

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỶ LỆ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HẢI PHÒNG

Phạm Văn Thức¹, Lê Thị Diệu Hiền¹, Đàm Văn Minh²,
Vũ Ngọc Trường³, Nguyễn Dương Truyền⁴,
Phạm Thị Bích Ngọc¹, Hoàng Thị Thuận¹, Nguyễn Đăng Đức⁵

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang 666 người bệnh điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng. **Kết quả:** người bệnh ở nhóm tuổi 60 -79 tuổi chiếm tỷ lệ cao (76,43%), người bệnh có thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 1 – 5 năm là 75,08%. Người bệnh có điểm mMRC bằng 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 38,74% tiếp theo đến điểm mMRC bằng 1 chiếm 32,43%. Người bệnh có điểm CAT từ 10 điểm trở lên chiếm tỷ lệ cao 67,57%. Tỷ lệ người bệnh có mức $50\% \leq FEV1 \leq 80\%$ chiếm 45,05%. Trong 12 tháng qua, số người bệnh có 1 đợt cấp chiếm tỷ lệ cao nhất (67,87%), trong số người bệnh có đợt cấp thì có 58,35% người bệnh phải nhập viện. **Kết luận:** Người bệnh có tỷ lệ nhập viện đợt cấp lớn, từ kết quả nghiên cứu bệnh viện cần chú trọng các biện pháp dự phòng (tiêm phòng, điều trị duy trì hiệu quả, hướng dẫn tự theo dõi) nhằm giảm số đợt cấp và tránh nhập viện.

Từ khóa: Đợt cấp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Bệnh viện Phổi Hải Phòng

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND EXACERBATION RATE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENTS AT HAI PHONG LUNG HOSPITAL

Objective: The study describes the clinical, paraclinical characteristics and rate of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations of patients at Hai Phong Lung Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study of 666 outpatients at Hai Phong Lung Hospital. **Results:** Patients in the age group of 60-79 years old accounted for a high proportion (76.43%), and patients with disease duration mainly from 1-5 years were 75.08%. Patients with an mMRC score of 2 accounted for the highest proportion of 38.74%, followed by mMRC score of 1, accounting for 32.43%.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Viện Y học Biển

³Bệnh viện Phổi Hải Phòng

⁴Bệnh viện Thanh Nhàn Hà Nội

⁵Trung tâm Chống Độc, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thức

Email: pvthuc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

Patients with CAT score of 10 points or more accounted for the highest proportion of 67.57%. The proportion of patients with $50\% \leq FEV1 \leq 80\%$ accounted for 45.05%. In the past 12 months, the number of patients with 1 acute episode accounted for the highest proportion (67.87%). Among patients with acute episodes, 58.35% of patients had to be hospitalized. **Conclusion:** Patients have a high rate of hospitalization for acute episodes. From the research results, hospitals need to focus on preventive measures (vaccination, effective maintenance treatment, self-monitoring instructions) to reduce the number of acute episodes and avoid hospitalization.

Keywords: Acute episode, chronic obstructive pulmonary disease, Hai Phong Lung Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2023, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 3 với khoảng 3,2 triệu người chết và 329 triệu người mắc trên toàn thế giới. Theo dự đoán, tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong sẽ còn tiếp tục gia tăng trong những thập kỷ tới do tăng tiếp xúc các yếu tố nguy cơ BPTNMT và tình trạng già đi của dân số [1], [2]. BPTNMT đã và đang làm giảm chất lượng cuộc sống bởi những hậu quả do đợt kích phát nếu không được kiểm soát, có thể gây ra tử vong, tàn phế, hay gánh nặng chi phí khi nhập viện [3]. Gần 90% trường hợp tử vong do BPTNMT ở người dưới 70 tuổi xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [1] và dự báo đến năm 2060 sẽ có 5,4 triệu người chết mỗi năm do BPTNMT [2].

Cùng với sự gia tăng tần suất BPTNMT trên thế giới cũng như tại Việt Nam, tỷ lệ người bệnh BPTNMT vào đợt cấp và nhập viện ngày càng nhiều hơn làm tăng chi phí điều trị cũng như giảm chất lượng cuộc sống. Bệnh là một gánh nặng rất lớn cho ngành y tế, gia đình và cá nhân người bệnh [4]. Nghiên cứu của tác giả Phan Thanh Thủy (2022) cho thấy tỷ lệ người bệnh có đợt cấp trong năm vừa qua: 246 người bệnh (47,9%), đợt cấp nhập viện 40,1% và có 21,4% phải nhập khoa hồi sức [5]. Hiện nay, tại Hải Phòng – một thành phố công nghiệp với mật độ dân cư cao và mức độ ô nhiễm không khí đáng kể – số lượng người mắc BPTNMT ngày càng gia tăng, đặc biệt tại các cơ sở điều trị chuyên sâu như Bệnh viện Phổi Hải Phòng. Việc nghiên cứu

các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ mắc đợt cấp không những giúp hiểu rõ hơn về tình hình thực tế bệnh tật tại địa phương, mà còn góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán, điều trị, quản lý người bệnh BPTNMT – đặc biệt trong việc phòng ngừa và xử trí kịp thời các đợt cấp. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người bệnh tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh được chẩn đoán BPTNMT đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh đã được chẩn đoán xác định BPTNMT theo tiêu chuẩn của GOLD năm 2018.

Người bệnh được quản lý và theo dõi điều trị tại phòng khám quản lý BPTNMT tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng có thời gian ≥ 12 tháng.

Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có dấu hiệu rối loạn tâm thần, hoặc dấu hiệu thần kinh khu trú, không có khả năng nghe hiểu, trả lời câu hỏi.

Người bệnh đang có các bệnh lý cấp tính (bệnh lý tim mạch cấp, đột quỵ, suy hô hấp cấp...)

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng trong thời gian từ tháng 06 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ mắc bệnh trong quần thể:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu, ứng với $\alpha=0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p: là tỉ lệ có đợt cấp trong 12 tháng qua, lấy $p = 0,497$ theo nghiên cứu của các giả Phan Thanh Thủy (2022) [5]. d là sai số tuyệt đối ($d = 0,05$). Thay vào công thức ta thu được cỡ mẫu 384 người bệnh. Thực tế chúng tôi nghiên cứu trên 666 người bệnh.

Chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập

Công cụ thu thập thông tin: Bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn. Cấu trúc mẫu bệnh án gồm các phần: Phần I. Phần thông tin chung của người bệnh. Phần II. Triệu chứng lâm sàng. Phần III. Triệu chứng cận lâm sàng.

Phương pháp thu thập thông tin: Thông

tin được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp, thăm khám người bệnh. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng được lấy vào ngày người bệnh đến viện khám.

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Biến số: nhóm biến số về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, các bệnh đồng mắc, tiếp xúc khói bụi), đặc điểm lâm sàng (Đánh giá triệu chứng theo thang điểm mMRC (Modified Medical Research Council) và CAT (BPTNMT Assessment Test), phân bố người bệnh theo mức độ tắc nghẽn đường thở (theo GOLD 2022), phân bố người bệnh theo phân nhóm ABCD (theo GOLD 2022), đo chức năng hô hấp, tỷ lệ mắc đợt cấp trong 12 tháng qua và tỷ lệ phải nhập viện.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá. Tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu [6]

* Mức độ khó thở theo thang điểm mMRC (modified Medical Research Council) gồm 5 câu hỏi với điểm cao nhất là 4, điểm càng cao thì mức độ khó thở càng nhiều. mMRC < 2 được định nghĩa là ít triệu chứng, mMRC ≥ 2 được định nghĩa là nhiều triệu chứng.²

* Bộ câu hỏi đánh giá ảnh hưởng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính lên sức khỏe và cuộc sống hàng ngày của người bệnh (BPTNMT Assessment Test - CAT. Bộ câu hỏi CAT gồm 8 câu hỏi, tổng điểm 40, điểm càng cao thì ảnh hưởng của bệnh tới tình trạng sức khỏe của người bệnh càng lớn. CAT <10 được định nghĩa ít triệu chứng CAT ≥10 được định nghĩa ảnh hưởng của bệnh nhiều.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm STATA 14.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả: các giá trị biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %, so sánh tỷ lệ phần trăm bằng test χ^2 .

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện đúng đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng xét duyệt đề cương Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt và được sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện Phổi Hải Phòng. Người bệnh được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu, sự đồng thuận tham gia vào nghiên cứu. Mọi thông tin của người bệnh được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=666)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	40-59	101	15,17

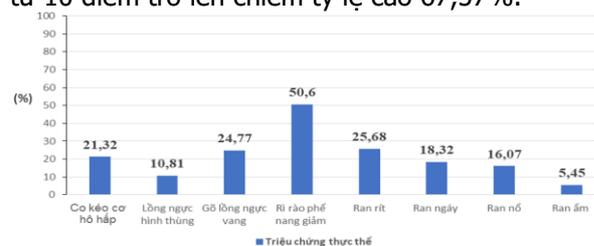
	60-79	509	76,43
	≥80	56	8,41
Giới tính	Nam	542	81,38
	Nữ	124	18,62
Tiền sử tiếp xúc khói bụi	Có	17	2,55
	Không	649	97,45
Tiền sử hút thuốc lá	Có	543	81,53
	Không	123	18,47
Thời gian mắc bệnh	1-5 năm	500	75,08
	6-10 năm	156	23,42
	>10 năm	10	1,50
Tổng		600	100

Người bệnh ở nhóm tuổi 60 -79 tuổi chiếm tỷ lệ cao (76,43%), người bệnh là nam giới chiếm 81,38%, người bệnh có tiền sử hút thuốc lá chiếm 81,53% và người bệnh có thời gian mắc bệnh từ 1 – 5 năm chiếm tỷ lệ cao 75,08%.

Bảng 2. Đánh giá mức độ khó thở và tác động của BPTNMT ảnh hưởng đến sức khỏe và cuộc sống hàng ngày (n=666)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Điểm mMRC	ít triệu chứng	mMRC = 0	85	12,76
		mMRC = 1	216	32,43
	Nhiều triệu chứng	mMRC = 2	258	38,74
		mMRC = 3	82	12,31
		mMRC = 4	25	3,75
Điểm CAT	ít triệu chứng	<10 điểm	216	32,43
	Nhiều triệu chứng	≥10 điểm	450	67,57

Người bệnh có điểm mMRC bằng 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 38,74% tiếp theo đến điểm mMRC bằng 1 chiếm 32,43%. Người bệnh có điểm CAT từ 10 điểm trở lên chiếm tỷ lệ cao 67,57%.



Biểu đồ 1. Triệu chứng thực thể của người bệnh (n=666)

Triệu chứng thường gặp nhất ở người bệnh là 50,6%, tiếp theo là triệu chứng ran rít 25,68% và thấp nhất là ran ẩm 5,45%.

Bảng 3. Phân nhóm người bệnh theo GOLD 2022 (n=666)

Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
GOLD A	137	20,57
GOLD B	462	69,37
GOLD C	28	4,20
GOLD D	39	5,86
Tổng	666	100

Trong tổng số 666 người bệnh tham gia nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ trung bình xuất hiện đợt cấp BPTNMT là nhóm B (69,37%), tiếp đến là nhóm A (20,57%), thấp nhất là nhóm C (4,20%).

Bảng 4. Kết quả đo chức năng thông khí sau test phục hồi phế quản của người bệnh (n=212)

FEV1	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
FEV1 ≥ 80%	157	23,57
50% ≤ FEV1 < 80%	300	45,05
30% ≤ FEV1 < 50%	169	25,38
FEV1 < 30%	40	6,01
Tổng	666	100

Tỷ lệ người bệnh có mức 50% ≤ FEV1 < 80% chiếm cao nhất (45,05%), tiếp đến là nhóm 30% ≤ FEV1 < 50% (25,38%), thấp nhất là nhóm FEV1 < 30% (6,01%).

Bảng 5. Số đợt cấp BPTNMT và đợt cấp phải nhập viện trong 12 tháng qua của người bệnh (n=666)

Đặc điểm đợt cấp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số đợt cấp		
0 đợt	109	16,37
1 đợt	452	67,87
2 đợt	64	9,61
≥3 đợt	41	6,16
Xuất hiện đợt cấp phải nhập viện (497)		
Có	290	58,35
Không	207	41,65

Trong 12 tháng qua, số người bệnh có 1 đợt cấp chiếm tỷ lệ cao nhất (67,87%), tiếp đến là không có đợt cấp nào (16,37%), người bệnh có 3 đợt cấp trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,16%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 666 người bệnh được chẩn đoán BPTNMT đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024, kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh ở nhóm tuổi 60 -79 tuổi chiếm tỷ lệ cao (76,43%), kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phan Thanh Thủy cho thấy nhóm tuổi 60-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 75,5% [5]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy người bệnh là nam giới chiếm 81,38%, tương đồng với nhiều nghiên cứu như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tâm tại Viện Y học biển Việt Nam năm 2018 cho thấy, tỷ lệ người bệnh nam -nữ trong nghiên cứu lần lượt là 87,8% và 12,3% [7].

Đối với BPTNMT thời gian mắc bệnh rất khó xác định vì người bệnh thường không đi khám bệnh khi xuất hiện các triệu chứng hô hấp đầu tiên, đặc biệt ở những đối tượng có tiền sử tiếp

xúc với các yếu tố nguy cơ. Trong nghiên cứu này chúng tôi xác định thời gian mắc bệnh dựa vào thời điểm được chẩn đoán BPTNMT, kết quả người bệnh có thời gian mắc bệnh từ 1 – 5 năm chiếm tỷ lệ cao 75,08% kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Bùi Mỹ Hạnh tại Bệnh viện phổi Trung ương năm 2019 cho thấy đa số người bệnh mắc BPTNMT từ 1 - 3 năm (44,1%) [8].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá mức độ khó thở của người bệnh theo thang điểm mMRC tương ứng mức điểm từ 0-4 điểm, đây là một tiêu chuẩn tương đối để đánh giá triệu chứng khó thở khi so sánh với sử dụng thang điểm CAT. Kết quả cho thấy, tỷ lệ người bệnh đi chậm hơn người cùng tuổi do khó thở hoặc đang đi thì phải dừng lại để thở (mMRC 2) chiếm tỷ lệ cao nhất 38,74%, tiếp đến tôi chỉ khó thở khi hoạt động gắng sức nặng (mMRC 1) chiếm 32,43%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số tác giả cho thấy đa số người bệnh ở mức mMRC 2 như nghiên cứu của Phan Thanh Thủy điểm mMRC 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 30,2% [5]. Các triệu chứng cơ năng khác như (ho, có đờm trong phổi, cảm giác nặng ngực, khó thở khi lên dốc, yên tâm ra khỏi nhà, ngủ ngon giấc, cảm thấy khỏe) cũng được đánh giá qua thang điểm CAT. Về điểm CAT tỷ lệ người bệnh có điểm CAT ≥ 10 cao (67,57%). Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của Phan Thanh Thủy có điểm CAT ≥ 10 Điểm chiếm 93,8% [5].

Trong thực hành lâm sàng, người bệnh BPTNMT thường gặp các triệu chứng RRPN giảm, ral rít, ral ngáy, ral ẩm, ral nổ. Điều này giải thích do cơ chế bệnh sinh về sự tắc nghẽn đường thở nên khi nghe phổi thường có ral ở phổi, đồng thời người bệnh có thể có các tiền sử bệnh lý phổi khác (giãn phế quản, lao phổi, xơ phổi...) kèm theo có thể bị nhiễm trùng trong các đợt cấp. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng thường gặp nhất ở người bệnh là rì rào phế nang giảm chiếm tỷ lệ cao nhất trong các triệu chứng thực thể là 50,6%, tiếp theo là triệu chứng ran rít 25,68%, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Lý (2018) tại bệnh viện Kiến An, triệu chứng gặp nhiều nhất là RRPN giảm (85,1%), ral rít (67,8%) [9].

Kết quả đo chức năng hô hấp trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người bệnh có mức $50\% \leq FEV1 \leq 80\%$ chiếm cao nhất (45,05%), tiếp đến là nhóm $30\% \leq FEV1 < 50\%$ (25,38%) kết quả này khác so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Huyền cho thấy tỷ lệ người bệnh có mức $30\% \leq FEV1 < 50\%$ chiếm

tỷ lệ cao nhất 37,2% và tiếp theo là nhóm $50\% \leq FEV1 \leq 80\%$ chiếm 30,1% [10], sự khác nhau này có thể giải thích do thời gian mắc bệnh của 2 nghiên cứu khác nhau, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Huyền có nhiều người bệnh có thời gian mắc bệnh lâu hơn so với nghiên cứu chúng tôi.

Trong 12 tháng qua, số người bệnh có 1 đợt cấp chiếm tỷ lệ cao nhất (67,87%), tiếp đến là không có đợt cấp nào (16,37%), thấp hơn tác giả Bùi Mỹ Hạnh tại Bệnh viện phổi Trung ương cho thấy chủ yếu người bệnh có từ 2 đợt cấp trong năm trở lên chiếm 72,9% [8]. Đợt cấp BPTNMT là một biến cố quan trọng trong tiến trình tự nhiên ở người bệnh BPTNMT bởi các ảnh hưởng tiêu cực đến tình trạng sức khỏe, tỷ lệ nhập viện, tái nhập viện và tiến triển của bệnh. Người bệnh có đợt cấp thường xuyên sẽ để lại hậu quả là giảm chức năng thông khí phổi, giảm khả năng gắng sức, tăng chi phí chăm sóc sức khỏe, chất lượng cuộc sống giảm sút và đồng nghĩa với thời gian sống rút ngắn.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 666 người bệnh được chẩn đoán BPTNMT đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng, kết quả nghiên cứu cho người bệnh ở nhóm tuổi 60 -79 tuổi chiếm tỷ lệ cao (76,43%), người bệnh có thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 1 – 5 năm là 75,08%. Người bệnh có điểm mMRC bằng 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 38,74% tiếp theo đến điểm mMRC bằng 1 chiếm 32,43%. Người bệnh có điểm CAT từ 10 điểm trở lên chiếm tỷ lệ cao 67,57%. Tỷ lệ người bệnh có mức $50\% \leq FEV1 \leq 80\%$ chiếm (45,05%). Trong 12 tháng qua, số người bệnh có 1 đợt cấp chiếm tỷ lệ cao nhất (67,87%), trong số người bệnh có đợt cấp thì có 58,35% người bệnh phải nhập viện. Từ kết quả nghiên cứu bệnh viện cần chú trọng các biện pháp dự phòng (tiêm phòng, điều trị duy trì hiệu quả, hướng dẫn tự theo dõi) nhằm giảm số đợt cấp và tránh nhập viện.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.161

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2023). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), access date 20/07/2023, available at <[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))>.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2023). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of

- Chronic Obstructive Pulmonary Disease - 2020 REPORT access date available at <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf>.
- BỘ Y TẾ** (2020). Thông tin Y tế 28 - 30/9/2020, https://moh.gov.vn/diem-tin-y-te/-/asset_publisher/sqTagDPp4aRX/content/thong-tin-y-te-28-30-9-2020?inheritRedirect=false.
 - Halpin D.M., Miravittles M., Metzdorf N., et al.** (2017). Impact and prevention of severe exacerbations of BPTNMT: a review of the evidence. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 12, 2891–2908.
 - Phan Thanh Thuý, Vũ Văn Giáp, Lê Thị Tuyết Lan, Nguyễn Việt Nhung và CS.** Đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người bệnh tại một số đơn vị quản lý ngoại trú. *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 2022; 160(12V1): 228-236. <https://doi.org/10.52852/tcnyh.v160i12V1.1218>.
 - Schellack N, Schellack G, Omoding R.** Chronic obstructive pulmonary disease: An update. *SA Pharm J*. 2015;82 (6):24 - 29.
 - Nguyễn Văn Tâm, Trần Thị Quỳnh Chi, Đoàn Thị Phương.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và chức năng thông khí phổi của bệnh nhân bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại viên Y học biển. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2018; 509 (12): 98-103.
 - Bùi Mỹ Hạnh, Khương Quỳnh Long.** Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính - Một phần tích thời gian phục hồi. *Tạp chí nghiên cứu Y học*. 2020; 134(10): 133-141.
 - Nguyễn Thị Lý.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, căn lâm sàng và kết quả điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Kiến An. *Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*. 2018.
 - Nguyễn Thị Thanh Huyền, Chu Thị Hạnh.** Tỷ lệ tái nhập viện vì đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí nghiên cứu Y học*. 2021; 137(1): 158-168.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VÀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ VITAMIN D, CALCI, PHOSPHO HUYẾT THANH VỚI CƠ GIẬT DO SỐT ĐƠN THUẦN Ở TRẺ EM

Nguyễn Ngọc Sáng¹, Trần Huy Duy¹, Bùi Mẫn Nguyên²,
Lê Ngọc Anh², Nguyễn Bích Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và phân tích mối liên quan giữa nồng độ vitamin D, calci, phospho huyết thanh với cơ giật do sốt (CGDS) đơn thuần ở trẻ em. **Đối tượng:** Gồm 472 bệnh nhi có giật do sốt cao đơn thuần và 80 bệnh nhi có sốt cao nhưng không có giật điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng từ ngày 01/09/2023 đến ngày 31/08/2025. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang và nghiên cứu bệnh chứng. **Kết quả:** Cơ giật do sốt đơn thuần thường gặp ở trẻ từ 6 tháng đến 3 tuổi, với tuổi trung bình là $24,35 \pm 12,12$ tháng. Tỷ lệ nam/nữ là 1,59/1. Khi xảy ra cơn cơ giật, phần lớn bệnh nhi có thân nhiệt từ 39 đến 40°C. Cơn cơ giật thường xuất hiện sớm, thời gian cơ giật thường ngắn. Nguyên nhân chủ yếu là nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp. Phần lớn bệnh nhi có tăng số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi, bạch cầu trung tính và nồng độ CRP huyết thanh. Nồng độ vitamin D huyết thanh ở nhóm CGDS thấp hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhi có sốt nhưng không có giật. Bệnh nhi nồng độ vitamin D huyết thanh thấp có nguy cơ bị CGDS cao gấp 9,02 lần. Nồng độ calci huyết thanh trung bình thấp hơn có ý nghĩa thống kê

ở nhóm bệnh nhi CGDS nhưng chưa có mối liên quan giữa mức độ thiếu hụt calci và CGDS. Nồng độ phospho huyết thanh trung bình thấp hơn ở nhóm bệnh nhi mắc CGDS nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** CGDS đơn thuần thường gặp ở trẻ nam, lứa tuổi nhỏ, với nguyên nhân sốt chủ yếu do nhiễm khuẩn đường hô hấp. Thiếu hụt vitamin D huyết thanh là yếu tố nguy cơ quan trọng của CGDS.

Từ khóa: Cơ giật do sốt, trẻ em, vitamin D, calci, phospho huyết thanh.

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND THE RELATIONSHIP BETWEEN SERUM LEVELS OF VITAMIN D, CALCIUM, AND PHOSPHORUS WITH SIMPLE FEBRILE SEIZURES IN CHILDREN

Objective: To describe the clinical epidemiological characteristics and analyze the association between serum levels of vitamin D, calcium, and phosphate with simple febrile seizures (SFS) in children. **Subject:** The study included 472 pediatric patients with simple febrile seizures and 80 febrile children without seizures, all hospitalized at Hai Phong Children's Hospital from September 1, 2023, to August 31, 2025. **Methods:** A cross-sectional descriptive study combined with a case-control design. **Results:** Simple febrile seizures were most commonly observed in children aged 6 months to 3 years, with a mean age of 24.35 ± 12.12 months. The male-to-female ratio was 1.59:1. At the time of seizure onset, most patients had a body temperature between 39°C

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Nhi Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Sáng

Email: nnsang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025