

chuyên ngành phục hồi chức năng trong quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế được sử dụng [7]. Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi sử dụng bài tập vận động của Nguyễn Văn Hưởng, mang các động tác có tác động đến các nhóm cơ và tổ chức vùng vai gáy làm giãn các nhóm cơ, thông qua đó làm giảm đau, giãn cơ, giải phóng chèn ép là nguyên nhân chính gây ra cảm giác đau [8].

Theo biểu đồ 3.1, bảng 3.2 sau điều trị, triệu chứng đau và điểm VAS trung bình của hai nhóm đều giảm. Theo bảng 3.3 tỉ lệ cơ cứng cơ cả hai nhóm đều giảm so với trước điều trị. Sự khác biệt trước và sau điều trị của mỗi nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Theo bảng 3.4, 3.5 và 3.6 tầm vận động, hội chứng rễ, chức năng sinh hoạt hàng ngày cả hai nhóm đều được cải thiện rõ rệt so với trước điều trị. Như vậy cả hai nhóm tập vận động và bài tập Nguyễn Văn Hưởng kết hợp với điện châm, xoa bóp bấm huyệt đều có tác dụng khá tốt. Kết quả điều trị chung sau điều trị, ở nhóm NC có 56,67% đạt kết quả tốt, 36,67% đạt kết quả khá, 6,66% đạt kết quả trung bình. Ở nhóm chứng có 53,33% đạt kết quả tốt, 33,33% đạt kết quả khá, 13,33% đạt kết quả trung bình. Kết quả điều trị ở hai nhóm là tương đương nhau với  $p > 0,05$ .

#### V. KẾT LUẬN

Sau điều trị 60 bệnh nhân đau vai gáy do THCS trong thời gian 14 ngày, mức độ đau theo

VAS, tầm vận động cột sống, hội chứng rễ, tình trạng cơ cơ, chức năng sinh hoạt hàng ngày ở hai nhóm đều cải thiện tốt hơn trước điều trị với  $p < 0,05$ . Mức độ cải thiện của hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011), Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Tr.140 – 153.
2. Trần Ngọc An (1992), Bệnh thấp khớp, Nhà xuất bản Y học, Tr. 193.
3. Võ Tam, Nguyễn Hoàng Thanh Vân, Đào Thị Vân Khánh (2012). Thoái hóa cột sống cổ, Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp. Hội thảo khớp học Việt Nam, Tr.220 – 225.
4. Bộ y tế (2008), “ Điện châm điều trị hội chứng vai gáy”, Quy trình kỹ thuật y học cổ truyền, Tr. 120 – 121.
5. Nguyễn Văn Hưởng, Huỳnh Uyển Liên (2008). Phương pháp dưỡng sinh, Nhà xuất bản Y học Hà nội. Tr.6-8.
6. Raj D. Rao, Bradford L. Currier, Todd J. Albert et al. (2007). Degenerative Cervical Spondylosis: Clinical Syndromes, Pathogenesis, and Management. The Journal of Bone & Joint Surgery: 321-335.
7. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phục hồi chức năng, Quy trình tập vận động cột sống, Nhà xuất bản Y học, Tr.6.
8. Lê Đức Hình, Chu Quốc Trường, Nguyễn Thị Vân Anh (2001). Đánh giá tác dụng của bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trên một số bệnh nhân có hội chứng thiếu năng tuần hoàn não mạn tính. Y học thực hành. Tr.19 - 21.

## TỶ LỆ NHIỄM SARS-COV-2 Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH THUẬN NĂM 2022

Lê Huy Thạch<sup>1</sup>, Lê Văn Thanh<sup>1</sup>, Đỗ Thùy Dung<sup>1</sup>,  
Ngô Văn Thắng<sup>1</sup>, Lê Thị Hoa<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ca nhiễm SARS-CoV-2 được báo cáo lần đầu tiên vào năm 2019 và kể từ đó đã lan rộng khắp thế giới. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ nhiễm SARS-CoV-2 và nồng độ một số xét nghiệm cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm bệnh. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 600 bệnh nhân đến khám và điều trị tại BV đa khoa tỉnh Ninh Thuận từ tháng 1-9/2022. **Kết quả:** 33/600 BN được xác định nhiễm

SARS-CoV-2 (5,5%), nam 4,8% và nữ 5,8%, tuổi trung vị BN nhiễm là 36 tuổi. Đa số nhiễm nhẹ (75,8%). Trung vị số lượng bạch cầu ở BN nhiễm SARS-CoV-2 là 4600/ mm<sup>3</sup>, lympho 1.100/ mm<sup>3</sup>, tiểu cầu 180.000/ mm<sup>3</sup>, hemoglobin 12,2 g/dl, CRP > 10 mg% chiếm 9,1%, ferritin 200 ng/mL, có sự khác biệt về trung vị số lượng bạch cầu; lympho; ferritin giữa 2 nhóm nhẹ và trung bình với nặng ( $p < 0,05$ ). Điểm cắt xác định mức độ bệnh trung bình và nặng ở BN nhiễm SARS-CoV-2 của lympho  $\geq 900/\text{mm}^3$  (AUC=0,8,  $p < 0,01$ , độ nhạy 92%, đặc hiệu 88%) và ferritin  $\geq 266\text{ng/ml}$  (AUC=0,9,  $p < 0,001$ , độ nhạy 88%, đặc hiệu 92%). **Kết luận:** Khoảng 5,5% BN nhiễm SARS-CoV-2 đến khám và điều trị tại BV. Lympho và ferritin có giá trị trong việc xác định mức độ bệnh trung bình và nặng ở BN nhiễm SARS-CoV-2.

**Từ khóa:** SARS-CoV-2, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận  
Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Thạch  
Email: lh.thach67@gmail.com  
Ngày nhận bài: 14.11.2022  
Ngày phản biện khoa học: 14.12.2022  
Ngày duyệt bài: 6.01.2023

**SUMMARY****PREVALENCE OF SARS-COV-2 INFECTION IN PATIENTS EXAMINED AND TREATED AT GENERAL HOSPITAL NINH THUAN 2022**

**Introduction:** SARS-CoV-2 infection was first reported in 2019, and has since spread throughout the world. **Objective:** Determine prevalence of SARS-CoV-2 infection and concentrations of some paraclinical tests in infected patients. **Methods:** Descriptive cross-sectional study on 600 patients examined and treated at general hospital Ninh Thuan from January to September 2022. **Results:** 33/600 patients were confirmed to be infected with SARS-CoV-2 (5.5%), male 4.8% and female 5.8%, median age of infected patients is 36 years. Most infections were mild (75.8%), the median WBC count in patients infected with SARS-CoV-2 was 4.600/mm<sup>3</sup>, lymphocytes 1.100/mm<sup>3</sup>, platelets 180.000/mm<sup>3</sup>, hemoglobin 12.2 g/dl, CRP > 10 mg% accounted for 9.1%, ferritin 200 ng/mL, there were difference in the median white blood cell count; lymphocytes; ferritin between the 2 groups mild and moderate with severe (p<0.05). The cut-off point to determine the moderate and severe disease in patients infected with SARS-CoV-2 of lymphocytes  $\geq 900/\text{mm}^3$  (AUC=0.8, p<0.01, sensitivity 92%, specificity 88%) and ferritin  $\geq 266$  ng/ml (AUC=0.9, p<0.001, sensitivity 88%, specificity 92%). **Conclusion:** Approximately 5.5% of patients infected with SARS-CoV-2 come to examination and treatment at hospital. Lymphocytes and ferritin are valuable in determining moderate and severe disease in patients with SARS-CoV-2 infection.

**Keyword:** COVID-19, General hospital Ninh thuan.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

COVID-19 đã không ngừng lan rộng khắp thế giới và gây ra những hậu quả vô cùng nghiêm trọng. Đến nay đã có hơn 600 triệu trường hợp được xác nhận nhiễm COVID-19, bao gồm 6.564.556 trường hợp tử vong được báo cáo cho WHO. Đông Nam Á với hơn 60 triệu người nhiễm và gần 800 ngàn người tử vong. Tại Việt Nam, đã có hơn 11 triệu trường hợp nhiễm với 43 ngàn người tử vong.

Trong bối cảnh đại dịch đang diễn ra, sự lây lan của COVID-19 có thể gây gánh nặng đáng kể cho hệ thống chăm sóc sức khỏe địa phương và góp phần đáng kể vào tỷ lệ tử vong. Can thiệp kịp thời và hiệu quả là điều cần thiết để giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong trong đợt bùng phát COVID-19. Sự can thiệp như vậy bao gồm xác định nhanh các trường hợp nhiễm, áp dụng ngay các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn, phân loại ban đầu và theo dõi bệnh nhân (BN) hàng ngày. Một công cụ sàng lọc hiệu quả là xét nghiệm (XN) phát hiện ca bệnh và một số các XN cận lâm sàng khác trong quá trình theo dõi điều trị cho BN như bạch cầu, tiểu cầu, CRP, Ferritin,...

Thế giới đã có nhiều nghiên cứu về COVID-

19, từ đặc điểm lâm sàng, đặc điểm dịch tễ học, tuy nhiên tại tỉnh Ninh Thuận nói chung và Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận nói riêng chưa có nghiên cứu nào được công bố về COVID-19, mặc dù Bệnh viện là một trong những đơn vị tiếp nhận và điều trị bệnh nhân mắc COVID-19. Theo nghiên cứu của Jacob L và cộng sự, tỷ lệ lưu hành COVID-19 ở bệnh nhân đến khám và điều trị là 13,8% [4]. Câu hỏi đặt ra là tỷ lệ nhiễm SARS-CoV-2 ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận là bao nhiêu? Để trả lời cho câu hỏi trên, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Tỷ lệ nhiễm SARS-CoV-2 ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận, năm 2022*" với hai mục tiêu sau:

1. *Xác định tỷ lệ dương tính với SARS-CoV-2 ở BN đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận, năm 2022.*

2. *Khảo sát nồng độ một số các XN cận lâm sàng ở BN dương tính với SARS-CoV-2.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Toàn bộ BN nhập viện tại BV đa khoa tỉnh Ninh Thuận từ ngày 01 tháng 01 đến hết tháng 9 năm 2022.

**2.1.1. Tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.** Toàn bộ BN nhập viện tại BV đa khoa tỉnh Ninh Thuận từ tháng 01 đến hết tháng 9 năm 2022, nghi ngờ mắc COVID-19 có chỉ định xét nghiệm SARS-CoV-2 (test nhanh hoặc RT-PCR).

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.** Bệnh nhân dương tính (test nhanh hoặc RT-PCR) ở các lần xét nghiệm sau trong quá trình theo dõi bệnh.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả.

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:**

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

n: cỡ mẫu tối thiểu;  $Z^2_{(1-\alpha/2)}$ : hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì  $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ ; p = 0,15 [6]; d = 0,03. Cỡ mẫu chúng tôi tính được là 544 nhưng thực tế số BN nghiên cứu là 600.

**2.2.3. Phương pháp chọn mẫu.** Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ BN thuộc tiêu chuẩn nghiên cứu, trong thời gian từ tháng 01 đến hết tháng 9 năm 2022.

**2.3. Phương pháp xử lý số liệu.** Các số liệu được mã hóa và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng phép kiểm  $\chi^2$  và Exact Fisher để kiểm định, có ý nghĩa khi  $P < 0,05$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Tỷ lệ dương tính với SARS-CoV-2 ở bệnh nhân khám và điều trị tại Bệnh viện**

**3.1.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (N=600)**

Thông tin chung	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Giới tính	+ Nam	188	31,3
	+ Nữ	412	68,7
Nhóm tuổi	+ 0 - 9	40	6,7
	+ 10 - 19	45	7,5
	+ 20 - 29	161	26,8
	+ 30 - 39	143	23,8
	+ 40 - 49	53	8,8
	+ 50 - 59	56	9,3
	+ 60 - 69	58	9,7
	+ 70 - 79	29	4,8
+ ≥ 80	15	2,5	

Tuổi trung vị (25<sup>th</sup> - 75<sup>th</sup>): 32 (24 - 51) tuổi

Nữ chiếm 68,7%, phần lớn thuộc nhóm 20-29 tuổi (26,8%) và 30-39 tuổi (23,8%).

**3.1.2. Tỷ lệ dương tính với SARS-CoV-2**

**Bảng 2. Tỷ lệ dương tính SARS-CoV-2**

SARS-CoV-2	Tần suất	Tỷ lệ %	KTC95%
Dương tính	33	5,5	0,3 - 7,6
Âm tính	567	94,5	92,3 - 96,1
<b>Tổng số</b>	<b>600</b>	<b>100</b>	

Tỷ lệ dương tính SARS-CoV-2 là 5,5% (KTC95%: 0,3 - 7,6).

**Bảng 3. Tỷ lệ dương tính với SARS-CoV-2 theo giới**

Giới	Số xét nghiệm	Số dương	Tỷ lệ (%)	OR (KTC95%)	P
Nam	188	9	4,8	0,8 (0,4 - 1,8)	0,6
Nữ	412	24	5,8		
<b>Cộng</b>	<b>600</b>	<b>33</b>	<b>5,5</b>		

Tỷ lệ dương tính ở nữ 5,8% và ở nam 4,8%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

**Bảng 4. Tỷ lệ dương tính SARS-CoV-2 theo nhóm tuổi**

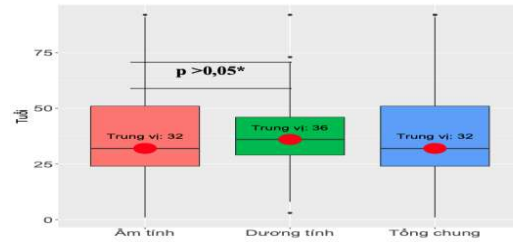
Nhóm tuổi	Số xét nghiệm	Số dương	Tỷ lệ (%)
+ 0 - 9	40	2	5,0

**Bảng 6. Nồng độ một số các xét nghiệm cận lâm sàng**

Xét nghiệm	Chung (n=33)		Nhẹ (n=25)		Trung bình và nặng (n=8)		p
<b>Bạch cầu (/mm<sup>3</sup>)</b>							
< 4000	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,05
4000 - 10.000	31	93,9	25	100	6	75,0	
> 10.000	2	6,1	0	0,0	2	25,0	
Trung vị	4.600		4.500		7.500		<0,01
25 <sup>th</sup> - 75 <sup>th</sup>	4.400 - 5.000		4.300 - 4.600		6.000 - 13.500		
<b>Lympho (/mm<sup>3</sup>)</b>							
< 1.500	18	54,5	11	44,0	7	87,5	0,04
Trung vị	1.100		1.600		700		<0,01
25 <sup>th</sup> - 75 <sup>th</sup>	800 - 2.000		1.100 - 2.000		625 - 800		
<b>Tiêu cầu (/mm<sup>3</sup>)</b>							

+ 10 - 19	45	1	2,2
+ 20 - 29	161	6	3,7
+ 30 - 39	143	12	8,4
+ 40 - 49	53	4	7,5
+ 50 - 59	56	1	1,8
+ 60 - 69	58	4	6,9
+ 70 - 79	29	2	6,9
+ ≥ 80	15	1	6,7
<b>Tổng số</b>	<b>600</b>	<b>33</b>	<b>5,5</b>

Tỷ lệ dương tính cao nhất ở nhóm 30-39 tuổi (8,4%) và 40-49 tuổi (7,5%).



\*Kiểm định Mann-Whitney

**Hình 1. Liên quan giữa tuổi với dương tính SARS-CoV-2**

Tuổi trung vị nhóm (+) là 36 tuổi và nhóm (-) là 32 tuổi (p > 0,05).

**Bảng 5. Phân loại mức độ bệnh và kết quả điều trị (N=33)**

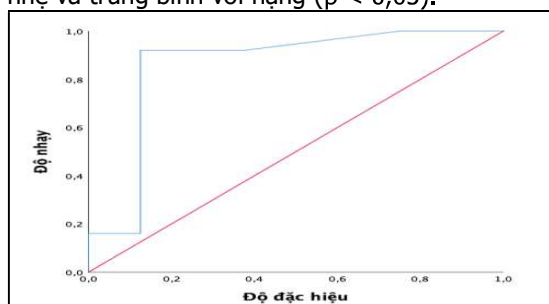
Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Mức độ bệnh	+ Không triệu chứng	0	0,0
	+ Mức độ nhẹ	25	75,8
	+ Mức độ trung bình	7	21,2
	+ Mức độ nặng	1	3,0
Kết quả điều trị	+ Mức độ nguy kịch	0	0,0
	+ Khỏi bệnh	33	100
	+ Tử vong	0	0,0

Đa số bệnh nhân COVID-19 có mức độ bệnh nhẹ (75,8%), có 1 BN nặng (3,0%) và không có BN nào nguy kịch. Tỷ lệ được điều trị khỏi bệnh tại BV đa khoa tỉnh Ninh Thuận là 100%.

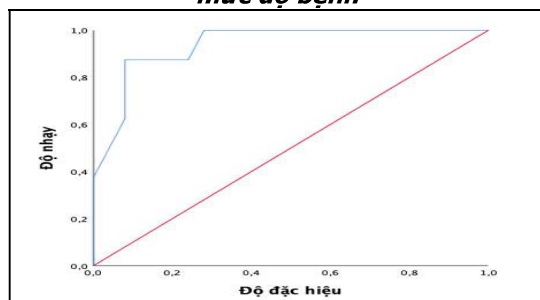
**3.2. Nồng độ một số các xét nghiệm cận lâm sàng**

< 150.000	20	60,6	14	56,0	6	75,0	0,3
Trung vị	180.000		180.000		205.000		>0,05
25 <sup>th</sup> - 75 <sup>th</sup>	127.500 - 200.000		120.000 - 200.000		147.500 - 243.750		
<b>Hemoglobin (g/dl)</b>							
Trung vị	12,2		12,2		12,6		>0,05
25 <sup>th</sup> - 75 <sup>th</sup>	11,0 - 13,1		11,1 - 13,2		11 - 13		
<b>CRP (mg%)</b>							
CRP > 10	3	9,1	1	4,0	2	25,0	0,1
CRP ≤ 10	30	90,9	24	96,0	6	75,0	
<b>Ferritin (ng/mL)</b>							
Trung vị	200		170		300		<0,01
25 <sup>th</sup> - 75 <sup>th</sup>	150 - 275		145 - 256		273 - 348		

Trung vị số lượng bạch cầu ở BN mắc COVID-19 là 4.600, lympho là 1.100, tiểu cầu là 180.000, hemoglobin 12,2 g/dl, CRP > 10 mg% chỉ chiếm 9,1%, ferritin là 200 ng/mL. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung vị số lượng bạch cầu, lympho, ferritin giữa 2 nhóm nhẹ và trung bình với nặng ( $p < 0,05$ ).



**Hình 2. Giá trị lympho xác định mức độ bệnh**



**Hình 3. Giá trị ferritin xác định mức độ bệnh**

Điểm cắt xác định mức độ bệnh trung bình và nặng ở BN nhiễm SARS-CoV-2 của lympho  $\geq 900/\text{mm}^3$  (AUC=0,8,  $p < 0,01$ , độ nhạy 92%, đặc hiệu 88%) và ferritin  $\geq 266 \text{ ng/ml}$  (AUC=0,9,  $p < 0,001$ , độ nhạy 88%, đặc hiệu 92%).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Tỷ lệ dương tính với SARS-CoV-2 ở bệnh nhân khám và điều trị tại Bệnh viện

##### 4.1.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Phân bố đặc điểm chung cho thấy nữ

chiếm 68,7% và nam là 31,3%, phần lớn thuộc nhóm tuổi 20-29 tuổi (26,8%) và 30-39 tuổi (23,8%), tuổi trung vị là 32 tuổi. Jacob L (2021), tỷ lệ lưu hành và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân có triệu chứng được theo dõi tại các BV đa khoa ở Đức thì nữ giới chiếm 54,7% và tuổi trung bình là 44,6 tuổi [4], cao tuổi hơn so với chúng tôi (32 tuổi).

##### 4.1.2. Tỷ lệ dương tính với SARS-CoV-2.

So với một số nghiên cứu khác thì tỷ lệ dương tính của chúng tôi thấp hơn. Setiadi (2022) là 15,7% [8]. Jacob L (2021), tỷ lệ lưu hành và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân có triệu chứng được theo dõi tại các BV đa khoa ở Đức là 13,8% [4]. Trong khi đó, kết quả của Mani N. S (2020), tỷ lệ dương tính SARS-CoV-2 là 5,3% [7], tương tự với chúng tôi (5,5%).

Giới tính nam và người lớn tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ liên quan đến COVID-19 dựa trên một số nghiên cứu, tuy nhiên, kết quả cho thấy tỷ lệ dương tính SARS-CoV-2 ở nữ (5,8% và ở nam (4,8%) không khác biệt nhau ( $p > 0,05$ ). Tương tự như vậy, chúng tôi cũng không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi và COVID-19. Setiadi W, tỷ lệ dương tính với COVID-19 cao hơn ở nhóm > 60 tuổi (29,6%), tiếp theo là nhóm 41-60 tuổi (24,2%). Tỷ lệ dương tính với COVID-19 thấp nhất được quan sát thấy ở trẻ em dưới năm tuổi (11,0%) so với các nhóm tuổi khác [8]. Khi đại dịch tiến triển, nhiều nghiên cứu đã tìm thấy bằng chứng những người trẻ tuổi có khả năng góp phần vào việc lây truyền COVID-19 trong cộng đồng. Boehmer T. K phát hiện ra rằng trong thời gian từ tháng 5 đến tháng 8 năm 2020, tuổi trung bình của các trường hợp mắc COVID-19 ở Hoa Kỳ đã giảm từ 46 tuổi vào tháng 5 xuống còn 37 tuổi vào tháng 7 và 38 tuổi vào tháng 8. Những người từ 20 - 29 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất trong tổng số các ca bệnh (> 20%) trong thời gian từ tháng 6 đến tháng 8 [1].

Về phân loại mức độ bệnh COVID-19, đa số

có mức độ bệnh nhẹ chiếm đến 75,8%, có 1 BN nặng (3,0%) và không có BN nào nguy kịch. Vì đa số nhiễm mức độ nhẹ nên tỷ lệ bệnh nhân được điều trị khỏi bệnh tại BV đa khoa tỉnh Ninh Thuận là rất cao (100%). Kết quả này là phù hợp với tình hình hiện nay, tất cả người bệnh hầu như đã tiêm vaccine COVID-19 mũi 2 và 3, nên bệnh khó chuyển nặng. Bên cạnh đó, hầu như những BN mắc bệnh nặng thường cao tuổi, đi kèm với bệnh nền, tuổi trung vị BN trong nghiên cứu của chúng tôi còn trẻ nên tỷ lệ khỏi bệnh cao là phù hợp.

**4.2. Nồng độ một số các xét nghiệm cận lâm sàng.** Nghiên cứu cho thấy trung vị số lượng bạch cầu ở BN mắc COVID-19 là 4.600, lympho là 1.100, tiểu cầu là 180.000, hemoglobin 12,2 g/dl, CRP > 10 mg% chỉ chiếm 9,1%, ferritin là 200 ng/mL. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung vị số lượng bạch cầu, lympho, ferritin giữa 2 nhóm nhẹ và trung bình với nặng ( $p < 0,05$ ). Chen G cho thấy những BN có mức độ bệnh trung bình thì số lượng bạch cầu giảm nhẹ, trong khi đó nhóm bệnh nặng thì bình thường hoặc tăng nhẹ [2]. Setiadi W (2022), trung vị bạch cầu lympho là 1.380 /mm<sup>3</sup>, đồng thời có sự khác biệt có ý nghĩa ( $p = 0,002$ ) giữa nhóm nhẹ so với trung bình và nặng [8]. Wang D cho kết quả số lượng tiểu cầu trung vị ở BN mắc COVID-19 là 163 x 10<sup>9</sup> /L và không có sự khác biệt có ý nghĩa ( $p > 0,05$ ) ở 2 nhóm ICU và không ICU [9]. Guan W. J (2020), trung vị hemoglobin ở BN mắc COVID-19 là 13,4 g/dl và không tìm thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm nặng và nhẹ [3].

Đối với nồng độ CRP ở BN mắc COVID-19, kết quả cho thấy tỷ lệ BN mắc COVID-19 có kết quả xét nghiệm CRP > 10mg% chỉ chiếm 9,1%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về CRP tăng giữa nhóm nhẹ với trung bình và nặng ( $p > 0,05$ ). Kết quả này khác với Guan W. J, CRP  $\geq 10$  mg/l chiếm đến 60,7% [3], sở dĩ có sự khác biệt ở đây vì nghiên cứu của tác giả được thực hiện ở giai đoạn đầu tiên của dịch COVID-19, thời điểm này chưa BN nào được tiêm vaccine, đồng thời trong nghiên cứu này của tác giả có nhiều BN mắc bệnh nặng, tỷ lệ tử vong là 1,4% [3]. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 BN (3,0%) có mức độ nặng và tỷ lệ tử vong là 0,0%.

Chen G và cộng sự (2020), nồng độ ferritin trong trường hợp nặng cao hơn rõ rệt so với trường hợp trung bình ( $p < 0,05$ ) [2]. Một phân tích máu ngoại vi của 69 bệnh nhân bị COVID-19 nặng cho thấy nồng độ ferritin tăng cao so với

những bệnh nhân không nặng. Do đó, người ta kết luận rằng nồng độ ferritin huyết thanh có liên quan chặt chẽ đến mức độ nghiêm trọng của COVID-19 [5]. Nghiên cứu của chúng tôi trung vị ferritin ở BN mắc COVID-19 là 200 ng/mL, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung vị nồng độ ferritin giữa 2 nhóm ( $p < 0,05$ ). Diện tích dưới đường cong = 0,9 với  $p < 0,001$  có ý nghĩa thống kê, như vậy nồng độ ferritin cao hoặc thấp có khả năng xác định được mức độ bệnh trung bình và nặng ở BN mắc COVID-19 với điểm cắt 266ng/ml thì độ nhạy 88% và độ đặc hiệu 92%.

## V. KẾT LUẬN

Khoảng 5,5% BN nhiễm SARS-CoV-2 đến khám và điều trị tại BV. Lympho và ferritin có giá trị rất tốt trong việc xác định mức độ bệnh trung bình và nặng ở BN nhiễm SARS-CoV-2.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Boehmer T. K, et al (2020)**, "Changing age distribution of the COVID-19 pandemic-United States, May-August 2020", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(39), 1404.
2. **Chen G, Wu D. I, Guo W, et al (2020)**, "Clinical and immunological features of severe and moderate coronavirus disease 2019", *The Journal of clinical investigation*, 130(5), 2620-2629.
3. **Guan W. J, Ni Z. Y, Hu Y, et al (2020)**, "Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China", *New England journal of medicine*, 382(18), 1708-1720.
4. **Jacob L, Koyanagi A, Smith L, et al (2021)**, "Prevalence of and factors associated with COVID-19 diagnosis in symptomatic patients followed in general practices in Germany between March 2020 and March 2021", *International Journal of Infectious Diseases*, 111, 37-42.
5. **Liu T, Zhang J, Yang Y, et al (2020)**, "The potential role of IL-6 in monitoring severe case of coronavirus disease 2019", *MedRxiv*.
6. **de Lusignan S, Dorward J, Correa A, et al (2020)**, "Risk factors for SARS-CoV-2 among patients in the Oxford Royal College of General Practitioners Research and Surveillance Centre primary care network: a cross-sectional study", *The Lancet Infectious Diseases*, 20(9), 1034-1042.
7. **Mani N. S, Budak J. Z., Lan K. F, et al (2020)**, "Prevalence of coronavirus disease 2019 infection and outcomes among symptomatic healthcare workers in Seattle, Washington", *Clinical Infectious Diseases*, 71(10), 2702-2707.
8. **Setiadi W, Rozi I. E, Safari D, et al (2022)**, "Prevalence and epidemiological characteristics of COVID-19 after one year of pandemic in Jakarta and neighbouring areas, Indonesia: A single center study", *PLoS one*, 17(5), e0268241.
9. **Wang D, et al (2020)**, "Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan", *China. Jama*, 323(11), 1061-1069.