

không dùng PTCY [8]. Cho et al. gần đây hỗ trợ rằng nồng độ TAC sớm ảnh hưởng đến kết cục tổng thể sau PTCY, nhưng nhìn chung dữ liệu lớn hơn cần được để xác định điểm cắt tối ưu [1].

Tại Việt Nam, haplo-PTCY mới triển khai từ 2015 với nguồn lực hạn chế. Vì vậy, kết quả bước đầu này có giá trị thực tiễn, hỗ trợ khuyến cáo duy trì nồng độ TAC  $\geq 6$  ng/mL trong tuần 1-2 để giảm GVHD nặng. Tuy nhiên, nghiên cứu chúng tôi có hạn chế là mẫu nhỏ (n=59), tỷ lệ GVHD nặng thấp và chưa phân tích sâu các yếu tố nhiễu và bias, do đó cần thêm các nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm lớn hơn để xác nhận và đánh giá tác động đến các kết cục sống còn khác ngoài GVHD.

## V. KẾT LUẬN

Tóm lại, nồng độ TAC trong 2 tuần đầu sau ghép được xác định là yếu tố liên quan mật thiết đến nguy cơ GVHD cấp độ III-IV trên người bệnh ghép Haplo-PTCY. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giám sát chặt chẽ nồng độ thuốc và điều chỉnh liều chủ động ngay từ giai đoạn sớm nhằm tối ưu hóa kết cục sau ghép.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cho E, Perales MA, Giral SA, O'Reilly RJ. Association of early tacrolimus levels and outcomes after post-transplant cyclophosphamide based GVHD prophylaxis. *Transplant Cell Ther.* 2025;31(2 Suppl 1):S1-S2. doi:10.1016/j.jtct.2024.12.476.
2. Yao JM, Yang D, Clark MC, et al. Tacrolimus initial steady state level in post-transplant cyclophosphamide based GvHD prophylaxis regimens. *Bone Marrow Transplant.*

2022;57(2):232-242. doi:10.1038/s41409-021-01528-y.

3. Harris AC, Young R, Devine S, et al. International, multicenter standardization of acute graft-versus-host disease clinical data collection: a report from the Mount Sinai Acute GVHD International Consortium. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2016;22(1):4-10. doi:10.1016/j.bbmt.2015.09.001.
4. Kanda Y. Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZ' for medical statistics. *Bone Marrow Transplant.* 2013;48(3):452-458. doi:10.1038/bmt.2012.244.
5. Nikoloudis A, Buxhofer-Ausch V, Kunte A, et al. The impact of tacrolimus levels on acute GVHD and transplant outcomes in haploidentical hematopoietic stem cell transplantation: a retrospective analysis. *Cell Transplant.* 2025;34:09636897251366368. doi:10.1177/09636897251366368.
6. Trepte M, Zhang X, Zemanek MC, et al. Evaluation of tacrolimus levels and risk of graft-versus-host disease, relapse and non-relapse mortality after haploidentical transplantation with post-transplant cyclophosphamide. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2020;26(3 Suppl):S94-S95. doi:10.1016/j.bbmt.2019.12.114.
7. Marco DN, Salas MQ, Gutiérrez-García G, et al. Impact of early inpatient variability of tacrolimus concentrations on the risk of graft-versus-host disease after allogeneic stem cell transplantation using high-dose post-transplant cyclophosphamide. *Pharmaceuticals (Basel).* 2022;15(12):1529. doi:10.3390/ph15121529.
8. Ganetsky A, Shah A, Miano TA, et al. Higher tacrolimus concentrations early after transplant reduce the risk of acute GvHD in reduced-intensity allogeneic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplant.* 2016;51(4):568-572. doi:10.1038/bmt.2015.324.

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP Ở TRẺ EM DƯỚI 2 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ

Phạm Bảo Toàn<sup>1</sup>, Đoàn Dương Chí Thiện<sup>1</sup>, Nguyễn Tấn Nhật Minh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm tiểu phế quản cấp (VTPQC) là bệnh lý hô hấp phổ biến ở trẻ dưới 2 tuổi, điều trị triệu chứng là chủ yếu. Xác định các yếu tố nguy cơ

gây bệnh có ý nghĩa thiết yếu đối với chiến lược dự phòng bệnh. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị và khảo sát một số yếu tố nguy cơ của bệnh VTPQC ở trẻ dưới 2 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng gồm 80 trẻ VTPQC và 80 trẻ đối chứng tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ tháng 1/2025 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Trẻ mắc VTPQC chủ yếu <6 tháng, nam nhiều hơn nữ, đa số sống ở nông thôn; tuy nhiên không khác biệt về giới, tuổi, địa dư và cân nặng giữa hai nhóm. Thuốc dùng nhiều nhất là kháng sinh, giãn phế quản và corticoid; 10% suy hô hấp cần thở oxy. Tỷ lệ khỏi bệnh là 98,7%, 1,3% nặng phải

<sup>1</sup> Trường Y Dược, Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Bảo Toàn

Email: pbtoan@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2026

Ngày duyệt bài: 14.4.2026

chuyển tuyến. Thời gian nằm viện trung bình  $6,3 \pm 3,3$  ngày, 65% điều trị <7 ngày. Yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến bệnh VTPQC: hút thuốc lá thụ động ( $p < 0,001$ ) và thiếu sữa mẹ ( $p < 0,001$ ). **Kết luận:** Kết quả điều trị VTPQC ở trẻ <2 tuổi tốt, nhưng biến chứng bội nhiễm vi khuẩn còn cao. Cần tuyên truyền với phụ huynh không hút thuốc lá và khuyến khích nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu để giảm nguy cơ mắc bệnh. **Từ khóa:** viêm tiểu phế quản cấp, yếu tố nguy cơ, kết quả điều trị, khói thuốc lá.

## ABSTRACT

### TREATMENT OUTCOMES AND SOME RISK FACTORS OF ACUTE BRONCHIOLITIS IN CHILDREN UNDER TWO YEARS OF AGE AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL

**Background:** Acute bronchiolitis is a common respiratory disease in children under two years of age, with treatment mainly being supportive. Identifying risk factors associated with the disease is essential for developing effective preventive strategies. **Objectives:** To evaluate treatment outcomes and investigate some risk factors associated with acute bronchiolitis in children under two years old at Can Tho Children's Hospital. **Materials and Methods:** A case-control study was conducted involving 80 children with acute bronchiolitis and 80 control children at Can Tho Children's Hospital from January 2025 to July 2025. **Results:** Most children with acute bronchiolitis were <6 months old, with a higher proportion of males, mainly from rural areas; however, there were no significant differences in sex, age, residence, or weight between two groups. Antibiotics, bronchodilators, and corticosteroids were the most frequently used medications, and 10% developed respiratory failure requiring oxygen therapy. The recovery rate was 98,7%, and 1,3% of severe cases required referral. The mean hospital stay was  $6,3 \pm 3,3$  days, with 65% treated for <7 days. Passive smoking exposure and lack of breastfeeding were identified as independent risk factors (both  $p < 0,001$ ). **Conclusions:** Treatment outcomes of acute bronchiolitis in children <2 years were good; however, bacterial superinfection remained relatively common. Health education for parents to avoid smoking and to promote exclusive breastfeeding during the first 6 months is important to reduce the risk of acute bronchiolitis in children. **Keywords:** acute bronchiolitis, risk factors, treatment outcomes, tobacco smoke.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tiểu phế quản cấp (VTPQC) là bệnh nhiễm trùng cấp tính đường hô hấp dưới thường gặp nhất và là nguyên nhân nhập viện hàng đầu ở trẻ dưới 2 tuổi, gây gánh nặng đáng kể cho hệ thống y tế, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển như Việt Nam [3]. Hiện nay, VTPQC chưa có thuốc điều trị đặc hiệu; các hướng dẫn trong nước và quốc tế chủ yếu khuyến cáo điều trị hỗ trợ, bao gồm đảm bảo nước – dinh dưỡng và xử

trí tình trạng thiếu oxy cho đến khi bệnh cải thiện [4]. Ở trẻ nhũ nhi, một số bệnh lý nền như tim bẩm sinh, bệnh phổi mạn, suy giảm miễn dịch, rối loạn thần kinh-cơ và tiền sử sinh non được ghi nhận là những yếu tố làm tăng nguy cơ diễn tiến nặng của VTPQC. Bên cạnh đó, các yếu tố môi trường và hành vi như phơi nhiễm khói thuốc lá, điều kiện sống đông đúc và tình trạng tiêm chủng không đầy đủ cũng góp phần làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh. Mặc dù nhiều nghiên cứu quốc tế đã xác định các yếu tố nguy cơ của VTPQC, hiện nay tại Việt Nam vẫn còn thiếu các nghiên cứu bệnh-chứng nhằm làm rõ vấn đề này [6],[8].

Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Kết quả điều trị và một số yếu tố nguy cơ của viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em dưới 2 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ" với 2 mục tiêu: 1. *Mô tả đặc điểm và đánh giá kết quả điều trị bệnh viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ dưới 2 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.* 2. *Khảo sát một số yếu tố nguy cơ của bệnh viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ dưới 2 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi được chẩn đoán VTPQC điều trị tại khoa Hô Hấp và trẻ hiện không mắc bệnh lý hô hấp và không có tiền sử bị VTPQC dưới 2 tuổi điều trị tại khoa Tiêu Hóa, Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Trẻ được chẩn đoán VTPQC trên lâm sàng theo hướng dẫn của Hội Hô Hấp Việt Nam 2017: Trẻ <2 tuổi. Tiền triệu với biểu hiện viêm long hô hấp trên kéo dài 1-3 ngày: sốt nhẹ, ho, hắt hơi, chảy nước mũi, nghẹt mũi. Sau đó là viêm hô hấp dưới với biểu hiện khò khè và thở gắng sức (thở nhanh, phập phồng cánh mũi, rút lõm lồng ngực). Khám phổi có ran rít, ran ngáy và ran ẩm nhỏ hạt lan tỏa vào cuối thì hít vào và đầu thì thở ra. Trong trường hợp nặng sẽ không nghe được phế âm do tắc nghẽn hoàn toàn tiểu phế quản. Có thể gặp thở không đều hoặc cơn ngưng thở kéo dài ở trẻ nhỏ đặc biệt là trẻ sơ sinh thiếu tháng.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Trẻ đã được chẩn đoán mắc hen phế quản, gia đình không đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu bệnh chứng.

**Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** tại khoa Hô Hấp và Tiêu Hóa, Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ tháng 1/2025 đến tháng 7/2025.

**Cỡ mẫu:** sử dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n_{\text{case-Kelsey}} = \frac{(z_{\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 * p * (1 - p) * (r + 1)}{r * (p_0 - p_1)^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu.  $\alpha$  (sai sót loại 1), chọn  $\alpha=0,05$  thì  $Z_{\alpha/2} = 1,96$ .  $\beta$  (sai sót loại 2), chọn  $\beta=0,2$  thì

$Z_{1-\beta}=0,84$ . R là tỉ số giữa nhóm bệnh/chứng, chọn  $r=1$ .  $p_0$  là tỷ lệ yếu tố nguy cơ trong nhóm bệnh,  $p_1$  là tỷ lệ yếu tố nguy cơ trong nhóm chứng,  $p=(p_0 + p_1)/2$ . Theo nghiên cứu của Farzana R. (2017), chúng tôi có  $p_0=0,77$ ,  $p_1=0,54$  [7]. Thế vào công thức tính được  $n \approx 78$ . Vậy cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm là 78, thực tế chúng tôi lấy được 80 mẫu cho mỗi nhóm.

**Phương pháp chọn mẫu:** Nhóm bệnh: chọn mẫu thuận tiện. Nhóm chứng: chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, với mỗi trẻ được chọn vào nhóm bệnh thì lập tức chọn 1 trẻ nhập viện cùng ngày đưa vào nhóm chứng theo tỉ lệ bệnh/chứng là 1/1.

**Nội dung nghiên cứu:**

- Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao.
- Đặc điểm điều trị viêm tiểu phế quản cấp: phương pháp điều trị, thời gian nằm viện, kết quả điều trị.
- Một số yếu tố nguy cơ của viêm tiểu phế quản cấp:
  - + Giới tính.
  - + Tuổi: <6 tháng và  $\geq 6$  tháng.
  - + Sinh non: Khi tuổi thai dưới 37 tuần.
  - + Hút thuốc lá thụ động: Ghi nhận khi trẻ sống trong gia đình có người thân hút thuốc lá trên 5 điếu thuốc mỗi ngày.

- + Thiếu sữa mẹ: trẻ không được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu sau sinh. suy dinh dưỡng.

- + Suy dinh dưỡng: Dựa vào cân nặng theo tuổi (WAZ) theo tiêu chuẩn tăng trưởng của WHO, trẻ suy dinh dưỡng khi  $WAZ < -2SD$ .

- + Gia đình đông đúc: trẻ sống trong gia đình có từ 6 thành viên.

**Quy trình tiến hành nghiên cứu:**

- Các thông tin về hành chính, đặc điểm chung và yếu tố nguy cơ được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp với công cụ thu thập là bộ câu hỏi nghiên cứu soạn sẵn.

- Các thông tin về kết quả điều trị được thu thập bằng cách đánh giá trực tiếp và theo dõi chặt chẽ trong quá trình điều trị tại bệnh viện.

**Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:**

Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData, sau đó xử lý và phân tích theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm thống kê SPSS 26.0.

**Đạo đức trong nghiên cứu:**

Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích phục vụ khoa học và dựa trên sự đồng thuận hoàn toàn từ bệnh nhi và gia đình. Kết quả nghiên cứu sẽ giúp cho tư vấn, dự phòng và điều trị bệnh tốt hơn. Các số liệu thu thập được từ nghiên cứu của chúng tôi đảm bảo tính trung thực, khách quan và chính xác. Hội đồng Đạo đức của trường Đại học Y Dược Cần Thơ (mã số 23.100.HV/PCT-HĐĐĐ) và Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ chấp nhận.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Phân bố độ tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao và địa dư theo nhóm**

Đặc điểm chung	Nhóm bệnh (n=80)		Nhóm chứng (n=80)		p	
	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)		
Giới tính	Nam	49	61,3	46	57,5	0,629
	Nữ	31	38,2	34	42,5	
	Tổng	80	100	80	100	
Nhóm tuổi	<6 tháng	41	51,3	33	41,3	0,442
	6-12 tháng	31	38,8	38	47,5	
	13-14 tháng	8	9,9	9	11,2	
	Trung vị (tháng)	5		7		
	Tổng	80	100	80	100	
Địa dư	Nông thôn	43	53,8	45	56,3	0,751
	Thành thị	37	46,2	35	43,7	
	Tổng	80	100	80	100	
Sinh trắc	Cân nặng trung bình (kg)	7,6 $\pm$ 1,8		7,6 $\pm$ 1,7		0,914
	Chiều cao trung bình (cm)	64,8 $\pm$ 7,7		67,4 $\pm$ 8,5		0,047

**Nhận xét:** Nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ ở cả hai nhóm, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,629$ ). Tuổi trung vị nhóm bệnh là 5 tháng, nhóm chứng là 7 tháng; tuổi <6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm và không có khác biệt có ý nghĩa ( $p=0,442$ ). Tỷ lệ trẻ sống ở nông thôn ở cả hai nhóm đều cao hơn thành thị, song khác biệt không có ý nghĩa ( $p=0,751$ ). Không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa về cân nặng trung bình giữa hai nhóm ( $p=0,914$ ). Tuy nhiên, chiều cao trung bình nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0,047$ ). Nhìn chung, hai nhóm có sự tương đồng về tuổi, giới, địa dư và chiều cao.

**3.2. Đánh giá kết quả điều trị viêm tiểu phế quản cấp**

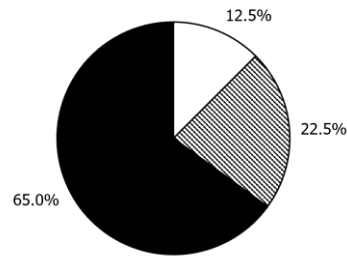
**Bảng 2. Đặc điểm điều trị hỗ trợ**

Điều trị hỗ trợ	Tần số (n=80)	Tỷ lệ (%)
Kháng sinh	72	90
Thuốc giãn phế quản	64	80
Khí dung NaCl 3%	18	22,5
Corticoid	21	26,3
Hạ sốt	34	42,5
Truyền dịch	1	1,3
Hỗ trợ hô hấp	8	10

**Nhận xét:** Kháng sinh được sử dụng ở 90% bệnh nhi trong nghiên cứu; 80% dùng thuốc giãn phế quản, corticoid được chỉ định cho 26,3% trường hợp; 22,5% được phun khí dung NaCl 3%; có 42,5% trường hợp được hỗ trợ hạ sốt. Bên cạnh đó có 1,3% bệnh nhi mất nước cần truyền dịch. Ngoài ra có 8 trẻ cần hỗ trợ hô hấp, chiếm tỷ lệ 10%.

**Bảng 4. Phân tích hồi quy logistic đơn biến 1 số yếu tố nguy cơ của viêm tiểu phế quản cấp**

Yếu tố nguy cơ		Nhóm bệnh n (%)	Nhóm chứng n (%)	Tổng n (%)	OR (KTC 95%)	p
Giới tính	Nam	49 (61,3)	46 (57,5)	95 (59,4)	0,86 (0,45-1,61)	0,856
	Nữ	31 (38,7)	34 (42,5)	65 (40,6)		
Tuổi (tháng)	<6 tháng	41 (51,3)	33 (41,3)	74 (46,3)	0,66 (0,35-1,25)	0,205
	≥6 tháng	39 (48,7)	47 (58,7)	86 (53,7)		
Sinh non	Có	17 (21,3)	12 (15,0)	29 (18,1)	1,53 (0,67-3,45)	0,305
	Không	63 (78,7)	68 (85,0)	131 (81,9)		
Hút thuốc lá thụ động	Có	60 (75,0)	30 (37,5)	90 (56,3)	5 (2,53-9,85)	<0,001
	Không	20 (25,0)	50 (62,5)	70 (43,2)		
Thiếu sữa mẹ	Có	57 (71,3)	37 (46,3)	94 (58,8)	2,88 (1,49-5,53)	0,001
	Không	23 (28,7)	43 (53,7)	66 (41,2)		
Suy dinh dưỡng	Có	17 (21,3)	12 (15,0)	29 (18,1)	1,53 (0,67-3,45)	0,305
	Không	63 (78,7)	68 (85,0)	131 (81,9)		
Gia đình đông đúc	Có	38 (47,5)	43 (53,8)	81 (50,6)	0,77 (0,41-1,45)	0,429
	Không	42 (52,5)	37 (46,2)	79 (49,4)		



□ >10 ngày (n=10) ▨ 7-10 ngày (n=18) ■ <7 ngày (n=52)

**Biểu đồ 1. Số ngày điều trị của bệnh nhi viêm tiểu phế quản cấp**

**Nhận xét:** Thời gian điều trị dưới 7 ngày chiếm nhiều nhất với 65%, kể đến là 7-10 ngày chiếm 22,5% và thấp nhất là trên 10 ngày chiếm 12,5%. Thời gian điều trị trung bình là  $6,3 \pm 3,3$  ngày.

**Bảng 3. Tình trạng bệnh nhi lúc ra viện và biến chứng**

Kết quả điều trị		Tần số (n=80)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng bệnh nhi lúc ra viện	Khỏi bệnh	79	98,7
	Chuyển tuyến	1	1,3
Biến chứng	Bội nhiễm phổi	21	26,3
	Suy hô hấp	8	10
	Tiêu chảy	14	17,5

**Nhận xét:** Trẻ khỏi bệnh hoặc cải thiện được cho xuất viện chiếm 98,7%, số lượng trẻ nặng cần chuyển tuyến chiếm tỷ lệ rất thấp, chỉ 1,3%. Biến chứng gồm bội nhiễm phổi chiếm 26,3%, suy hô hấp là 10% và tiêu chảy 17,5%.

**3.3. Một số yếu tố nguy cơ của viêm tiểu phế quản cấp**

**Nhận xét:** qua phân tích hồi quy đơn biến, nhận thấy trẻ có hút thuốc lá thụ động có nguy cơ bị VTPQC cao hơn với OR tăng gấp 5 lần so với trẻ không hút thuốc lá thụ động ( $p < 0,001$ ). Tương tự, trẻ có tình trạng thiếu sữa mẹ có nguy cơ mắc VTPQC cao hơn với OR tăng gấp 2,88 lần so với trẻ không thiếu sữa mẹ, ( $p = 0,001$ ). Chưa ghi nhận sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, tuổi, sinh non, suy dinh dưỡng và sống trong mọi trường đông đúc với nguy cơ bị viêm tiểu phế quản cấp.

**Bảng 5. Phân tích hồi quy logistic đa biến 1 số yếu tố nguy cơ của viêm tiểu phế quản cấp**

Yếu tố nguy cơ	OR	KTC 95%	p
Giới tính	1,25	0,61-2,59	0,545
Tuổi (<6 tháng)	1,43	0,69-2,94	0,334
Sinh non	1,59	0,22-1,78	0,381
Hút thuốc lá thụ động	5,62	2,68-11,76	<0,001
Thiếu sữa mẹ	3,34	1,59-7,04	<0,001
Suy dinh dưỡng	1,78	0,64-4,95	0,265
Gia đình đông đúc	1,13	0,46-1,98	0,885

**Nhận xét:** qua phân tích hồi quy logistic đa biến có hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu, nhận thấy có 2 yếu tố độc lập có ý nghĩa thống kê là hút thuốc lá thụ động (OR=5,62) và thiếu sữa mẹ (OR=3,34).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu, nam chiếm 61,3%, tỷ lệ nam/nữ=1,58/1 và không khác biệt giới giữa hai nhóm ( $p > 0,05$ ). Tuổi trung vị nhóm bệnh 5 tháng, nhóm <6 tháng chiếm 51,3%, tương tự Đinh Dương Tùng Anh (2024) với nam/nữ 1,44/1 và <6 tháng (56,4%) [1]. Kulhali P và cộng sự (2020) ghi nhận nam 58,8%, <6 tháng 67% và không khác biệt tuổi, giới giữa hai nhóm [6]. Về địa dư, trẻ ở nông thôn chiếm 53,8% cao hơn thành thị (46,2%), tuy nhiên không có khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,751$ ). Điều này tương đồng với Nguyễn Văn Tính (2020): tỷ lệ trẻ sống tại thành thị là 58,1% [5]. Nguyên nhân có thể do phổi trẻ nam kém trưởng thành, testosterone ức chế miễn dịch; trẻ <6 tháng miễn dịch chưa hoàn thiện, đường thở nhỏ; và tiếp cận y tế, tiêm chủng ở nông thôn còn hạn chế.

##### 4.2. Đánh giá kết quả điều trị viêm tiểu phế quản cấp

Về phương pháp điều trị, 90% bệnh nhân dùng kháng sinh; 80% giãn phế quản; 26,3% corticoid; 42,5% hạ sốt và 10% hỗ trợ hô hấp. Đinh Dương Tùng Anh (2024) ghi nhận 29,3% dùng corticoid, trong khi tỷ lệ dùng giãn phế

quản và thở oxy lần lượt 46,7% và 3,8%, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi [1]. Sự khác biệt có thể do cỡ mẫu, tỷ lệ suy hô hấp và phác đồ điều trị khác nhau. Dù một số hướng dẫn không khuyến cáo dùng thường quy, khí dung salbutamol/adrenalin và corticoid hít/uống vẫn được áp dụng trong một số trường hợp với đáp ứng lâm sàng khá tốt, chủ yếu cải thiện khó thở.

Kết quả khi ra viện: 98,7% khỏi, 1,3% nặng phải chuyển tuyến. Biến chứng gồm bội nhiễm phổi 26,3%, suy hô hấp 10% và tiêu chảy 17,5%. Thời gian nằm viện <7 ngày chiếm 65%, trung bình là 6,3±3,3 ngày. Kết quả này tương tự so với tác giả Nguyễn Văn Bắc, với 90,4% khỏi, 2,2% chuyển tuyến và thời gian điều trị >10 ngày chiếm 17,8% [2]. Điều này phù hợp với đặc điểm VTPQC là bệnh do virus, thường cải thiện vào ngày 5-7 và khỏi sau khoảng 2 tuần nếu điều trị phù hợp.

##### 4.3. Một số yếu tố nguy cơ của viêm tiểu phế quản cấp

Để xác định yếu tố nguy cơ VTPQC, chúng tôi phân tích 7 biến giữa nhóm bệnh (trẻ VTPQC) và nhóm chứng (chưa từng mắc bệnh). Hồi quy logistic đơn biến cho thấy hút thuốc lá thụ động và thiếu sữa mẹ có khác biệt có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ). Qua hồi quy đa biến và hiệu chỉnh yếu tố nhiễu, ghi nhận có 2 yếu tố nguy cơ độc lập có ý nghĩa: hút thuốc lá thụ động (AOR=5,62; KTC 95%: 2,68-11,76;  $p < 0,001$ ) và thiếu sữa mẹ (AOR=3,34; KTC 95%: 1,59-7,04;  $p < 0,001$ ). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Farzana R (2017) với phơi nhiễm khói thuốc làm tăng nguy cơ mắc VTPQC trong năm đầu đời (OR=2,8; KTC 95%: 1,36-5,72;  $p = 0,005$ ) [7] và M. T. Marendier Paiva (2025) 400 trẻ (200 bệnh: 200 chứng), ghi nhận 2 yếu tố nguy cơ độc lập có ý nghĩa là phơi nhiễm với khói thuốc lá (OR=1,8; KTC 95%: 1,2-3,0;  $p = 0,02$ ) và thiếu sữa mẹ (OR=2; KTC 95%: 1,1-3,8;  $p = 0,03$ ) [8]. Khói thuốc lá gây tổn thương biểu mô hô hấp, rối loạn thanh thải nhầy, giảm chức năng lông chuyển và rối loạn đáp ứng miễn dịch; còn không bú mẹ làm thiếu IgA và các yếu tố điều hòa miễn dịch, khiến trẻ dễ nhiễm virus và bệnh nặng hơn.

Trong nghiên cứu này, các yếu tố giới tính, tuổi, sinh non, suy dinh dưỡng và gia đình đông đúc không liên quan đến nguy cơ mắc bệnh ( $p > 0,05$ ), dù y văn và một số nghiên cứu khác ghi nhận có ý nghĩa. Sự khác biệt có thể do cỡ mẫu, địa dư, chủng tộc, tiêu chuẩn nhập viện và công cụ đánh giá dinh dưỡng khác nhau giữa các nghiên cứu.

**V. KẾT LUẬN**

Viêm tiểu phế quản cấp chiếm tỷ lệ cao ở trẻ nam, dưới 6 tháng tuổi. Kháng sinh, thuốc giãn phế quản và corticoid là các thuốc được sử dụng nhiều trong điều trị. Kết quả điều trị viêm tiểu phế quản cấp: tỷ lệ trẻ khỏi bệnh là 98,7% và có 26,3% bội nhiễm phổi. Thời gian nằm viện trung bình là 6,3±3,3 ngày, đa số <7 ngày. Hút thuốc lá thụ động và thiếu sữa mẹ là các yếu tố độc lập liên quan đến nguy cơ mắc viêm tiểu phế quản cấp. Hiểu biết về các yếu tố nguy cơ của bệnh đóng vai trò nhất định trong chiến lược dự phòng viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Đinh Dương Tùng Anh, et al (2024)**, "Đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của trẻ mắc viêm tiểu phế quản cấp tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2022", *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 534(1B), tr.182-186.
2. **Nguyễn Văn Bắc, et al (2025)**. "Đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan ở trẻ viêm tiểu phế quản cấp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên". *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 553(3).
3. **Phạm Thị Minh Hồng**. Viêm tiểu phế quản cấp. Nhi khoa. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. 2020.105-115.
4. **Hội Hô hấp Việt Nam (2017)**. *Viêm tiểu phế quản cấp*. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị nhiễm trùng hô hấp trẻ em. Hội Hô hấp Việt Nam.
5. **Nguyễn Văn Tính, et al (2023)**, "Đặc điểm dịch tễ học và một số yếu tố liên quan tới viêm tiểu phế quản mức độ nặng ở trẻ em nhiễm virus hợp bào hô hấp". *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 172(11), tr.159-166.
6. **Kulhalli P., Dakshayini J. N., Ratageri V. H., Shivanand I., Wari P. K. (2020)**. "Risk factors for bronchiolitis", *Journal of Pediatric Critical Care*, 7(2), pp.79-83.
7. **Farzana R, Hoque M, Kamal MS, Choudhury MM (2017)**, "Role of parental smoking in severe bronchiolitis: a hospital based case-control study", *International Journal of Pediatrics, Hindawi*, Article ID 9476367, pp.1-4.
8. **M. T. Marendier Paiva, M. N. Mesquita Ramirez, et al (2025)**, "Sociodemographic and environmental factors in infants under one year of age hospitalized for acute bronchiolitis: case-control study". *Andes Pediatrica*, vol.96, no.4, pp.478-485

## KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN 30-4

Trần Huỳnh Lộc<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Thảo My<sup>1</sup>, Trần Quốc Huy<sup>2</sup>

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Bệnh lý tim mạch đang là một vấn đề sức khỏe cộng đồng cần được quan tâm, nguy cơ này đang tăng lên cao khi người bị tăng huyết áp có kèm theo chứng rối loạn lipid máu, hai yếu tố cùng tồn tại trên một bệnh nhân sẽ làm gia tăng nguy cơ tổn thương tim mạch cũng như đột quỵ. Vì vậy, việc xác định và tầm soát sớm mỗi nguy cơ có thể ngăn ngừa các bệnh về tim và làm giảm tỷ lệ mắc bệnh cũng như tử vong. **Mục tiêu:** Khảo sát tình trạng rối loạn lipid máu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại bệnh viện 30-4. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 157 bệnh nhân bị tăng huyết áp nguyên phát tại bệnh viện 30-4. **Kết quả:** Tỷ lệ người bị tăng huyết áp nguyên phát có rối loạn lipid máu chiếm 84,08%, trong đó LDL-C là thành phần bị rối loạn chiếm ưu thế (54,8%). Ghi nhận có

mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với chỉ số BMI (OR = 2,727; p = 0,021), vận động thể lực (OR = 2,721; p = 0,04) và thời gian mắc bệnh tăng huyết áp (OR = 3,556; p = 0,004); Chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với các yếu tố về tuổi, giới tính, hút thuốc lá, uống rượu bia. **Kết luận:** Tình trạng rối loạn lipid máu ở người bị tăng huyết áp nguyên phát chiếm tỷ lệ cao với 84,08% và thành phần lipid máu bị rối loạn phổ biến là LDL-C, đặc biệt nguy cơ xảy ra cao ở nhóm người có chỉ số BMI ≥23, không vận động thể lực thường xuyên và bị bệnh tăng huyết áp kéo dài. **Từ khóa:** Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, bệnh viện 30-4.

**ABSTRACT**

### A STUDY ON DYSLIPIDEMIA AND ITS RELATED FACTORS AMONG PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION AT 30-4 HOSPITAL

**Introduction:** Cardiovascular diseases are a major public health concern that requires increasing attention. The risk of cardiovascular events rises substantially when hypertension is accompanied by dyslipidemia. The coexistence of these two conditions in the same patient significantly increases the risk of cardiovascular damage as well as stroke. Therefore, the early identification and screening of these risk

<sup>1</sup> Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

<sup>2</sup> Trường Đại học Văn Lang

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Huy

Email: huy.tq@vlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2026

Ngày duyệt bài: 15.4.2026