

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **R. Chandrakar và Reena Banerjee** (2020), "Correlation with Age, Sex and Histo-Pathological Spectrum of Appendicular Lesions", *International Journal of Current Research and Review*, 12, tr. 88-91.
2. **Kishor Kumar Deo, Prajwala Yogi, Aliska Niroula và Sailuja Maharjan** (2023), "Appendicitis Among Patients Admitted to the Department of Surgery of a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-Sectional Study", *Journal of Nepal Medical Association*, 61(257), tr. 10-13.
3. **A. Michalinos, D. Moris và S. Vernadakis** (2014), "Amyand's hernia: a review", *Am J Surg*, 207(6), tr. 989-95.
4. **N. Poprom, C. Wilasrusmee, J. Attia và các cộng sự.** (2020), "Comparison of postoperative complications between open and laparoscopic appendectomy: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses", *J Trauma Acute Care Surg*, 89(4), tr. 813-820.
5. **Huỳnh Văn Linh, Đoàn Dương Chí Thiện và Tạ Văn Trâm** (2022), "Đặc điểm người bệnh phẫu thuật viêm ruột thừa tại Bệnh viện Đa khoa Yên Bình Thái Nguyên năm 2023", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 519(2).
6. **Nguyễn Thị Lâm, Trần Hữu Vinh và Phạm Việt Hà** (2024), "Đặc điểm người bệnh phẫu thuật viêm ruột thừa tại bệnh viện đa khoa Yên Bình Thái Nguyên năm 2023", *Tạp chí Y học Cộng đồng*, 65(4).
7. **Kim Văn Vụ** (2013), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm ruột thừa sau manh tràng điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội", *Tạp chí Y học Thực hành*, 893(11), tr. 64-66.
8. **Tiền Nguyễn Hải Quỳnh, Thị Kiều My Nguyễn, Trọng Phú Trần và các cộng sự.** (2023), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân viêm ruột thừa cấp tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, (54), tr. 50-55.
9. **Lê Văn Thềm và Nguyễn Thị Thùy** (2021), "Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm ruột thừa cấp điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2018", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 500(1).
10. **Trần Như Ý, Cẩm Đào Huỳnh, Kim Ngân Triệu và các cộng sự.** (2023), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa tại bệnh viện trường Đại học Y dược Cần Thơ 2021 – 2022", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, (61), tr. 78-84.

## THIẾU MÁU THIẾU SẮT VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỨC ĐỘ NẶNG CỦA VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI VINH PHÚC

Nguyễn Văn Duy<sup>1,2</sup>, Ninh Quốc Đạt<sup>1,3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Viêm tiểu phế quản cấp là một bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới phổ biến ở trẻ dưới 24 tháng tuổi, đặc trưng bởi tình trạng viêm cấp ở các tiểu phế quản. Thiếu máu thiếu sắt (TMTS) là một vấn đề dinh dưỡng toàn cầu ảnh hưởng đến sức khỏe trẻ em và có liên quan đến các bệnh nhiễm trùng hô hấp. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tình trạng TMTS và mối liên quan của nó với mức độ nặng của viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em từ 1-24 tháng tuổi điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Vinh Phúc. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện từ tháng 5/2023 đến tháng 5/2024, bao gồm 360 trẻ từ 1-24 tháng tuổi được chẩn đoán viêm tiểu phế quản cấp theo hướng dẫn của NICE 2020. Các xét nghiệm máu bao gồm công thức máu, nồng độ sắt huyết thanh và ferritin được thực hiện để đánh giá TMTS. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 với mức ý nghĩa thống kê đặt ở  $p < 0,05$ . **Kết quả:** Trong số các đối tượng tham gia, 60,3% bị TMTS. Tỷ lệ thiếu máu cao nhất

được ghi nhận ở trẻ từ 6-24 tháng tuổi (77,9%). Có mối liên quan đáng kể giữa TMTS và mức độ nặng của viêm tiểu phế quản (trong đó tỷ lệ TMTS ở nhóm VTPQ nặng và trung bình lần lượt là 100% và 65,2% với  $p < 0,05$ ). Trẻ bị viêm tiểu phế quản nặng có nồng độ hemoglobin, sắt huyết thanh và ferritin thấp hơn đáng kể so với những trẻ bị viêm tiểu phế quản nhẹ hoặc trung bình. **Kết luận:** Nghiên cứu này chỉ ra mối liên quan đáng kể giữa TMTS và mức độ nặng của viêm tiểu phế quản ở trẻ em. Kết quả này gợi ý cần thiết phải sàng lọc và quản lý TMTS định kỳ ở bệnh nhân nhi mắc viêm tiểu phế quản để giảm thiểu mức độ nặng của bệnh và cải thiện kết quả điều trị.

## SUMMARY

### ASSOCIATION OF IRON DEFICIENCY ANEMIA WITH THE SEVERITY OF BRONCHIOLITIS IN CHILDREN AT VINH PHUC OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

**Background:** Acute bronchiolitis is a common lower respiratory tract infection in children under 24 months, characterized by acute inflammation of the bronchioles. Iron deficiency anemia (IDA) is a global nutritional problem affecting children's health and has been associated with various respiratory infections. This study aims to evaluate the prevalence of IDA and its correlation with the severity of acute bronchiolitis in children aged 1-24 months treated at Vinh Phuc Children's Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was conducted from May 2023 to May 2024, involving

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Sản Nhi Vinh Phúc

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Quốc Đạt

Email: ninhquocdat@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

360 children aged 1-24 months diagnosed with acute bronchiolitis according to NICE 2020 guidelines. Blood tests, including complete blood count, serum iron, and ferritin levels, were performed to assess IDA. Data were analyzed using SPSS 20.0, with statistical significance set at  $p < 0.05$ . **Results:** Among the participants, 60.3% had IDA. The highest prevalence of anemia was observed in children aged 6-12 months (77,9%). A significant association was found between IDA and the severity of bronchiolitis (the rate of iron deficiency anemia in the severe and moderate bronchiolitis groups was 100% and 65.2% with  $p < 0.05$ ). Children with severe bronchiolitis had significantly lower hemoglobin levels, lower serum iron, and ferritin levels compared to those with mild or moderate bronchiolitis. **Conclusions:** The study highlights a significant correlation between IDA and the severity of bronchiolitis in children. These findings suggest the need for routine screening and management of IDA in pediatric patients with bronchiolitis to potentially reduce disease severity and improve outcomes. Further large-scale studies are recommended to confirm these findings and explore the underlying mechanisms.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Viêm tiểu phế quản cấp là tình trạng nhiễm trùng đường hô hấp dưới phổ biến ở trẻ dưới 24 tháng tuổi, đặc trưng bởi tổn thương viêm cấp ở các tiểu phế quản, các đường dẫn khí có đường kính nhỏ hơn 2 mm.<sup>1</sup> Thiếu máu thiếu sắt đang được xem là vấn đề dinh dưỡng toàn cầu ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe trẻ em, đã được đưa vào chương trình phòng chống thiếu vi chất. Hiện nay, các nghiên cứu chỉ ra rằng thiếu máu thiếu sắt là một yếu tố nguy cơ của bệnh viêm phổi, viêm tiểu phế quản. Hàng năm, BV Sản Nhi Vĩnh Phúc tiếp nhận điều trị nhiều trẻ từ 2 đến 24 tháng tuổi bị VTPQ. Tỷ lệ trẻ bị VTPQ có TMTS là bao nhiêu và liệu có mối liên quan nào giữa tình trạng này với mức độ nặng của VTPQ không? Để trả lời câu hỏi đó, chúng tôi thực hiện đề tài: "Thiếu máu thiếu sắt và mối liên quan với mức độ nặng của Viêm tiểu phế quản ở trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc" nhằm mục tiêu: Nhận xét tình trạng thiếu máu thiếu sắt và mối liên quan với mức độ nặng của viêm tiểu phế quản ở trẻ từ 1-24 tháng tuổi điều trị nội trú tại khoa Hô hấp Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

- Các bệnh nhi có độ tuổi từ 1-24 tháng được chẩn đoán VTPQ theo hướng dẫn của NICE 2020 tại khoa Hô hấp bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc từ tháng 5/2023 đến tháng 5/2024.<sup>2</sup>

- Trẻ được khám lâm sàng và làm xét nghiệm đánh giá mức độ thiếu máu và TMTS theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế: gồm công thức

máu, định lượng sắt, Ferritin huyết thanh.<sup>3</sup>

- Gia đình trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Trẻ ho, khò khè, khò khờ do các nguyên nhân khác như: Hen phế quản, mềm sụn thanh khí quản, trào ngược dạ dày thực quản. Hoặc trẻ đồng mắc các bệnh lý huyết học khác như: thalassemia, suy tủy, bạch cầu cấp.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu nghiên cứu (n=360)** khi áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng 1 tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(\epsilon p)^2}$$

Trong đó: n: Là cỡ mẫu nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)}$ : Giá trị tương ứng của hệ số giới hạn tin cậy đòi hỏi, với độ tin cậy là 95% thì  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ . P: Là tỷ lệ % thiếu máu thiếu sắt ở bệnh nhân VTPQ (theo nghiên cứu của Prodip Kumer năm 2022 là 15,7%).<sup>4</sup>

$\epsilon$ : Là giá trị tương đối theo p, thường lấy từ 0,1 đến 0,4. Nghiên cứu này lấy giá trị  $\epsilon=0,25$ .

- **Phương pháp mẫu:** chọn liên tiếp các bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ 5/2023 đến tháng 5/2024 cho tới khi đủ cỡ mẫu.

**2.3. Xử lý số liệu:** Nhập và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Sử dụng các test thống kê để phân tích sự khác biệt, t - test để so sánh 2 giá trị trung bình; ANOVA- test để so sánh 3 giá trị trung bình trở lên,  $\chi^2$ - test so sánh các tỷ lệ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài thực hiện nghiêm túc sau khi được thông qua hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc. Hồ sơ và thông tin bệnh lý của đối tượng nghiên cứu được bảo mật theo quy định.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu**

Nhóm tuổi (tháng)	Giới				Độ tuổi trung bình (tháng)
	Nam		Nữ		
	(n)	Tỷ lệ (%)	(n)	Tỷ lệ (%)	
1 - < 3	5	2,1	8	6,5	10,7±6,2
3 - < 6	40	16,9	22	17,7	
6 - < 12	102	43,2	54	43,5	
12 - 24	89	37,7	40	32,3	
Tổng	236	65,6	124	34,4	
<b>Địa dư</b>	<b>(n)</b>		<b>Tỷ lệ (%)</b>		
Thành thị	58		16,1		
Nông thôn	302		83,9		

**Nhận xét:** Tỷ lệ trẻ trai/gái trong nghiên cứu là 1,9/1. Nhóm trẻ từ 6 đến 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (43,3%). Phần lớn trẻ đến từ nông thôn với tỷ lệ 83,9%.

**Bảng 2. Tỷ lệ thiếu máu và TMTS theo nhóm tuổi của bệnh nhân VTPQ**

Nhóm tuổi (tháng)	Thiếu máu		Thiếu máu thiếu sắt		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
1 - < 3	10	4,6	4	2,4	<0,05
3 - < 6	38	17,5	21	12,5	
6 - < 12	89	41	70	41,7	
12 - 24	80	36,9	73	43,5	
Tổng (n=360)	217	60,3	168	46,7	

**Nhận xét:** Trong 360 trẻ VTPC có 217 trẻ có biểu hiện thiếu máu chiếm tỷ lệ 60,3%. Và có 168 trẻ ở 4 nhóm tuổi khác nhau có biểu hiện TMTS, trong đó tập trung chủ yếu ở độ tuổi từ 6 đến 24 tháng với tỷ lệ 85,2% với p=0,004.

**Bảng 3. Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt theo mức độ VTPQ**

Mức độ VTPQ	Nhẹ		Trung bình		Nặng		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
TMTS (n=168)	74	33,6	86	65,2	8	100	<0,05
Không TMTS (n=192)	146	66,4	46	34,8	0	0	

**Nhận xét:** Tỷ lệ TMTS ở nhóm trẻ VTPQ nặng và trung bình lần lượt là 100% và 65,2%. Đa số trẻ mắc VTPQ nhẹ không có TMTS với tỷ lệ 66,4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p=0,001).

**Bảng 4. Lượng Hemoglobin, MCV trung bình và RDW theo mức độ VTPQ**

Mức độ VTPQ	Hb	MCV	RDW	
	X ± SD (g/l)	X ± SD (fl)	≤14,5% Tỷ lệ(%)	>14,5% Tỷ lệ(%)
Nhẹ (n=220)	108,36 ± 14,13	72,75 ± 8,46	49,5	50,5
Trung bình (n=132)	106,04 ± 12,01	71,68 ± 8,42	43,2	56,8
Nặng (n=8)	96,75 ± 8,78	61,86 ± 7,81	25	75
<b>p</b>	<0,05		>0,05	

**Nhận xét:** Lượng Hemoglobin, MCV ở nhóm trẻ VTPQ nặng thấp hơn nhiều so với nhóm VTPQ mức độ trung bình và nhẹ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Ngược lại, tỷ lệ nhóm VTPQ nặng và trung bình có độ phân bố hồng cầu > 14,5% cao hơn nhóm trẻ VTPQ nhẹ. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 5. Nồng độ sắt huyết thanh và Ferritin trung bình theo mức độ VTPQ**

Mức độ VTPQ	Sắt	Ferritin	p
	X ± SD (μmol/l)	X ± SD (ng/ml)	
Nhẹ (n=74)	4,86±1,54	80,29±91,52	<0,05
Trung bình (n=86)	4,72±1,63	63,78±66,73	
Nặng (n=8)	4,15±1,33	36,49±23,16	

**Nhận xét:** Nồng độ sắt huyết thanh và Ferritin trung bình ở nhóm VTPQ nặng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm VTPQ nhẹ (p<0,01).

**Bảng 6. Tình trạng thiếu máu thiếu sắt, Hb và MCV theo số ngày nằm viện**

Số ngày nằm viện (ngày)	Hb	MCV	TMTS	Không TMTS	p
	X ± SD (g/l)	X ± SD (fl)			
≤ 7 ngày (n=214)	108,73 ± 13,51	72,59 ± 8,35	7,5 ±	6,23±	< 0,05
> 7 ngày (n=146)	105,08 ± 12,98	71,42 ± 8,86	4,04	2,97	

**Nhận xét:** Lượng Hemoglobin càng thấp thì thời gian điều trị càng dài và MCV ở nhóm nằm viện dưới 7 ngày cao hơn nhóm điều trị trên 7 ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,003). Thời gian nằm viện trung bình của nhóm VTPQ có thiếu máu thiếu sắt cũng dài hơn nhóm không TMTS.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ mắc VTPQC chủ yếu là dưới 12 tháng tuổi chiếm 64,2%, đặc biệt là trẻ từ 6 đến 12 tháng chiếm 43,3%; với độ tuổi trung bình là 10,7 ± 6,2 tháng tuổi. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Võ Công Bình năm 2011 tại bệnh viện Trung Ương Huế ghi nhận 71,4% trẻ VTPQ ở lứa tuổi < 12 tháng, với độ tuổi trung bình là 10,0 ± 7,2 tháng tuổi.<sup>5</sup> Nghiên cứu của Prodip Kumer và cộng sự năm 2022 tại Bangladesh thì tuổi trung vị của nhóm VTPQ là 12,1 ± 6,7 tháng.<sup>4</sup> Nguyên nhân có lẽ là do bộ máy hô hấp và khả năng miễn dịch của trẻ chưa hoàn thiện, khả năng chống đỡ với các tác nhân gây nhiễm trùng còn kém. Kết quả từ bảng 1 cho thấy tỷ lệ mắc VTPQ theo giới trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,9/1. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Phạm Thị Minh Hồng (2001), Prodip Kumer (2022) với tỷ lệ nam/nữ lần lượt là 1,88/1; 1,96/1.<sup>4,6</sup> Tuy nhiên tỷ lệ khác biệt về giới tính này không có ý nghĩa thống kê. Phần lớn số trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi đến từ nông thôn (83,9%), tương tự nghiên cứu của Hoàng Trung Thanh (84%)<sup>6</sup> và cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Võ Công Bình với 57,1%

ở vùng nông thôn.<sup>5</sup> Điều này có thể giải thích do Vĩnh Phúc là một tỉnh nhỏ, dân số chủ yếu tập trung ở nông thôn nên số lượng bệnh nhân đến từ các xã cao hơn so với ở thị trấn và thành phố.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn thiếu máu của WHO 2011 khi Hemoglobin dưới 110g/l áp dụng cho trẻ từ 6 đến 24 tháng; trẻ 3-6 tháng Hemoglobin dưới 95 g/l thì có 60,3% trẻ VTPQ có thiếu máu.<sup>3,7</sup> Độ tuổi thiếu máu hay gặp nhất là từ 6-24 tháng, đặc biệt nhóm trẻ tuổi từ 6-12 tháng chiếm tỷ lệ 41% (Bảng 2). Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của nhiều tác giả trong và ngoài nước: Nguyễn Đình Chung là 54,6%, Arun Daniel J là 68%; với tỷ lệ thiếu máu gặp cao nhất ở nhóm từ 6-12 tháng.<sup>8</sup> Năm 2021, Elif Çelik1 đã chỉ ra nhóm VTPQ có tỷ lệ thiếu máu với lượng Hemoglobin và MCHC thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng. Và khi được đánh giá bằng phân tích hồi quy logistic, nguy cơ VTPQ nặng tăng gấp 10 lần ở nhóm bệnh nhân mắc VTPQ có thiếu máu với ngưỡng Hb  $\leq$  10 gm/dL.<sup>9</sup>

Chẩn đoán TMTS trong nghiên cứu này dựa theo tiêu chuẩn của bộ y tế năm 2015, bao gồm lâm sàng và xét nghiệm huyết học, sinh hóa (Hb, MCV, MCH, RDW, nồng độ sắt và Ferritin huyết thanh).<sup>3</sup> Kết quả chỉ ra 168 trẻ có biểu TMTS (chiếm 77,4% số bệnh nhi VTPQ có thiếu máu), trong đó tập trung chủ yếu ở độ tuổi từ 6-24 tháng với tỷ lệ 85,2% với  $p=0,004$  (Bảng 2). Ở lứa tuổi này lượng sữa mẹ cung cấp cho trẻ ngày một giảm, nhu cầu của trẻ ngày một tăng, trẻ tiếp xúc với môi trường nhiều hơn, trẻ dễ bị ốm hơn, trẻ bắt đầu ăn dặm, nên nếu như chế độ ăn bổ sung không hợp lý thì TMTS ở lứa tuổi này là rất dễ xảy ra.

Nghiên cứu cho thấy TMTS chiếm tỷ lệ cao ở nhóm VTPQ mức độ nặng và trung bình lần lượt là 100% và 65,2%, trong khi ở nhóm VTPQ nhẹ phần lớn là không có TMTS chiếm 66,4% (Bảng 3); sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p=0,001$ ). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Prodip Kumer và cộng sự khi đã chỉ ra TMTS có mối liên quan rõ rệt với bệnh VTPQ.<sup>4</sup> Như vậy, tỷ lệ này cũng phản ánh được một phần mối liên quan giữa tình trạng TMTS với mức độ nặng của VTPQ.

Trong 360 bệnh nhân VTPQ được đưa vào nghiên cứu thì nhóm VTPQ nặng và trung bình có hàm lượng Hemoglobin và MCV thấp và dải phân bố hồng cầu (RDW) rộng hơn nhóm VTPQ nhẹ (Bảng 4). Kết quả này tương đồng với kết quả của Elif Çelik1 và Prodip Kumer, các tác giả chỉ ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về RDW giữa các mức độ VTPQ và nhóm chứng ( $p<0,05$ ).<sup>4,9</sup> Nồng độ huyết sắc tố trung bình ở

nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả nghiên cứu trên cùng đối tượng VTPQ. Tuy nhiên, do tính chất địa lý, vùng dân tộc, tôn giáo và sự phát triển kinh tế xã hội nên có sự khác nhau. MCV thấp là 1 chỉ số trong tiêu chuẩn chẩn đoán TMTS. Kết quả ở nghiên cứu này cho thấy MCV trung bình ở nhóm VTPQ nặng là  $61,86 \pm 7,81$  fL thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm VTPQ nhẹ là  $72,75 \pm 8,46$  fL (Bảng 4).

**Về mối liên quan giữa nồng độ sắt và Ferritin với mức độ VTPQ:** Bảng 5 cho thấy nồng độ sắt huyết thanh và Ferritin ở nhóm trẻ VTPQ nặng ( $4,15 \pm 1,33$   $\mu\text{mol/l}$ ) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm trẻ VTPQ nhẹ ( $4,86 \pm 1,54$   $\mu\text{mol/l}$ ) với  $p<0,05$ . Nồng độ sắt trong nghiên cứu của chúng tôi thấp so với kết quả nghiên cứu của Arun Daniel J khi nghiên cứu về tình trạng biến đổi sắt huyết thanh ở bệnh nhi viêm đường hô hấp dưới nói riêng và trong các bệnh nhiễm trùng nói chung.<sup>8</sup> Điều này chứng tỏ ở những bệnh nhân VTPQ mức độ nặng có hàm lượng sắt huyết thanh và lượng sắt dự trữ thấp hơn hoặc tăng tiêu thụ sắt nhiều hơn so với nhóm VTPQ mức độ nhẹ, phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ibrahim M. Shalan đã chỉ ra mối tương quan nghịch biến giữa nồng độ sắt huyết thanh với CRP ( $r=-0,765$ ;  $p<0,0001$ ).<sup>10</sup>

Tiến hành đánh giá về mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu thiếu sắt với thời gian điều trị thì chúng tôi nhận thấy thời gian nằm viện trung bình của nhóm trẻ VTPQ có TMTS là  $7,58 \pm 4,04$  (ngày) dài hơn nhóm không TMTS ( $6,23 \pm 2,97$ ) ngày. Kết quả ở bảng 6 cũng cho thấy nồng độ huyết sắc tố ở nhóm bệnh nhân có thời gian nằm điều trị  $\leq 7$  ngày là  $108,73 \pm 13,51$  (g/l) cao hơn nhóm bệnh nhân có thời gian điều trị trên 7 ngày. Ngược lại, nhóm trẻ có MCV càng nhỏ thì có thời gian điều trị càng dài và ngược lại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0,003$ ). Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Elif Çelik1 và cộng sự rằng có mối tương quan nghịch đáng kể giữa nồng độ Hemoglobin và mức độ nặng của VTPQ cũng như thời gian nằm viện ( $p<0,001$ ).<sup>9</sup>

## V. HẠN CHẾ

Nghiên cứu này được thực hiện với quy mô mẫu nhỏ trong thời gian ngắn tại một bệnh viện tuyến tỉnh nên tỷ lệ và mối tương quan này có thể không phản ánh bức tranh thực tế của cả nước.

## VI. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng thiếu máu thiếu sắt (TMTS) là một tình trạng phổ biến ở trẻ mắc viêm tiểu phế quản cấp

(VTPQ), đặc biệt ở nhóm trẻ từ 6-24 tháng tuổi. TMTS có liên quan đáng kể đến mức độ nặng của VTPQ, với trẻ bị VTPQ nặng có nồng độ Hemoglobin, sắt huyết thanh và Ferritin thấp hơn đáng kể so với những trẻ bị VTPQ nhẹ hoặc trung bình.

Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc và quản lý TMTS ở trẻ mắc VTPQ, nhằm giảm thiểu mức độ nặng của bệnh và cải thiện kết quả điều trị. Các nghiên cứu quy mô lớn hơn và sâu rộng hơn cần được thực hiện để xác nhận những phát hiện này và khám phá các cơ chế cơ bản.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Minh Điển, Lê Thị Hồng Hanh.** Chẩn đoán và điều trị bệnh lý hô hấp nhi khoa. Nhà xuất bản y học; 2022.
2. **The National Institute for Health and Care Excellence.** Bronchiolitis in children: diagnosis and management NICE guideline. 2020:Accessed April 5, 2020. <http://www.nice.org.uk/Guidance/NG9>.
3. **Bộ Y tế (2015).** Thiếu máu thiếu sắt. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Tr 539-542
4. **Kumer P et al.** Association of iron deficiency anemia with acute bronchiolitis in children below 2 years of age. Int J Contemp Pediatr. 2024 Jan;11(1):20-27.
5. **Võ Công Bình, Bùi Bình Bảo Sơn.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ từ 2 tháng đến 2 tuổi. Luận văn Thạc sĩ y học, Trường đại học Y Dược Huế; 2011.
6. **Hoàng Trung Thanh.** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng trẻ nhiễm khuẩn hô hấp cấp nhiễm RSV tại bệnh viện sản nhi Vinh Phúc. Luận án tốt nghiệp CKII, Đại học Y Hà Nội; 2020.
7. **Nguyễn Thị Diệu Thúy, Nguyễn Thị Hương Mai, Đỗ Cẩm Thanh.** Thiếu máu thiếu sắt. vol 1. Bài giảng nhi khoa; 2020:252-256.
8. **Arun Daniel J, Gobinaath.** Association between anemia and acute lower respiratory tract infection in under-five children at Puducherry, India: a case control study. International Journal of Contemporary Pediatrics. 2020;7(3):679-682.
9. **Çelik E, Çelik SF, Güngör Ş, Dursun A.** Impact of Anaemia on the Severity of Acute Bronchiolitis in Infants. J Nepal Paediatr Soc. 2021;41(1):73-9.
10. **IBRAHIM M. SHALLAN, HAITHAM ABDEL AZEEM, MOHAMED T. AL-SAYED.** Iron Deficiency Anemia as a Risk and Prognostic Factor of Community Acquired Pneumonia. Med J Cairo Univ. 2015;83(2):179-186.

## NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH LỒNG NGỰC VÀ MÔ BỆNH HỌC BỆNH NHÂN U TUYẾN ỨC ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC CÓ ROBOT HỖ TRỢ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Đặng Đình Minh Thanh<sup>1,2</sup>, Vũ Hữu Vĩnh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Văn Nam<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực và mô bệnh học bệnh nhân u tuyến ức được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực có robot hỗ trợ tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các bệnh nhân u tuyến ức được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực có robot hỗ trợ từ tháng 1/2020 đến 12/2023 tại khoa Ngoại Lồng Ngực, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ : nam 1,39. Tuổi trung bình là 49,42 ± 13,46 (17-72). Tỷ lệ có nhược cơ là 44,2%, trong đó có 4 ca nhóm I, 11 ca nhóm IIA và 4 ca nhóm IIB. Có 22 BN (51,2%) có kích thước khối u ≥ 5cm và 21 BN (48,8%) < 5cm, kích thước khối u trung bình là 5,08 ± 3,74 cm. Tỷ lệ khối u ở vị trí trung tâm

là lớn nhất (48,8%), lệch phải (20,8%), lệch trái (30,2%), đa phần các khối u ngấm thuốc cản quang vừa hoặc nhiều (72,1%), chỉ có 2 BN (4,65%) có vôi hóa và 1 BN (2,3%) có xâm lấn. U tuyến ức mỡ (13,9%), type A (16,3%), type AB (30,2%), type B1 (9,3%), type B2 (20,9%), type B3 (4,7%) và ung thư tuyến ức (4,7%). Masaoka I (41,9%), Masaoka IIA (34,9%), Masaoka IIB (11,6%), Masaoka III (11,6%). Có sự liên quan giữa đặc điểm mô bệnh học và giai đoạn Masaoka với mức độ ngấm thuốc cản quang của khối u trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực. **Kết luận:** Các bệnh nhân u tuyến ức được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực có robot hỗ trợ có kích thước khối u trung bình là 5,08 cm, đa số nằm ở giai đoạn sớm (Masaoka I và II) và gặp nhiều ở type AB. Những khối u có nguy cơ ác tính càng cao thì thường có mức độ ngấm thuốc cản quang cao hơn và ở giai đoạn muộn hơn. **Từ khóa:** U tuyến ức, PTNSLN có robot hỗ trợ.

### SUMMARY

**REVIEW SOME CLINICAL CHARACTERISTICS, COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING FEATURES AND HISTOLOGY OF PATIENTS WITH THYMOMA UNDERWENT THYMECTOMY**

<sup>1</sup>Học viện Quân Y

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Đình Minh Thanh

Email: minhthanhCR7b1@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2024

Ngày duyệt bài: 12.11.2024