

trị 2 nghiên cứu với tổng cộng 734 bệnh nhân. Từ đó chứng minh rằng thuốc ảnh hưởng đến tốc độ tăng trưởng chiều cao ngắn hạn ở trẻ em, tuy nhiên tác động lên tốc độ tăng trưởng dài hạn vẫn chưa rõ ràng.

V. KẾT LUẬN

Tổng quan luận điểm này là bằng chứng rõ rệt khẳng định rằng Corticoid xịt mũi là thuốc điều trị cơ bản và là sự lựa chọn đầu tiên của các bác sĩ trong việc điều trị VMDU dai dẳng hoặc VMDU gián đoạn mức độ trung bình và nặng. Thuốc dùng ngày 1-2 lần, thường điều trị trong 2-4 tuần ở cả trẻ em và người lớn, cải thiện tốt các triệu chứng cơ năng tại mũi và mắt, các triệu chứng thực thể tại mũi, chất lượng cuộc sống và các xét nghiệm cận lâm sàng. Mặt khác, việc sử dụng Corticoid xịt mũi kéo dài (1 năm) ở trẻ em không ảnh hưởng đến nồng độ Cortisol niệu và mức độ tăng trưởng, từ đó phản ánh thuốc không ảnh hưởng đến trục hạ đồi- tuyến yên- tuyến thượng thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. J Allergy Clin Immunol. 2010;126(3):466-476.
2. Bousquet J, Schünemann H.J, Samolinski B et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA): achievements in 10 years and future needs. J Allergy Clin Immunol 2012;130(5), 1049-62.
3. Tăng Xuân Hải. Thực trạng viêm mũi dị ứng và hiệu quả can thiệp điều trị Flucatison ở học sinh trung học cơ sở thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An năm 2014- 2016. Luận án tiến sĩ y tế công cộng trường đại học Y Dược Hải Phòng, năm 2019
4. Hardip S Gendeh. The Efficacy of Elonide Nasal Corticosteroids in Managing Allergic Rhinitis: A Randomized, Double-Blinded Trial. J Clin Med 2024;13(7):1883
5. David P Skoner. Intranasal triamcinolone and growth velocity. Pediatrics 2015 Feb;135(2):e348-56
6. A N Waddell. Intranasal steroid sprays in the treatment of rhinitis: is one better than another? J Laryngol Otol. 2003 Nov;117(11):843-5.
7. Barbara Yawn. Comparison of once-daily intranasal corticosteroids for the treatment of allergic rhinitis: are they all the same? MedGenMed. 2006 Jan 25;8(1):23.

GIÁ TRỊ CỦA BẢNG ĐIỂM APACHE IV VÀ SOFA TRONG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG VÀ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Tiến Dũng^{1,3}, Nguyễn Công Tấn², Bùi Thị Hương Giang^{2,3}

TÓM TẮT

Việc đánh giá các yếu tố tiên lượng tử vong của bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn là rất quan trọng để giúp các bác sĩ đưa ra chiến lược điều trị tối ưu nhằm cải thiện kết quả điều trị. Tuy nhiên, cho đến nay các nghiên cứu so sánh dự đoán tử vong của các hệ thống bảng điểm APACHE IV và SOFA trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có rất ít dữ liệu. Do đó, để đánh giá hiệu quả tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn của các bảng điểm SOFA và APACHE IV, chúng tôi thực hiện nghiên cứu cắt ngang trên 250 bệnh nhân. **Kết quả:** Điểm SOFA của nhóm BN tử vong là 12 (9 - 14), nhóm sống là 9 (7 - 12), điểm APACHE IV tương ứng là 84 (66 - 104) và 63 (49 - 84). Có tương quan thuận giữa hai thang điểm với nhau ($p=0,000$). Tương

quan nghịch giữa thời gian điều trị tại ICU và hai thang điểm. SOFA có AUC là 0,656, APACHE IV có AUC cao nhất là 0,713. **Kết luận:** Cả hai thang điểm SOFA, APACHE IV đều có giá trị dự báo tử vong, trong đó thang điểm APACHE IV có giá trị dự báo tử vong cao hơn cả.

Từ khóa: APACHE, SOFA, ICU, sốc nhiễm khuẩn.

SUMMARY

THE VALUE OF THE APACHE IV AND SOFA SCORING SYSTEMS IN ASSESSING SEVERITY AND PREDICTING MORTALITY IN PATIENTS WITH SEPSIS TREATED AT THE BACH MAI HOSPITAL'S INTENSIVE CARE UNIT

Assessing the prognostic factors for mortality in patients with sepsis is crucial for enabling clinicians to develop optimal treatment strategies aimed at improving patient outcomes. However, there is limited data comparing the mortality predictions of the APACHE IV and SOFA scoring systems specifically for patients with sepsis. Therefore, to evaluate the prognostic effectiveness of the SOFA and APACHE IV scores in predicting mortality among patients with sepsis, we conducted a cross-sectional study involving 250 patients. **The results:** The SOFA score of the

¹Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Tấn

Email: tanhstc@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

non-survivors was 12 (9 - 14), while those of survivor group was 9 (7 - 12). The corresponding APACHE IV scores were 84 (66 - 104) for the non-survivors and 63 (49 - 84) for the survivor group. There is a positive correlation between the two scoring systems ($p=0.000$). There is an negative correlation between the length of stay in the ICU and the two scoring systems. The SOFA score had an area under the ROC curve (AUC) of 0.656, whereas the APACHE IV had a higher AUC of 0.713. **In conclusion:** Both SOFA and APACHE IV scores are valuable in predicting mortality, with the APACHE IV score demonstrating a higher predictive capacity.

Keywords: APACHE, SOFA, ICU, septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn (SNK) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu tại các đơn vị hồi sức tích cực. Tại Việt Nam hiện nay, tỷ lệ tử vong do SNK trong nhiều nghiên cứu ở mức rất cao, có thể lên đến 78%¹. Việc đánh giá các yếu tố tiên lượng tử vong của bệnh nhân là rất quan trọng để giúp các bác sĩ đưa ra chiến lược điều trị tối ưu nhằm cải thiện kết quả điều trị. Có nhiều bảng điểm được áp dụng để đánh giá và tiên lượng tử vong bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn như: SOFA, APACHE II, APACHE III, APACHE IV... Bảng điểm SOFA và APACHE là hai bảng điểm được sử dụng nhiều trên lâm sàng. Tuy nhiên, cho đến nay các nghiên cứu so sánh dự đoán tử vong của các hệ thống bảng điểm APACHE IV và SOFA trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có rất ít dữ liệu. Với lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá giá trị bảng điểm APACHE IV so với bảng điểm SOFA trong tiên lượng tử vong bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại Trung tâm Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2022-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân (BN) ≥ 18 tuổi đủ tiêu chuẩn chẩn đoán SNK dựa theo định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội nghị quốc tế đồng thuận về sepsis và sốc nhiễm khuẩn đề xuất năm 2016 (Sepsis 3)². Bao gồm: Huyết áp trung bình (MAP) ≤ 65 mmHg, cần dùng vận mạch và Lactac ≥ 2 mmol/L và có hội chứng nhiễm khuẩn (sepsis): SOFA ≥ 2 điểm.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân là phụ nữ có thai hoặc bệnh nhân đã có ngưng tim trước khi vào khoa HSTC do bệnh lý cơ bản hoặc sốc nhiễm khuẩn quá nặng hoặc bệnh án thiếu quá nhiều dữ liệu nghiên cứu.

2.2. Tiêu chuẩn nghiên cứu. Hội chứng nhiễm khuẩn được định nghĩa là một rối loạn chức năng cơ quan đe dọa tính mạng do đáp

ứng không được điều phối của cơ thể đối với nhiễm khuẩn.

Rối loạn chức năng cơ quan: Được đánh giá là sự thay đổi cấp tính ≥ 2 điểm SOFA do nhiễm trùng (Điểm SOFA nền được giả định là 0 điểm ở những bệnh nhân không có rối loạn chức năng tạng sẵn có) (Sepsis-3).²

BN sốc nhiễm khuẩn có thể được chẩn đoán dựa vào những tiêu chí chẩn đoán nhiễm khuẩn kèm với hạ huyết áp tồn tại cần phải sử dụng thuốc vận mạch để giữ MAP ≥ 65 mmHg và có lactat huyết thanh > 2 mmol/l (18mg/dl) cho dù đã được hồi sức bù dịch thoả đáng.

Bệnh nhân được chấm điểm tại thời điểm 24h sau khi được chẩn đoán SNK theo thang điểm SOFA, và thang điểm APACHE IV được tính toán trực tuyến theo đường link <https://intensivecarenetwork.com/Calculators/Files/Apache4.html>

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang chọn mẫu thuận tiện trên 250 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại Trung tâm Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2022 đến tháng 8/2024.

Chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi nghiên cứu và bệnh án nghiên cứu trong quá trình thu thập số liệu của bệnh nhân cả ở thời điểm trước khi nhập viện Bạch Mai đến khi bệnh nhân ra viện Bạch Mai.

Phương pháp phân tích với cách biến định lượng sử dụng so sánh bằng Mann-Whitney U test, tương quan giữa các thang điểm, vẽ đường cong ROC và tính diện tích dưới đường cong (AUROC) để đánh giá hiệu quả của các thang điểm.

AUC $> 0,8$: mô hình có khả năng tiên lượng tốt

AUC 0,7-0,79: mô hình có khả năng tiên lượng mức độ khá

AUC 0,6-0,69: mô hình có khả năng tiên lượng mức độ trung bình

AUC 0,5-0,59: không có khả năng phân tích

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi không can thiệp vào quá trình điều trị, đảm bảo bí mật thông tin bệnh nhân và được sự cho phép sử dụng số liệu của trung tâm Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới của quần thể nghiên cứu (n=250)

Tuổi	60,4 \pm 16,19
Nam	70,4% (176)
Nữ	29,6% (74)

Bảng 2. Thời gian điều trị của BN nghiên cứu

Thời gian nằm viện (ngày)	12(7-19)
Thời gian điều trị trước ICU (ngày)	3(1-7)

Thời gian điều trị tại ICU (ngày)	8(3-14)
Có thời gian nằm điều trị trước ICU	
Có	94%(235)
Không	6%(15)

Bảng 3. Can thiệp thông khí xâm nhập ở BN nghiên cứu

Thời gian thông khí xâm nhập (ngày)	5 (2 - 11)
Thông khí xâm nhập trong ICU	
Có	90% (225)
Không	10% (25)
Kết cục điều trị sau 28 ngày tại ICU	
Tử vong	60,4% (151)
Sống	39,6% (99)

Bảng 4. Số lượng nguồn nhiễm khuẩn tìm được mỗi bệnh nhân

Số vị trí nhiễm khuẩn	% (n)
Một vị trí	72% (180)
Hai vị trí	25,2% (63)
Ba vị trí	2,8% (7)

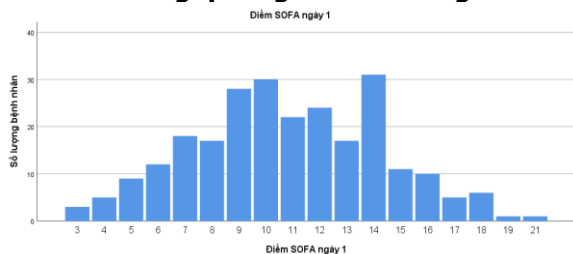
Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là $60,4 \pm 16,19$. Tỷ lệ BN nam chiếm ưu thế hơn với 70,4%. Hầu như được điều trị trước đó tại một đơn vị khác (94,0%) và được thực hiện thông khí xâm nhập (90,0%). Tỷ lệ tử vong tại thời điểm 28 ngày điều trị tại ICU là 60,4%. Có hơn một nửa số BN phân lập được tác nhân vi khuẩn (51,2%)

Bảng 5. Tỷ lệ nguồn vào nhiễm khuẩn tìm được

Vị trí nhiễm khuẩn	n=250	Tỷ lệ (%)
Hô hấp	189	75,6%
Tiêu hóa	34	13,6%
Tiết niệu	13	5,2%
Máu	49	19,6%
Da mô mềm	26	10,4%
Thần kinh	14	5,6%

Có 7 bệnh nhân tìm thấy 3 vị trí nhiễm khuẩn và 63 bệnh nhân tìm thấy 2 vị trí nhiễm khuẩn, còn lại tìm thấy 1 vị trí nhiễm khuẩn. Nhiễm khuẩn hô hấp là căn nguyên thường gặp nhất.

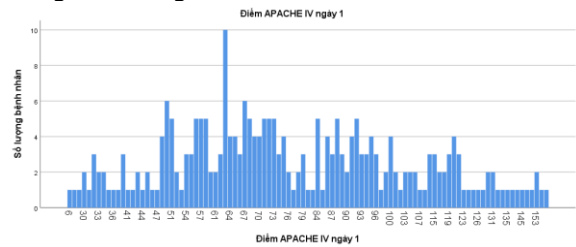
3.2. Tương quan giữa các thang điểm



Hình 1. Phân bố điểm SOFA của bệnh nhân

Điểm SOFA ngày đầu ở ICU trung bình của các bệnh nhân là $10,8 \pm 3,51$ hay trung vị là 11,0 (8 - 14). Điểm cao nhất là 21 (1 bệnh nhân), thấp nhất là 3 (3 bệnh nhân). Trong

nghiên cứu của Đỗ Ngọc Sơn³ có điểm SOFA thấp hơn 7 (4,75 - 10) do nhóm bệnh nhân nghiên cứu của tác giả bao gồm các BN sepsis nhập khoa HSTC, ở nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm những BN sốc nhiễm khuẩn



Hình 2. Phân bố điểm APACHE IV của bệnh nhân

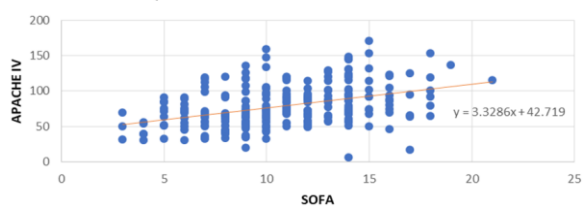
Điểm APACHE IV trong 24h đầu ở ICU trung bình của BN là $78,7 \pm 29,37$ và với trung vị 73,0 (57,75 - 95,25). Trong đó, cao nhất là 170 điểm có 1 bệnh nhân, thấp nhất là 6 điểm có 1 bệnh nhân.

Bảng 6. Điểm của SOFA, APACHE IV ở nhóm bệnh nhân tử vong và không tử vong

	Tử vong (n=151)	Sống (n=99)	Tổng BN (n=250)	p
SOFA	12,0 (9-14)	9,0 (7-12)	11,0 (8-14)	0,000
APACHE IV	84,0 (66-104)	63,0 (49-84)	73,0 (57,75-95,25)	0,000

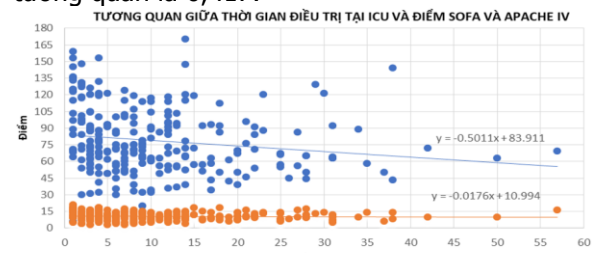
Điểm SOFA và APACHE cao hơn ở nhóm BN tử vong so với nhóm sống, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Trong nghiên cứu của Bloria⁵ cũng đưa ra kết luận tương tự với điểm APACHE IV ở nhóm tử vong là $77,9 \pm 26,83$ và ở nhóm sống là $56,6 \pm 20,29$ với $p < 0,001$

TƯƠNG QUAN GIỮA THANG ĐIỂM SOFA VÀ APACHE IV



Hình 3. Tương quan giữa thang điểm SOFA với APACHE IV

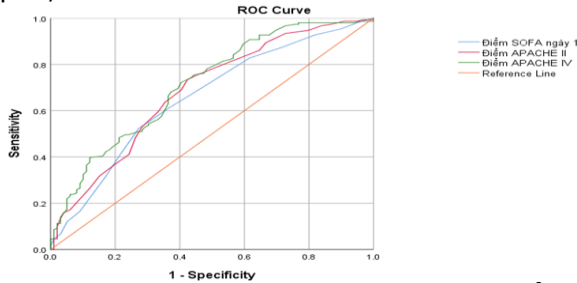
Có sự tương quan giữa thang điểm SOFA và APACHE IV với mức ý nghĩa $p = 0,000$ và hệ số tương quan là 0,417.



Hình 4. Tương quan giữa thang điểm SOFA

và APACHE IV với thời gian điều trị tại ICU

Có sự tương quan nghịch giữa thời gian điều trị tại ICU và điểm số các thang điểm. Hệ số tương quan giữa điểm APACHE IV và thời gian điều trị tại ICU là -0,244 với $p=0,000$, tương ứng với điểm SOFA có hệ số tương quan là -0,127 với $p=0,044$.



Hình 5. Đường cong ROC của bảng điểm SOFA, APACHE II, APACHE IV

Thang điểm APACHE IV có AUC là 0,713 với khả năng phân biệt khá, trong khi đó AUC của SOFA là 0,656 là mức trung bình, ($p=0,000$).

Điểm cắt với chỉ số Youden cao nhất của thang điểm SOFA là 12, với độ nhạy là 52,32%, độ đặc hiệu là 72,73%, thang điểm APACHE IV với ngưỡng là 68 với độ nhạy là 72,19%, độ đặc hiệu là 59,60%.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 250 BN của nghiên cứu, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $60,4 \pm 16,19$ với bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi, lớn nhất là 92 tuổi, tương đương với quần thể nghiên cứu của Đỗ Ngọc Sơn và cộng sự đã báo cáo trong một nghiên cứu đa trung tâm 2022³ với độ tuổi trung bình là 65 ($52 - 76,75$) tuổi. Tỷ lệ BN nam chiếm ưu thế hơn với 70,4%, chủ yếu BN điều được điều trị tại một cơ sở y tế trước khi được chuyển đến HSTC, có thể là từ viện khác hoặc chuyên khoa khác của Bạch Mai. Hầu như các bệnh nhân đều có thời gian điều trị trước khi nhập HSTC và có can thiệp thông khí xâm nhập tại TT HSTC.

Có hơn một nửa (60,4%) số BN tử vong, tỷ lệ này cao hơn số liệu đưa ra ở những nghiên cứu trước đó³⁻⁶. Tỷ lệ đường nhiễm khuẩn phát hiện được cao nhất là hô hấp với 57,28%, Tương tự với nghiên cứu của Đỗ Ngọc Sơn (2019)³ có 56,7% trường hợp có nguyên nhân từ nhiễm khuẩn hô hấp.

Điểm SOFA ngày đầu ở HSTC trung bình của các bệnh nhân là $10,81 \pm 3,51$ hay trung vị là 11,0 (8 - 14). Điểm cao nhất là 21 (1 bệnh nhân), thấp nhất là 3 (3 bệnh nhân). Điểm APACHE IV trong 24h đầu ở HSTC trung bình của BN là $78,7 \pm 29,37$ và với trung vị 73,0 (57,75 -

95,25). Trong đó, cao nhất là 170 điểm có 1 bệnh nhân, thấp nhất là 6 điểm có 1 bệnh nhân.

Điểm số SOFA ở nhóm tử vong là 12,0 (9 - 14), APACHE IV là 84,0 (66 - 104), không khác biệt với kết quả của một số nghiên cứu đã đưa ra³⁻⁵. Có sự khác biệt về điểm số của cùng thang điểm giữa nhóm tử vong và sống cũng đã được đưa ra ở những nghiên cứu trên và ở nghiên cứu của chúng tôi.

Tỷ lệ tử vong tăng lên tương quan với điểm số tăng lên của thang điểm SOFA và APACHE IV. Điểm số hai thang điểm này cũng có tương quan với nhau với hệ số tương quan là 0,417 ($p<0,01$), điểm này đã được đưa ra ở nhiều nghiên cứu trước đây^{4,7,8}. Ngược lại, thời gian điều trị tại ICU lại có xu hướng giảm khi có điểm số SOFA và APACHE IV tăng lên. Đặc biệt, tương quan nghịch với APACHE IV có $r = -0,244$ ($p=0,000$), điều này lại ngược lại với nghiên cứu của Huda và cộng sự⁸ ở tất cả bệnh nhân điều trị tại ICU ($r=0,22$, $p=0,004$). Có thể giải thích điều này có thể giải thích bởi tình trạng nặng nề của bệnh nhân tại thời điểm nhập khoa ICU có lẽ là nguyên nhân làm cho khả năng kéo dài điều trị khó khăn hơn.

Trong nghiên cứu chúng tôi, thang điểm APACHE IV có khả năng phân biệt tốt hơn SOFA. AUC hai thang điểm của chúng tôi phần lớn thấp hơn các nghiên cứu trước đây^{3,5,7-11}. SOFA với AUC là 0,656 thấp hơn kết quả của Đỗ Ngọc Sơn đưa ra là 0,713, Askhay là 0,7874 và Alaa là 0,79. Thang điểm APACHE IV với AUC là 0,713 thấp hơn dữ liệu đưa ra từ Alaa là 0,777, Summit là 0,73, Nagar là 0,83.

V. KẾT LUẬN

Cả hai thang điểm SOFA và APACHE IV đều có giá trị dự báo tử vong, trong đó thang điểm APACHE IV có giá trị dự báo tử vong cao hơn cả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh TĐ.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị động máu rải rác lòng mạch ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Bạch Mai từ 2017 đến 2019. 2020. <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/2636>. Accessed October 23, 2024.
2. **Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al.** The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801. doi:10.1001/jama.2016.0287
3. **Do SN, Dao CX, Nguyen TA, et al.** Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score for predicting mortality in patients with sepsis in Vietnamese intensive care units: A multicentre, cross-sectional study. May 2022. doi:10.1101/2022.05.18.22275206
4. **Swamy AHM, Kumararadhya GB,**

- Thammaiah SH, Siddagangaiah NK, K.G SK.** Comparison of Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II and IV (APACHE) Scoring System Validity as Mortality Predictors in ICU Patients with Multiple Organ Dysfunction Syndrome in Sepsis. *jebmh*. 2021;8(16):1058-1063. doi:10.18410/jebmh/2021/204
5. **Bloria SD, Chauhan R, Sarna R, Gombar S, Jindal S.** Comparison of APACHE II and APACHE IV score as predictors of mortality in patients with septic shock in intensive care unit: A prospective observational study. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2023; 39(3): 355-359. doi:10.4103/joacp.joacp_380_21
 6. **Varghese YE, Kalaiselvan MS, Renuka MK, Arunkumar AS.** Comparison of acute physiology and chronic health evaluation II (APACHE II) and acute physiology and chronic health evaluation IV (APACHE IV) severity of illness scoring systems, in a multidisciplinary ICU. *Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology*. 2017; 33(2):248. doi:10.4103/0970-9185.209741
 7. **Abdel Hay Ibrahim A, Youssif Kamel H, Wessam Aly W, Safwat Al-Araby M.** Outcomes Prediction in Critically Ill Elderly Patients Using APACHE II, APACHE IV, and SOFA Scores. *The Egyptian Journal of Geriatrics and Gerontology*. 2023;10(2):153-165. doi:10.21608/ejgg.2023.350107
 8. **Ghazaly HF, Aly AAA, Sayed MH, Hassan MM.** APACHE IV, SAPS III, and SOFA scores for outcome prediction in a surgical/trauma critical care unit: an analytical cross-sectional study. *Ain-Shams Journal of Anesthesiology*. 2023;15(1): 101. doi:10.1186/s42077-023-00383-x
 9. **Nagar VS, Sajjan B, Chatterjee R, Parab NM.** The comparison of apache II and apache IV score to predict mortality in intensive care unit in a tertiary care hospital. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2019;7(5):1598-1603. doi:10.18203/2320-6012.ijrms20191643
 10. **Lemos NE, Farias MG, Kubaski F, et al.** Quantification of peripheral blood CD34+ cells prior to stem cell harvesting by leukapheresis: a single center experience. *Hematol Transfus Cell Ther*. 2018;40(3): 213-218. doi:10.1016/j.htct.2018.01.002

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI TRẠM Y TẾ XÃ BẢO ÁI HUYỆN YÊN BÌNH TỈNH YÊN BÁI NĂM 2023

Nguyễn Ngọc Nghĩa¹, Đặng Xuân Trường², Trần Thị Lý¹,
Phạm Văn Cường³, Đặng Ngọc Tuyền³, Hoàng Lê Lan Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và xác định một số yếu tố liên quan đến bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em dưới 5 tuổi đến khám tại trạm y tế xã Bảo Ái, huyện Yên Bình, tỉnh Yên Bái năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện thông qua khám lâm sàng 400 trẻ em dưới 5 tuổi và phỏng vấn trực tiếp 400 cha/mẹ đưa trẻ đi khám trong thời gian 6 tháng từ tháng 7-12 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi mắc NKHHCT chiếm 35,3%. Trẻ em mắc bệnh chủ yếu là viêm họng chiếm 50,4%, viêm amidal 16,3%, viêm thanh quản 8,5%, viêm phế quản phổi là 7,1%. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là ho và sốt chiếm 92,9% và 63,1%. Ngoài ra có khó thở 20,6%, thở khò khè 36,9%, phổi có ral ẩm 19,1%. Có mối liên quan giữa NKHHCT với tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em OR=3,2, với kiết thức, thực hành chăm sóc trẻ tại nhà của cha/mẹ (OR=4,1 và 4,6) với

$p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị mắc NKHHCT còn cao 35,3%. Các dấu hiệu lâm sàng của bệnh có biểu hiện đầy đủ các triệu chứng cơ năng và thực thể của bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp tính như ho, sốt, khó thở, họng đỏ đau và nghe phổi có ral ẩm. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, Trẻ em dưới 5 tuổi, Đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTIC OF ACUTE RESPIRATORY INFECTION OF THE CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD COME TO EXAM AT BAO AI COMMUNE HEALTH STATION YEN BINH DISTRICT YEN BAI PROVINCE 2023

Objective: Describe clinical characteristics and identify some factors related to acute respiratory infections in children under 5 years old come to exam at Bao Ai commune health station, Yen Binh district, Yen Bai province in 2023. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis was carried out through clinical examination for 400 children under 5 years old and face-to-face interviews for 400 parents in the time 6 months, from July to December 2023. **Results:** The rate of children under 5 years old with acute respiratory infections accounts for 35,3%. Children's main illnesses are throat inflammation accounting for 50,4%, amidal inflammation 16,3%, laryngitis 8,5%, bronchitis-pneumonia 7,1%. The main clinical symptoms are

¹Trường Đại học Y Dược – ĐHQGHN

²Trung tâm Y tế huyện Yên Bình, tỉnh Yên Bái

³Bệnh viện Bưu Điện Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Nghĩa

Email: nghiakhanh2016@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024