

Troponin T	10 (33,3%)	20 (66,7%)
NT-proBNP	15 (50,0%)	15 (50,0%)

Nhận xét: Trong 30 bệnh nhân, NT-proBNP tăng ở 50% và Troponin T tăng ở 33,3% trường hợp. Hai chỉ dấu này tăng song song với tỷ lệ giãn thất phải (60%), phản ánh tình trạng tăng gánh và tổn thương thất phải ở bệnh nhân thuyên tắc phổi.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 6. Phương thức điều trị chính

Điều trị	n (%)
Kháng đông đơn thuần	19 (63,3%)
Tiêu sợi huyết	8 (26,7%)
Can thiệp catheter	3 (10,0%)
Phẫu thuật	0 (0%)

Nhận xét: Kháng đông là phương pháp chính; tiêu sợi huyết và can thiệp qua catheter chỉ áp dụng cho nhóm nguy cơ cao hoặc trung gian–cao.

Bảng 7. Kết quả điều trị

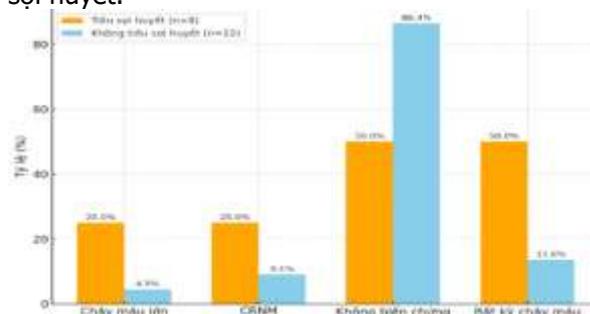
Kết quả	n (%)
Tái thông hoàn toàn	16 (53,3%)
Tồn dư huyết khối	9 (30,0%)
Nặng lên/tái phát	5 (16,7%)
Tử vong	5 (16,7%)

Nhận xét: Tỷ lệ tái thông hoàn toàn đạt 53,3%, trong khi 30% còn huyết khối tồn dư. Tử vong tại HSTC là 16,7%, phản ánh gánh nặng bệnh lý lớn và mức độ nguy kịch của nhóm nghiên cứu.

Bảng 8. Biến chứng chảy máu (theo ISTH 2020)

Loại biến chứng	N	%
Chảy máu lớn	3	10,0
Chảy máu có ý nghĩa lâm sàng không lớn (CRNM)	4	13,3
Không biến chứng	23	76,7
Tổng	30	100,0

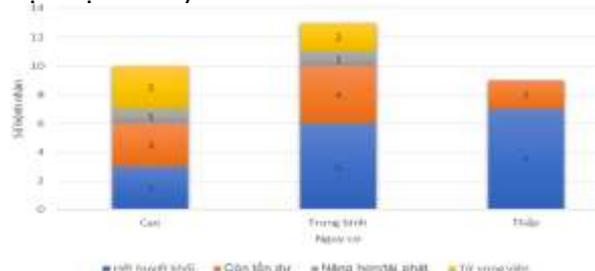
Nhận xét: Biến chứng chảy máu xảy ra ở 23,3% bệnh nhân, chủ yếu ở nhóm sử dụng tiêu sợi huyết.



Biểu đồ 3. Biến chứng chảy máu theo phương thức điều trị (N=30)

Nhận xét: Nhóm tiêu sợi huyết ghi nhận tỷ

lệ bất kỳ chảy máu cao hơn (50% so với 13,6%), đặc biệt là chảy máu lớn.



Biểu đồ 4. Kết quả điều trị theo nhóm nguy cơ

Nhận xét:

- Nhóm nguy cơ cao có tỷ lệ tử vong cao nhất (30%) và tỷ lệ tái thông thấp (30%).
- Nhóm trung bình có kết cục trung gian.
- Nhóm nguy cơ thấp có tiên lượng rất tốt: 77,8% tái thông hoàn toàn và không ghi nhận tử vong.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân có tuổi trung bình cao (68,9 ± 11,6), phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của TĐMP trên toàn cầu, khi gánh nặng bệnh tập trung chủ yếu ở người lớn tuổi. Các nghiên cứu quốc tế cũng cho thấy nhóm >60 tuổi chiếm tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong cao hơn rõ rệt, củng cố tính tương đồng của quần thể chúng tôi với xu hướng chung. Về giới, nam giới chiếm ưu thế (63,3%), phù hợp với các phân tích đoàn hệ lớn trên thế giới; tuy nhiên, một số nghiên cứu trong nước ghi nhận tỷ lệ giới biến thiên tùy theo đặc điểm quần thể và tiêu chuẩn lựa chọn mẫu, cho thấy sự đa dạng trong phân bố bệnh.[3] Bên cạnh đó, tỷ lệ bệnh nhân mang nhiều hơn một bệnh đồng mắc rất cao (83,3%), đặc biệt là COPD, suy tim và ung thư. Điều này nhất quán với bằng chứng quốc tế và trong nước, vốn xem bệnh tim–phổi mạn và ung thư là các yếu tố làm tăng nguy cơ huyết khối, làm nặng thêm diễn tiến của TĐMP và dự báo tử vong cao hơn.[4,5]

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Khó thở và đau ngực là các triệu chứng nổi bật, tương đồng với nhiều báo cáo trong và ngoài nước, nơi khó thở thường là dấu hiệu thường gặp nhất. Ho máu xuất hiện ít, phản ánh đặc điểm của quần thể HSTC, nơi bệnh nhân thường nhập viện muộn hoặc trong tình trạng huyết động nặng. Kiểu khí máu với kiềm hô hấp nhẹ, giảm oxy hóa và tăng lactate cho thấy sự giảm tưới máu phổi và tăng khoảng chết sinh lý. Đặc biệt, sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm huyết động về P/F và lactate phù hợp với các nghiên cứu trước, vốn chỉ ra rằng lactate tăng và

giảm oxy hóa là những chỉ dấu tiên lượng xấu. Hình ảnh MSCT ghi nhận tỷ lệ tắc thân chung/hai bên cao (46,7%), điển hình cho bệnh cảnh nặng hơn trong HSTC.[6] Sự hiện diện của huyết khối tĩnh chi dưới (36,7%) xác nhận cơ chế thuyên tắc từ hệ tĩnh mạch sâu. Siêu âm tim ghi nhận giãn thất phải (60%), phù hợp với tỷ lệ rối loạn thất phải trong các nghiên cứu TĐMP nguy cơ trung bình–cao. Đồng thời, troponin T và NT-proBNP tăng với tỷ lệ tương đồng với các nghiên cứu lâm sàng lớn, củng cố vai trò của hai chỉ dấu này trong đánh giá nguy cơ theo ESC/ERS.[7]

4.3. Điều trị và kết cục. Trong nghiên cứu, kháng đông được sử dụng chủ đạo (63,3%), trong khi tiêu sợi huyết được chỉ định chọn lọc (26,7%) và can thiệp catheter áp dụng hạn chế (10%). Phác đồ này phù hợp với khuyến cáo ESC/ERS hiện hành, vốn nhấn mạnh vai trò của kháng đông ở tất cả các mức nguy cơ và chỉ định tái tưới máu cho nhóm nguy cơ cao hoặc trung gian–cao. Kết quả điều trị ghi nhận tỷ lệ tái thông hoàn toàn 53,3% và huyết khối tồn dư 30%. Trong đó, “Tái thông hoàn toàn” được định nghĩa là không còn huyết khối trên hình ảnh MSCT kiểm tra lại trước khi ra viện hoặc cải thiện hoàn toàn tổn thương thất phải kèm hồi phục lâm sàng ở những trường hợp không thể chụp lại MSCT.

Tỷ lệ tử vong 16,7% tương đương với các nghiên cứu quốc tế về bệnh nhân TĐMP nặng tại HSTC. Biến chứng chảy máu xảy ra ở 23,3%, trong đó 10% là chảy máu lớn, chủ yếu ở nhóm tiêu sợi huyết, phù hợp với cân bằng nguy cơ–lợi ích đã được ghi nhận. Tỷ lệ này thấp hơn một số nghiên cứu trong nước, nơi tần suất bệnh nặng cao hơn hoặc can thiệp tích cực hơn.[8]

4.4. Kết cục theo phân tầng nguy cơ. Kết quả phân tầng nguy cơ cho thấy sự phân hóa rõ rệt giữa các nhóm: nhóm nguy cơ cao có tỷ lệ tử vong và tồn dư huyết khối cao nhất, trong khi nhóm nguy cơ thấp đạt kết quả điều trị rất thuận lợi. Xu hướng này phù hợp với sinh lý bệnh của TĐMP cấp và bám sát khuyến cáo ESC/ERS 2019, nhấn mạnh vai trò quan trọng của phân tầng nguy cơ trong quyết định điều trị và theo dõi bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp nhập Khoa HSTC thường lớn tuổi, có nhiều bệnh đồng mắc và xuất hiện với giảm oxy máu, rối loạn huyết động và tỷ lệ cao giãn thất phải. Kháng đông tiếp tục là điều trị nền tảng, trong khi tiêu sợi huyết và can thiệp catheter được áp dụng chọn lọc. “Tái thông hoàn toàn” được xác định

dựa trên MSCT kiểm tra lại hoặc phục hồi hoàn toàn rối loạn thất phải kèm cải thiện lâm sàng. Kết cục điều trị phân hóa rõ theo phân tầng nguy cơ ESC/ERS 2019, với tiên lượng kém ở nhóm nguy cơ cao. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh nhu cầu tăng cường phát hiện sớm, phân tầng nguy cơ bằng thang điểm kết hợp xét nghiệm – hình ảnh, chuẩn hóa phác đồ điều trị dựa trên kháng đông và tái tưới máu theo chỉ định, đồng thời theo dõi sát huyết động, dấu ấn sinh học và biến chứng. Việc xây dựng quy trình chẩn đoán – xử trí đặc thù cho bệnh nhân TĐMP tại HSTC là cần thiết. Tuy nhiên, nghiên cứu còn hạn chế bởi thiết kế hồi cứu, cỡ mẫu nhỏ và đơn trung tâm; do đó, các nghiên cứu tiến cứu với quy mô lớn hơn là cần thiết để đánh giá toàn diện và tối ưu hóa chiến lược điều trị TĐMP tại HSTC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zhao W, Liao Q, Feng Y, et al.** Association of pan-immune inflammation value with mortality in patients with pulmonary embolism: a cohort study. *Sci Rep.* 2025;15(1):6571. doi:10.1038/s41598-025-90951-y
2. **Carvalho Bricola SAP, Paiva EF, Lichtenstein A, et al.** Fatal pulmonary embolism in hospitalized patients: a large autopsy-based matched case-control study. *Clinics.* 2013;68(5):679-685. doi:10.6061/clinics/2013(05)16
3. **Do P, Trang L, Hoang H.** Triệu chứng lâm sàng và tỷ lệ tử vong của bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp: Một nghiên cứu đa trung tâm tại Việt Nam. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* Published online August 6, 2025. doi:10.52852/tcncyh.v156i8.1006
4. **Barco S, Vicaut E, Klok FA, Lankeit M, Meyer G, Konstantinides SV.** Improved identification of thrombolysis candidates amongst intermediate-risk pulmonary embolism patients: implications for future trials. *Eur Respir J.* 2018;51(1). doi:10.1183/13993003.01775-2017
5. **Hoang SV, Ho THQ, Dang THQ, et al.** Cancer-associated Thrombosis in Vietnam: Literature Review and Expert Perspectives. *J Appl Hematol.* 2024;15(1):9. doi:10.4103/joah.joah_102_23
6. **Kiều TNA, Nguyễn TN.** Thực trạng dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch tại khoa Hồi sức Tích cực Bệnh viện E. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2022;516(2). doi:10.51298/vmj.v516i2.3089
7. **Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, et al.** 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS): The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2020;41(4):543-603. doi:10.1093/eurheartj/ehz405
8. **Mơ NT, Hải HB.** Tắc động mạch phổi cấp nguy cơ cao: Nghiên cứu mô tả đầu tiên được báo cáo tại Việt Nam. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học.* 2023;160(12V1): 206-213. doi:10.52852/tcncyh.v160i12V1.1168

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐIỀU TRỊ SỞI Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nghiêm Thị Mai Sang¹, Nguyễn Văn Thường¹, Nguyễn Hồng Sơn¹

TÓM TẮT

Sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính, nguy hiểm, phát triển nhanh, khó kiểm soát gây gánh nặng y tế lớn.¹ **Mục tiêu 1:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ mắc sởi điều trị tại Khoa Nhi - Bệnh viện Thanh Nhàn. **Mục tiêu 2:** Đánh giá kết quả điều trị nhóm bệnh nhi trên. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu khảo sát ở 365 trẻ mắc sởi tại khoa Nhi - Bệnh viện Nhi Thanh Nhàn, sử dụng bệnh án nghiên cứu được xây dựng sẵn. **Kết quả:** 365 trẻ mắc sởi ở tất cả các lứa tuổi với tỷ lệ nam: nữ xấp xỉ 1,5:1. Các trẻ nhập viện với các biểu hiện đặc trưng của sởi bao gồm Hạt Koplick 95,9%; ban da 98,4%; mắt đỏ 68,9%. Kèm theo đó có 7,4% trẻ mắc sởi có giảm bạch cầu hạt trung tính; 41,4% trẻ có giảm bạch cầu lympho; 26,3% trẻ có tăng men gan GOT và 52,3% trẻ có bội nhiễm vi khuẩn biểu hiện bằng tăng CRP. Trong 365 trẻ mắc sởi có 62,8% có biến chứng viêm phổi; 2,7% có biến chứng viêm thanh quản. Kết quả điều trị, có 98,6% trẻ đáp ứng điều trị khỏi bệnh, có 5 trẻ (1,4%) có biến chứng nặng cần chuyển viện để điều trị nâng cao và không có trẻ tử vong do mắc sởi. **Kết luận:** Khoa đã điều trị một số lượng đáng kể các ca sởi (365 trẻ), cho thấy Khoa Nhi- Bệnh viện Thanh Nhàn là một trong những cơ sở y tế chịu trách nhiệm chính trong việc điều trị dịch sởi, tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhân. Tỷ lệ khỏi bệnh rất cao 98,6%. Đây là một thành công lớn, cho thấy hiệu quả điều trị và chất lượng chăm sóc y tế tại Khoa Nhi - Bệnh viện Thanh Nhàn rất tốt. **Từ khóa:** Trẻ em, sởi, lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES AND RELATED FACTORS IN PEDIATRIC MEASLES PATIENTS AT THANH NHAN HOSPITAL

Measles is an acute, dangerous, rapidly progressing, and difficult-to-control infectious disease, posing a significant healthcare burden. **Objective 1:** To describe the clinical and subclinical characteristics of pediatric measles patients treated at the Department of Pediatrics - Thanh Nhan Hospital. **Objective 2:** To evaluate the treatment outcomes of this group of pediatric patients. **Research Methodology:** A cross-sectional study was conducted on 365 pediatric measles patients at the Department of Pediatrics - Thanh Nhan Hospital, utilizing pre-designed patient records. **Results:** 365 pediatric measles patients of all ages were included, with a

male-to-female ratio of approximately 1.5:1. Patients were admitted with characteristic measles manifestations including Koplik's spots (95.9%), rash (98.4%), and conjunctivitis (68.9%). Additionally, 7.4% of measles patients had neutropenia; 41.4% had lymphocytopenia; 26.3% had elevated liver enzymes (GOT); and 52.3% had bacterial superinfection, evidenced by elevated CRP. Among the 365 measles patients, 62.8% developed pneumonia complications; 2.7% developed laryngitis complications. Regarding treatment outcomes, 98.6% of children responded to treatment and recovered, while 5 children (1.4%) developed severe complications requiring transfer to a higher-level facility for advanced treatment, and no deaths were reported due to measles. **Conclusion:** The department treated a significant number of measles cases (365 children), indicating that the Department of Pediatrics - Thanh Nhan Hospital is one of the key healthcare facilities responsible for treating measles outbreaks, admitting a large number of patients. The cure rate was very high at 98.6%. This is a significant success, demonstrating the effective treatment and high quality of medical care at the Department of Pediatrics - Thanh Nhan Hospital.

Keywords: Children, measles, clinical, subclinical, treatment outcomes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sởi là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Polinosa Morbillarum gây ra.¹ Bệnh rất nguy hiểm, phát triển nhanh, khó kiểm soát, gánh nặng y tế to lớn.² Bệnh có nhiều biến chứng như viêm phổi, viêm tai giữa, viêm não màng não, viêm cơ tim, nhiễm khuẩn huyết và nguy cơ tử vong cao.² Tại Việt Nam, từ đầu năm 2025 đến giữa tháng 3 năm 2025 ghi nhận khoảng 40000 ca sởi và 5 ca tử vong do sởi. Trong đó Hà Nội ghi nhận 1665 ca nhiễm sởi và 1 ca tử vong.³ Trong tình hình bệnh sởi còn diễn biến phức tạp, chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm cập nhật và chia sẻ kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị bệnh nhi mắc sởi với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ mắc sởi điều trị tại Khoa Nhi - Bệnh viện Thanh Nhàn và đánh giá kết quả điều trị nhóm bệnh nhi trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 365 trẻ được chẩn đoán mắc sởi, đáp ứng đủ theo tiêu chuẩn chẩn đoán dựa theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh sởi theo quyết định 1019/ BYT - 2025 của Bộ Y tế bao gồm: Sốt, chảy mũi hoặc viêm kết mạc, hạt Koplick hoặc phát ban dạng

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Thị Mai Sang

Email: maisangnghiem@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

sởi, xét nghiệm kháng thể IgM hoặc PCR dương tính với Sởi. Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân nghi ngờ sởi có xét nghiệm kháng thể IgM hoặc PCR âm tính với Sởi.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loại ca bệnh với cách chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Công cụ nghiên cứu: Bệnh án nghiên cứu được xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu và theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Sởi theo quyết định 1019/ BYT – 2025 của Bộ Y tế.⁴

2.4. Xử lý số liệu: phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành sau khi đã được phê duyệt bởi hội đồng đạo đức của Bệnh viện Thanh Nhàn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=365)

	Đặc điểm	n	%
Phân loại nhóm tuổi	Dưới 1 tuổi	96	26,3
	1 – 5 tuổi	102	27,9
	Trên 5 tuổi	167	45,8
Giới tính	Nam	215	59
	Nữ	150	41

Nhận xét: Trẻ mắc sởi ở tất cả các nhóm tuổi. Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,5:1; nam chiếm 59%.

Bảng 2. Đặc điểm tiêm chủng của trẻ mắc sởi (n=365)

Đặc điểm	n	%
Chưa tiêm	119	32,6
Tiêm 1 mũi	28	7,7
Tiêm 2 mũi	218	59,7

Nhận xét: Tỷ lệ chưa tiêm chủng đủ 2 mũi sởi ở trẻ mắc sởi rất cao xấp xỉ 40%.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của trẻ mắc sởi (n=365)

Đặc điểm lâm sàng	n	%
Mắt đỏ	254	68,9
Ban da	359	98,4
Hạt Koplick	350	95,9

Nhận xét: Các trẻ nhập viện với các biểu hiện đặc trưng của sởi bao gồm Hạt Koplick 95,9%; ban da 98,4%; mắt đỏ 68,9%.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của trẻ mắc sởi (n=365)

Đặc điểm cận lâm sàng		n	%	
Bạch cầu	Số lượng bạch cầu (G/l)	7,2 ± 3,5 (Min - Max: 2 - 23,5)		
	Trung tính	Giảm	27	7,4
		Bình thường	338	92,6
	Bạch cầu Lympho	Giảm	151	41,4
		Bình thường	214	58,6
Men	GOT	Tăng	287	78,6

CRP	Tăng	191	52,3
	Giảm	174	47,7

Nhận xét: Có 7,4% trẻ mắc sởi có giảm bạch cầu hạt trung tính; 41,4% trẻ có giảm bạch cầu lympho; 26,3% trẻ có tăng men gan GOT và 52,3% trẻ có bội nhiễm vi khuẩn biểu hiện bằng tăng CRP.

Bảng 5. Biến chứng của trẻ mắc sởi (n=365)

Biến chứng	n	%
Viêm phổi	230	62,8
Viêm thanh quản	10	2,7
Nhiễm khuẩn tiêu hóa	92	25,2
Viêm tai giữa	31	8,4
Biến chứng khác	119	32,7

Nhận xét: Có 62,8% trẻ mắc sởi có biến chứng viêm phổi, 25,2% có biến chứng nhiễm khuẩn tiêu hóa, 32,7% có biến chứng khác.



Hình 1. Số ngày nằm viện của trẻ mắc sởi

Nhận xét: Trẻ mắc sởi thường nằm viện từ 4-8 ngày. Cá biệt có trẻ nằm viện đến 20 ngày.

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến ngày nằm viện của trẻ mắc sởi

	Ngày nằm viện	X ± SD	p
Số mũi tiêm	0	6,64 ± 3,08	0,001
	1	6,86 ± 3,2	
	2	4,78 ± 2,08	
Tuổi bệnh nhi	Dưới 1 tuổi	6,79 ± 3,30	0,001
	1-5 tuổi	6,07 ± 2,23	
	Trên 5 tuổi	4,51 ± 2,15	
Đồng nhiễm	Có đồng nhiễm	6,79 ± 2,89	0,001
	Không đồng nhiễm	5,15 ± 2,52	
CRP	Tăng	5,49 ± 2,58	0,106
	Không tăng	5,59 ± 2,82	

Nhận xét: Số mũi tiêm, tuổi bệnh nhi và đồng nhiễm vi khuẩn khác khiến số ngày nằm viện trẻ dài hơn, trong khi đó chỉ số CRP không ảnh hưởng đến số ngày nằm viện của trẻ.

Bảng 7. Một số yếu tố ảnh hưởng đến biến chứng của bệnh sởi

Biến chứng	Có	Không	p	
Tiêm chủng	Chưa tiêm	84%	0,012	
	Tiêm 1 mũi	89,3		
	Tiêm 2 mũi	72%		
Tuổi	Dưới 1 tuổi	65,6%	34,4%	0,001