

Haas và cộng sự nhận thấy IA dài hạn có thể giảm nhu cầu thuốc ức chế miễn dịch ở bệnh nhân chống chỉ định hoặc kháng steroid và azathioprine; gần một nửa số bệnh nhân có thể ngưng IA và duy trì điều trị ít hơn đáng kể<sup>6</sup>.

Các cột hấp phụ miễn dịch dùng trong lâm sàng có nhiều loại dựa trên vật liệu mang và phối tử. Immusorba TR và PH (Nhật Bản) sử dụng gel polyvinyl alcohol mang phối tử tryptophan hoặc phenylalanine, giúp loại bỏ tự kháng thể thông qua liên kết kỵ nước và tĩnh điện. Hai cột này được sử dụng điều trị MG, hội chứng Guillain-Barré và hội chứng Fisher với nhiều báo cáo cho thấy hiệu quả tốt<sup>1</sup>. Cột Selesorb dùng cho lupus ban đỏ hệ thống, dựa trên dextran sulfate gắn trên hạt cellulose để loại bỏ kháng thể kháng DNA hoặc kháng cardiolipin. Cột ProSORBA (Mỹ) chứa protein A từ *Staphylococcus aureus* gắn trên hạt silica, có khả năng gắn đặc hiệu vùng Fc của IgG, được dùng cho viêm khớp dạng thấp<sup>1</sup>.

Tại Nhật Bản, IA bằng cột cố định tryptophan (tryptophan-immobilized column) được ưu tiên hơn PLEX trong điều trị MG nặng do kháng AChR vì không cần truyền huyết tương tươi đông lạnh. Cột ImSORBA TR-350 với cấu trúc vi cầu resin phủ gel polyvinyl alcohol mang phối tử tryptophan đã được chứng minh hấp phụ hiệu quả kháng thể anti-AChR và một số thành phần bổ thể gây bệnh<sup>2</sup>.

Liu và cộng sự tiến hành nghiên cứu so sánh IA, lọc huyết tương kép (DFPP) và IVIg ở bệnh nhân MG khởi phát muộn dương tính anti-AChR. Kết quả cho thấy DFPP và IA có hiệu quả lâm sàng ngăn hạn vượt trội so với IVIg, đặc biệt trong loại bỏ kháng thể titin – một trong các tự kháng thể liên quan diễn tiến nặng<sup>7</sup>. Điều này củng cố tiềm năng của IA trong điều trị cơn tiến triển và cơn nhược cơ, trong khi tác dụng dài hạn vẫn cần làm rõ thêm.

Yasuda và cộng sự so sánh IA và IVIg ở bệnh nhân MG anti-AChR dương tính và ghi nhận IA vừa an toàn hơn vừa mang lại cải thiện nhanh hơn. Chỉ một bệnh nhân nhóm IVIg gặp phản ứng phản vệ phải ngưng điều trị, trong khi nhóm IA không ghi nhận biến cố nghiêm trọng nào. Tuy nhiên, các tác giả nhấn mạnh cần nghiên cứu quy mô lớn hơn để khẳng định ưu thế này<sup>8</sup>. Về độ an toàn, IA được đánh giá ít tác dụng phụ hơn PLEX vì không cần sản phẩm máu, tránh được nguy cơ dị ứng hoặc lây truyền virus. Đồng thời, IA chủ yếu dùng đường tĩnh mạch ngoại vi thay vì catheter trung tâm như PLEX, giảm nguy cơ nhiễm trùng hoặc tai biến liên quan thủ thuật. Mặc dù IVIg nhìn chung được xem an toàn, dữ

liệu so sánh trực tiếp giữa IVIg và IA còn hạn chế, nhưng nghiên cứu của Yasuda không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về an toàn giữa hai nhóm<sup>8</sup>.

Về cơ chế miễn dịch, MG là bệnh do tự kháng thể gây bệnh tấn công cấu trúc thần kinh – cơ. Interleukin-6 (IL-6) đóng vai trò trung tâm trong hoạt hóa tế bào Th17, Tfh và tế bào B, góp phần sản xuất tự kháng thể. Uzawa và cộng sự cho thấy nồng độ IL-6 huyết thanh ở bệnh nhân MG anti-AChR dương tính cao hơn đáng kể so với người khỏe mạnh (2,5 [1,5–8,3] pg/mL so với 1,5 [1,5–3,2] pg/mL,  $P < 0,001$ ) và tương quan mức độ nặng lâm sàng theo phân loại MGFA ( $\rho = 0,27$ ;  $P < 0,01$ ). Nồng độ IL-6 giảm sau điều trị ức chế miễn dịch, phản ánh hoạt động bệnh giảm<sup>9</sup>. Điều này gợi ý IL-6 không chỉ tham gia sinh bệnh học MG mà còn có thể là một mục tiêu điều trị trong tương lai.

Tổng quan lại, các phương pháp can thiệp miễn dịch như PP, PLEX, IA và IVIg giữ vai trò quan trọng trong điều trị các đợt tiến triển hoặc cơn nhược cơ, đặc biệt ở bệnh nhân mang kháng thể nặng như anti-AChR hoặc anti-MuSK. PP/PLEX mang lại tác dụng nhanh nhưng cần truyền máu, trong khi IA có tính chọn lọc tốt hơn, an toàn hơn và có thể cải thiện lâu dài khi áp dụng đều đặn. IVIg là lựa chọn thuận tiện, phù hợp bệnh nhân nguy cơ cao hoặc khó tiếp cận các biện pháp lọc huyết tương. Sự phát triển của IA đặc hiệu kháng nguyên, cùng với các dấu ấn sinh học như IL-6, mở ra triển vọng cá thể hóa điều trị MG trong thời gian tới.

#### IV. KẾT LUẬN

Lọc hấp phụ miễn dịch có thể loại bỏ một cách chọn lọc globulin miễn dịch khỏi huyết tương; do đó, việc truyền huyết tương tươi đông lạnh là không cần thiết, có thể tránh được các tác dụng phụ như phản ứng dị ứng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nakaji S (2001). Current Topics on Immunoabsorption Therapy. *Ther Apher.*; 5(4):301-305.
2. Kohler W, Bucka C, Klingel R (2011). A randomized and controlled study comparing immunoabsorption and plasma exchange in myasthenic crisis. *J Clin Apheresis.*; 26:347-355.
3. Lazaridis K, Baltatzidou V, Tektonidis N, Tzartos SJ (2020). Antigen-specific immunoabsorption of MuSK autoantibodies as a treatment of MuSK-induced experimental autoimmune myasthenia gravis. *Journal of Neuroimmunology*, 339:577136.
4. Jaretzki A 3rd, Barohn RJ, Ernstoff RM, Kaminski HJ, Keeseey JC, et al. (2000) Myasthenia gravis: recommendations for clinical research standards. Task Force of the Medical

- Scientific Advisory Board of the Myasthenia Gravis Foundation of America. *Ann Thorac Surg.*; 70:327-334.
- Splendiani G, Passalacqua S, Barbera G, Sturniolo A, Costanzi S, Bartoccioni E, Casciani CU** (1991). Myasthenia Gravis (MG) Treatment with Immunoabsorbent Columns. *Biomater Artif Cells Immobilization Biotechnol.*; 19(1):255-265.
  - Haas M, Mayr N, Zeithofer J, Goldammer A, Derfler K** (2002). Long-term treatment of myasthenia gravis with immunoabsorption. *Journal of Clinical Apheresis*; 17(2):84-87.
  - Liu JF, Wang WX, Xue J, et al.** (2010). Comparing the autoantibody levels and clinical efficacy of double filtration plasmapheresis, immunoabsorption, and intravenous immunoglobulin for the treatment of late-onset myasthenia gravis. *Ther Apher Dial.*; 14:153-160.
  - Yasuda M, Uzawa A, Ozawa Y, Kojima Y, Onishi Y, Akamine H, Kuwabara S** (2021). Immunoabsorption apheresis versus intravenous immunoglobulin therapy for exacerbation of myasthenia gravis, *Scandinavian Journal of Immunology*; 95(2):e13122.
  - Uzawa A, Akamine H, Kojima Y, Ozawa Y, Yasuda M, Onishi Y, ... Kuwabara S** (2021). High levels of serum interleukin-6 are associated with disease activity in myasthenia gravis. *Journal of Neuroimmunology*; 358:577634.

## THỰC TRẠNG BỆNH LÝ TIM MẠCH TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH NĂM 2023 - 2024

Hà Thị Thu Hằng<sup>2</sup>, Lương Đức Sơn<sup>2</sup>, Đỗ Mạnh Dũng<sup>2</sup>,  
Phí Đức Long<sup>3</sup>, Nguyễn Mạnh Tường<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hoài<sup>2</sup>,  
Nguyễn Đức Thắng<sup>3</sup>, Đặng Thị Hải Vân<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định thực trạng bệnh lý tim mạch trẻ em tại bệnh viện Nhi Thái Bình giai đoạn 2023 - 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1635 bệnh nhi được chẩn đoán bệnh lý tim mạch tại Bệnh viện Nhi Thái Bình từ 01/01/2023 đến 31/12/2024. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu có 1635 trẻ mắc bệnh tim mạch, chiếm 3,27% tổng số lượt trẻ đến khám tại bệnh viện. Trẻ nam chiếm 49,0%, trẻ nữ 51,0%, tỷ lệ nam:nữ xấp xỉ 1:1,04. Tuổi trung vị là 11 tháng (1 - 68 tháng); nhóm dưới 1 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (52,2%), tiếp theo là nhóm 1-5 tuổi (19,9%). Tim bẩm sinh chiếm 80,8%, rối loạn nhịp 11,2%, tim mắc phải 5,1%. Tim bẩm sinh tập trung chủ yếu ở nhóm dưới 1 tuổi (60,6%), tim mắc phải gặp nhiều ở nhóm 1-5 tuổi (47,6%), rối loạn nhịp chủ yếu ở nhóm trên 6 tuổi (82,5%). Trong tim bẩm sinh, nhóm shunt trái - phải nhiều máu lên phổi chiếm 78,9%, tiếp đến là nhóm tắc nghẽn đường ra thất trái 8,3%. Trong tim mắc phải, bệnh Kawasaki chiếm 76,1%, tăng rõ rệt về số ca năm 2024 so với 2023. Tim bẩm sinh là nhóm bệnh tim mạch thường gặp nhất ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thái Bình, chủ yếu được phát hiện trước 1 tuổi. Tim mắc phải và rối loạn nhịp gặp nhiều ở lứa tuổi lớn hơn. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh vai trò sàng lọc tim bẩm sinh sớm và phát hiện kịp thời tim

mắc phải, rối loạn nhịp ở trẻ lớn nhằm nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị.

**Từ khóa:** Bệnh lý tim mạch, Thái Bình.

### SUMMARY

#### EPIDEMIOLOGICAL PATTERN OF PEDIATRIC CARDIOVASCULAR DISEASES AT THAI BINH CHILDREN'S HOSPITAL DURING 2023-2024

**Objective:** To determine the pattern of pediatric cardiovascular diseases at Thai Binh Children's Hospital during the period 2023-2024. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 1635 pediatric patients diagnosed with cardiovascular diseases at Thai Binh Children's Hospital from January 2023 to December 2024. **Results:** A total of 1635 children were diagnosed with cardiovascular diseases, accounting for 3.27% of all pediatric patients examined at the hospital. Males accounted for 49.0% and females for 51.0% (male-to-female ratio  $\approx$  1:1.04). The median age was 11 months (range: 1-68 months). Children under 1 year accounted for 52.2% of cases, followed by those aged 1-5 years (19.9%). Congenital heart disease was the most common group, accounting for 80.8% of cases, arrhythmias for 11.2%, and acquired heart diseases for 5.1%. Congenital heart disease was most frequently diagnosed in children under 1 year of age (60.6%), acquired heart disease was most common in the 1-5-year age group (47.6%), and arrhythmias predominated in children older than 6 years. Among congenital defects, left-to-right shunt lesions with increased pulmonary blood flow accounted for 78.9%. In the group of acquired heart diseases, Kawasaki disease was predominant (76.1%), and the number of Kawasaki cases in 2024 increased markedly compared with 2023. **Conclusion:** Congenital heart disease remains the most common cardiovascular disorder in

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Thái Bình

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Hà Thị Thu Hằng

Email: hangtb2011@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

children at Thai Binh Children's Hospital, with most cases detected before 1 year of age. Acquired heart diseases and arrhythmias are more frequent in older children. These findings highlight the importance of early screening for congenital heart disease and timely detection of arrhythmias and acquired cardiac conditions in order to improve diagnostic and therapeutic outcomes. **Keywords:** Pediatric cardiovascular diseases, Thai Binh, congenital heart disease, arrhythmia, Kawasaki disease.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tim bẩm sinh là nhóm bệnh tim mạch thường gặp nhất ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thái Bình, chủ yếu được phát hiện trước 1 tuổi. Tim mắc phải và rối loạn nhịp gặp nhiều ở lứa tuổi lớn hơn. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh vai trò sàng lọc tim bẩm sinh sớm và phát hiện kịp thời tim mắc phải, rối loạn nhịp ở trẻ lớn nhằm nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị.

Bệnh lý tim mạch ở trẻ em đa dạng, bao gồm tim bẩm sinh, tim mắc phải, rối loạn nhịp, bệnh cơ tim và một số bệnh khác như thấp tim, Kawasaki, tăng huyết áp ở trẻ em...<sup>3</sup> Nếu không được chẩn đoán, phẫu thuật hoặc can thiệp đúng thời điểm thì khoảng hơn 50% bệnh nhân có thể tử vong; ngược lại, phát hiện sớm và điều trị kịp thời giúp cải thiện rõ rệt kết quả<sup>4</sup>.

Để có cái nhìn toàn diện về thực trạng bệnh lý tim mạch trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thái Bình, làm cơ sở cho hoạch định chính sách, ưu tiên đầu tư, xây dựng chiến lược đào tạo và phát triển nguồn nhân lực, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Xác định thực trạng bệnh lý tim mạch trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thái Bình giai đoạn 2023 - 2024".

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh lý tim mạch tại bệnh viện Nhi Thái Bình từ 01/01/2023 đến 31/12/2024.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh lý tim mạch tại bệnh viện Nhi Thái Bình trong thời gian nghiên cứu

- Độ tuổi từ 0 ngày đến hết 15 tuổi

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thời gian nghiên cứu:** 01/01/2023 đến 31/12/2024.

**Địa điểm:** Bệnh viện Nhi Thái Bình

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu hồi cứu

Cỡ mẫu: Lấy toàn bộ số bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh tim trong thời gian nghiên cứu

**2.3. Quy trình nghiên cứu**

Bước 1: Thu thập toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh lý tim mạch thông qua phần mềm quản lý bệnh án, tra cứu mã bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Bước 2: Đối chiếu, kiểm tra và xác định lại thông tin bệnh nhân trên bệnh án giấy hoặc hồ sơ khám lâm sàng nhằm đảm bảo độ chính xác.

Bước 3: Ghi nhận dữ liệu vào phiếu nghiên cứu theo mẫu thiết kế.

Bước 4: Phân nhóm bệnh nhân thành 4 nhóm chính:

- TBS: Tim bẩm sinh
- TMP: Tim mắc phải
- RLN: Rối loạn nhịp
- Nhóm bệnh cơ tim và bệnh lý tim mạch khác

Bước 5: Phân tích số liệu

**2.4. Các biến số nghiên cứu**

- Tuổi, giới

- Phân loại nhóm TBS gồm:

**Bảng 1. Phân loại bệnh tim bẩm sinh**

STT	Tên bệnh	Bao gồm
<b>TBS shunt Trái – Phải (không tím nhiều máu lên phổi)</b>		
1	Thông liên thất	
2	Thông liên nhĩ	
3	Còn ống động mạch	
4	Thông sàn nhĩ thất	
5	Dò động mạch vành	
6	Cửa sổ Chủ - phế	
<b>TBS tím nhiều máu lên phổi</b>		
7	Chuyển gốc động mạch	
8	Thất phải hai đường ra thể thông liên thất	
9	Thất phải hai đường ra thể Taussig Bing	
10	Thân chung động mạch	
11	Tim một buồng thất	
12	Tĩnh mạch phổi đổ về lạc chỗ hoàn toàn	
13	Tim một buồng nhĩ	
<b>Nhóm tắc nghẽn đường ra thất trái</b>		
14	Hẹp van động mạch chủ	Trên van hoặc dưới van Hẹp tại van
15	Hẹp eo động mạch chủ	
16	Hội chứng thiếu sản tim trái	Gồm thiếu sản động mạch chủ và thiếu sản thất trái
17	Gián đoạn quai động mạch chủ	
<b>Nhóm tắc nghẽn đường ra thất phải</b>		
18	Teo động mạch phổi	Có thể kết hợp TLT, ODM, TLN
19	Hẹp van động mạch	Trên hoặc dưới van

	phổi	Hẹp tại van
20	Fallot IV	
<b>Tôn thương dạng trào ngược</b>		
21	Hở van động mạch phổi	
22	Không có van động mạch phổi	
23	Hở van hai lá	
24	Hở van ba lá	
25	Hở van động mạch chủ	
<b>Dị tật TBS và mạch máu khác</b>		
26	Các dị tật khác của nhĩ	Nhĩ 3 buồng Màng ngăn nhĩ trái
27	Thất phải hai đường vào	
28	Dị tật của van hai lá	Hẹp thiếu sản van hai lá bẩm sinh
29	Dị tật của van ba lá	Hẹp van 3 lá Teo van 3 lá Dị tật Ebstein
30	Dị tật khác của động mạch chủ	Quai động mạch chủ đôi Phình, giãn, thiếu sản động mạch chủ
31	Dị tật khác của động mạch phổi	Sling động mạch phổi Hermitruncus
32	Bất thường động mạch vành	Bất thường xuất phát động mạch vành
33	Bất thường tĩnh mạch chủ	
34	Tim bẩm sinh phức tạp khác	

- Nhóm RLN gồm rối loạn nhịp nhanh và nhịp chậm thường gặp: nhịp nhanh trên thất, nhịp nhanh thất, nhịp nhanh xoang, nhịp chậm xoang, bệnh lý, các dạng block nhĩ – thất, rối loạn dẫn truyền và ngoại tâm thu.

- Nhóm bệnh tim mắc phải:

+ Bệnh tim do thấp: Chẩn đoán theo tiêu chuẩn Jones 1992

**Bảng 2: Phân bố tuổi bệnh nhân theo nhóm bệnh lý tim mạch**

Nhóm tuổi	Tổng	Tim bẩm sinh	Tim mắc phải	Rối loạn nhịp	Bệnh cơ tim và các bệnh lý khác
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<1 tuổi	853 (52,2)	800 (60,6)	19 (22,6)	8 (4,4)	26 (55,3)
1-5 tuổi	325 (19,9)	258 (19,5)	40 (47,6)	24 (13,1)	3 (6,5)
6-10 tuổi	274 (16,8)	178 (13,5)	11 (13,1)	76 (41,5)	9 (19,1)
>10 tuổi	183 (11,1)	85 (6,4)	14 (16,7)	75 (41,0)	9 (19,1)
Tổng	1635 (100)	1321 (100)	84 (100)	183 (100)	47 (100)

**Nhận xét:** Trong 1635 bệnh nhân, nhóm dưới 1 tuổi chiếm 52,2%, nhóm 1–5 tuổi chiếm 19,9%, nhóm 6–10 tuổi chiếm 16,8% và trên 10 tuổi chiếm 11,1%. Tim bẩm sinh tập trung nhiều nhất ở nhóm dưới 1 tuổi (60,6%). Tim mắc phải

+ Kawasaki (khuyến cáo của hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ).

+ Viêm cơ tim (dựa vào lâm sàng, điện tâm đồ, xét nghiệm, siêu âm tim)

+ Tăng huyết áp vô căn (không xác định được căn nguyên)

+ Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (theo tiêu chuẩn Duke sửa đổi)

+ Tràn dịch màng ngoài tim (dựa vào lâm sàng, X-quang ngực, siêu âm tim)

**2.3. Xử lý số liệu.** Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.0

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu trên bệnh án thực hiện sau khi bệnh nhân nhập viện, đã thông qua hội đồng khoa học của trường Đại Học Y Hà Nội

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn từ 01/01/2023 đến 31/12/2024, có 1635 trẻ mắc bệnh tim mạch được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Nhi Thái Bình, chiếm 3,27% tổng số bệnh nhân đến khám. Trẻ nam chiếm 49,0%, trẻ nữ 51,0%, tỷ lệ nam:nữ gần 1:1,04.

**Bảng 1: Phân loại bệnh nhân mắc bệnh tim mạch tại bệnh viện Nhi Thái Bình**

Nhóm bệnh	Tổng		Năm 2023		Năm 2024	
	n	%	n	%	n	%
Tim bẩm sinh	1321	80,8	683	84,6	638	77,1
Tim mắc phải	84	5,1	20	2,5	64	7,7
Rối loạn nhịp	183	11,2	87	10,8	96	11,6
Bệnh cơ tim và bệnh lý khác	47	2,9	17	2,1	30	3,6
Tổng	1635	100	807	100	828	100

**Nhận xét:** Cơ cấu bệnh cho thấy tim bẩm sinh là nhóm bệnh chủ yếu, rối loạn nhịp đứng thứ hai, tim mắc phải và các bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp hơn.

chủ yếu ở nhóm 1–5 tuổi (47,6%). Rối loạn nhịp gặp nhiều ở các nhóm trên 6 tuổi, trong đó nhóm 6–10 tuổi và trên 10 tuổi đều chiếm trên 40% số ca rối loạn nhịp. Các bệnh cơ tim và bệnh lý khác phân bố rải rác, nhưng nhóm dưới

1 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm này.

**Bảng 3: Phân bố nhóm bệnh tim bẩm sinh**

Nhóm tim bẩm sinh (n= 1321)	Tổng		Năm 2023		Năm 2024		p
	N	%	n	%	n	%	
Nhóm shunt trái-phải	1042	78,9	507	74,2	535	83,9	0,000
Nhóm TBS tím nhiều máu lên phổi	45	3,4	24	3,5	21	3,3	
Nhóm tắc nghẽn đường ra thất phải	67	5,1	48	7,0	19	3,0	
Nhóm tắc nghẽn đường ra thất trái	109	8,3	72	10,5	37	5,8	
Nhóm trào ngược luồng máu	42	3,2	25	3,7	17	2,7	
Nhóm dị tật tim và các mạch máu khác	16	1,1	7	1,1	9	1,3	
<b>Tổng</b>	<b>1321</b>	<b>100</b>	<b>683</b>	<b>100</b>	<b>638</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ nhóm shunt trái – phải tăng từ 74,2% năm 2023 lên 83,9% năm 2024, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 4: Phân bố nhóm bệnh tim mắc phải**

Nhóm bệnh tim mắc phải (n=84)	Tổng		Năm 2023		Năm 2024		p
	n	%	n	%	n	%	
Kawasaki	64	76,1	13	65,0	51	79,7	0,000
Tăng HA nguyên phát	10	11,9	4	20,0	6	9,4	
Viêm cơ tim cấp	3	3,6	2	10,0	1	1,6	
Tràn dịch màng ngoài tim	4	4,8	1	5,0	3	4,7	
Thấp tim	2	2,4	0	0	2	3,1	
Takayasu	1	1,2	0	0	1	1,5	
<b>Tổng</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Trong nhóm bệnh tim mắc phải, phần lớn là bệnh lý Kawasaki 76,1%. Số ca Kawasaki năm 2024 tăng lên rõ rệt so với năm 2023, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 5: Phân bố nhóm rối loạn nhịp**

Nhóm rối loạn nhịp (n=183)	Tổng		Năm 2023		Năm 2024		p
	n	%	n	%	n	%	
Nhịp nhanh xoang	12	6,6	1	1,1	11	11,4	0,404
Nhịp nhanh trên thất	17	9,3	7	8,0	10	10,4	
Nhịp nhanh thất	4	2,2	3	3,4	1	1,0	
Nhịp nhanh khác*	16	8,7	7	8,0	9	9,4	
Nhịp chậm xoang	10	5,5	9	10,3	1	1,0	
Hội chứng QT dài	3	1,6	2	2,3	1	1,0	
Block AV cấp I/II/III	10	5,5	8	9,2	2	3,0	
Hội chứng tim nhanh – chậm	1	0,5	1	1,1	0	0	
Nhịp chậm khác**	4	2,2	4	4,6	0	0	
Block nhánh phải	8	4,4	3	3,4	5	5,2	
Ngoại tâm thu	23	12,6	6	6,9	17	17,7	
Loạn nhịp xoang	14	7,7	9	10,3	5	5,2	
Rối loạn nhịp khác	61	33,3	39	44,8	22	22,9	
<b>Tổng</b>	<b>183</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>100</b>	

(\*) Nhịp nhanh khác: bao gồm các rối loạn nhịp nhanh như nhịp nhanh bộ nối, rung nhĩ, cuồng nhĩ, rung thất, cuồng thất,...

(\*\*) Nhịp chậm khác: bao gồm rối loạn nhịp bộ nối, ngưng xoang, nhịp thoát thất, nhịp thoát bộ nối.

**Nhận xét:** so sánh hai năm 2023 và 2024, phân bố các loại rối loạn nhịp không khác biệt có ý nghĩa thống kê.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận 1635 trường hợp bệnh

lý tim mạch trong hai năm, với tỷ lệ nam:nữ gần tương đương. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trong nước, cho thấy bệnh lý tim mạch trẻ em ảnh hưởng tương tự ở cả hai giới, không ghi nhận sự chênh lệch đáng kể về giới trong quần thể nghiên cứu.

Phân bố tuổi cho thấy hơn một nửa bệnh nhân nằm ở nhóm dưới 1 tuổi tương tự tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thắng (2022)<sup>6</sup> và Park MK (2019)<sup>8</sup>. Điều này phản ánh thực tế đa số bệnh tim bẩm sinh được phát hiện sớm trong năm đầu đời nhờ thăm khám và siêu