

- và xử trí vết thương cổ", Journal of oral and maxillofacial surgery. 14 (1), tr. 126-130.
3. **Võ Hiếu Bình** (1994), kích thước thanh khí quản của người Việt Nam ở các lứa tuổi, luận án phó Tiến Sĩ, Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh.
 4. **James Henry Breasted** (1930), the Edwin Smith surgical papyrus, University of Chicago Press, Chicago.
 5. **Richard T. K. Siau • Andrew Moore •, Timothy Ahmed • Michael S. W. Lee • và Philippa Tostevin** (2012), "Management of penetrating neck injuries at a London trauma centre".
 6. **Daniel Mark Alterman** (2018), "Penetrating neck trauma treatment & management ", Annals of emergency medicine.
 7. **Bryan Carducci, Robert A Lowe và William Dalsey** (1986), "Penetrating neck trauma: consensus and controversies", Annals of emergency medicine. 15 (2), tr. 208-215.
 8. **erwin R. Thal et** (1992), Penetrating neck trauma.
 9. **-AT Schünke** (2006), Thieme atlas of anatomy: General anatomy and musculoskeletal system, Vol. 1, Thieme Stuttgart.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP NẶNG NHIỄM VIRUS HỢP BÀO HÔ HẤP TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Ngô Anh Vinh¹, Nguyễn Hùng Mạnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp nặng nhiễm virus hợp bào hô hấp (RSV) tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc, Bệnh viện Sản nhi Nghệ an. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 78 bệnh nhân được chẩn đoán NKHHC nặng có nhiễm RSV điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** Nhóm tuổi dưới 6 tháng chiếm đa số (84,6%) và nam gặp nhiều hơn nữ. NKHHC nặng chiếm 73,1% và mức độ rất nặng chiếm 26,9%. Về kết quả điều trị, tỷ lệ bệnh nhân tử vong là 6,4%. Nhóm bệnh nhân có suy đa tạng có nguy cơ tử vong cao gấp 35,43 lần so với nhóm không có suy đa tạng với (95% CI: 3,46-362,86; p = 0,001). Nhóm bệnh nhân có biểu hiện sốc có nguy cơ tử vong cao hơn 42 lần so với nhóm không có biểu hiện sốc (95% CI: 4,02-438,57; p = 0,001). Bệnh nhân có nồng độ prothrombin < 70% có nguy cơ tử vong cao gấp 65 lần (95% CI: 5,82-725,69; p = 0,00). Bệnh nhân có nồng độ albumin ≤ 30 g/l có nguy cơ tử vong cao gấp 88 lần (95% CI: 7,38-1048; p = 0,00). Bệnh nhân có nồng độ lactat máu > 2,5 mmol/l thì có nguy cơ tử vong cao gấp 20,4 lần (2,06 - 202,21; p = 0,006). **Kết luận:** Các yếu tố liên quan đến nguy cơ tử vong ở bệnh nhân NKHHC nặng có nhiễm RSV là: suy đa tạng, sốc, nồng độ albumin < 30 g/l, lactat > 2,5 mmol/ và prothrombin < 70%.

Từ khoá: yếu tố liên quan, kết quả điều trị, nhiễm khuẩn hô hấp cấp nặng, nhiễm virus hợp bào hô hấp.

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Sản Nhi Nghệ an

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.12.2023

Ngày duyệt bài: 25.01.2024

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO THE RESULTS OF TREATMENT OF SEVERE ACUTE RESPIRATORY INFECTION RESPIRATORY SYMPTOM VIRUS INFECTION AT THE INTENSIVE CARE UNIT AND ANTI-POISONING DEPARTMENT OF NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objective: Some factors related to the results of treatment of severe acute respiratory infections infected with respiratory syncytial virus (RSV) at the Intensive Care - Poison Control Department, Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Subjects and research methods:** 78 patients diagnosed with severe acute respiratory syndrome coronavirus infection treated at the Intensive Care Unit and Anti-Poisoning Department of Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** The age group under 6 months accounts for 84.6% and is more common in males than in females. Severe respiratory infections account for 73.1% and very severe cases account for 26.9%. Regarding treatment results, the patient death rate is 6.4%. The group of patients with multiple organ failure had an 35,43 times higher risk of death than the group without multiple organ failure (95% CI: 3,46-362,86; p = 0,001). The group of patients with signs of shock had a 42 times higher risk of death than the group without signs of shock (95% CI: 4,02-438,57; p = 0,001). The group of patients with prothrombin concentration < 70% had a 65 times higher risk of death (95% CI: 5,82-725,69; p = 0,00). The group of patients with albumin concentration ≤ 30 g/l had an 88 times higher risk of death (95% CI: 7.38-1048; p = 0.00). Patients with blood lactate concentration > 2.5 mmol/l have an 20,4 times higher risk of death (2,06 - 202,21; p = 0,006). **Conclusion:** Factors related to the risk of death in patients with severe ARI and RSV infection are: multiple organ failure, shock, blood lactate concentration > 2.5mmol/l, albumin < 30 g/l and prothrombin < 70%.

Keywords: related factors, treatment results, severe acute respiratory infections, respiratory syncytial virus infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) có nhiễm virus hợp bào hô hấp (RSV) là một bệnh phổ biến ở trẻ em, có tỷ lệ mắc bệnh và tử vong hàng đầu trong các bệnh lý ở trẻ em đặc biệt là trẻ nhỏ. Trên thế giới, ước tính có khoảng 33,1 triệu trẻ dưới 5 tuổi nhiễm trùng đường hô hấp dưới do nhiễm RSV trong đó có khoảng 3,2 triệu trẻ cần phải nhập viện điều trị và có khoảng 48.000 – 74.500 trẻ tử vong. NKHHCT nặng gây ra khoảng 1,4 triệu ca tử vong hàng năm ở trẻ em dưới 5 tuổi [1], [2], [3]. Đây là nguyên nhân dẫn đến gánh nặng đáng kể cho hệ thống chăm sóc sức khỏe trẻ em.

Ở Việt Nam, mặc dù đã có những tiến bộ về điều trị, nhưng tỷ lệ NKHHCT nặng dẫn đến tử vong vẫn chiếm tỷ lệ đáng kể [4]. Đặc biệt những bệnh nhân NKHHCT nhiễm RSV phải nhập viện tại đơn vị hồi sức cấp cứu thường ảnh hưởng đến chức năng sống, suy đa tạng và có nhiều bệnh nền kèm theo. Đây cũng là lý do dẫn đến khó khăn trong chẩn đoán, điều trị kéo dài và có tỷ lệ tử vong cao [4], [5].

Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An là bệnh viện hạng 1 với 35 khoa phòng trung tâm và 1150 giường bệnh. Hàng năm, bệnh viện khám và điều trị cho hàng ngàn bệnh nhân NKHHCT nhiễm RSV. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nhiều các nghiên cứu liên quan đến nhóm bệnh NKHHCT nặng do RSV phải điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực. Nhằm đánh giá các yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân NKHHCT nhiễm RSV để điều trị hiệu quả bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "*Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp nặng nhiễm virus hợp bào hô hấp tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc, Bệnh viện Sản nhi Nghệ An*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán NKHHCT nặng có nhiễm RSV điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân bị NKHHCT nặng và rất nặng có nhiễm RSV vào điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

Tiêu chuẩn chẩn đoán NKHHCT nặng theo Tổ chức Y tế thế giới (2011) [6]:

- + Bệnh hô hấp cấp tính
- + Tiền sử sốt hoặc nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ lúc thăm

khám

- + Có các biểu hiện ho, khó thở
- + Khởi phát trong vòng 10 ngày
- + Phải nhập viện điều trị hỗ trợ hô hấp.

Tiêu chuẩn chẩn đoán NKHHCT rất nặng: là NKHHCT nặng kèm theo giảm oxy máu ($\text{PaO}_2 < 60$) [4].

- Xét nghiệm test nhanh RSV (+) hoặc PCR RSV (+) trong dịch đường hô hấp (dịch tỵ hầu, dịch nội khí quản, dịch rửa phế quản...) tại thời điểm nhập khoa Hồi sức tích cực - chống độc.

- Tuổi: > 1 tháng đến 15 tuổi.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc các thông tin của bệnh nhân không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Nội dung nghiên cứu

2.3.1. Các bước tiến hành nghiên cứu.

Bệnh nhân NKHHCT nặng vào khoa Hồi sức tích cực - chống độc, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An được khám lâm sàng, chỉ định làm các xét nghiệm. Khi bệnh nhân có kết quả xét nghiệm RSV dương tính sẽ được đưa vào nhóm nghiên cứu.

2.3.2. Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới tính.
- Mức độ nặng của NKHHCT.
- Các biện pháp hỗ trợ điều trị và kết quả điều trị.
- Một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng liên quan đến nguy cơ tử vong.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Thu thập và xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần suất (n), tỷ lệ phần trăm (%). Phân tích đơn biến để xác định các yếu tố nguy cơ nặng, nguy cơ tử vong.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu có sự đồng ý của Hội đồng nghiên cứu khoa học Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và sự chấp thuận tham gia nghiên cứu của người giám hộ bệnh nhân. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2022 đến tháng 9/2023 có 78 bệnh nhân NKHHCT nặng có nhiễm RSV điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An có đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Từ 1 – 2 tháng	29	37,2%
	Từ 2 – 6 tháng	37	47,4%
	Trên > 6 tháng	12	15,4%
	Tuổi trung bình (tháng)	4,12 ± 6,35	
Giới	Nam	48	61,5%
	Nữ	30	38,5%
Tổng		78	100%

Nhận xét: Tuổi của đối tượng nghiên cứu từ 1 đến 37 tháng với tuổi trung bình là 4,12 ± 6,35 tháng. Trong đó, nhóm tuổi dưới 6 tháng chiếm chủ yếu 84,6 %. Giới tính: nam gặp nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1.

3.2. Phân loại mức độ nặng của bệnh

Bảng 2. Phân loại mức độ nặng của bệnh

Mức độ nặng của NKHHC	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nặng	57	73,1%
Rất nặng	21	26,9%
Các tình trạng nặng khác		
Suy hô hấp độ 3	16	20,5%
Sốc	10	12,8%
Suy đa tạng	11	14,1%

Nhận xét: NKHHC nặng chiếm 73,1% và mức độ rất nặng chiếm 26,9%. Các dấu hiệu lâm sàng nặng thường gặp bao gồm suy hô hấp độ 3, suy đa tạng và sốc chiếm tỷ lệ lần lượt là 20,5%, 14,1% và 12,8%.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3. Một số phương pháp điều trị đã áp dụng

Biện pháp điều trị	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
Thở máy	15	19,2%	
Kháng sinh	1 kháng sinh	15	19,2%
	Kết hợp kháng sinh	63	80,8%
Thuốc vận mạch	10	12,8%	
Kết quả điều trị			
Bệnh nhân sống	73	93,6%	
Bệnh nhân xin về, tử vong	5	6,4%	
Thời gian thở máy trung bình (ngày)	11,33 ± 7,66		
Thời gian điều trị trung bình (ngày)	7,97 ± 7,57		

Nhận xét: Có 19,2% trường hợp phải thở máy và 80,8% phối hợp kháng sinh và sử dụng vận mạch (12,8%). Về kết quả điều trị, tỷ lệ bệnh nhân sống chiếm 93,6% và tử vong là 6,4%. Thời gian thở máy trung bình là 11,33 ± 7,66 ngày và thời gian điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc trung bình là 7,97 ± 7,57 ngày.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến tử vong của NKHHC nặng có nhiễm RSV

Bảng 4. Liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng đến nguy cơ tử vong

Yếu tố	Nhóm sống (n=73)	Nhóm tử vong (n=5)	OR (95% CI)	p
Tuổi dưới 6 tháng	61	5	0,76 (0,08-7,45)	1
Giới tính nam	45	3	0,96 (0,15-6,15)	1
Bệnh lý nền	14	3	5,89 (0,90-38,73)	0,076
Suy đa tạng	7	4	35,43 (3,46-362,86)	0,001
Thở máy >7 ngày	5	3	0,9 (0,09-8,9)	0,685
Cân nặng lúc sinh <2000gr	5	2	8,53 (1,15-63,5)	0,067
Sốc	6	4	42 (4,02-438,57)	0,001
Tim bẩm sinh	5	1	3,2 (0,30-34,33)	0,353

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có suy đa tạng có nguy cơ tử vong cao gấp 35,43 lần so với nhóm không có suy đa tạng với (95% CI: 3,46-362,86; p = 0,001). Nhóm bệnh nhân có biểu hiện sốc có nguy cơ tử vong cao hơn 42 lần so với nhóm không có biểu hiện sốc (95% CI: 4,02-438,57; p = 0,001).

Bảng 5. Liên quan giữa một số chỉ số xét nghiệm với nguy cơ tử vong

Chỉ số xét nghiệm	Nhóm sống (n=73)	Nhóm tử vong (n=5)	OR (95%CI)	p
Tăng bạch cầu theo tuổi	38	3	1,22 (0,19-7,79)	0,603
Hb <100 g/l	28	4	5,86 (0,62-55,2)	0,106
Prothrombin <70%	4	4	65 (5,82-725,69)	0,00
CRP >10 mg/l	23	2	1,33 (0,21-8,54)	0,503
Albumin ≤30 g/l	3	4	88 (7,38-1048)	0,00
Lactat >2,5 mmol/l	10	4	20,4 (2,06-202,21)	0,006
Đồng nhiễm vi sinh vật	14	3	5,89 (0,90-38,7)	0,076

Nhận xét: Bệnh nhân có prothrombin < 70% có nguy cơ tử vong cao gấp 65 lần (95% CI: 5,82-725,69; p = 0,00). Bệnh nhân có nồng độ albumin ≤ 30 g/l có nguy cơ tử vong cao gấp 88 lần (95% CI: 7,38-1048; p = 0,00). Bệnh

nhân có nồng độ lactat máu > 2,5 mmol/l thì có nguy cơ tử vong cao gấp 20,4 lần (2,06 - 202,21; p = 0,006).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân NKHHC nặng chiếm 73,1% và mức độ rất nặng chiếm 26,9% (Bảng 2). Trong 78 bệnh nhân NKHHC nặng có nhiễm RSV, có 19,2% bệnh nhân phải thở máy (Bảng 3). Ở nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh và cộng sự, tất cả bệnh nhân NKHHC nặng có nhiễm RSV khi vào khoa Điều trị tích cực- Bệnh viện Nhi Trung ương đều phải hỗ trợ hô hấp thở máy [4]. Trong khi đó, nghiên cứu của AA El Kholly và cộng sự, tỷ lệ thở máy chỉ chiếm 5,8% [7]. Sự khác nhau về tỷ lệ thở máy này là do tiêu chuẩn nhập khoa và bệnh cảnh lâm sàng của bệnh nhân khác nhau giữa các nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 12,8% bệnh nhân phải sử dụng thuốc vận mạch, chủ yếu ở nhóm bệnh nhân thở máy. Trong khi đó, nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh có 100% bệnh nhân sử dụng kháng sinh và tỷ lệ sử dụng vận mạch là 30,1% [4].

Kết quả bảng 3 cho thấy, tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,4%. Tỷ lệ này ở bệnh nhân NKHHC nặng trong nghiên cứu của El Kholly và cộng sự là 5% [7]. Cũng theo một nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm được Ji - Man Kang và cộng sự công bố năm 2019, có 92 trẻ nhập viện tại đơn vị chăm sóc đặc biệt do virus RSV có tỷ lệ tử vong là 5,4% [8]. Các kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tuấn Anh có tỷ lệ tử vong cao hơn là 16,8%. Sự khác nhau là do các bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tuấn Anh đều có biểu hiện lâm sàng nặng nề với tất cả bệnh nhân đều thở máy (100%), suy đa tạng (34,9%),...[4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân tử vong đều trong nhóm thở máy (tỷ lệ tử vong trên bệnh nhân thở máy là 33,3%).

Theo kết quả bảng 4, nhóm bệnh nhân suy đa tạng có nguy cơ tử vong cao gấp 35,43 lần so với nhóm không suy đa tạng (95% CI: 3,46-362,86; p = 0,001). Nhóm trẻ có biểu hiện sốc có nguy cơ tử vong cao hơn 42 lần so với nhóm không có biểu hiện sốc (95% CI: 4,02-438,57; p = 0,001) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 4). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh và cộng sự cho thấy suy đa tạng và tình trạng sốc là một trong những yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tử vong ở trẻ

NKHHC có nhiễm RSV (p < 0,05) [4]. Không chỉ riêng NKHHC nặng có nhiễm RSV mà tình trạng sốc và suy đa tạng trong tất cả các bệnh cảnh đều là những nguyên nhân có nguy cơ cao dẫn tới tử vong.

Ngoài ra nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận nhóm bệnh nhân có cân nặng lúc sinh dưới 2000gr, nhóm bệnh nhân có bệnh lý nền hay dị tật tim bẩm sinh đều có số lượng bệnh nhân tử vong cao hơn các nhóm còn lại tương ứng, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh và cộng sự cho thấy trong các bệnh nhân NKHHC nặng có nhiễm RSV thì nhóm trẻ có tiền sử đẻ non với cân nặng lúc sinh dưới 2000gr, nhóm có bệnh lý nền kèm theo, nhóm có đồng nhiễm vi sinh vật hoặc nhóm có thời gian thở máy trên 7 ngày có nguy cơ tử vong cao hơn so với nhóm còn lại tương ứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05 [4]. Một tổng quan hệ thống của tác giả Ming Wei Lee trên 36 nghiên cứu cho thấy bệnh phổi mãn tính, bệnh tim bẩm sinh, trẻ đẻ non, trẻ mắc bệnh lý thần kinh cơ, suy giảm miễn dịch, khối u ác tính và nguồn lây nhiễm RSV tại bệnh viện có liên quan đến tỷ lệ tử vong ở trẻ em mắc RSV. Nghiên cứu cho thấy bệnh tim mạch có ảnh hưởng đến huyết động, suy giảm miễn dịch và rối loạn chuyển hóa là những yếu tố nguy cơ gây tử vong ở bệnh nhân NKHHC nặng có nhiễm RSV (p<0,05) [9].

Dựa trên kết quả cận lâm sàng theo nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân có nồng độ prothrombin < 70% thì có nguy cơ tử vong cao gấp 65 lần (95% CI: 5,82-725,69; p = 0,00). Bệnh nhân có nồng độ albumin ≤ 30 g/l thì có nguy cơ tử vong cao gấp 88 lần (95% CI: 7,38-1048; p = 0,00). Bệnh nhân NKHHC nặng có nồng độ lactat máu > 2,5 mmol/l thì có nguy cơ tử vong cao gấp 20,4 lần (2,06 - 202,21; p = 0,006) (Bảng 5). Tương tự, theo Nguyễn Tuấn Anh và cộng sự, bệnh nhân NKHHC nặng có nhiễm RSV mà có đồng nhiễm vi sinh vật khác và bệnh nhân có Prothrombin < 70% thì có nguy cơ tử vong cao hơn nhóm tương ứng còn lại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,05 [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các xét nghiệm albumin thấp, prothrombin <70% hay nồng độ lactat > 2,5 thường gặp ở các bệnh nhân có tình trạng thiếu oxy máu nặng, bệnh nhân sốc hay kèm theo suy gan, suy đa tạng, do vậy dẫn tới tỷ lệ tử vong cao hơn ở những nhóm bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 78 bệnh nhân NKHHC

nặng có nhiễm RSV được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực- chống độc Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 01/2022 đến tháng 09/2023, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau: nhóm tuổi dưới 6 tháng chiếm đa số và tỷ lệ tử vong là 6,4%. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ tử vong ở bệnh nhân NKHC nặng có nhiễm RSV là: suy đa tạng, sốc, nồng độ albumin < 30 g/l, lactat > 2,5 mmol/l và prothrombin <70%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shi T, McAllister DA, O'Brien KL et al** (2017). Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children in 2015: a systematic review and modelling study. *Lancet*; 390 (10098):946-958.
2. **Harish N et al** (2013). Global and regional burden of hospital admissions for severe acute lower respiratory infections in young children in 2010: a systematic analysis. *Lancet*, 381(9875): 1380-1390.
3. **Assies R, Snik I, Kumwenda M, et al** (2022). Etiology, Pathophysiology and Mortality of Shock in Children in Low (Middle) Income Countries: A Systematic Review. *J Trop Pediatr*; 68(4):fmac053.
4. **Nguyễn Tuấn Anh, Phạm Văn Thắng** (2021). Dịch tễ lâm sàng nhiễm khuẩn hô hấp cấp nặng do virus hợp bào hô hấp tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Nhi trung ương. *Tạp chí Nhi khoa*, 14(3): 35-41.
5. **Ogunbayo AE, Moqotsi MT, Sondlane H, et al** (2022). Pathogen Profile of Children Hospitalised with Severe Acute Respiratory Infections during COVID-19 Pandemic in the Free State Province. South Africa. *Int J Environ Res Public Health*, 19(16):10418.
6. **Fitzner J, Qasmieh S, Mounts AW, et al** (2018). Revision of clinical case definitions: influenza-like illness and severe acute respiratory infection. *Bull World Health Organ*; 96(2):122-128.
7. **El Kholy AA, Mostafa NA, El-Sherbini SA, et al** (2013). Morbidity and outcome of severe respiratory syncytial virus infection. *Pediatr Int Off J Jpn Pediatr Soc*; 55(3):283-288.
8. **Kang J, Lee J, Kim Y, et al** (2019). Pediatric intensive care unit admission due to respiratory syncytial virus: Retrospective multicenter study. *Pediatr Int*; 61(7):688-696.
9. **Lee MW, Goh AE** (2021). Mortality in children hospitalised with respiratory syncytial virus infection in Singapore. *Singapore Med J*, 62(12):642-646.

TUÂN THỦ CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG VÀ VẬN ĐỘNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI VIỆN TIM THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Huỳnh Thùy Dung¹, Trần Quốc Cường²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, hầu hết các khuyến cáo điều trị ĐTD đều nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tư vấn cho bệnh nhân cách điều chỉnh chế độ ăn uống và vận động để kiểm soát bệnh. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ tuân thủ chế độ dinh dưỡng, chế độ vận động ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Viện Tim TP.HCM năm 2023 và các yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang ở bệnh nhân ĐTD típ 2 điều trị ngoại trú tại Viện Tim từ tháng 4 – 5/2023. Tuân thủ chế độ dinh dưỡng được đánh giá qua 14 câu hỏi dựa trên Hướng dẫn Chẩn đoán và Điều trị Đái tháo đường típ 2 của Bộ Y tế. Tuân thủ vận động được đánh giá bằng thang đo vận động IPAQ-SF. **Kết quả:** Nghiên cứu khảo sát được 203 bệnh nhân ĐTD, trong đó nữ chiếm 57,6%, nhóm tuổi

từ 60 – 69 tuổi chiếm đa số (50,2%). Tỷ lệ tuân thủ chế độ dinh dưỡng và vận động theo khuyến nghị lần lượt là 26,1% và 48,3%. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ dinh dưỡng là trình độ học vấn và thời điểm chẩn đoán. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ vận động là nhóm tuổi, trình độ học vấn, thời điểm chẩn đoán và có đi làm. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân ĐTD tuân thủ chế độ dinh dưỡng và vận động khá thấp. Chương trình tư vấn hướng dẫn bệnh nhân ĐTD tại bệnh viện cần tập trung chú ý vào những người bệnh lớn tuổi, mắc bệnh lâu năm và có học vấn thấp.

Từ khóa: tuân thủ dinh dưỡng, tuân thủ vận động, đái tháo đường, các yếu tố liên quan

SUMMARY

COMPLIANCE WITH NUTRITION AND EXERCISE REGIME IN TYPE 2 DIABETES OUTPATIENTS AT THE HO CHI MINH CITY HEART INSTITUTE

Backgrounds: Currently, most diabetes treatment recommendations emphasize the importance of advising patients on how to adjust their diet and exercise to control the disease. **Objectives:** To determine the percentage of compliance with nutrition and exercise regimes in type 2 diabetes

¹Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thùy Dung

Email: huynhthuydung1986@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.12.2023

Ngày duyệt bài: 25.01.2024