

kiểm tra và làm sạch buồng tử cung. Tuy nhiên vẫn còn 1 số ít trường hợp cần phải sử dụng đến phương pháp bổ sung. Nguyên nhân dẫn đến việc phải sử dụng đến phương pháp hút và nong gấp thai có thể là do những trường hợp đó không đáp ứng với các thuốc gây chuyển dạ. Mặc dù vậy, kết quả siêu âm lại buồng tử cung sạch hoàn toàn cho thấy 100% các trường hợp TCTTC đã được xử trí triệt để, không có tình trạng sót thai hay sót rau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Quách Duy Kỳ tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Trong đó, tỷ lệ thành công trong xử trí TCTTC bằng Misoprostol chiếm 93,6%⁵. Trong nghiên cứu của Dương Mỹ Linh và cộng sự tại Bệnh viện đa khoa Vĩnh Long, tỷ lệ xử trí TCTTC thành công chiếm 96,67%⁹.

Tóm lại, những kết quả trên cho thấy rằng xử trí nội khoa bằng misoprostol là hiệu quả và an toàn cho TCTBCT từ 13-22 tuần tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, với tỷ lệ thành công cao, chuyển phương pháp hợp lý và kiểm soát hoàn toàn sản phẩm thai trước khi xuất viện.

V. KẾT LUẬN

Trong 61 trường hợp TCTTC được xử trí, có 86,9% các trường hợp ra thai thành công. Có 13,1% trường hợp phải chuyển phương pháp xử trí khác, trong đó có 11,5 trường hợp phải hút thai và 1,5% sử dụng phương pháp nong gấp thai. Tại thời điểm ra viện, tất cả 61 trường hợp TCTBCT có siêu âm buồng tử cung sạch hoàn toàn. Không có trường hợp nào sót thai, sót rau. Về có 78,7% thai phụ được xử trí bằng phương pháp Misoprostol đơn thuần. Có 4,9% trường

hợp thai phụ có TCTBCT có biến chứng chảy máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (Ban hành kèm theo quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ Y tế. Hà Nội, 2016.
2. **World Health Organization.** Stillbirth. 2021. https://www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=tab_1. Accessed 30/7/2024.
3. **Nguyễn Thị Xuân Thu.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả xử trí thai chết lưu tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Thái Nguyên, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên; 2016.
4. **Nông Thị Hồng Lê, Lê Hoàng, Hoàng Minh Nam, Đào Trọng Quân.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thai chết lưu từ tuần 22 trở lên tại Trung tâm Sản khoa – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Khoa học và Công nghệ, Đại học Thái Nguyên. 2024;229(05):98-104.
5. **Quách Duy Kỳ.** Nghiên cứu điều trị thai chết lưu tuổi thai từ 13 đến 22 tuần bằng Misoprostol tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương., Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II. Hà Nội, Đại học Y Hà Nội; 2016.
6. **Nguyễn Thị Huyền, Nguyễn Minh Hồng, Bùi Thanh Thủy.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thai chết lưu trên 3 tháng tại khoa Sản, Bệnh viện A Thái Nguyên. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2025;66(2):127-132.
7. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** ACOG practice bulletin no. 200: early pregnancy loss. Obstetrics and gynecology. 2018;132(5):e197-e207.
8. **Nguyễn Thị Dung.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí thai chết lưu tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa năm 2013. Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa Cấp 2. Đại học Y Hà Nội; 2014.
9. **Dương Mỹ Linh, Đoàn Hữu Nghĩa, Nguyễn Thị Mỹ Nương, Bùi Quang Nghĩa.** Kết quả điều trị thai chết lưu từ 12 tuần trở lên tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024; 76:86-91.

Khảo sát tỷ lệ và các yếu tố liên quan viêm phổi sau ĐỘT QUỴ CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÀ MAU NĂM 2024

Huỳnh Ngọc Linh¹, Nguyễn Thế Tân¹,
Phan Thị Ngọc Diễm¹, Võ Hoài Thương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi là biến chứng thường gặp và nghiêm trọng ở bệnh nhân đột quỵ cấp, làm gia tăng tỷ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện và chi phí điều trị. Việc phát hiện sớm và kiểm soát các yếu

tổ nguy cơ là cần thiết để cải thiện tiên lượng người bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ viêm phổi và phân tích một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đột quỵ cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 1.718 bệnh nhân đột quỵ cấp. Dữ liệu về dịch tễ, lâm sàng và can thiệp được thu thập và phân tích bằng phần mềm Stata 18.0, sử dụng hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Tỷ lệ viêm phổi sau đột quỵ là 15,37%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa gồm: giới nam ($OR_{HC} = 1,67$), tuổi cao ($OR_{HC} = 1,29$), điểm NIHSS cao ($OR_{HC} = 1,67$), nhiều bệnh đồng mắc ($OR_{HC} = 1,23$); suy giảm ý thức

¹Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

²Bệnh viện Đa khoa Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Ngọc Linh

Email: drlinhcm78@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 27.10.2025

(OR_{HC} = 4,16); rối loạn nuốt (OR_{HC} = 2,75); xuất huyết não (OR_{HC} = 3,72); thở máy (OR_{HC} = 5,72) và đặt sonde dạ dày (OR_{HC} = 2,19) với $p < 0,05$. **Kết luận:** Viêm phổi sau đột quỵ vẫn là biến chứng phổ biến. Cần sàng lọc và kiểm soát các yếu tố nguy cơ như: nam giới, người bệnh có suy giảm ý thức, có nhiều bệnh đồng mắc, rối loạn nuốt, thở máy và đặt sonde để hạn chế biến chứng. **Từ khóa:** viêm phổi, đột quỵ cấp, yếu tố nguy cơ, NIHSS, rối loạn nuốt.

SUMMARY

SURVEY ON THE PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF POST-STROKE PNEUMONIA AT CA MAU GENERAL HOSPITAL IN 2024

Introduction: Pneumonia is a frequent and severe complication in patients with acute stroke, contributing to increased mortality, prolonged hospital stay, and elevated treatment costs. Early detection and management of risk factors are essential to improve patient prognosis. **Objectives:** To determine the prevalence of pneumonia and analyze associated factors in patients with acute stroke treated at Ca Mau General Hospital in 2024. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 1,718 patients with acute stroke. Epidemiological, clinical, and interventional data were collected and analyzed using Stata software version 18.0. Multivariable logistic regression was employed to identify associated factors. **Results:** The prevalence of post-stroke pneumonia was 15.37%. Statistically significant associated factors included male sex (aOR = 1.67), advanced age (aOR = 1.29), high NIHSS score (aOR = 1.67), decreased consciousness (aOR = 4.16); dysphagia (aOR = 2.75), cerebral hemorrhage (aOR = 3.72); mechanical ventilation (aOR = 5.72), multiple comorbidities (aOR = 1.23), nasogastric tube placement (aOR = 2.19), and multiple comorbidities (aOR = 1.23), all with $p < 0.05$. **Conclusion:** Post-stroke pneumonia remains a common complication. Screening and control of risk factors such as male gender, patients with decreased consciousness, and those with multiple comorbidities, dysphagia, mechanical ventilation, and nasogastric tube placement are recommended to reduce this complication. **Keywords:** pneumonia, acute stroke, risk factors, NIHSS, dysphagia,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một trong những biến chứng thường gặp và nghiêm trọng ở bệnh nhân sau đột quỵ, góp phần làm tăng tỷ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện và ảnh hưởng đến kết quả phục hồi chức năng của người bệnh [6]. Viêm phổi liên quan đến đột quỵ thường khởi phát sớm trong vòng vài ngày đầu sau đột quỵ, với tỷ lệ mắc bệnh dao động từ 10% đến 20% [5]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hòa và cộng sự (2022), các yếu tố nguy cơ chính của viêm phổi bao gồm tuổi ≥ 80 , điểm Glasgow thấp, điểm NIHSS ≥ 12 , rối loạn nuốt, và tổn thương bán cầu não trái [2]. Ngoài ra, nghiên

cứ của Đỗ Đào Vũ và cộng sự (2024) tại Trung tâm PHCN Bệnh viện Bạch Mai cũng cho thấy tỷ lệ là 16,34%, với các yếu tố liên quan đáng chú ý như đặt sonde dạ dày và rối loạn nuốt [4].

Tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau, số lượng bệnh nhân nhập viện vì đột quỵ cấp ngày càng gia tăng. Việc xác định các yếu tố nguy cơ có thể giúp ích trong dự phòng sớm và nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân đột quỵ. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài: "Khảo sát tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ viêm phổi sau đột quỵ cấp tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau năm 2024" với hai mục tiêu sau:

- Xác định tỷ lệ viêm phổi sau đột quỵ cấp ở bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau năm 2024.

- Phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ (tuổi, điểm NIHSS, rối loạn nuốt, đặt sonde dạ dày, thở máy...) với viêm phổi sau đột quỵ cấp tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh được chẩn đoán đột quỵ cấp điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh hoặc thân nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; Người bệnh có tiền sử bệnh phổi mạn tính giai đoạn tiến triển (như COPD nặng, xơ phổi), ung thư phổi, lao phổi;

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Lấy trọn mẫu tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ. Khảo sát tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

- Nội dung nghiên cứu: Chẩn đoán viêm phổi sau đột quỵ dựa trên tiêu chuẩn của CDC Hoa Kỳ năm 2005: Có triệu chứng lâm sàng (sốt $> 38^{\circ}\text{C}$, tăng tiết đờm, bạch cầu tăng hoặc giảm bất thường); Có tổn thương mới trên X-quang phổi; Xuất hiện ≥ 48 giờ sau nhập viện.

Đặc điểm mẫu nghiên cứu và các yếu tố liên quan khảo sát gồm: Thông tin nhân khẩu học: tuổi, giới tính, nơi cư trú. Lâm sàng: loại đột quỵ (nhồi máu hay xuất huyết não), điểm NIHSS lúc vào viện, điểm Glasgow, có/không có rối loạn nuốt, đặt sonde dạ dày, thở máy, tiền sử bệnh nền (tăng huyết áp, đái tháo đường, rung nhĩ...).

- **Xử lý và phân tích số liệu:** nhập dữ liệu bằng phần mềm Epidata 3.02, xử lý thống kê bằng phần mềm STATA 18.0. Mô tả đặc điểm

mẫu nghiên cứu bằng thống kê tần suất, xác định mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và viêm phổi bằng phân tích đơn biến với chỉ số Odds ratio (OR). Phân tích đa biến bằng hồi quy logistic để điều chỉnh yếu tố nhiễu. Các kết quả thống kê có ý nghĩa khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng, điều trị của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Địa chỉ		
Nông thôn	1275	74,21
Thành thị	443	25,79
Giới tính		
Nam	998	58,09
Nữ	720	41,91
Nhóm tuổi		
≤ 60	278	16,18
61-70	663	38,59
71-80	459	26,72
> 80	318	18,51
BMI		
$< 18,5$	223	12,98
18,5 đến < 23	1028	59,83
≥ 23	467	27,19
Suy giảm ý thức (Glasgow < 9)		
Có	229	13,33
Không	1489	86,67
Rối loạn nuốt (n=1337)		
Có	513	38,37
Không	824	61,63
Phân loại đột quỵ		
Nhồi máu não	1447	84,23
Xuất huyết não	271	15,77

3.2.2. Mối liên quan giữa một số yếu tố của người bệnh viêm phổi sau đột quỵ cấp

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố của người bệnh viêm phổi sau đột quỵ cấp

Đặc điểm	Viêm phổi		OR [KTC95%]	p	OR _{HC} [KTC95%]	p*
	Có	Không				
Địa chỉ						
Nông thôn	189(14,82)	1086(85,18)	-	0,29	-	-
Thành thị	75(16,93)	368(83,07)				
Giới tính						
Nam	184(18,44)	814(81,56)	1,81 (1,35-2,42)	<0,001	1,67 (1,24-2,63)	<0,001
Nữ	80(11,11)	640(88,89)				
Nhóm tuổi						
≤ 60	31(11,15)	247(88,85)	1,26* (1,02-2,31)	0,03	1,29* (1,01-2,45)	0,03
61-70	86(12,97)	577(87,03)				
71-80	73(15,90)	386(84,10)				
> 80	74(23,27)	244(76,73)				
BMI						
< 18,5	38(17,04)	185(82,96)	-	0,75	-	-
18,5 đến < 23	156(15,18)	872(84,82)				
≥ 23	70(14,99)	397(85,01)				

Thang điểm NIHSS		
≤ 5	1130	65,77
6 -12	329	19,15
≥ 13	259	15,08
Bệnh đồng mắc		
0	66	3,84
1	433	25,21
2	505	29,39
≥ 3	714	41,56
Thở máy		
Có	137	7,98
Không	1581	92,02
Đặt sonde dạ dày		
Có	183	10,66
Không	1535	89,34

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới (58,09%), sống ở nông thôn (74,21%), độ tuổi 61–70 (38,59%), BMI bình thường (59,83%), mắc đột quỵ nhồi máu não (84,23%) mức độ nhẹ (NIHSS ≤ 5 : 65,77%), không suy giảm ý thức (86,67%) và không đặt sonde dạ dày (89,34%).

3.2. Tỷ lệ người bệnh viêm phổi sau đột quỵ cấp và các yếu tố liên quan

3.2.1. Tỷ lệ người bệnh viêm phổi sau đột quỵ cấp

Bảng 3.2. Tỷ lệ người bệnh viêm phổi sau đột quỵ cấp

Viêm phổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	264	15,37
Không	1454	84,63
Tổng	1718	100

Nhận xét: tỷ lệ viêm phổi sau đột quỵ cấp là 15,37% với 264 người bệnh trong tổng số 1718 người bệnh được nghiên cứu.

Suy giảm ý thức (Glasgow<9)						
Có	83(36,24)	146(63,76)	4,11	0,0001	4,16 (2,21-5,72)	0,0001
Không	181(12,16)	1308(87,84)	(2,29-5,66)			
Rối loạn nuốt						
Có (n=513)	140(27,29)	373(72,71)	2,91	0,0001	2,75 (1,98-3,87)	0,0001
Không (n=824)	94(11,41)	730(88,59)	(2,16-3,93)			
Phân loại đột quy						
Nhồi máu não	174(12,02)	1273(87,98)	3,63	0,001	3,72 (2,45-5,03)	0,001
Xuất huyết não	90(33,21)	181(66,79)	(2,66-4,94)			
Thang điểm NIHSS						
≤ 5	133(11,77)	997(88,23)	1,71* (1,08-2,69)	0,02	1,67* (1,04-2,86)	0,02
6 -12	55(16,72)	274(83,28)				
≥ 13	76(29,34)	183(70,66)				
Bệnh đồng mắc						
0	5(7,58)	61(92,42)	1,24* (1,01-2,36)	0,04	1,23* (1,01-2,41)	0,04
1	50(11,55)	383(88,45)				
2	72(14,26)	433(85,74)				
≥ 3	137(19,19)	577(80,81)				
Thở máy						
Có	62(45,26)	75(54,74)	5,64	0,003	5,72 (3,24-8,28)	0,003
Không	202(12,78)	1379(87,22)	(3,83-8,27)			
Đặt sonde dạ dày						
Có	48(26,23)	135(73,77)	2,17	0,002	2,19 (1,42-3,37)	0,002
Không	216(14,07)	1319(85,93)	(1,48-3,14)			

(*) giá trị OR khuynh hướng;

p*: giá trị p sau khi phân tích hồi quy đa biến; OR_{HC} : giá trị tỷ số số chênh sau khi phân tích hồi quy đa biến.

Nhận xét: Viêm phổi sau đột quy gặp nhiều hơn ở nam giới (18,44%), người >80 tuổi (23,27%), có rối loạn nuốt (27,29%), suy giảm ý thức (36,24%), thở máy (45,26%), đột quy xuất huyết não (33,21%) và bệnh nhân có ≥3 bệnh đồng mắc (19,19%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng trong nghiên cứu. Trong nghiên cứu trên 1.718 bệnh nhân đột quy, phần lớn người bệnh đến từ khu vực nông thôn (74,21%) và là nam giới (58,09%), phù hợp với xu hướng đột quy thường gặp ở nam do yếu tố nguy cơ như hút thuốc, tăng huyết áp và lối sống. Nhóm tuổi phổ biến là từ 61–70 tuổi (38,59%), tiếp theo là nhóm 71–80 tuổi (26,72%), phản ánh tính chất bệnh lý liên quan đến lão hóa mạch máu não [6]. Về chỉ số BMI, đa số bệnh nhân có BMI bình thường (18,5–<23: 59,83%), tuy nhiên vẫn có 27,19% thừa cân là một yếu tố liên quan đến nguy cơ bệnh tim mạch và đột quy [5].

Đáng chú ý, 13,33% bệnh nhân có suy giảm ý thức và 38,37% có rối loạn nuốt – hai yếu tố làm tăng nguy cơ viêm phổi sau đột quy. Bên cạnh đó, tỷ lệ bệnh nhân có ≥3 bệnh đồng mắc là 41,56%, cho thấy gánh nặng bệnh lý đi kèm

đáng kể, ảnh hưởng đến tiên lượng [1]. Hầu hết bệnh nhân không cần thở máy (92,02%) và không đặt sonde dạ dày (89,34%), tuy nhiên những trường hợp cần can thiệp này cần được theo dõi sát do có nguy cơ cao biến chứng viêm phổi bệnh viện.

4.2. Tỷ lệ người bệnh viêm phổi sau đột quy cấp và các yếu tố liên quan

4.2.1. Tỷ lệ người bệnh viêm phổi sau đột quy cấp. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân bị viêm phổi sau đột quy cấp là 15,37% (264/1718), cho thấy đây là một biến chứng phổ biến và cần được quan tâm đặc biệt trong chăm sóc người bệnh đột quy. Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu trước đó, như nghiên cứu của de Jonge và cộng sự ghi nhận viêm phổi xảy ra ở khoảng 10% bệnh nhân đột quy, với nguy cơ cao nhất trong 4 ngày đầu sau khởi phát [5]. Tại Bệnh viện Bạch Mai, Đỗ Đào Vũ và cộng sự (2024) cũng ghi nhận tỷ lệ viêm phổi sau đột quy ở mức 16,34%, gần tương đương với nghiên cứu này [4].

Nhiều yếu tố nguy cơ đã được chứng minh có liên quan đến tình trạng này, bao gồm rối loạn nuốt, suy giảm ý thức, thang điểm NIHSS cao, đặt ống thông dạ dày và thở máy [7], [8]. Viêm phổi sau đột quy không chỉ làm tăng tỷ lệ tử vong mà còn kéo dài thời gian nằm viện và làm xấu đi kết quả phục hồi chức năng, do đó cần có các biện pháp phòng ngừa và phát hiện sớm ngay từ giai đoạn cấp tính.

4.2.2. Môi liên quan giữa các yếu tố và người bệnh viêm phổi sau đột quỵ cấp

4.2.2.1. Các yếu tố dịch tễ. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ viêm phổi sau đột quỵ ở nam giới là 18,44%, cao hơn rõ rệt so với nữ (11,11%), với $OR = 1,81$ (KTC 95%: 1,35–2,42; $p < 0,001$), chứng tỏ nam giới có nguy cơ cao mắc viêm phổi hơn, cho thấy giới nam là yếu tố nguy cơ độc lập đối với viêm phổi sau đột quỵ. Khi nhóm tuổi tăng lên một bậc tỷ lệ viêm phổi tăng lên khoảng 1,26 lần với OR khuynh hướng = 1,26; $p = 0,03$.

Về nơi cư trú, mặc dù tỷ lệ viêm phổi ở thành thị cao hơn nông thôn (16,93% so với 14,82%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,29$). Điều này cho thấy yếu tố địa lý không ảnh hưởng nhiều đến nguy cơ viêm phổi sau đột quỵ trong nghiên cứu này.

4.2.2.2. Các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng. Tình trạng suy giảm ý thức (Glasgow < 9) làm tăng nguy cơ viêm phổi lên gấp 4,11 lần (KTC 95%: 2,29–5,66; $p = 0,0001$). Tương tự, rối loạn nuốt cũng là yếu tố nguy cơ mạnh ($OR = 2,91$; KTC 95%: 2,16–3,93), điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây như của Armstrong [3].

Đặc biệt, bệnh nhân xuất huyết não có tỷ lệ viêm phổi rất cao (33,21%) so với nhồi máu não (12,02%), với $OR = 3,63$ (KTC 95%: 2,66–4,94; $p = 0,001$). Ngoài ra, thang điểm NIHSS cao hơn một bậc cũng liên quan chặt chẽ với nguy cơ viêm phổi trong khi $NIHSS \leq 5$ chỉ là 11,77% (OR khuynh hướng 1,71; $p < 0,05$), xác nhận rằng mức độ đột quỵ nặng là yếu tố tiên lượng xấu – như được đề cập trong nghiên cứu của Đặng Phúc Đức [1].

Yếu tố can thiệp y tế như thở máy (tỷ lệ viêm phổi 45,26%, $OR = 5,64$) và đặt sonde dạ dày (26,23%, $OR = 2,17$) cũng cho thấy đây là những nguy cơ lớn, tương đồng với kết quả của De Jonge và cộng sự [5].

Bên cạnh đó, bệnh nhân có từ 3 bệnh đồng mắc trở lên có tỷ lệ viêm phổi cao nhất (19,19%), cho thấy mối liên hệ rõ ràng giữa đa bệnh lý và nguy cơ nhiễm trùng sau đột quỵ. Với mỗi bệnh tăng thêm thì nguy cơ viêm phổi có chênh lệch tăng lần với OR khuynh hướng 1,24; $p = 0,04$ KTC95%[1,01–2,36]. Điều này nhấn mạnh vai trò của việc đánh giá toàn diện và theo dõi sát nhóm bệnh nhân nặng và có nhiều yếu tố nguy cơ lâm sàng.

4.2.3. Phân tích hồi quy logistic giữa viêm phổi và các yếu tố liên quan. Phân tích hồi quy logistic cho thấy một số yếu tố có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ viêm phổi sau đột quỵ cấp. Nam giới có nguy cơ cao hơn nữ với OR

hiệu chỉnh ($OR_{HC} = 1,67$ (KTC 95%: 1,24–2,63; $p < 0,001$). Tuổi càng cao nguy cơ càng tăng, nhóm tuổi tăng lên một bậc ($OR_{HC} = 1,29$; $p = 0,03$). Các yếu tố lâm sàng như suy giảm ý thức (Glasgow < 9) và rối loạn nuốt là yếu tố nguy cơ mạnh, với OR_{HC} lần lượt là 4,16 và 2,75 ($p < 0,001$). Bệnh nhân đột quỵ xuất huyết não có nguy cơ viêm phổi cao hơn đáng kể so với nhồi máu não ($OR_{HC} = 3,72$; $p = 0,001$). Mức độ nặng của đột quỵ NIHSS càng cao cũng liên quan đến tăng nguy cơ biến chứng. Tương tự, khi mắc thêm một bệnh đồng mắc thì nguy cơ mắc viêm phổi tăng lên 1,23 lần với $OR_{HC} = 1,23$, $p = 0,04$. Đặc biệt, các can thiệp như thở máy ($OR_{HC} = 5,72$) và đặt sonde dạ dày ($OR_{HC} = 2,19$) làm tăng nguy cơ viêm phổi rõ rệt. Kết quả này cho thấy việc sàng lọc và kiểm soát các yếu tố nguy cơ trên là rất cần thiết để hạn chế viêm phổi sau đột quỵ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ viêm phổi sau đột quỵ cấp tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau năm 2024 là 15,37%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa gồm: tuổi cao ($OR_{HC} = 1,29$; $p = 0,03$), thang điểm NIHSS cao ($OR_{HC} = 1,67$; $p = 0,02$), nhiều bệnh đồng mắc ($OR_{HC} = 1,23$; $p = 0,04$); giới nam ($OR_{HC} = 1,67$; $p < 0,001$); suy giảm ý thức ($OR_{HC} = 4,16$; $p < 0,0001$); xuất huyết não ($OR_{HC} = 3,72$; $p < 0,001$); rối loạn nuốt ($OR_{HC} = 2,75$; $p < 0,001$), đặt sonde dạ dày ($OR_{HC} = 2,19$; $p = 0,002$) và thở máy ($OR_{HC} = 5,72$; $p = 0,003$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Phúc Đức, Đỗ Đức Thuận (2023)**, "Tiên lượng nguy cơ viêm phổi trên bệnh nhân đột quỵ não dựa vào thang điểm đột quỵ của các Viện Sức khỏe Quốc gia (NIHSS)", Tạp chí Y học, 363(7), tr: 45–48.
2. **Nguyễn Ngọc Hòa, Đào Thanh Lưu (2022)**, "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ viêm phổi ở bệnh nhân nhồi máu não diện rộng tại Trung tâm Đột quỵ - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An", Tạp chí Y học Việt Nam, Số 2, tr. 144–148.
3. **Armstrong, J. R., & Mosher, B. D. (2011)**, Aspiration pneumonia after stroke: Intervention and prevention, The Neurohospitalist, 1(2), 85–93, <https://doi.org/10.1177/1941875210395775>
4. **Đỗ Đào Vũ và cs (2024)**, "Khảo sát tỷ lệ viêm phổi trên người bệnh phục hồi chức năng sau đột quỵ não cấp" Tạp chí Y học Việt Nam, 542, 3, tr: 205–210.
5. **De Jonge, J.C., et al. (2021)**, "Temporal profile of pneumonia after stroke and the importance of dysphagia", PLOS ONE, 16(6), e0252905. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252905>
6. **Grossmann I. et al. (2021)**, Stroke and Pneumonia: Mechanisms, Risk Factors, Management, and Prevention, Cureus, 13(11): e19912.
7. **Kalra, L., Patel, M., Smithard, D., and**

Jackson, S. (2012), "A prospective study of post-stroke pneumonia in an acute stroke unit", *Geriatrics & Gerontology International*, 12(3), pp. 521–527.

8. Mermel, L.A., et al. (2012), "Clinical Practice

Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171(4), pp. 388–416.

TỈ LỆ NHIỄM BLASTOCYSTIS HOMINIS VÀ MỘT SỐ ĐẶC TÍNH LÂM SÀNG Ở NGƯỜI KHÁM NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Trương Công Minh¹, Lê Thị Xuân Thảo¹, Nguyễn Kim Hải²,
Võ Thanh Thanh², Đinh Thị Huyền², Bùi Thị Hồng Châu¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Blastocystis hominis (B.hominis) là một động vật nguyên sinh thường hiện diện ở đường tiêu hóa người, và có đặc điểm dịch tễ phổ biến ở các nước đang phát triển. Một số nghiên cứu cho thấy loại ký sinh trùng đơn bào này có liên quan đến các bệnh lý ở đại tràng, đặc biệt là ung thư đại – trực tràng. Tuy nhiên, tỉ lệ nhiễm và các dữ liệu về B. hominis vẫn còn hạn chế. **Đối tượng- phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 499 người từ 18 tuổi trở lên, có thực hiện xét nghiệm soi tươi phân, khám ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 12/2023 đến tháng 4/2024. B. hominis được đánh giá qua soi tươi phân, và thu thập dữ liệu về nhân khẩu học, triệu chứng lâm sàng và các kết quả soi tươi phân. **Kết quả:** Tỉ lệ nhiễm B. hominis trong nhóm nghiên cứu là 20,4% (102/499). Trong đó, tỉ lệ nhiễm B. hominis cao hơn ở những người có kết quả soi tươi phân dương tính với máu ẩn (29,6% so với 16,8%, $p = 0,001$) và các loại ký sinh trùng đường ruột khác (92,0% so với 16,7%, $p < 0,001$). Ngược lại, tỉ lệ nhiễm B. hominis thấp hơn ở nhóm có sự hiện diện của nấm trong phân (12,9% so với 22,7%, $p = 0,02$). **Kết luận:** Tỉ lệ nhiễm B. hominis ở người khám ngoại trú về tiêu hóa trong nghiên cứu phù hợp với các công bố trước đây về phân bố của ký sinh trùng này ở các nước đang phát triển. Tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu chuyên sâu hơn và sử dụng kỹ thuật sinh học phân tử để định danh subtype và làm rõ vai trò của B. hominis trong các bệnh lý ở đại tràng. **Từ khóa:** tỉ lệ nhiễm, Blastocystis hominis, ngoại trú

SUMMARY

THE PREVALENCE OF BLASTOCYSTIS HOMINIS INFECTION IN OUTPATIENTS AT HO CHI MINH CITY UNIVERSITY OF

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hồng Châu

Email: buithihongchau@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 28.10.2025

MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Background: Blastocystis hominis (B.hominis) is a protozoan commonly found in the human gastrointestinal tract, and its epidemiological characteristics are common in developing countries. Some studies have suggested that this parasite is associated with colonic diseases, especially colorectal cancer. However, data on the infection rate and characteristics of B.hominis are still limited. **Method:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 499 individuals aged 18 and over who underwent microscopy and outpatient examination at the Gastroenterology Clinic - University Medical Center, Ho Chi Minh City from December 2023 to April 2024. B. hominis was assessed through microscopy of stool samples. Data on demographics, clinical symptoms, and microscopy results were collected. **Results:** The prevalence of B.hominis infection in the study group was 20.4% (102/499). The prevalence was higher in those with positive stool microscopy results for occult blood (29.6% vs. 16.8%, $p=0.001$) and other intestinal parasites (92.0% vs. 16.7%, $p<0.001$). In contrast, the prevalence of B. hominis infection was lower in the group with the presence of fungi in the stool (12.9% vs. 22.7%, $p = 0.02$). **Conclusion:** The prevalence of B.hominis infection in gastroenterology outpatients in this study is consistent with previous publications on the distribution of this parasite in developing countries. However, further studies using molecular biology techniques are needed to identify the subtype and clarify the role of B.hominis in colonic diseases. **Keywords:** prevalence, Blastocystis hominis, outpatient

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Blastocystis spp. (Blastocystis hominis) là một loại động vật nguyên sinh đường tiêu hóa, thường được báo cáo phổ biến ở các nước nhiệt đới và cận nhiệt đới.¹ Tỉ lệ nhiễm ký sinh trùng này thường cao hơn đáng kể ở các nước đang phát triển (khoảng 30–60%) so với các nước phát triển (khoảng 1–10%).² Tại Việt Nam, các nghiên cứu gần đây cũng ghi nhận tỉ lệ nhiễm khác biệt, cụ thể tại Đà Nẵng là 34,5%³ và tại Cần Thơ khoảng 1,03%.⁴ B.hominis có thể tồn tại ở ruột trong thời gian dài mà không gây ra