

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHI HO GÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Minh Điển¹, Đỗ Thị Thúy Nga¹,
Nguyễn Mạnh Cường², Phùng Thị Bích Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhi ho gà tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán xác định mắc ho gà điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Nghiên cứu mô tả tiến cứu loạt ca bệnh được thực hiện từ 01/01/2019 đến 31/12/2020. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng thường gặp ở trẻ mắc bệnh ho gà có tam chứng: ho tăng dần (99,7%), ho thành cơn kịch phát (97,9%), tăng xuất tiết đờm sau khi ho (96,6%). 69,9% trẻ mắc bệnh có triệu chứng tím tái, chỉ 6,0% trẻ có tiếng rít. Một số biến chứng hay gặp là viêm phổi (48,7%), suy hô hấp (34,6%). Tăng áp lực động mạch phổi là biến chứng nặng có thể đe dọa tính mạng với tỷ lệ gặp là 9,7%. Trẻ dưới 4 tháng hay gặp triệu chứng tím tái, cơn ngừng thở và các biến chứng viêm phổi, suy hô hấp hơn. Số lượng WBC và bạch cầu Lympho tăng dần từ cuối tuần thứ nhất, tăng cao nhất ở tuần thứ hai và giảm dần từ tuần thứ ba của bệnh. Tổn thương chủ yếu trên phim chụp X-quang ngực là hình ảnh tăng đậm các nhánh phế quản cạnh tim hai bên (58,1%). **Kết luận:** Trẻ ho gà thường xuất hiện với dấu hiệu ho tăng dần, tím tái và ngừng thở, bệnh nặng thường dẫn tới viêm phổi suy hô hấp và tử vong. Số lượng WBC và bạch cầu Lympho giảm dần, có hình ảnh tổn thương phổi trên phim X-quang.

Từ khóa: bệnh ho gà, biến chứng, trẻ em

SUMMARY

THE CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH WHOOPING COUGH AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of children with whooping cough at the National Children's Hospital. **Subjects and methods:** Children under 16 years old were diagnosed with whooping cough and treated at the National Children's Hospital. A prospective descriptive study of a series of cases was conducted from January 1, 2019 to December 31, 2020. **Results:** Common clinical characteristics in children with whooping cough include the triad: increasing cough (99.7%), paroxysmal cough (97.9%), increased sputum secretion after coughing (96.6%). 69.9% of children with the disease had symptoms of cyanosis, only 6.0%

of children had wheezing. Some common complications are pneumonia (48.7%), respiratory failure (34.6%). Increased pulmonary artery pressure is a serious complication that can be life-threatening with an incidence of 9.7%. Children under 4 months often have symptoms of cyanosis, apnea, and complications of pneumonia and respiratory failure. WBC and lymphocytes increases gradually from the end of the first week, peaks in the second week, and decreases gradually from the third week of the disease. The main lesion on chest X-ray is the image of increased density of the bronchial branches next to the heart on both sides (58.1%). **Conclusion:** Whooping cough patients often present with increasing cough, cyanosis and respiratory arrest. Severe illness often leads to pneumonia, respiratory failure and death. Paraclinical signs include a gradual decrease in total leukocytes and lymphocytes, and lung lesions on X-rays. **Keywords:** Children, whooping cough, complications

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho gà là bệnh truyền nhiễm cấp tính lây qua đường hô hấp, có khả năng gây dịch, do vi khuẩn *Bordetella pertussis* gây ra, thường gặp ở trẻ nhỏ. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới năm 2014, mỗi năm trên toàn cầu có khoảng 24,1 triệu ca mắc, 160.700 ca tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi, phần lớn liên quan đến trẻ sơ sinh (53%) [1]. Hơn nữa, trong ba thập kỷ qua các báo cáo dịch tễ tại nhiều quốc gia cho thấy xu hướng tái bùng phát bệnh ho gà, kể cả các quốc gia phát triển có tỷ lệ bao phủ vắc xin cao [2]. Thực trạng tái nổi bệnh ho gà đã đặt ra cho y tế cộng đồng nhiều thách thức trong kiểm soát bệnh [3]. Trẻ mắc ho gà có các biến chứng khó kiểm soát như viêm phổi nặng, suy hô hấp, tổn thương não, đặc biệt tình trạng tăng áp lực động mạch phổi (TADMP) là vấn đề khó khăn trong hồi sức bệnh ho gà và ngày càng được quan tâm chẩn đoán, điều trị [4]. Tại Việt Nam, bệnh ho gà cũng chưa hoàn toàn được kiểm soát, đặc biệt từ năm 2015 số ca báo cáo mắc ho gà có xu hướng gia tăng mặc dù đã áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán mới [5-7]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhi ho gà tại Bệnh viện Nhi Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán xác định mắc ho gà điều

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Điển

Email: dientm@nhp.org.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 1/1/2019 đến 31/12/2020

Tiêu chuẩn lựa chọn: trẻ được chẩn đoán xác định mắc ho gà theo hướng dẫn của Bệnh viện Nhi Trung ương áp dụng Đồng thuận Ho gà toàn cầu 2011(GPI 2011) [8]

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu loạt ca bệnh

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả xác định một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu ước tính.

Z: Hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p: Tỷ lệ ước đoán của quần thể, $p = 0,747$ (tỷ lệ trẻ có triệu chứng tím tái trong nhóm mắc ho gà) theo Trần Minh Điển (2015)

ε : Sai số tương đối cho phép, lấy $\varepsilon = 0,06$

Vậy cỡ mẫu ước tính là 362 bệnh nhi.

Cỡ mẫu thực tế chúng tôi thu thập được là 382 bệnh nhi.

Phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập đã được mã hóa theo mẫu, nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0

Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh Bệnh viện Nhi Trung ương số VNCH-RICH-2019-60 ngày 31/10/2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh ho gà

3.1.1. Triệu chứng khởi phát bệnh ho gà



Hình 1: Các triệu chứng khởi phát (n=382)

Triệu chứng chính khởi phát bệnh là ho (97,4%), đặc biệt có trường hợp trẻ không rõ các triệu chứng đường hô hấp nhưng khởi phát bệnh có biểu hiện cơn tím tái toàn thân.

3.1.2. Thời điểm nhập viện điều trị

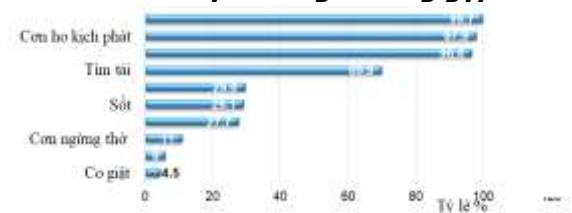
Bảng 1: Thời điểm nhập viện của trẻ mắc ho gà

Thời điểm nhập viện	Nhóm nghiên cứu		Trẻ < 4 tháng		Trẻ ≥ 4 tháng	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
$\bar{X} \pm SD$ (ngày)	12,35	$\pm 7,24$	11,2	$\pm 6,41$	16,0	$\pm 8,38$

Ngày 1-3	11	2,9	11	3,8	0	0
Ngày 4-7	91	23,8	83	28,7	8	8,6
Ngày 8-14	170	44,5	128	44,3	42	45,2
Ngày 15-21	76	19,9	51	17,7	25	26,9
Từ ngày 22 trở đi	34	8,9	16	5,5	18	19,3
Tổng số	382	100	289	100	93	100

Trẻ mắc ho gà nhập viện cao nhiều vào tuần thứ hai (44,5%), thời gian nhập viện ở nhóm trẻ < 4 tháng sớm hơn nhóm trẻ ≥ 4 tháng (11,2 ± 6,41 và 16,0 ± 8,38 ngày, $p < 0,05$).

3.1.3. Các triệu chứng thường gặp



Hình 2: Các triệu chứng cơ năng thường gặp (n=382)

Triệu chứng ho tăng dần, cơn ho kịch phát, xuất tiết đờm sau cơn ho gặp ở hầu hết các trường hợp bệnh, các cơn ho nặng có tím tái có thể gặp ở 69,9% trường hợp.



Hình 3: Một số triệu chứng thực thể thường gặp (n=382)

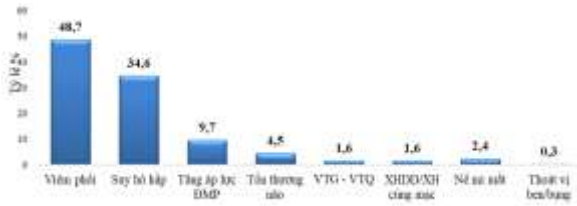
Triệu chứng nhịp thở nhanh và nhịp tim nhanh theo tuổi với tỷ lệ 34,6% và 18,6%

Bảng 2: Các triệu chứng bệnh theo nhóm tuổi (n=382)

Triệu chứng	<4 tháng (n ₁ =289)		≥4 tháng (n ₂ =93)		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Ho cơn kịch phát	284	98,3	90	96,8	0,38
Xuất tiết đờm sau ho	281	97,2	88	94,6	0,3
Tím tái	215	74,4	52	55,9	0,001
Chảy mũi	71	24,6	42	45,2	<0,001
Sốt	70	24,2	41	44,1	<0,001
Nôn sau ho	78	27,0	28	30,1	0,5
Cơn ngừng thở	41	14,2	1	1,1	<0,001
Ho có tiếng rít	13	4,5	10	10,8	0,027
Co giật	14	4,8	3	3,2	0,7

Các triệu chứng tím tái và cơn ngừng thở gặp ở nhóm trẻ nhỏ < 4 tháng (74,4% và 14,2%) cao hơn nhóm trẻ lớn ≥ 4 tháng (55,9% và 1,1%).

3.1.4. Một số biến chứng của bệnh ho gà



Hình 4: Một số biến chứng của bệnh ho gà (n=382)

VTG: viêm tai giữa, VTQ: viêm thanh quản, XHDD: Xuất huyết dưới da, ĐMP: động mạch phổi. Các biến chứng thường gặp viêm phổi, suy hô hấp (48,7%; 34,6%), các biến chứng nặng như TADMP, bệnh lý não ít gặp hơn (9,7% và 4,5%).

Bảng 3: Một số biến chứng thường gặp theo nhóm tuổi (n = 382)

Biến chứng	<4 tháng (n=289)		≥4 tháng (n=93)		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Viêm phổi	150	51,9	36	38,7	0,038
Suy hô hấp	110	38,1	22	23,7	0,011
TADMP	32	11,1	5	5,4	0,1
Tổn thương não	15	5,2	2	2,2	0,2

TADMP: Tăng áp động mạch phổi

Biến chứng viêm phổi, suy hô hấp ở trẻ < 4 tháng tuổi (51,9% và 38,1%) cao hơn rõ rệt so với trẻ ≥ 4 tháng (38,7% và 23,7%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng bệnh ho gà

3.2.1. Công thức máu

Bảng 4: Số lượng WBC và bạch cầu Lympho trong máu ngoại vi (n=382)

Chỉ số	WBC		L	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (G/l)	20,7 ± 13,9		13,2 ± 8,1	
≤ 10 (G/l)	55	14,4	167	43,7
>10 - 20 (G/l)	193	50,5	157	41,1
> 20 - 30 (G/l)	74	19,4	38	9,9
> 30 - 50 (G/l)	44	11,5	19	5,0
> 50 (G/l)	16	4,2	1	0,3
Tổng số	382	100	382	100

WBC (White Blood Cell): số lượng bạch cầu, L: bạch cầu Lympho

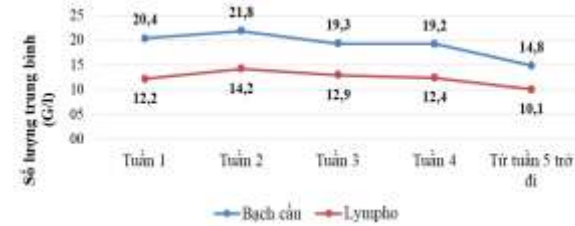
Trẻ mắc ho gà có WBC ≥ 20 G/l (35,1%), trong đó WBC ≥ 50 G/l chỉ có 4,2% trường hợp. Có 56,3% trẻ ho gà có bạch cầu Lympho tăng trên 10 G/l, trong đó chủ yếu là Lympho tăng trong khoảng 10-20 G/l (41,1%).

Bảng 5: Số lượng WBC và bạch cầu Lympho trong máu ngoại vi theo nhóm tuổi (n=382)

Chỉ số	<4 tháng (n ₁ =289)	≥4 tháng (n ₂ =93)	p
--------	--------------------------------	-------------------------------	---

		Số lượng	%	Số lượng	%	
WBC	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (G/l)	19,9±13,4		22,5±15,2		0,12
	> 20 (G/l)	95	32,9	40	43,0	0,07
L	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (G/l)	12,7±7,4		14,8±10,1		0,07
	> 10 (G/l)	159	55,0	57	61,3	0,29

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng tăng WBC và bạch cầu lympho trong máu ngoại vi giữa các nhóm tuổi (p>0,05).



Hình 5: Giá trị trung bình WBC và bạch cầu Lympho trong máu ngoại vi theo thời gian (n=382)

Số lượng WBC và bạch cầu Lympho tăng dần từ cuối tuần thứ nhất (20,4 và 12,2 G/l), tăng lên cao nhất ở tuần thứ 2 (21,8 và 14,2 G/l), từ tuần thứ 3 số lượng WBC và bạch cầu lympho giảm dần.

Bảng 6: Số lượng các loại bạch cầu theo tình trạng bội nhiễm (n=382)

Chỉ số	Không bội nhiễm (n ₁ =292)	Bội nhiễm (n ₂ =90)	p
	$\bar{X}_1 \pm SD$	$\bar{X}_2 \pm SD$	
WBC (G/l)	19,8 ± 13,1	23,0 ± 16,1	0,055
L (G/l)	13,1 ± 7,8	13,7 ± 8,9	0,5
N (G/l)	4,6 ± 4,5	6,8 ± 5,7	0,015

WBC: Bạch cầu toàn phần, L: Bạch cầu Lympho, N: Bạch cầu trung tính

Chỉ số bạch cầu trung tính ở nhóm trẻ mắc ho gà có bội nhiễm căn nguyên vi sinh khác cao hơn nhóm trẻ không bội nhiễm (p < 0,05).

Bảng 7: Số lượng tiểu cầu (n = 382)

Tiểu cầu	Số lượng	Tỷ lệ %
Trung bình (n=382, IQR: 118-1129) (G/l)	472,6 ± 163,5	
≤ 500 10 ⁹ /L	238	62,3
> 500 10 ⁹ /L	144	37,7

Số lượng tiểu cầu trung bình là 472,6 ± 163,5 G/l, và tỷ lệ trẻ mắc ho gà có số lượng tiểu cầu tăng trên 500 G/l là 37,7%.

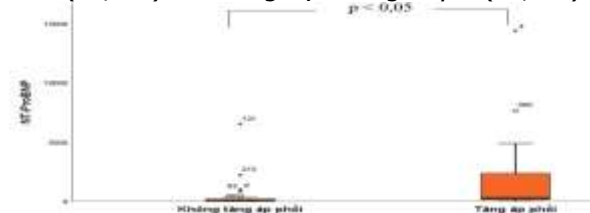
3.2.2. Một số chỉ số xét nghiệm máu khác

Bảng 8: Một số chỉ số xét nghiệm máu

Chỉ số	Số lượng	Tỷ lệ (%)	p
CRP (IQR: 0,1-222,4) ≤6	328	85,9	<0,001

(mg/l) (n=382)	>6	54	14,1	
Glucose máu (IQR: 2,6-9,7) (mmol/l) (n=110)	<3,9	8	7,3	<0,001
	≥3,9	102	92,7	

CRP (C-reactive protein): Protein phản ứng C
Hầu hết trẻ mắc ho gà không tăng chỉ số CRP (85,9%) và không hạ đường huyết (92,7%).



Hình 6: Chỉ số NT-proBNP ở nhóm tăng và không tăng áp lực động mạch phổi

Giá trị trung vị NT-proBNP của nhóm TADMP là 271 (IQR: 12,8-14359) (pmol/l) cao hơn nhóm không TADMP 75,4 (IQR: 8,6-6493) (pmol/l) ($p < 0,05$).

3.2.3. Chẩn đoán hình ảnh - X-quang ngực



Hình 7: Hình ảnh tổn thương phổi trên phim X-quang ngực (n=382)

Hình ảnh tổn thương phổi trên phim X-quang ngực của trẻ mắc ho gà chủ yếu là hình ảnh tăng đậm các nhánh phế quản vùng rốn phổi hai bên chiếm 58,1% (222/382).

IV. BÀN LUẬN

Triệu chứng khởi phát bệnh chính là triệu chứng ho (chiếm 97,4%), tần số thở nhanh theo lứa tuổi (34,6%), hoặc nhịp tim nhanh theo lứa tuổi (18,6%). Tuy nhiên triệu chứng ho ở trẻ nhỏ, trẻ sơ sinh có thể không điển hình, các cơn ho có tím hoặc cơn tím kịch phát không rõ ho có thể xuất hiện sớm, thời kỳ khởi phát thường ngắn không rõ rệt. Trẻ nhập viện gấp cao nhất vào tuần thứ 2 (chiếm 44,5%), thời điểm nhập viện trung bình của nhóm nghiên cứu là $12,35 \pm 7,24$ ngày. Nhóm trẻ nhỏ dưới 4 tháng thường khởi phát bệnh ngắn và thời gian nhập viện sớm hơn nhóm trẻ lớn ($11,2 \pm 6,41$ và $16,0 \pm 8,38$ ngày, $p < 0,05$). Tỷ lệ trẻ dưới 4 tháng nhập viện trong tuần đầu (32,5%) cao hơn nhóm ≥ 4 tháng (8,6%) ($p < 0,05$), đặc biệt trong nhóm trẻ dưới 4 tháng có 3,8% trẻ nhập viện ngay trong 3 ngày đầu của bệnh. Nghiên cứu của tác

giả Limin Kang cũng cho thấy, tỷ lệ trẻ nhập viện vào tuần thứ hai và tuần thứ ba của bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất tương ứng là 36,1% và 33,5% [4]. Điều này phù hợp với diễn biến các giai đoạn bệnh, thời kỳ khởi phát thường kéo dài từ 1-2 tuần, thời điểm nhập viện thường là khi trẻ bước sang thời kỳ toàn phát của bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tiêu chuẩn GPI 2011 cho thấy hướng tới chẩn đoán lâm sàng bệnh ho gà khi trẻ có triệu chứng ho kéo dài ít nhất 1 tuần (trẻ ≥ 4 tháng), hoặc ho ở bất kỳ thời điểm nào mà không cải thiện (trẻ 0 - 3 tháng) và kèm theo một trong các triệu chứng: ho cơn có tím, ngừng thở, nôn sau ho hay co giật, viêm phổi. Như vậy, với kết quả nghiên cứu này cho thấy việc sử dụng tiêu chuẩn GPI 2011 trong chẩn đoán bệnh ho gà là phù hợp, tránh bỏ sót các ca bệnh lâm sàng, đặc biệt ở nhóm trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ [8].

Biến chứng hay gặp nhất là viêm phổi, suy hô hấp (48,7% và 34,6%), biến chứng TADMP và thần kinh ít gặp hơn (lần lượt là 9,7% và 4,5%). Nghiên cứu của Phạm Thái Sơn và cộng sự có 43,17% trẻ ho gà tiến triển suy hô hấp [6]. Các kết quả này tương đồng với kết quả của Varun K. Phadke và cộng sự cho thấy biến chứng viêm phổi gặp ở 63,6% [9]. Biến chứng thần kinh thường biểu hiện co giật, thay đổi tri giác, sau đó đều hồi phục không có di chứng. Các nghiên cứu khác báo cáo mức độ tổn thương thần kinh rất khác nhau từ biến đổi DNT đến viêm não tủy rải rác do sự tổn thương hoặc chưa trưởng thành của hàng rào máu não ở trẻ nhỏ bị ho gà [10].

Số lượng WBC và Lympho trung bình là $20,7 \pm 13,9$ G/l và $13,2 \pm 8,1$ G/l, tỷ lệ trẻ có số lượng WBC trên 20 G/l chiếm 35,1%, WBC trên 50 G/l chỉ chiếm 4,2%. Tương ứng với chỉ số tăng WBC, tỷ lệ trẻ ho gà có tăng bạch cầu Lympho trong khoảng 10-20 G/l và trên 50 G/l là 41,1 và 0,3%. Mặc dù chỉ có 35,1% trẻ có tăng WBC trên 20 G/l, tuy nhiên có đến 56,3% trẻ có tăng bạch cầu Lympho trên 10 G/l, như vậy ở trẻ mắc ho gà tăng bạch cầu Lympho trên 10 G/l hay gặp hơn chỉ số tăng bạch cầu toàn phần trên 20 G/l. Tỷ lệ tăng WBC và bạch cầu Lympho ở nhóm trẻ lớn (43% và 61,3%) cũng có xu hướng cao hơn ở nhóm trẻ nhỏ (32,9% và 55,0%). Nghiên cứu của Limin Kang và cộng sự cho thấy trẻ ≥ 3 tháng có trung bình bạch cầu là $25,06 \pm 16,01$ G/l và trẻ nhỏ dưới 3 tháng là $21,14 \pm 12,50$ G/l, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [4]. Diễn biến của giá trị trung bình của WBC và bạch cầu Lympho theo thời gian cho thấy số lượng WBC và bạch cầu Lympho tăng

dẫn từ cuối tuần thứ nhất, tăng cao nhất ở tuần thứ hai sau đó giảm dần từ tuần thứ 3, từ sau tuần thứ 5 trở đi số lượng WBC và bạch cầu Lympho giảm gần như bình thường.

Trong nghiên cứu chỉ có 14,1% trẻ có tăng CRP trên 6 mg/l. Điều này cho thấy, khi nhiễm vi khuẩn ho gà không gây ra phản ứng viêm mạnh như trong nhiễm trùng các căn nguyên vi khuẩn gây bệnh đường hô hấp khác. Ngoài ra, chúng tôi thấy hầu như trẻ không hạ đường huyết (92,7%). Hình ảnh tổn thương phổi thường gặp nhất trên phim chụp X-quang ngực thẳng là hình ảnh tăng đậm các nhánh phế quản vùng rốn phổi hai bên (chiếm 58,1%). Hình ảnh này phù hợp với tổn thương trong cơ chế bệnh sinh của ho gà, là các dạng tổn thương viêm, hoại tử niêm mạc đường thở do độc tố vi khuẩn và y văn cũng mô tả hình ảnh tổn thương trên phim X-quang ngực là hình ảnh tổn thương vùng cạnh tim hai bên [4].

V. KẾT LUẬN

Trẻ ho gà thường biểu hiện ho tăng dần, triệu chứng tím tái và ngừng thở, bệnh nặng thường dẫn tới viêm phổi, suy hô hấp, TADMP và thậm chí tử vong. Số lượng WBC và lympho giảm dần, có hình ảnh tổn thương phổi trên phim X-quang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yeung K.H.T., Duclos P., Nelson E.A.S., et al. (2017). An update of the global burden of pertussis in children younger than 5 years: a modelling study.

2. Jackson D.W. and Rohani P. (2014). Perplexities of pertussis: recent global epidemiological trends and their potential causes. *Epidemiology & Infection*, 142(4), 672–684.
3. Melvin J.A., Scheller E.V., Miller J.F., et al. (2014). *Bordetella pertussis* pathogenesis: current and future challenges. *Nat Rev Microbiol*, 12(4), 274–288.
4. Kang L., Cui X., Fu J., et al. (2022). Clinical characteristics of 967 children with pertussis: a single-center analysis over an 8-year period in Beijing, China. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 41(1), 9–20.
5. Báo cáo tổng kết Tiêm chủng mở rộng năm 2018 - Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.
6. Phạm Thái Sơn, Trần Ngọc Xuân, Phạm Thị Thủy Dung (2019). Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ở bệnh nhi mắc ho gà năm tại viện Nhi Đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2018. *Tạp chí Y học Dự phòng*, 29(11), 69–76.
7. Đỗ Văn Đồng, Bùi Thị Huyền Diệu, Đặng Thị Bích Thủy (2021). Đặc điểm dịch tễ học bệnh ho gà ở trẻ em tại tỉnh Nam Định từ năm 2017 – 2020. *Tạp chí Y học Dự phòng*, 31(7), 18–24.
8. Cherry J.D., Tan T., Wirsing von König C.-H., et al. (2012). Clinical Definitions of Pertussis: Summary of a Global Pertussis Initiative Roundtable Meeting, February 2011. *Clin Infect Dis*, 54(12), 1756–1764.
9. Phadke V.K., McCracken J.P., Kriss J.L., et al. (2018). Clinical Characteristics of Hospitalized Infants With Laboratory-Confirmed Pertussis in Guatemala. *J Pediatric Infect Dis Soc*, 7(4), 310–316.
10. Namachivayam P., Shimizu K., and Butt W. (2007). Pertussis: severe clinical presentation in pediatric intensive care and its relation to outcome. *Pediatr Crit Care Med*, 8(3), 207–211.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ CẮT CỔ TỬ CUNG BẰNG ĐƯỜNG BỤNG TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2023

Hà Thị Bích¹, Phạm Thị Thu Thủy¹,
Nguyễn Thu Dung¹, Lê Thu Hiền¹, Ngô Minh Đạt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc người bệnh sau mổ cắt cổ tử cung bằng đường bụng tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Bạch Mai năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 119 người bệnh sau mổ cắt tử cung bằng đường bụng tại khoa Phụ sản – Bệnh

viên Bạch Mai trong thời gian từ tháng 4 đến tháng 8 năm 2023. Bộ công cụ được xây dựng dựa trên 12 nhiệm vụ chuyên môn về chăm sóc người bệnh được quy định tại Thông tư 31/2021/TT-BYT. Bộ công cụ được đánh giá độ tin cậy bằng thang đo Cronback Alpha và kết quả đạt 0,75. **Kết quả:** Tỷ lệ chăm sóc tốt người bệnh sau mổ cắt tử cung đường bụng đạt 74,8%. Có mối liên quan liên quan giữa kết quả chăm sóc người bệnh sau mổ cắt tử cung bằng đường bụng với các yếu tố là tình trạng đau (OR=4,72, KTC95%: 1,80 - 12,4) và tình trạng giấc ngủ (OR=1,37; KTC95%: 1,17 -1,60), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. **Kết luận:** Tình trạng đau và tình trạng giấc ngủ sau mổ có liên quan với kết quả chăm sóc người bệnh. **Từ khóa:** Chăm sóc, cắt tử cung đường bụng, Bệnh viện Bạch Mai

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Công ty Cổ phần Vắc xin Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Minh Đạt

Email: minhdatdht@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025