.

Keywords: preeclampsia, neonates, C-section.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật là một trong 5 cấp cứu sản khoa, có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm đến tính mạng cả mẹ và con. Các biến chứng gây ra trên thai phụ như: tăng huyết áp trầm trọng, phù phổi cấp, rối loạn đông máu nặng, suy gan, suy thận, chậm chỉ tử vong. Một vấn đề đáng lưu tâm trong việc điều trị tiền sản giật đó là kết cục của thai nhi, trẻ sơ sinh sau này, bởi lẽ tiền sản giật ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình phát triển của thai nhi như: chậm tăng trưởng, giảm cung cấp oxy, rau bong non; ảnh hưởng gián tiếp như: sinh non, cân nặng sơ sinh thấp,... tăng gánh nặng cho gia đình, xã hội sau này.

Việc phát hiện sớm cũng như lựa chọn phương pháp điều trị tiền sản giật cho thai phụ là một thách thức lớn đối với các bác sĩ sản khoa. Tình trạng trẻ sơ sinh giúp các bác sĩ sản khoa nhận định và đúc rút kinh nghiệm trong thực hành lâm sàng để đưa ra phương án điều trị tối ưu cho các thai phụ tiền sản giật hơn. Chính vì

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Trọng Hưng

Email: dr.hungpshn1@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai nhi và trẻ sơ sinh của các thai phụ tiền sản giật mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Trẻ sơ sinh sau mổ lấy thai ở các thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2017 – 31/5/2018

Tuổi thai từ 20 tuần tính theo kỳ kinh cuối

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thai phụ chối tham gia, hoặc mắc bệnh lý tâm thần

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả.
- Địa điểm: Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.
- Thời gian nghiên cứu: Từ 01/01/2017 đến 31/5/2018.

- Theo dõi và ghi lại các triệu chứng lâm sàng của thai nhi và sơ sinh ở các thai phụ tiền sản giật điều trị nội trú.

- Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 25.0

- Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng khoa học Bệnh viện Phụ sản Hà Nội thông qua, giải thích về quy trình, mục đích của nghiên cứu và các thông tin về bệnh nhân chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

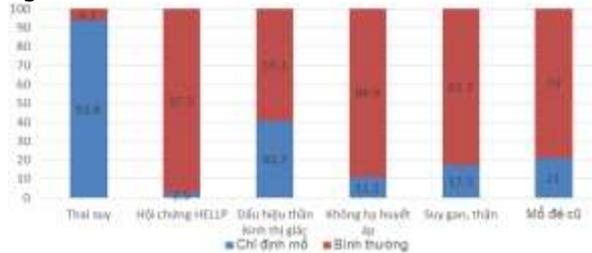
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Tiền sử sinh đẻ

Số lần sinh	TSG nhẹ n (%)	TSG nặng n (%)	Tổng số n (%)	p
Con so	9 (11,1)	27 (33,3)	36 (44,4)	0,16
Con ra	11 (13,6)	34 (42,0)	45 (55,6)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa mức độ TSG với tiền sử sinh con của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Chỉ định mổ lấy thai

Nhận xét: - Phần lớn chỉ định mổ lấy thai là do thai suy, chiếm 93,8%

- Các chỉ định mổ lấy thai do điều trị hạ huyết áp không đáp ứng, hội chứng HELLP chiếm tỷ lệ rất ít.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai nhi và trẻ sơ sinh của thai phụ TSG

Bảng 3.2. Kết quả theo dõi trên monitor

sản khoa và siêu âm

Triệu chứng	TSG nhẹ		TSG nặng		Tổng số		p
	n	%	n	%	n	%	
Monitor	Suy thai	19 (23,5)	57 (70,4)	76 (93,8)	0,06		
	Không	1 (1,2)	4 (4,9)	5 (6,2)			
Siêu âm	Chỉ số não rốn >1	19 (23,5)	58 (71,6)	77 (95,1)	0,13		
	Chỉ số não rốn <1	0 (0)	2 (2,5)	2 (2,5)			
	Doppler động mạch rốn đảo ngược thì tâm trương	1 (1,2)	1 (1,2)	2 (2,5)			

Nhận xét: Hầu hết trên siêu âm thai nhi có chỉ số não rốn >1, dấu hiệu siêu thai trên monitor sản khoa khá cao 93,8%. Không có sự khác biệt khi so sánh giữa các mức độ tiền sản giật.

Bảng 3.3. Phân bố nhóm tuổi thai theo mức độ tiền sản giật

Tuổi thai	TSG nhẹ		TSG nặng		Tổng số		p
	n	%	n	%	n	%	
<28 tuần	0	0	0	0	0	0	0,06
29-33 tuần	4	4,9	16	19,8	20	24,7	
34-37 tuần	11	13,5	29	35,8	40	49,4	
>37 tuần	5	6,2	16	19,8	21	25,9	
Tổng số	20	24,6	61	75,4	81	100	
X±SD	34 ± 2,2						

Nhận xét: - Tuổi thai gặp TSG chủ yếu từ 34 – 37 tuần, không có thai phụ nào phải mổ khi thai dưới 28 tuần trong thời gian nghiên cứu

- Tuổi thai trung bình khi mổ là 34 ± 2,2 tuần

Bảng 3.4. Điểm Apgar trẻ sơ sinh

Apgar (điểm)	TSG nhẹ		TSG nặng		Tổng số		p
	n	%	n	%	n	%	
1 phút	<7	0 (0)	11 (18)	11 (13,6)	0,09		
	≥7	20 (100)	50 (82)	70 (86,4)			
	X±SD	8,5±1,4					
5 phút	<7	0 (0)	3 (4,9)	3 (3,7)	0,08		
	≥7	20 (100)	58 (95,1)	78 (96,3)			
	X±SD	9,4±1,6					

Nhận xét: Tất cả trẻ sơ sinh ở nhóm tiền sản giật nhẹ và hầu hết ở nhóm tiền sản giật nặng có điểm Apgar tại thời điểm 1 phút và 5 phút ≥ 7.

Bảng 3.5. Cân nặng và biến chứng của trẻ sơ sinh

Tình trạng sơ sinh	TSG nhẹ		TSG nặng		Tổng số		p
	n	%	n	%	n	%	
Nhẹ cân	5	6,2	6	7,4	11	13,6	0,08
Cân nặng bình thường	15	18,5	55	67,9	70	86,4	
Tử vong sơ sinh	0	0	0	0	0	0	
Tổng	20	24,7	61	75,3	81	100	

Nhận xét: Phần lớn trẻ sơ sinh có cân nặng bình thường chiếm 86,4%, không có trẻ sơ sinh nào tử vong chu sinh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Các chỉ định đình chỉ thai nghén về phía thai phụ bao gồm: điều trị nội khoa không kết quả, các biến chứng mẹ như: suy thận, suy gan, rau bong non, sản giật... cùng với các nguyên nhân khác như rỉ ối, ối vỡ non... Các chỉ định đình chỉ thai nghén về phía thai nhi thường liên quan tới tình trạng thai nhi có nguy cơ cao mà các xét nghiệm thăm dò như monitoring sản khoa phát hiện các nhịp tim thai bất thường như nhịp chậm, nhịp phẳng... siêu âm thấy thai chậm phát triển trong tử cung¹. Trong những trường hợp này cần có chỉ định đình chỉ thai nghén để cứu thai nhi khi xét thai nhi đủ khả năng sống ngoài tử cung hoặc cơ sở sơ sinh đủ điều kiện nuôi dưỡng trẻ sơ sinh non tháng. Trong nghiên cứu này chỉ định mổ do thai suy chiếm tỷ lệ rất cao lên đến 93,8%, tiếp theo là các chỉ định do các dấu hiệu thần kinh, thị giác, mổ đẻ cũ, suy gan thận lần lượt là 40,7%; 21,0% và 17,3%. Ngoài ra, còn một số chỉ định mổ do hội chứng HELLP, điều trị hạ huyết áp không đáp ứng, tuy nhiên các chỉ định này chiếm tỷ lệ khá ít. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn so với tác giả Bùi Thị Kim Anh tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng với 72,9% số sản phụ đình chỉ thai nghén trong đó lý do đình chỉ chủ yếu là có triệu chứng tiền sản giật nặng (23,4%), điều trị nội khoa không có kết quả 9,8%, nguyên nhân do suy thai và thai chậm phát triển trong tử cung chỉ chiếm 14,2% thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ mổ lấy thai do suy thai trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Hiền (51,5%). Tỷ lệ mổ lấy thai do tiền sản giật nặng trong nghiên cứu của chúng tôi là 75,3% cũng cao hơn so với nghiên cứu của Phan Thị Thu Huyền, Nguyễn Hữu Hải và Bùi Thị Kim Anh.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai nhi và trẻ sơ sinh của thai phụ TSG. Tuổi thai trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $34 \pm 2,2$ tuần tính đến thời điểm đình chỉ thai nghén, trong đó hay gặp nhất là nhóm tuổi thai từ 34 – 37 tuần chiếm tỷ lệ 49,4%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Kim Anh, và khác với kết quả của tác giả Hoàng Thị Thu Hà nghiên cứu tại bệnh viện phụ sản trung ương thì đình chỉ thai nghén chủ yếu trên 36 tuần². Theo nghiên cứu của tác giả Wang B và cộng sự³, thì trên các thai phụ tiền sản giật thấy rằng sự

trưởng thành phổi của thai nhi có xu hướng sớm hơn, sau 37 tuần thì các biến chứng xảy ra cho cả thai phụ và thai nhi tăng lên đáng kể, theo các tác giả thì nên đình chỉ thai nghén và lựa chọn đầu tiên là mổ lấy thai khi tuổi thai từ 34 – 36 tuần mang lại nhiều lợi ích hơn. Hiện nay, khoa sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Hà Nội với đội ngũ chuyên gia có chuyên môn tốt, được đào tạo bài bản, có nhiều kinh nghiệm trong điều trị cho trẻ sơ sinh non tháng, không chỉ tăng cường hợp tác với các chuyên gia nước ngoài mà còn được đầu tư trang thiết bị máy móc hiện đại, áp dụng các kỹ thuật tiên tiến trong điều trị, chăm sóc trẻ sơ sinh. Vì vậy, các bác sĩ sản khoa yên tâm trong việc đưa ra chỉ định đình chỉ thai nghén trong các trường hợp thai phụ tiền sản giật.

Thai nhi của thai phụ có nguy cơ cao đặc biệt là tiền sản giật, dễ gặp các biến chứng như đẻ non, tử vong ngay sau sinh, bệnh màng trong, thai chết lưu. Theo nghiên cứu của tác giả Merviel P Uzan và cộng sự cho thấy các rối loạn tăng huyết áp trong tiền sản giật dẫn đến suy tuần hoàn tử cung – rau cấp tính hoặc mạn tính gây ra hậu quả thiếu oxy trước và trong khi sinh dẫn đến thai nhi chậm phát triển hoặc tử vong. Theo nghiên cứu của tác giả Kristine Y.Lain, tỷ lệ tử vong ở các thai phụ tiền sản giật cao gấp 5 lần các thai phụ bình thường.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sơ sinh nhẹ cân chiếm 13,6 % và không có thai chết lưu. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Bùi Thị Kim Anh với tỷ lệ trẻ nhẹ cân là 29,8% và có 1,8% thai chết lưu. Nghiên cứu của Trần Thị Khảm với tỷ lệ trẻ nhẹ cân là 66,2% và có 4,9% thai chết lưu và nghiên cứu của Buga G.A với tỷ lệ trẻ nhẹ cân chỉ là 19,9% nhưng tỷ lệ thai chết lưu lên tới 11,2%. Theo nghiên cứu của tác giả Ngô Văn Tài⁴ thì tỷ lệ tử vong sơ sinh ngay sau đẻ là 13,8%, 36,3% đẻ non, 51,5% trẻ sơ sinh cân nặng dưới 2500g, 5,3% thai chết lưu trong buồng tử cung và theo tác giả Lê Thị Mai⁵ có 6,4% tử vong sơ sinh ngay sau đẻ và 7,3% thai chết lưu trong buồng tử cung. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, các tỷ lệ này thấp hơn các nghiên cứu khác có thể do hiện nay, các thai phụ ở địa bàn Hà Nội được tiếp cận với các thông tin y tế tốt hơn, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội với đội ngũ chuyên gia giàu kinh nghiệm, năng lực tốt trong việc phát hiện sớm, dự phòng tiền sản giật ở những lần mang thai sau cho các sản phụ, đưa ra phương thức điều trị, xử trí kịp thời, cùng với đó là đội ngũ gây mê hồi sức, sơ sinh có chuyên môn tốt góp phần giảm thiểu các biến chứng của tiền sản giật gây ra cho thai nhi và trẻ sơ sinh. Điều này được khẳng định thêm thông

qua kết quả điểm Apgar của trẻ sơ sinh tại thời điểm 1 phút và 5 phút trong nghiên cứu này phần lớn từ 7 điểm trở lên.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi thai trung bình là $34 \pm 2,2$ tuần.
- Tỷ lệ thai nhi có biểu hiện suy thai trên monitor sản khoa khá cao (70,4% ở nhóm TSG nặng và 23,5% ở nhóm TSG nhẹ), đặc biệt có 2,5% thai nhi có chỉ số não rốn < 1 trên doppler động mạch rốn thai nhi.
- Trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar tốt ($8,5 \pm 1,4$ ở phút thứ 1 và $9,4 \pm 1,6$ ở phút thứ 5), không có trẻ nào chết lưu hoặc tử vong sau sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Haddad B, Masson C, Deis S, et al. [Criteria of

pregnancy termination in women with preeclampsia]. Ann Fr Anesth Reanim. 2010;29(4):e59-68.

2. Hoàng Thị Thu Hà. Nghiên Cứu Tình Hình Đình Chỉ Thai Nghén Trên Bệnh Nhân Tiền Sản Giật Tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương Trong 3 Năm 2003 - 2005. Trường Đại học Y Hà Nội, Luận văn Thạc sỹ y học; 2005.
3. Buga GA, Lumu SB. Hypertensive disorders of pregnancy at Umtata General Hospital: perinatal and maternal outcomes. East Afr Med J. 1999;76(4):217-222.
4. Ngô Văn Tài. Nghiên Cứu Một Số Yếu Tố Tiên Lượng Trong Nhiễm Độc Thai Nghén. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2001.
5. Lê Thị Mai. Nghiên Cứu Tình Hình Sản Phụ Bị Nhiễm Độc Thai Nghén Đẻ Tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương Năm 2003. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội; 2004.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRẺ NHIỄM TOXOCARA TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Vũ Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Thị Việt Hà^{1,2}, Trần Thị Thu Hương²

TÓM TẮT

Nhiễm ấu trùng Toxocaralà bệnh nhiễm ký sinh trùng do ấu trùng giun đũa chó/mèo lây truyền từ động vật sang người qua đường tiêu hóa. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm ấu trùng Toxocara ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh trên 74 trẻ em được chẩn đoán nhiễm ấu trùng Toxocara điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/01/2022 đến 30/06/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ được chẩn đoán nhiễm ấu trùng Toxocara ở nhóm dưới 6 và 6-12 tuổi lần lượt 41,9% và 48,6% với tuổi trung bình $7,3 \pm 4,1$; trẻ trai chiếm 55,4%. Tỷ lệ trẻ đến từ nông thôn và miền núi lần lượt là 50% và 32,4%. 67,6% trẻ trong gia đình có chó/mèo và 48,6% có tiếp xúc gần. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là sốt (82,4%). Các biểu hiện tại cơ quan tiêu hóa, thần kinh và hô hấp gặp với tỷ lệ lần lượt là 45,9%, 29,7% và 23%. Biểu hiện ngoài da chỉ gặp ở 10,8%. 63,5% có tăng bạch cầu ái toan (trung bình $2,6 \pm 1,2$ G/L), 54,1% tăng IgE > 4 lần giới hạn bình thường. Tăng AST và ALT gặp với tỷ lệ thấp là 24,3% và 18,9%. Các tổn thương thường gặp nhất trên chẩn đoán hình ảnh là tổn thương gan dạng đa ổ có giảm âm hoặc hỗn hợp. **Kết luận:** Nhiễm Toxocara ở trẻ em thường gặp ở nhóm có tiếp xúc chó/mèo, biểu hiện toàn thân không đặc hiệu, với đặc điểm cận lâm sàng nổi bật là tăng bạch cầu ái toan và IgE. **Từ khóa:** trẻ em, bệnh nhiễm ký sinh trùng, toxocara

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PEDIATRIC TOXOCARIASIS AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Toxocariasis is a parasitic infection caused by the larval forms of *Toxocara canis* or *Toxocara cati*, transmitted to humans, especially children through the gastrointestinal tract following contact with contaminated environments or animals. **Aims:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of pediatric toxocariasis at the Vietnam National Children's Hospital. **Materials and methods:** A descriptive case series study was conducted on 74 children diagnosed with toxocariasis and treated at the Vietnam National Children's Hospital from January 1, 2022, to June 30, 2025. **Results:** Of the total cases, 41.9% occurred in children under 6 years old and 48.6% in those aged 6–12 years, with a mean age of 7.3 ± 4.1 years. Boys accounted for 55.4% of the patients. Children from rural and mountainous areas represented 50% and 32.4% of cases, respectively. A history of household dogs or cats was present in 67.6%, with close contact reported in 48.6%. The most common clinical symptom was fever (82.4%). Gastrointestinal, neurological, and respiratory symptoms were observed in 45.9%, 29.7%, and 23% of patients, respectively. Cutaneous manifestations were relatively rare (10.8%). Peripheral eosinophilia was observed in 63.5% of patients, with a mean eosinophil count of 2.6 ± 1.2 G/L. Total IgE levels exceeded four times the upper normal limit in 54.1% of cases. Elevated AST and ALT levels were found in 24.3% and 18.9% of patients, respectively. **Conclusions:** Pediatric toxocariasis is frequently linked to exposure to domestic animals. Clinical

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025