

4.5. Tuân thủ điều trị chung. Phần lớn người bệnh chưa tuân thủ điều trị chung (34%) cao hơn nghiên cứu của các nghiên cứu khác. Có thể do cách đánh giá trong các nghiên cứu là khác nhau khi sử dụng công cụ đánh giá có khác nhau và đối tượng nghiên cứu khác nhau, thời gian nghiên cứu khá xa nhau, thời gian theo dõi và phác đồ thuốc được sử dụng trong các nghiên cứu khác nhau....

Nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương năm 2011 tuân thủ điều trị THA gồm 10 câu liên quan đến uống thuốc đầy đủ, chế độ ăn, uống, luyện tập thể dục, đo huyết áp, không hút thuốc, hạn chế bia rượu. NB thực hiện được 7/10 câu hỏi được coi là tuân thủ điều trị. Nghiên cứu của Trần Thị Loan được coi là tuân thủ điều trị khi đồng thời tuân thủ thuốc và thay đổi lối sống, tuân thủ lối sống đạt khi trả lời được 5/7 câu hỏi và tuân thủ điều trị thuốc sử dụng thang đo Donald gồm 8 mục, NB tuân thủ khi đạt từ 6/8 điểm.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh chưa tuân thủ điều trị đo huyết áp tại nhà chiếm tỷ lệ cao nhất (53,9%). Sau đó là chưa tuân thủ các chế độ điều trị không thuốc: hoạt động thể lực (43,1%), tuân thủ chế độ ăn (32,4%), tuân thủ dùng thuốc chiếm 19,3%, tuân thủ sử dụng rượu bia (13,7%), mức độ sử dụng thuốc lá/thuốc lào (4,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Hiền** (2020), "Thực trạng kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội tim mạch bệnh viện Trung Ương Quân đội 108 năm 2020".
2. **Morisky DE et** (2008), "Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting", J Clin Hypertens. 10(5), tr. 348-354.
3. **Lương Thu Giang** (2021), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở người cao tuổi bị tăng huyết áp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng, năm 2021", Tạp chí Y học dự phòng(số 5 (2022), số đặc biệt), tr. 32.
4. **Nguyễn Như Phương** (2021), "Phương (2021), Tuân thủ điều trị và chăm sóc tư vấn cho người bệnh tăng huyết áp điều trị tại bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang", Tạp chí Y học Việt Nam(Tập 505 tháng 8 số 1 - 2021), tr. 213-219.
5. **Nguyễn Thị Thùy Dương Nguyễn Thu Hằng, Hồ Thị Dung và cs** (2018), "Khảo sát tình hình tuân thủ trong sử dụng thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh năm 2018", Tạp chí Khoa học - Công nghệ Nghệ An. 12, tr. 35-39.
6. **Phạm Mạnh Hùng và cộng sự** (2010), "Tìm hiểu và kiểm soát tăng huyết áp", Hội tim mạch học quốc gia Việt Nam.
7. **Trịnh Thị Hương Giang** (2015), "Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng biến chứng ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa Ninh Bình năm 2015", Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
8. **Rowa Al-Ramahi** (2015), "Adherence to medications and associated factors: A cross-sectional study among Palestinian hypertensive patients", J Epidemiol Glob Health. 5(2), tr. 125-32.

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM ÂM HÓA COVID-19 VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI KẾT QUẢ ÂM HÓA SỚM Ở BỆNH NHÂN THỂ NHẹ VÀ VỪA TẠI BỆNH VIỆN COVID-19 SỐ 1 THÁI NGUYÊN

Phạm Đắc Trung¹, Hoàng Hà¹, Tống Khánh Linh¹,
Lê Thị Thùy Linh¹, Nguyễn Quý Trọng Quang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định kết quả âm hóa và mô tả một số yếu tố liên quan tới kết quả âm hoá trên bệnh nhân COVID-19 thể nhẹ và vừa. **Đối tượng:** Bệnh nhân COVID-19 thể nhẹ và vừa điều trị tại Bệnh viện COVID-19 số 1 Thái Nguyên từ 01/01/2022 tới 13/4/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt

ngang, hồi cứu. **Cỡ mẫu:** 2000 bệnh nhân. Xác định bằng xét nghiệm RT-PCR. Xử lý số liệu bằng toán thống kê y học. **Kết quả:** Thời gian âm hoá trung bình là 8,04±3,167 ngày, sớm (45,55%), muộn (54,45%). Các yếu tố giới, BMI, thời gian chẩn đoán không có mối liên quan tới thời gian âm hoá. Có sự liên quan thời gian âm hoá sớm với các yếu tố tuổi ($p<0,01$), có thai ($p<0,01$), tiêm vaccine ($p<0,01$) và rối loạn vị - khứu giác ($<0,01$), giảm bạch cầu lympho ($<0,01$), giảm tiểu cầu ($<0,01$), tăng CRP ($<0,01$), D-dimer kéo dài ($<0,01$), X-quang phổi ($<0,01$). **Kết luận:** Các yếu tố <15 tuổi, không có thai, không có rối loạn vị - khứu giác, bạch cầu lympho >1,5G/l, CRP <5 mg/l, tiểu cầu >150 G/l, D-dimer <0,5 mg/l và không có bất thường trên phim Xquang phổi giúp tiên lượng bệnh nhân khả năng cao có kết quả âm hoá

¹Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính:

Email: daingudaingudainguda@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 7.4.2023

COVID-19 sớm.

Từ khóa: COVID-19, âm hoá, RT-PCR.

SUMMARY

TEST RESULTS OF VIRUS NEGATIVE TEST AND RELATED FACTORS AT THAI NGUYEN NO. 1 COVID-19 HOSPITAL

Objectives: Determine the negative results and describe some factors related to the negative results in mild and moderate COVID-19 patients. **Subjects:** Mild and moderate COVID-19 patients were treated at Thai Nguyen No. 1 COVID-19 Hospital from January 1, 2022 to April 13, 2022. **Methods:** Cross-sectional descriptive, retrospective. **Sample size:** 2000 patients. Virus identification by RT-PCR assay. Early negative time was calculated from 7 days from hospital admission to negative result for SARS-CoV-2, >7 days was defined as late negative time. Data processing by medical statistics. **Results:** The average time of sonication was 8.04±3.167 days, early (45.55%), late (54.45%). The factors of gender, BMI, time of diagnosis were not related to the time of sonication. There is a relationship between early sonication time and factors such as age ($p<0.01$), pregnancy ($p<0.01$), vaccination ($p<0.01$), and taste and smell disorders (<0.01). 0.01), lymphopenia (<0.01), thrombocytopenia (<0.01), increased CRP (<0.01), prolonged D-dimer (<0.01), X-ray lung (<0.01). **Conclusion:** Factors <15 years old, no pregnancy, no taste-smell disorder, lymphocytes >1.5G/l, CRP <5 mg/l, platelets >150 G/l, D-dimer <0,5 mg/l and no abnormalities on chest x-ray help predict patients with high probability of early COVID-19 negative results. **Keywords:** COVID-19, test virus negative; RT-PCR.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cuối năm 2021, Bệnh viện COVID-19 số 1 Thái Nguyên được thành lập nhằm đối phó làn sóng dịch COVID 19 lần thứ 4 đang gia tăng số ca mắc và số ca tử vong tại Việt Nam. Bệnh viện có nhiệm vụ khám phát hiện, điều trị và cách ly những bệnh nhân COVID thể nhẹ, vừa và chuyển những bệnh nhân thể nặng lên tuyến trên.

Các đặc điểm dịch tễ, tiền sử tiếp xúc, lâm sàng và cận lâm sàng ở người bệnh giúp định hướng sàng lọc để đưa vào chẩn đoán và tiên lượng ở người bệnh. Xét nghiệm Real time RT-PCR là cơ sở chẩn đoán xác định âm hóa SARS-CoV-2 ở người bệnh. Thời gian từ bắt đầu điều trị đến khi xác định đã âm hóa SARS-CoV-2 gọi là thời gian âm hóa. Việc tiên lượng chính xác thời gian âm hóa sớm hay muộn tạo cơ sở nhằm phân loại bệnh nhân, giảm gánh nặng cho hệ thống y tế và nâng cao hiệu quả kiểm soát dịch. Từ thực tế trên, nghiên cứu tiến hành này nhằm mục tiêu: *Xác định kết quả âm hóa và mô tả một số yếu tố liên quan tới kết quả âm hoá trên bệnh nhân COVID-19 thể nhẹ và vừa.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân COVID-19 phân loại thể nhẹ và vừa theo Quyết định 250/QĐ-BYT ban hành ngày 28/01/2022 về việc ban hành "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19". Bao gồm 2000 bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện COVID-19 số 1 Thái Nguyên, thu nhận trong khoảng thời gian từ 01/01/2022 tới 13/04/2022. Loại trừ các đối tượng không có đầy đủ thông tin nghiên cứu, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu hồ sơ bệnh án ghi vào bảng thu thập số liệu.

2.3. Các tiêu chuẩn nghiên cứu: Tuổi; Giới; Tình trạng có thai ở phụ nữ; Tiền sử tiêm chủng vắc xin COVID-19 được xác định tại PC-Covid; BMI phân loại theo bảng phân loại WHO cho người châu Á- Thái Bình Dương; Thời gian chẩn đoán là thời gian kể từ khi có triệu chứng khởi phát hoặc tiếp xúc yếu tố dịch tễ, ở đây chúng tôi quy ước chia 2 mức: sớm < 5 ngày, muộn ≥5 ngày; Kết quả âm hoá là thời gian từ khi nhập bệnh viện cho đến khi có kết quả xác định SARS-CoV-2 âm tính với phương pháp Real time RT-PCR, ở đây chúng tôi quy ước chia 2 mức là: sớm ≤7 ngày và muộn >7 ngày. Triệu chứng mất vị-khứu giác: khám hỏi người bệnh để phát hiện: có hay không; Tình trạng giảm bạch cầu lympho, được xác định: có khi < 1,5 G/l, không khi ≥ 1,5 G/l; Tình trạng giảm tiểu cầu, được xác định: có khi < 150 G/l, không khi ≥ 150 G/l; Tăng protein phản ứng C (CRP), được xác định: có khi ≥5 mg/l và không khi < 5mg/l; D-dimer kéo dài, được xác định: có khi ≥0,5 mg/L và không khi < 0,5 mg/L. Xquang phổi được phân làm 2 loại: có tổn thương và không có tổn thương.

2.4. Xử lý số liệu: Nhập liệu bằng open epi, xử lý bằng SPSS 25

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên và Bệnh viện Phổi Thái Nguyên - Bệnh viện COVID-19 số 1 Thái Nguyên

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Bệnh nhân		
		n	Tỷ lệ %
Tuổi	<15 tuổi	200	10,00
	15 - 65 tuổi	1548	77,40

	> 65 tuổi	252	12,60
Giới	Nam	909	45,45
	Nữ	1091	54,55
Có thai	Có thai	129	6,45
	Không	962	48,10
BMI	Yếu gầy	345	17,25
	Trung bình	1444	72,20
	Thừa cân	211	10,55
Tiêm vaccine	Chưa tiêm	214	10,70
	Đã tiêm	1786	89,30
Thời gian chẩn đoán	Sớm	1636	81,80
	Muộn	364	18,20
Rối loạn vị-khứu giác	Có	1714	85,70
	Không	286	14,30
Giảm bạch cầu lympho	Có	1426	71,30
	Không	574	28,70
Giảm tiểu cầu	Có	907	45,35
	Không	1093	54,65
Tăng CRP	Có	1371	68,55
	Không	629	31,45
D-dimer kéo dài	Có	1231	61,55
	Không	769	38,45
X quang phổi	Có tổn thương	386	19,30
	Không có tổn thương	1614	80,70

65 tuổi chiếm tỷ lệ lần lượt là 10% và 12%. Bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 54,55% trong đó 6,45% số bệnh nhân nữ đang mang thai. Tỷ lệ bệnh nhân có thể trạng gầy yếu và thừa cân lần lượt là 17,25% và 10,55%. Tỷ lệ bao phủ vaccine cao đạt 89,3% trong đó tỷ lệ tiêm chủng mũi 2 đạt 63,5%. Tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán sớm chiếm 81,8%. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn vị-khứu giác chiếm 85,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có giảm bạch cầu lympho chiếm 71,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có giảm tiểu cầu chiếm 45,35%. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng CRP chiếm 68,55%. Tỷ lệ bệnh nhân có D-dimer kéo dài chiếm 61,55%. Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương phổi trên X-quang chiếm 19,3%.

3.2. Kết quả âm hóa COVID-19 và một số yếu tố liên quan tới kết quả âm hóa sớm
Bảng 2: Thời gian âm hóa COVID-19

Thời gian âm hoá	n	Tỷ lệ %
Sớm (≤7 ngày)	911	45,55
Muộn (>7 ngày)	1089	54,45
Trung bình	8,04 ± 3,167 ngày	

Nhận xét: Tỷ lệ kết quả âm hóa sớm chiếm 45,55%, tỷ lệ kết quả âm hóa muộn chiếm 54,45%. Thời gian âm hóa trung bình của bệnh nhân thể nhẹ và vừa là 8,04±3,167 ngày.

Nhận xét: Bệnh nhân dưới 15 tuổi và trên

Bảng 3. Yếu tố lâm sàng liên quan tới thời gian tới âm hoá COVID-19

Yếu tố	Xét nghiệm âm hóa		OR (95%CI)	χ ² , p	
	Sớm n (%)	Muộn n (%)			
Tuổi	<15 tuổi	128 (64,00)	1,782 (1,313-2,419)	215,13 <0,01	
	15-65 tuổi	773 (49,94)	1		
	>65 tuổi	10(3,97)	242 (96,03)		0,041 (0,021-0,076)
Giới	Nam	433 (47,63)	0,857 (0,718-1,023)	2,92 >0,05	
	Nữ	478 (43,81)			613 (56,19)
Phụ nữ có thai	Không	469 (48,75)	0,079 (0,040-0,157)	80,64 <0,01	
	Có	9 (6,98)			120 (93,02)
BMI	Gầy yếu	150 (43,47)	0,894 (0,705-1,132)	1,08 >0,05	
	Trung bình	668 (46,26)			776 (53,74)
	Thừa cân	93 (44,07)			118 (55,93)
Tiêm vaccine	Chưa tiêm	134 (62,61)	0,460 (0,343-0,616)	28,14 <0,01	
	Đã tiêm	777 (43,51)			1009 (56,49)
Thời gian chẩn đoán	Sớm	760 (46,45)	0,817 (0,649-1,028)	2,97 >0,05	
	Muộn	151 (41,48)			213 (58,52)
Rối loạn vị - khứu giác	Không	213 (74,48)	0,236 (0,178-0,312)	112,60 <0,01	
	Có	698 (40,72)			1016 (59,28)

Nhận xét: Có sự liên quan giữa kết quả âm hóa với các yếu tố tuổi(p<0,01) <15 tuổi OR=1,782 và >65 tuổi OR=0,041; có thai(p<0,01) OR=0,079; tiêm vaccine(p<0,01) OR=0,460 và có rối loạn vị - khứu giác(p<0,01) OR=0,236. Các yếu tố giới, BMI, thời gian chẩn đoán không có mối liên quan tới kết quả âm hóa sớm.

Bảng 4. Yếu tố cận lâm sàng liên quan tới thời gian tới âm hoá COVID-19

Yếu tố	Xét nghiệm âm hóa		OR (95%CI)	χ ² , p	
	Sớm n (%)	Muộn n (%)			
Giảm bạch cầu	Có	521(36,53)	905(63,47)	2,524 (2,070-3,078)	86,00

lympho	Không	340(59,23)	234(40,77)		<0,01
Giảm tiểu cầu	Có	348(38,37)	559(61,63)	1,706 (1,427-2,040)	34,51 <0,01
	Không	563(51,51)	530(48,49)		
Tăng CRP	Có	482(35,16)	889(64,84)	3,956 (3,235-4,838)	189,90 <0,01
	Không	429(68,20)	200(31,80)		
D-dimer kéo dài	Có	529(42,97)	702(57,03)	1,310 (1,093-1,570)	8,57 <0,01
	Không	382(49,67)	387(50,33)		
X-quang phổi	Có tổn thương	122 (31,61)	264 (68,39)	2,070 (1,635-2,620)	37,50 <0,01
	Không có tổn thương	789 (48,88)	825 (51,12)		

Nhận xét: Có mối liên quan giữa kết quả âm hóa với các yếu tố giảm bạch cầu lympho($p<0,01$) OR=2,524; giảm tiểu cầu ($p<0,01$) OR=1,706; tăng CRP($p<0,01$) OR=3,956; D-dimer kéo dài($p<0,01$) OR=1,310 và X-quang phổi có bất thường($p<0,01$) OR=2,070.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu. Lứa tuổi mắc chủ yếu tập trung vào nhóm tuổi từ 15 tới 65 tuổi chiếm 77,4% đây là nhóm đối tượng đang tham gia lao động, có nguy cơ cao tiếp xúc với nguồn lây. Nhóm tuổi dưới 15 tuổi và trên 65 tuổi chiếm tỷ lệ thấp lần lượt 10% và 12,6%.

Về giới tính: bệnh nhân Nữ chiếm 54,55%. Tỷ lệ bệnh nhân nữ mang thai chiếm 6,45% đây là tỷ lệ thấp phản ánh hiệu quả công tác chăm sóc sức khỏe thai sản. Nghiên cứu của A. Fadel[1] và Hoàng Thị Lan Hương[2] là 55,9% và 55%. Tỷ lệ bệnh nhân thừa cân béo phì chiếm tỷ lệ thấp 10,55%, nhóm trung bình với tỷ lệ 72,2% và nhóm gầy yếu chiếm 17,25%.

Tỷ lệ tiêm vắc xin đạt 89,3%, đối tượng chưa tiêm vắc xin chủ yếu tập chung ở lứa tuổi dưới 15. Kết quả này phù hợp với chiến lược khẩn trương bao phủ vaccine của nước ta từ cuối năm 2021.

Về thời gian chẩn đoán, đa số bệnh nhân được chẩn đoán sớm ngay khi có triệu chứng hoặc sau khi tiếp xúc yếu tố dịch tễ từ 0 tới 4 ngày, chiếm 81,8%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Yiming LiThe và cộng sự[3].

Các xét nghiệm máu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có giảm bạch cầu lympho, tăng CRP, D-dimer kéo dài và có giảm tiểu cầu chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 71,30%, 68,55%, 61,55% và 51,51%. Tỷ lệ này cũng được ghi nhận chiếm ưu thế trong nghiên cứu của Shazia Jamil và cộng sự[4] phản ánh tình trạng rối loạn sinh tủy cấp tính và nhiễm trùng do COVID-19 trên bệnh nhân.

Tỷ lệ có tổn thương bất thường trên Xquang phổi chiếm 19,3%. Đây là tỷ lệ khá thấp khi so sánh với các nghiên cứu khác như của Christian Hoffmann[5] là 59,1%; của Sandra-Lopez-Leonty[6] là 34%; Một nghiên tại Trung Quốc[3] là 56,4%. Có sự chênh lệch tại nghiên cứu này, được cho này là do sự khác nhau về biến chứng

gây bệnh chủ yếu và nghiên cứu đã loại trừ bệnh nhân thể nặng.

4.2. Kết quả âm hóa COVID-19 và một số yếu tố liên quan tới kết quả âm hóa COVID-19. Thời gian âm hoá trung bình là $8,04 \pm 3,167$ ngày, trong đó âm hoá sớm (trước 8 ngày) chiếm 45,55%. Theo Hoàng Thị Lan Hương và cộng sự[2], tỷ lệ âm hoá trước 8 ngày chiếm 57,3%. Sự khác biệt có thể lý giải do sự khác nhau về không thời gian và tình hình diễn biến của dịch.

Về lâm sàng các yếu tố lứa tuổi, có thai, tiêm vaccine, và rối loạn vị - khứu giác có mối liên quan với kết quả âm hoá vi rút ở bệnh nhân COVID-19 thể nhẹ và vừa, các đặc điểm về giới, BIM, và thời gian chẩn đoán không có mối liên quan.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng bệnh nhân thuộc nhóm tuổi càng cao thì khả năng âm hóa sớm càng giảm dần, mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p<0,01$. Cụ thể so với nhóm 15-65 tuổi thì nhóm <15 tuổi có OR=1,782 (95%CI:1,313-2,419) và >65 tuổi OR=0,041 (95%CI:0,021-0,076). Nghiên cứu của Christel Faes[7] cũng cho thấy xu hướng tăng dần của thời gian nằm viện theo lứa tuổi, LoS trung bình là gần 3 ngày ở nhóm <20, khoảng 5.4(5,9) ngày đối với nữ(nam) trong độ tuổi 20-60, đối với nhóm 61-80 tuổi LoS trung bình khoảng 8,6(9,4) ngày đối với nữ(nam) và 9,4(10,3) ngày đối với bệnh nhân nữ(nam) trong nhóm >80 tuổi. Lý giải cho điều này là do bệnh nhân trẻ tuổi thường có hệ miễn dịch tốt hơn và ít có bệnh nền hơn.

Tỷ lệ âm hoá sớm ở phụ nữ có thai là rất thấp chỉ với 9/129(6,98%) trường hợp, trong khi đó ở phụ nữ không có thai là 469/962(48,75%) trường hợp gấp gần 7 lần, với $p<0,01$ và OR=0,079 (CI95%:0,040-0,157) cho thấy phụ nữ có thai ít có khả năng âm hóa sớm, mặc dù chưa có các thống kê khác về điều này nhưng xu hướng tăng nặng về triệu chứng ở phụ nữ có

thai cũng được nhận định trong một nghiên cứu của Viktoriya[8].

Tiêm vaccine với kết quả âm hóa cũng cho thấy mối liên quan với ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. Qua thống kê cho thấy tỷ lệ và khả năng âm hóa sớm ở nhóm được tiêm vaccine là thấp hơn với $OR = 0,460$ (95%CI:0,343-0,616), điều này dường như ngược lại với mục đích và hiệu quả mà chiến lược tiêm phòng đã đem lại trong việc kiểm soát dịch cũng như giảm nhẹ triệu chứng ở bệnh nhân COVID-19 tuy nhiên có thể lý giải là do phần lớn đối tượng chưa tiêm phòng trong nghiên cứu của chúng tôi là đối tượng <15 tuổi, đây là đối tượng thường có hệ miễn dịch tốt và ít có bệnh nền. Vì vậy để đánh giá chính xác hiệu quả tác động của vaccine cần những nghiên cứu khách quan, chuyên sâu khác loại bỏ các đặc điểm cá thể của bệnh nhân.

Những bệnh nhân có rối loạn vị- khứ có khả năng âm hoá sớm thấp hơn với $OR = 0,236$ (95%CI:0,178-0,312) đây cũng là 1 trong số những yếu tố để nhận định giúp tiên lượng thời gian âm hoá cũng như thời gian điều trị. Bệnh nhân không có rối loạn vị - khứ giác có tỷ lệ âm hoá sớm đạt 74,48% nhiều hơn hẳn nhóm có rối loạn là 40,72%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Về cận lâm sàng: từ bảng 4 cho thấy mối liên quan giữa các yếu tố giảm bạch cầu lympho, giảm tiểu cầu, tăng CRP, D-dimer kéo dài, X-quang phổi có bất thường với thời gian âm hóa COVID-19 là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$.

Kết quả xét nghiệm máu cho thấy bệnh nhân không có các đặc điểm giảm bạch cầu lympho, giảm tiểu cầu, tăng CRP, D-dimer kéo dài có xu hướng âm hóa sớm hơn với OR lần lượt là 2,524 (95%CI:2,070-3,078), 1,706 (95%CI:1,427-2,040), 3,956 (95%CI:3,235-4,838), 1,310 (95%CI:1,093-1,570). Theo thống kê của Bernd Sebastian Kamps[5] tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng nặng ở nhóm bệnh nhân COVID-19 có các đặc điểm bất thường về xét nghiệm máu lần lượt là: lympho <1,5 G/l 96,1%; tiểu cầu <150 G/l 57,7%; CRP >10 mg/l 81,5%; D-dimer >0,5 mg/l 59,6%. Hay có thể nói bệnh nhân với một trong các đặc điểm giảm bạch cầu lympho, giảm tiểu cầu, tăng CRP, D-dimer kéo dài là yếu tố tiên lượng âm hóa muộn liên quan tới các đặc điểm tăng nặng của tình trạng bệnh.

Bệnh nhân với kết quả X-quang phổi không có tổn thương (48,88%) có khả năng âm hóa sớm cao hơn với $OR = 2,070$ (95%CI:1,635-2,620) đồng nghĩa với có tổn thương phổi trên X-quang sẽ có xu hướng âm hóa muộn cao hơn.

Nghiên cứu của Bernd Sebastian Kamps[5] cho kết quả rằng 59,1% bệnh nhân COVID-19 có các triệu chứng lâm sàng nặng và điều trị kéo dài trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm có tổn thương phổi trên X-quang là 76,7%, Sandra-Lopez-Leon[6] cũng đưa ra nhận định tương tự rằng có tình trạng nặng hơn ở những bệnh nhân có tổn thương phổi trên X-quang.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố <15 tuổi, không có thai, không có rối loạn vị - khứ giác, bạch cầu lympho >1,5G/l, CRP <5 mg/l, tiểu cầu >150 G/l, D-dimer <0,5 mg/l và không có bất thường trên phim Xquang phổi giúp tiên lượng bệnh nhân khả năng cao có kết quả âm hoá COVID-19 sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Suleyman G, Fadel RA, Malette KM, et al.** Clinical Characteristics and Morbidity Associated With Coronavirus Disease 2019 in a Series of Patients in Metropolitan Detroit. *JAMA Netw Open.* 2020;3(6):e2012270.
- Hoàng Thị Lan Hương, Trần Thừa Nguyên, Nguyễn Trọng Nghĩa, Phạm Trung Hiếu, Hoàng Vinh Trung Hiếu, Phan Thị Phương, Ngô Thị Quỳnh Chi.** "Đặc điểm lâm sàng và các dấu ấn sinh học tiên lượng của bệnh nhân COVID19" tại Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp Chí Y Học Lâm Sàng Số 79/2022-Tr.* 27-34
- Pan Zhai, Yanbing Ding, Xia Wu, Junke Long, Yanjun Zhong, Yiming LiThe.** Epidemiology, diagnosis and treatment of COVID-19. *International Journal of Antimicrobial Agents* Volume 55, Issue 5, May 2020, 105955.
- Jamil, S., Mark, N., Carlos, G., Cruz, C. S. D., Gross, J. E., & Pasnick, S.** Diagnosis and management of COVID-19 disease. *American journal of respiratory and critical care medicine*,(2020). 201(10), P19-P20.
- Bernd Sebastian Kamps, Christian Hoffmann** "COVID REFERENCE", 1th, pp 323-429.
- Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C. et al.** More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*; 11(1):16144.
- Faes C, Abrams S, Van Beckhoven D, Meyfroidt G, Vlieghe E, Hens N, Belgian Collaborative Group on COVID-19 Hospital Surveillance.** Time between Symptom Onset, Hospitalisation and Recovery or Death: Statistical Analysis of Belgian COVID-19 Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2020; 17(20):7560.
- Viktoriya London, Rodney McLaren Jr., Fouad Atallah, Catherine Cepeda, Sandra McCalla, Nelli Fisher, Janet L. Stein, Shoshana Haberman, Howard Minkoff** "The Relationship between Status at Presentation and Outcomes among Pregnant Women with COVID-19". *American journal of perinatology* (2020); 37(10): pp 991-994.