

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHÁC ĐỒ MFOLFOX6 - BEVACIZUMAB TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN IV

Nông Thị Thuỳ Diễm¹, Nguyễn Việt Long²,
Trần Thị Kim Phụng¹, Phạm Đình Phúc²

significance. **Keywords:** colon cancer metastasis, mFOLFOX6 – Bevacizumab.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ mFOLFOX6 – Bevacizumab trên bệnh nhân ung thư đại tràng (UTĐT) giai đoạn IV tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu tiến hành trên 56 bệnh nhân UTĐT giai đoạn IV được điều trị với phác đồ mFOLFOX6 – Bevacizumab trong khoảng thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2024 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 62,1%, trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) là 12 tháng, trung vị thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là 23,1 tháng. Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến PFS, OS bao gồm độ biệt hoá khối u, nồng độ CEA, số lượng vị trí di căn và mức độ đáp ứng điều trị. **Kết luận:** Phác đồ cho tỷ lệ đáp ứng cao, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ khả quan. Một số yếu tố liên quan đến PFS, OS bao gồm độ biệt hoá khối u, nồng độ CEA, số lượng vị trí di căn, mức độ đáp ứng điều trị có ý nghĩa tiên lượng. **Từ khóa:** ung thư đại tràng di căn, mFOLFOX6 – Bevacizumab.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS WITH mFOLFOX6 - BEVACIZUMAB REGIMEN IN PATIENTS WITH STAGE IV COLON CANCER

Objectives: To evaluate the results of mFOLFOX6 – Bevacizumab regimen in colon cancer patients with stage IV colon cancer at 108 Military Central Hospital. **Subjects and Methods:** This is a retrospective descriptive study of 56 stage IV colon cancer patients, who were treated with mFOLFOX6 – Bevacizumab regimen from January 2020 to January 2024 at 108 Military Central Hospital. **Results:** Objective response rate was 62,1%, median progression-free survival (PFS) was 12 months, median overall survival (OS) was 23,1 months. Several factors were statistically significantly associated with PFS and OS, including tumor progression, CEA levels, number of metastatic sites and response rate. **Conclusion:** The mFOLFOX6 – Bevacizumab regimen resulted in high objective response rate, promising PFS, OS. Several factors related to PFS and OS include tumor progression, CEA levels, number of metastatic sites and treatment response level with prognostic

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là bệnh lý ác tính thường gặp, đứng thứ 3 trong số các ca mắc mới và là nguyên nhân dẫn đến tử vong đứng thứ 2. Theo GLOBOCAN 2022, mỗi năm Việt Nam có khoảng 16.835 trường hợp mới mắc chiếm 9,3% và 8.454 trường hợp tử vong chiếm 7% [4]. Di căn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân (BN) UTĐTT, tỉ lệ sống thêm 5 năm chỉ khoảng 11 đến 14% [9]. Một trong những xu hướng mới hiện nay trong điều trị UTĐTT di căn là hoá trị phối hợp với điều trị đích giúp cải thiện thời gian sống thêm cho BN. Bevacizumab là một kháng thể đơn dòng có tác dụng kháng tăng sinh nội mô mạch máu qua cơ chế ngăn cản VEGF gắn với các thụ thể của nó trên bề mặt nội mạc mạch máu, từ đó làm giảm sinh mạch và ức chế sự tăng trưởng của khối u. Hiệu quả của Bevacizumab khi kết hợp với các phác đồ hóa trị đã được chứng minh qua nhiều thử nghiệm pha III như N016966, N9741, nghiên cứu TREE-2 của Hochster khi kết hợp Bevacizumab với các phác đồ chứa Oxaliplatin... Thuốc đã được FDA chấp thuận trong điều trị UTĐTT giai đoạn muộn từ năm 2004 trên thế giới và từ năm 2008 đã được ứng dụng điều trị trên BN UTĐTT di căn trong nước. Hiện nay, phác đồ mFOLFOX6 kết hợp Bevacizumab là một trong những lựa chọn đầu tay điều trị ung thư đại tràng (UTĐT) tái phát, di căn xa do vậy rất cần những nghiên cứu đời thực về hiệu quả của phác đồ này trên BN tại Việt Nam. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ mFOLFOX6 – Bevacizumab trên bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn IV" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả và một số yếu tố liên quan đến sống thêm của phác đồ mFOLFOX6 – Bevacizumab trong điều trị ung thư đại tràng giai đoạn IV*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 56 trường hợp BN được chẩn đoán xác định là UTĐT giai đoạn IV được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 01/2020 đến 01/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

¹Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Long

Email: drlong108@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

- Được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến đại tràng, bệnh ở giai đoạn muộn (tái phát, di căn xa) không còn chỉ định điều trị triệt căn bằng phẫu thuật và can thiệp tại chỗ tại thời điểm chẩn đoán.

- Đối với những BN tái phát nếu đã có hóa trị hỗ trợ phác đồ có chứa oxaliplatin trước đó, phải hoàn thành ít nhất 6 tháng trước khi đưa vào nghiên cứu.

- Một hoặc nhiều thương tổn đích đo được bằng kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh thường quy.

- Chỉ số toàn trạng tốt: PS 0-1 (theo ECOG).

- Chức năng gan thận trong giới hạn cho phép điều trị.

- Không mắc các bệnh cấp và mạn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong trong thời gian nghiên cứu.

- BN được điều trị phác đồ mFOLFOX6 – Bevacizumab ít nhất 6 chu kỳ liên tục.

- Ước tính thời gian sống thêm trên 3 tháng.

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN có tổn thương di căn não hoặc màng não có nguy cơ xuất huyết.

- Phẫu thuật lớn bụng hoặc ngực (<28 ngày) trước khi tham gia vào nghiên cứu hoặc một thủ thuật được coi là có nguy cơ đáng kể chảy máu. Có vết thương phẫu thuật chưa hoàn toàn lành

- Xuất huyết đáng kể (>30ml/một lần trong 3 tháng trước) hoặc ho ra máu (>5 ml máu tươi trong 4 tuần trước).

- BN đang dùng thuốc chống đông máu như aspirin (>325 mg/ngày).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu.

2.2.2. Phương pháp tiến hành:

- Bước 1: Lựa chọn BN phù hợp tiêu chí.

- Bước 2: Ghi nhận các thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

- Bước 3: Đánh giá đáp ứng điều trị theo RECIST 1.1 sau mỗi 6 chu kỳ.

- Bước 4: Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển, thời gian sống thêm toàn bộ theo phương pháp Kaplan-Meier.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

* **Tuổi, giới.** Tuổi mắc bệnh trung bình là 59,4 tuổi. Tuổi mắc thấp nhất là 32, cao nhất là 76. Tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1.

* Đặc điểm bệnh

Bảng 1. Đặc điểm mô bệnh học

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
----------	-------	---------

Thể mô bệnh học		
Ung thư biểu mô tuyến	51	91,1
Ung thư biểu mô tuyến nhầy	5	8,9
Độ mô học		
Biệt hoá cao	0	0
Biệt hoá vừa	52	92,7
Biệt hoá thấp	4	7,1
Không biệt hoá	0	0

Nhận xét: Ung thư biểu mô tuyến chiếm 91,1%. Độ mô học biệt hoá vừa chiếm tỉ lệ cao nhất với 92,7%.

Bảng 2. Đột biến gen

Tình trạng đột biến	Đột biến gen KRAS	Đột biến gen BRAF	Đột biến gen NRAS	Không đột biến	Không rõ
n (%)	21 (37,5%)	5 (8,9%)	2 (3,6%)	22 (39,2%)	6 (10,8%)

Nhận xét: Tỷ lệ BN có đột biến gen KRAS, BRAF, NRAS chiếm 50%, tỷ lệ BN không rõ tình trạng đột biến là 10,8%, số còn lại là không đột biến.

Bảng 3. Thời điểm chẩn đoán

Thời điểm	Di căn xa ngay tại thời điểm chẩn đoán	Tái phát di căn xa	Tổng n(%)
n(%)	50 (89,3%)	6 (10,7%)	56 (100%)

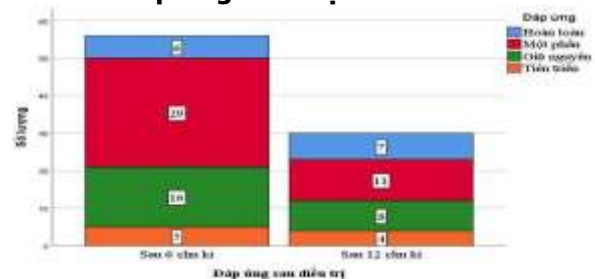
Nhận xét: Tỷ lệ di căn xa ngay tại thời điểm chẩn đoán chiếm 89,3%; tái phát di căn xa chiếm 10,7%.

Bảng 4. Số lượng vị trí di căn

Số lượng vị trí di căn	1	2	>2	Tổng n(%)
n(%)	40 (71,4%)	11 (19,6%)	5 (6,9%)	56 (100%)

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân di căn 1 vị trí chiếm 71,4%.

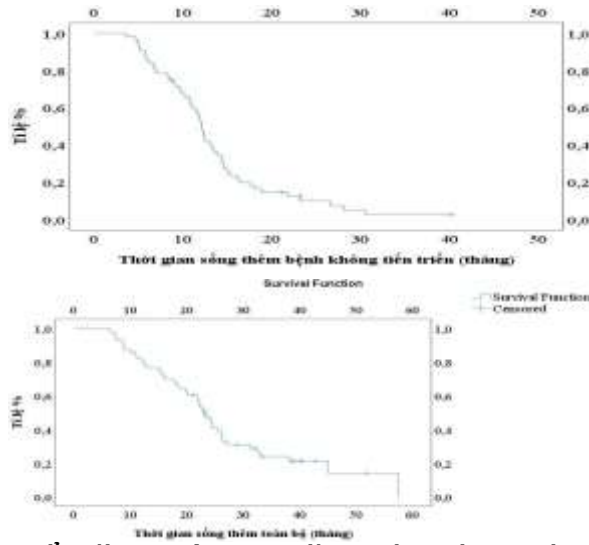
3.2. Đáp ứng điều trị



Biểu đồ 1. Mức độ đáp ứng sau điều trị

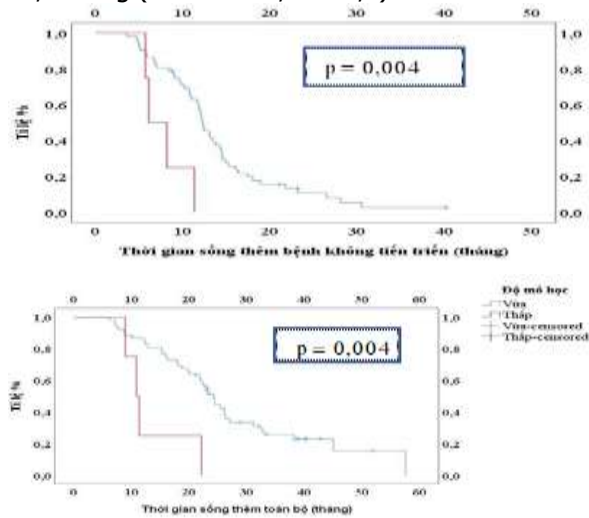
Nhận xét: Số BN đạt đáp ứng toàn bộ sau điều trị 6 chu kỳ là 35 BN chiếm tỷ lệ 62,5% trong đó có 6 BN đạt đáp ứng hoàn toàn. Trong 30 BN điều trị đủ 12 chu kỳ có 18 trường hợp đạt đáp ứng toàn bộ chiếm 60%.

3.3. Thời gian sống thêm và một số yếu tố liên quan



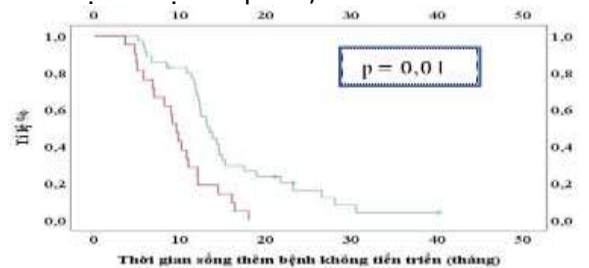
Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ theo độ mô học

Nhận xét: Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) là 12 tháng (95% CI: 11,4 – 15,5). Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là 23,1 tháng (95% CI: 22,3 – 31,4).



Biểu đồ 3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ theo độ mô học

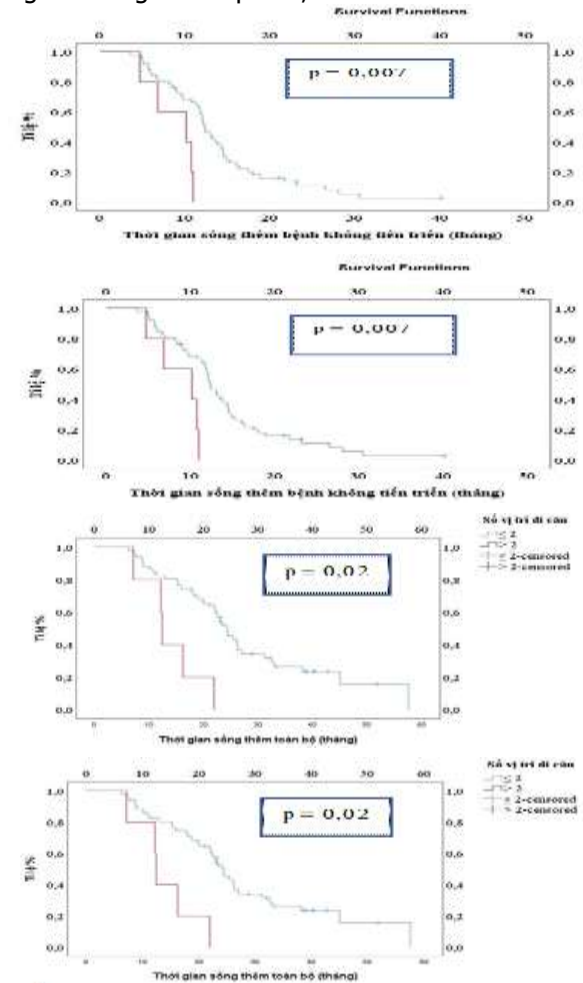
Nhận xét: Có sự khác biệt về PFS và OS theo độ mô học với $p < 0,05$.



Biểu đồ 4. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ theo nồng độ CEA trước điều trị

Nhận xét: - Trung bình PFS của nhóm có nồng độ CEA trước điều trị <30 ng/ml là $15,8 \pm 1,4$ tháng và của nhóm CEA trước điều trị ≥ 30 ng/ml là $9,7 \pm 0,8$ tháng. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

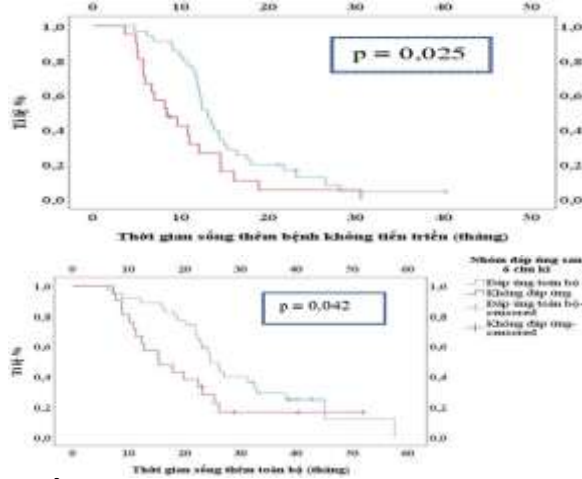
- Trung bình OS của nhóm có nồng độ CEA trước điều trị <30 ng/ml là $29,2 \pm 2,6$ tháng và của nhóm CEA trước điều trị ≥ 30 ng/ml là $20,8 \pm 2,7$ tháng. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 5. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ theo độ mô học

tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ theo số vị trí di căn

Nhận xét: Có sự khác biệt về PFS và OS theo số vị trí di căn với $p < 0,05$.



Biểu đồ 6. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ theo đáp ứng sau 6 chu kỳ

Nhận xét: - Trung bình PFS của nhóm đáp ứng toàn bộ sau 6 chu kỳ là $15,2 \pm 1,3$ tháng và của nhóm không đáp ứng là $10,4 \pm 1,4$ tháng. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Trung bình OS của nhóm đáp ứng toàn bộ sau hóa chất 6 chu kỳ là $29,6 \pm 2,7$ tháng và của nhóm không đáp ứng là $21,3 \pm 3,3$ tháng. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu gồm 56 bệnh nhân UTĐT giai đoạn IV có độ tuổi trung bình là 59,4 kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Ocvirk (58 tuổi) [6]. Tỷ lệ theo giới tính nam/nữ là 2,5/1.

Trong nghiên cứu này, ung thư biểu mô tuyến chiếm 91,1%, độ mô học biệt hoá vừa chiếm tỷ lệ cao nhất với 92,7%. Tỷ lệ BN có đột biến gen KRAS, BRAF, NRAS chiếm 50% tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đỗ Huyền Nga, tỷ lệ KRAS đột biến trong nghiên cứu là 37,5% nằm trong khoảng từ 30% đến 45% được ghi nhận trong các nghiên cứu khác [3], [2]. Tỷ lệ di căn xa ngay tại thời điểm chẩn đoán chiếm 89,3%; tái phát di căn xa chiếm 10,7%. Phần lớn bệnh nhân di căn từ 1 vị trí với tỷ lệ 71,4% và 28,6% di căn nhiều vị trí.

Tỷ lệ đạt đáp ứng toàn bộ sau điều trị 6 chu kỳ là 62,5% trong đó có 6 BN đạt đáp ứng hoàn toàn và trong 30 BN điều trị đủ 12 chu kỳ có 18

trường hợp đạt đáp ứng toàn bộ chiếm 60%, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nguyên cứu của Hochster và cao hơn nghiên cứu của tác giả Trần Kiến Bình (54,1%) [5], [1].

4.1. Kết quả sống thêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung vị PFS, trung vị OS lần lượt là 12 tháng và 23,1 tháng, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Đỗ Huyền Nga (11 tháng và 21,25 tháng), tác giả Trịnh Nguyễn Hương Giang (PFS là 11 tháng) [3], [2]. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Yamazaki với trung vị OS là 30,1 tháng, sở dĩ như vậy là do số lượng BN nghiên cứu hồi cứu còn hạn chế hơn so với nghiên cứu ngoài nước [10].

4.2. Các yếu tố liên quan đến kết quả sống thêm. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ về PFS và OS theo độ mô học trong đó nhóm biệt hoá vừa cho tiên lượng tốt hơn nhóm biệt hoá thấp với trung bình PFS và OS lần lượt là 27,9 tháng so với 13,9 tháng và 13,3 tháng so với 7,8 tháng. Tuy nhiên các BN trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có độ mô học biệt hoá vừa và biệt hoá thấp, không có BN có độ mô học biệt hoá cao và không biệt hoá, do đó chưa đánh giá hoàn toàn khách quan về yếu tố này.

Chúng tôi nhận thấy với nồng độ CEA trước điều trị <30 ng/ml cho PFS và OS kéo dài hơn so với nhóm có nồng độ CEA trước điều trị ≥ 30 mg/mL (lần lượt là 15,8 và 29,2 tháng so với 9,7 và 20,8 tháng), kết quả này tương tự trong nghiên cứu của Đỗ Huyền Nga và thấp hơn tác giả Prager [3], [7].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt về PFS và OS theo số vị trí di căn với $p < 0,05$; với nhóm BN chỉ có di căn 1-2 vị trí cho kết quả PFS và OS tốt hơn nhóm di căn trên 2 vị trí lần lượt là $13,6 \pm 1,2$ tháng so với $8,6 \pm 1,2$ tháng và $28,1 \pm 2,4$ tháng so với $13,9 \pm 2,4$ tháng. Số lượng vị trí di căn tại thời điểm chẩn đoán có ý nghĩa tiên lượng [8].

Đáp ứng ban đầu với điều trị có ý nghĩa dự đoán thời gian sống thêm. Với nhóm có đáp ứng với điều trị (bao gồm đáp ứng 1 phần và đáp ứng hoàn toàn) PFS trung vị kéo dài hơn hẳn nhóm không có đáp ứng (bệnh ổn định và bệnh tiến triển) là 13 tháng so với 8,4 tháng với p rất có ý nghĩa thống kê $<0,05$. Cũng tương tự như vậy, OS cũng kéo dài hơn ở nhóm có đáp ứng là 24,4 tháng so với 15,3 tháng ở nhóm không đáp ứng với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đỗ Huyền Nga [3]. Như vậy, đáp ứng với điều trị bước đầu có ý nghĩa quan trọng không chỉ với PFS mà còn liên quan đến OS.

V. KẾT LUẬN

Điều trị ung thư đại tràng giai đoạn IV bằng phác đồ mFOLFOX6 – Bevacizumab đạt tỉ lệ đáp ứng cao với tỉ lệ đáp ứng toàn bộ lên đến 62,1%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 12 tháng, trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 23,1 tháng. Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến PFS, OS bao gồm độ biệt hoá khối u, nồng độ CEA, số lượng vị trí di căn, mức độ đáp ứng điều trị có ý nghĩa tiên lượng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Kiến Bình, Võ Văn Kha, Lê Thanh Vũ** (2023), "Kết quả hoá trị kết hợp với Bevacizumab trong carcinom tuyến đại – trực tràng di căn tại Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ năm 2019-2021", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, (40), pp. 143-149.
2. **Trịnh Nguyễn Hương Giang, Nghiêm Thị Minh Châu, Nguyễn Xuân Anh, et al.** (2024), "Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ Bevacizumab – mFOLFOX6 trong điều trị bước 1 bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn IV", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 539 (2), pp. 18-22.
3. **Đỗ Huyền Nga** (2018), "Đánh giá kết quả hóa trị phác đồ FOLFOX 4 kết hợp Bevacizumab trong ung thư đại - trực tràng di căn", *Luận án Tiến sĩ Y học*, Đại học Y Hà Nội.
4. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** (2024), "Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide

for 36 cancers in 185 countries", *CA Cancer J Clin*, 74 (3), pp. 229-263.

5. **Hochster HS, Hart LL, Ramanathan RK, et al.** (2008), "Safety and efficacy of oxaliplatin and fluoropyrimidine regimens with or without bevacizumab as first-line treatment of metastatic colorectal cancer: results of the TREE Study", *J Clin Oncol*, 26 (21), pp. 3523-9.
6. **Ocvirk J, Brodowicz T, Wrba F, et al.** (2010), "Cetuximab plus FOLFOX6 or FOLFIRI in metastatic colorectal cancer: CECOG trial", *World J Gastroenterol*, 16 (25), pp. 3133-43.
7. **Prager GW, Braemswig KH, Martel A, et al.** (2014), "Baseline carcinoembryonic antigen (CEA) serum levels predict bevacizumab-based treatment response in metastatic colorectal cancer", *Cancer Sci*, 105 (8), pp. 996-1001.
8. **Rumpold H, Kirchweiger P, Niedersüß-Beke D, et al.** (2021), "Prognostic value of metastatic pattern in colorectal cancer: a multicenter retrospective analysis in a real-life cohort", *Acta Oncologica*, 60 (2), pp. 180-186.
9. **Rumpold H, Niedersüß-Beke D, Heiler C, et al.** (2020), "Prediction of mortality in metastatic colorectal cancer in a real-life population: a multicenter explorative analysis", *BMC Cancer*, 20 (1), pp. 1149.
10. **Yamazaki K, Nagase M, Tamagawa H, et al.** (2016), "Randomized phase III study of bevacizumab plus FOLFIRI and bevacizumab plus mFOLFOX6 as first-line treatment for patients with metastatic colorectal cancer (WJOG4407G)", *Ann Oncol*, 27 (8), pp. 1539-46.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP DƯỚI CẤP TÍNH Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP

Lê Thị Việt Hà¹, Hoàng Kim Lâm^{1,2}, Nguyễn Đình Thành³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nội trú ở trẻ dưới 5 tuổi mắc nhiễm khuẩn hô hấp dưới cấp tính (Low Respiratory Tract Infections – LRTI) tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tất cả bệnh nhân LRTI từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi nhập viện tại Khoa Nhi từ tháng 8/2024 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Có 202 trẻ nhập viện, 80,2% dưới 2 tuổi, nam 63,9%. Chẩn đoán phổ biến nhất là viêm phổi (76,2%) và viêm tiểu phế quản (15,3%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp: sốt (66,3%), ho (99,5%), khó khè (78,7%); triệu chứng

tiêu hóa: nôn (46,5%), tiêu chảy (21,3%); 60% giảm ăn bú, và 29,2% suy hô hấp tại thời điểm nhập viện. Về cận lâm sàng, 57,9% trẻ tăng bạch cầu, 31,2% tăng CRP, thiếu máu 30,7%, x-quang phổi hay gặp nhất là nốt mờ rải rác (55,9%). Tác nhân chính gồm RSV (23,2%), phế cầu (28%) và Haemophilus influenzae (18,9%). Tất cả trẻ đều sử dụng kháng sinh, trong đó 46% dùng phối hợp từ 2 loại; 30,2% trẻ được chỉ định thở oxy với thời gian trung vị 2 ngày (IQR: 1-3), thời gian trung vị nằm viện 8 ngày (IQR: 7-10). Tỷ lệ khỏi (99%), chỉ 1% chuyển viện. **Kết luận:** trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp dưới cấp tính nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp chủ yếu là dưới 2 tuổi; với ho, sốt, khó khè và giảm ăn bú là các triệu chứng thường gặp nhất; RSV, Phế cầu và Haemophilus influenzae là các tác nhân chính. Hầu hết trẻ khỏi bệnh, tuy nhiên tỷ lệ sử dụng kháng sinh và suy hô hấp cần thở oxy còn cao, thời gian nằm viện dài. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn hô hấp dưới cấp tính, LRTI, trẻ em, viêm phổi, viêm tiểu phế quản

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF ACUTE LOWER

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Kim Lâm

Email: hoangkimlam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025