

MÔ HÌNH BỆNH TẬT CỦA NGƯỜI BỆNH DỊCH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA DỊCH, MIỄN DỊCH VÀ DA LIỄU, BỆNH VIỆN E TỪ NĂM 2020 - 2025

Bùi Văn Dân^{1,2,✉}, Nguyễn Lê Hà¹, Phạm Thị Huyền¹

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

Khảo sát mô hình bệnh tật đóng vai trò cốt lõi trong việc đánh giá năng lực thu dung và định hướng chiến lược phát triển chuyên môn. Nghiên cứu hồi cứu mô tả được tiến hành trên 3.029 hồ sơ bệnh án nhằm phân tích đặc điểm và cơ cấu các bệnh lý dị ứng ở nhóm đối tượng điều trị nội trú tại Khoa Dịch, Miễn dịch và Da liễu, Bệnh viện E trong 5 năm (06/2020 - 05/2025). Kết quả cho thấy nữ giới chiếm ưu thế với tỷ lệ 58,57%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $47,36 \pm 22,06$ trong đó nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (35,99%). Xu hướng nhập viện và tổng số ngày giường điều trị gia tăng qua các năm (đặc biệt sau đại dịch COVID-19), đi kèm với sự gia tăng tỷ trọng người bệnh ngoại tỉnh từ 11,61% lên 31,25% ($p < 0,001$). Về cơ cấu bệnh tật, mày đay và phù mạch là chẩn đoán phổ biến nhất (40,31%), tiếp theo là dị ứng chậm (16,21%). Kết quả điều trị cho thấy 99,77% người bệnh thuyên giảm khi ra viện. Số lượng người bệnh mày đay, phù mạch nội trú gia tăng vào mùa hè và thu trong khi đối với hen phế quản và dị ứng kháng sinh, mùa xuân là thời điểm nhập viện cao điểm ($p < 0,05$). Phân tích hồi quy đa biến ghi nhận tuổi, dị ứng chậm (IRR = 1,84), dị ứng kháng sinh (IRR = 1,71), hen phế quản (IRR = 1,40) và viêm da cơ địa (IRR = 1,35) là các yếu tố độc lập làm kéo dài thời gian nằm viện ($p < 0,05$).

Từ khoá: Mô hình bệnh tật, bệnh lý dị ứng, mày đay, Bệnh viện E, người bệnh nội trú, dị ứng chậm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh dị ứng hiện nay được coi là gánh nặng sức khỏe toàn cầu và ảnh hưởng đến khoảng 30% dân số thế giới.¹ Tỷ lệ lưu hành của một số thể bệnh phổ biến là viêm mũi dị ứng (10-30%), dị ứng thuốc (10%), hen phế quản (3 - 9%) và mày đay cấp tính (20%).² Do tính chất mãn tính hoặc tái phát, nhóm bệnh này làm suy giảm nghiêm trọng chất lượng cuộc sống, làm tăng nguy cơ rối loạn tâm thần và gây gánh nặng tài chính lâu dài cho bệnh nhân. Mô hình bệnh tật của một quốc gia và cộng đồng quyết định tình trạng sức khỏe và kinh tế của quốc gia và cộng đồng đó. Tại Việt

Nam, trong khi gánh nặng bệnh dị ứng đang gia tăng theo xu hướng toàn cầu, phần lớn các nghiên cứu hiện nay chỉ tập trung vào từng thể bệnh riêng lẻ (như phản vệ, mề đay, hen phế quản hoặc dị ứng thuốc).³⁻⁵ Y văn trong nước hiện vẫn thiếu vắng các thống kê toàn diện về mô hình bệnh tật dị ứng chung tại một cơ sở khám chữa bệnh chuyên khoa.

Khoa Dịch, Miễn dịch và Da liễu, Bệnh viện E đảm nhận vai trò tiếp nhận và điều trị các bệnh lý chuyên ngành Dịch - Miễn dịch lâm sàng. Trải qua 5 năm hoạt động (2020 - 2025), việc tổng kết cơ cấu người bệnh nội trú là yêu cầu cấp thiết nhằm đánh giá thực trạng năng lực chuyên môn và định hướng phát triển trong tương lai. Xuất phát từ nhu cầu thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Mô hình bệnh tật của người bệnh dị ứng điều trị nội trú

Tác giả liên hệ: Bùi Văn Dân

Bệnh viện E

Email: buivandan@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 23/02/2026

Ngày được chấp nhận: 06/03/2026

tại Khoa Dị ứng, Miễn dịch và Da liễu, Bệnh viện E từ năm 2020 - 2025" với mục tiêu: Mô tả đặc điểm và cơ cấu bệnh tật của đối tượng người bệnh dị ứng điều trị nội trú tại khoa trong giai đoạn 5 năm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Tất cả hồ sơ người bệnh điều trị nội trú tại khoa Dị ứng, Miễn dịch và Da liễu, Bệnh viện E trong khoảng thời gian nghiên cứu được chẩn đoán bệnh lý dị ứng theo phân loại ICD 10 (thuộc chương X, XII, XIX, XXI) bao gồm các bệnh lý: hen phế quản; viêm mũi dị ứng; viêm da cơ địa; viêm kết mạc dị ứng; phản vệ; dị ứng thuốc; dị ứng vắc xin; dị ứng hóa chất, mỹ phẩm; dị ứng thức ăn; mày đay; phù mạch; viêm da tiếp xúc dị ứng; các tình trạng dị ứng chậm (ban dát sần, hồng ban đa dạng, hồng ban nhiễm sắc, hội chứng Steven- Johnson, Lyell, DRESS, AGEP...) và các tình trạng dị ứng khác.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp chưa được chẩn đoán xác định bệnh lý dị ứng.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thu thập các hồ sơ người bệnh dị ứng vào viện trong khoảng thời gian từ 6/2020 đến 5/2025 tại Khoa Dị ứng Miễn dịch và Da liễu, Bệnh viện E. Thời gian nghiên cứu từ tháng 6/2025 đến hết tháng 9/2025.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ: chọn toàn bộ hồ sơ người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ. Trong khoảng thời gian nghiên cứu, chúng tôi chọn được

3029 hồ sơ.

Nội dung nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện dựa theo mẫu trích xuất thông tin của đối tượng nghiên cứu gồm các thành phần:

- Đặc điểm tuổi, giới tính, địa chỉ, ngày nhập viện, số ngày điều trị, chẩn đoán lúc nhập viện, ra viện.

- Tình trạng ra viện: được nhận định bởi bác sĩ điều trị, được ghi nhận trên phần mềm quản lý bệnh viện và phân thành các nhóm: khỏi, đỡ, không thay đổi, nặng hơn, tiên lượng nặng xin về, tử vong.

Nghiên cứu đánh giá sự biến động về tổng số người bệnh dị ứng điều trị nội trú tại khoa Dị ứng, Miễn dịch và Da liễu; kết hợp phân tích các đặc điểm về tuổi, giới, địa chỉ, thời điểm nhập viện, chẩn đoán dị ứng, kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu theo các năm. Do khoảng thời gian bắt đầu nghiên cứu từ tháng 6/2020, do đó chúng tôi đánh giá sự thay đổi về đặc điểm hồ sơ nội trú theo các giai đoạn từng năm như sau:

- Năm 1: từ tháng 6/2020 đến hết tháng 5/2021.

- Năm 2: từ tháng 6/2021 đến hết tháng 5/2022.

- Năm 3: từ tháng 6/2022 đến hết tháng 5/2023.

- Năm 4: từ tháng 6/2023 đến hết tháng 5/2024.

- Năm 5: từ tháng 6/2024 đến hết tháng 5/2025.

Xử lý và phân tích số liệu

Thông tin từ hồ sơ bệnh án được làm sạch và lưu trên Redcap theo quy định của Bệnh viện E. Các số liệu nghiên cứu được xử lý trên phần mềm SPSS. Các biến định tính được thống kê về tỷ lệ, tần số. Các biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình

± độ lệch chuẩn; các biến có phân phối không chuẩn được mô tả bằng trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR). Các test kiểm định thống kê được trình bày dưới các hình, bảng và được đánh giá có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học trước khi thực hiện. Số liệu lưu

trữ đảm bảo không tiết lộ thông tin cá nhân của người bệnh và chỉ dành để phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được 3029 hồ sơ người bệnh nội trú

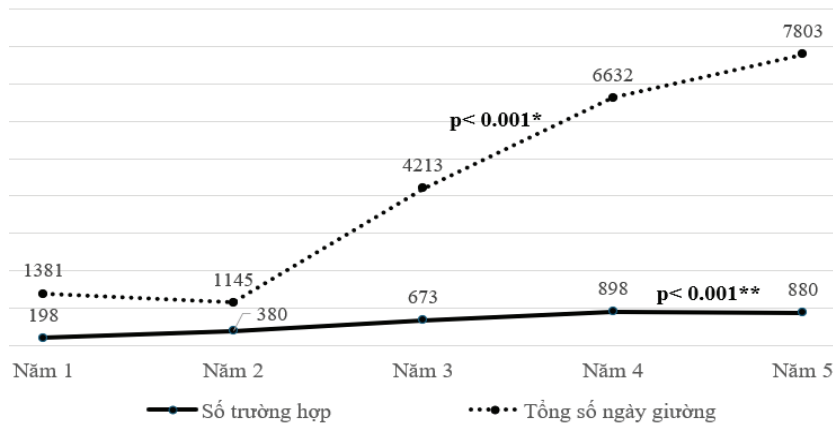
Bảng 1. Đặc điểm chung và kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n	Trung bình/ Tỷ lệ
Nữ giới	1774	58,57%*
Tuổi <i>Min - Max (tuổi)</i>	3029	47,36 ± 22,06 1 - 99
Phân loại nhóm tuổi		
Dưới 16 tuổi	268	8,85%
16 - 30 tuổi	625	20,63%
31 - 45 tuổi	595	19,64%
46 - 60 tuổi	451	14,89%
Trên 60 tuổi	1090	35,99%
Bảo hiểm	2485	82,04%
Mùa nhập viện		
<i>Mùa xuân</i>	769	25,39%
<i>Mùa hè</i>	713	25,54%
<i>Mùa thu</i>	774	25,55%
<i>Mùa đông</i>	773	25,52%
Kết quả điều trị		
<i>Đỡ</i>	3022	99,77%
<i>Không thay đổi</i>	3	0,1%
<i>Nặng hơn</i>	1	0,03%
<i>Tử vong hoặc tiên lượng nặng xin về</i>	3	0,1%
Số ngày nằm viện (ngày)	3029	5 [3 - 9]
<i>Min - Max (ngày)</i>		1 - 56

Tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế (58,57%). Tuổi trung bình của quần thể nghiên cứu là $47,36 \pm 22,06$. Độ tuổi dao động từ 1 đến 99 tuổi. Nhóm người cao tuổi (trên 60 tuổi) chiếm tỷ trọng lớn nhất (35,99%), ngược lại, nhóm trẻ em dưới 16 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (8,85%). Đa số người bệnh thuộc diện có bảo hiểm y tế (82,04%). Về thời điểm nhập viện, các mùa không có sự chênh lệch nhiều về số người bệnh nhập viện;

mùa hè có số người bệnh nhập viện thấp nhất. Tỷ lệ người bệnh xuất viện với tình trạng cải thiện chiếm đa số (99,77%). Nghiên cứu chỉ ghi nhận 7 trường hợp không cải thiện, trong đó bao gồm 3 ca tử vong hoặc tiên lượng nặng xin về. Trung vị của thời gian nằm viện là 5 ngày, dài nhất là 56 ngày.

2. Đặc điểm về số hồ sơ và tổng số ngày giường điều trị nội trú theo các năm



* Hồi quy Poisson ** Hồi quy nhị thức âm

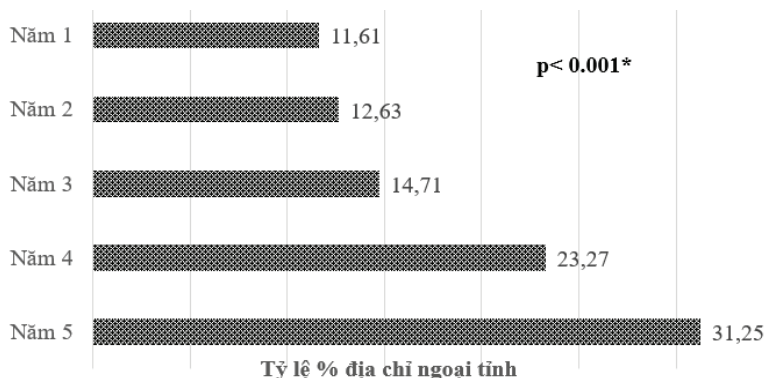
Biểu đồ 1. Số hồ sơ và tổng số ngày giường điều trị nội trú theo các năm

Số lượng người bệnh nhập viện có xu hướng tăng dần và đạt đỉnh vào năm thứ 4 (tăng gấp 4,53 lần), sau đó giảm nhẹ vào năm thứ 5. Đối với tổng số ngày giường điều trị nội trú, sau khi giảm nhẹ ở năm thứ 2, chỉ số này tiếp tục gia tăng và đạt mức cao nhất vào năm thứ 5, cao gấp 5,65 lần so với năm đầu tiên. Sự biến thiên của các chỉ số này qua các năm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3. Đặc điểm về địa chỉ của đối tượng nghiên cứu

cứu

Biểu đồ 2 phản ánh tỷ lệ người bệnh có địa chỉ ngoại tỉnh theo các năm. Kết quả nghiên cứu cho thấy phân bố địa lý của người bệnh tập trung chủ yếu tại Hà Nội. Mặc dù vậy, qua 5 năm theo dõi, nghiên cứu ghi nhận xu hướng gia tăng đáng kể của nhóm người bệnh đến từ các tỉnh thành khác ($p < 0,001$). Tỷ trọng người bệnh ngoại tỉnh tại thời điểm năm thứ 5 cao gấp 2,69 lần so với thời điểm năm thứ nhất.



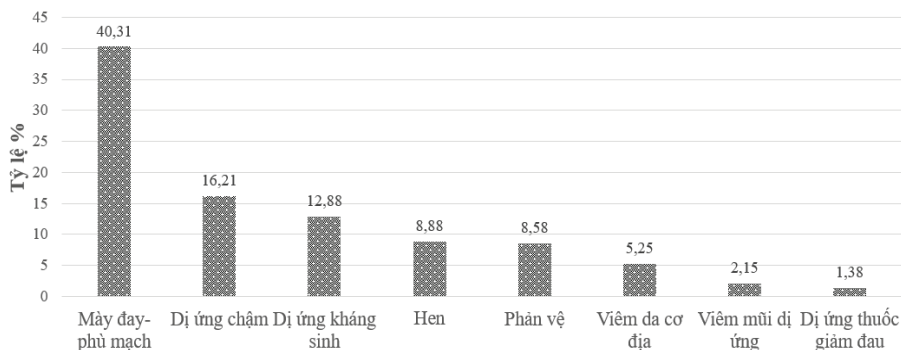
* Kiểm định Chi-Square

Biểu đồ 2. Đặc điểm về địa chỉ của đối tượng nghiên cứu

4. Đặc điểm về các bệnh lý dị ứng thường gặp

Cơ cấu các bệnh lý dị ứng ghi nhận trong nghiên cứu được trình bày chi tiết tại Biểu đồ 3. Về hình thái lâm sàng, mày đay và phù mạch là chẩn đoán phổ biến nhất, chiếm tỷ lệ 40,31%; tiếp đến là các phản ứng quá mẫn muộn

(16,21%) và phản vệ (8,58%). Phân tích về nguyên nhân, nhóm kháng sinh chiếm tỷ lệ cao nhất trong khi nhóm thuốc giảm đau ghi nhận tỷ lệ thấp hơn (1,38%). Đối với nhóm bệnh lý cơ địa đi kèm, hen phế quản có tần suất xuất hiện cao nhất, theo sau lần lượt là viêm da cơ địa và viêm mũi dị ứng.



Biểu đồ 3. Đặc điểm về cơ cấu các bệnh lý dị ứng

5. Đặc điểm các bệnh lý dị ứng phân bố theo mùa nhập viện

Bảng 2. Tỷ lệ nhập viện của các nhóm bệnh lý dị ứng theo mùa*

Bệnh lý	Tỷ lệ nhập viện theo mùa				p
	Xuân	Hè	Thu	Đông	
Mày đay- phù mạch (n = 1221)	32,51% _a	44,74% _b	46,51% _b	37,77% _a	< 0,001
Dị ứng chậm (n = 491)	17,82%	9,75%	16,41%	13,97%	0,216

Bệnh lý	Tỷ lệ nhập viện theo mùa				p
	Xuân	Hè	Thu	Đông	
Dị ứng kháng sinh (n = 390)	15,86% _a	13,74% _{a,b}	10,08% _b	11,9% _{a,b}	0.005
Hen phế quản (n = 269)	11,83% _a	8,42% _{a,b}	7,36% _b	7,89% _{a,b}	0,009
Phản vệ (n = 260)	8,97%	9,82%	7,24%	8,41%	0,34
Viêm da cơ địa (n = 159)	5,59%	5,75%	5,04%	4,66%	0,764
Viêm mũi dị ứng (n = 65)	2,47%	2,66%	1,42%	2,07%	0,354
Dị ứng thuốc giảm đau (n = 42)	1,95%	1,26%	0,78%	1,55%	0,247

* Kiểm định Chi-Square. Các chữ cái (a, b) thể hiện kết quả so sánh cặp: Các tỷ lệ mang chữ cái giống nhau thì không có sự khác biệt; các tỷ lệ mang chữ cái khác nhau có sự khác biệt có ý nghĩa ở mức $p < 0,05$

Phân tích sự phân bố của các nhóm bệnh lý dị ứng theo thời điểm nhập viện cho thấy yếu tố mùa tác động đáng kể đến tỷ lệ nhập viện của một số mặt bệnh. Đối với mày đay - phù mạch, tỷ lệ người bệnh nhập viện ghi nhận sự gia tăng đáng kể vào giai đoạn mùa hè (44,7%) và thu (46,5%), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ mắc ở mùa xuân (32,5%) và đông (37,8%) với $p < 0,001$. Hen phế quản và dị ứng kháng sinh có xu hướng bùng phát mạnh nhất vào mùa xuân, ghi nhận tỷ lệ vào viện lần lượt là 11,83% và 15,86%; chênh lệch có ý nghĩa thống kê so với thời điểm có tỷ lệ mắc thấp nhất là mùa thu (tương ứng 7,36% và 10,08%) ($p < 0,05$). Tỷ lệ ghi nhận ở mùa hè và mùa đông dao động ở mức trung gian và không có sự khác biệt rõ rệt. Sự phân bố của dị ứng chàm, phản vệ, viêm da cơ địa, viêm mũi dị ứng và dị ứng thuốc giảm đau tương đối đồng đều quanh năm. Nghiên cứu chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ người bệnh nội trú chẩn đoán các bệnh lý này giữa 4 mùa (tất cả các giá trị $p > 0,05$).

6. Thời gian nằm viện và các yếu tố liên quan

Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian nằm viện được trình bày ở Bảng 3 dưới đây. Kết quả nghiên cứu ghi nhận có 5 yếu tố tiên lượng độc lập kéo dài thời gian nằm viện của người bệnh ($p < 0,05$). Nhóm người bệnh có biểu hiện dị ứng chàm và dị ứng kháng sinh có số ngày điều trị kéo dài hơn đáng kể so với nhóm không mắc, với tỷ số tỷ lệ mắc (IRR) lần lượt là 1,84 (KTC 95%: 1,62 - 2,09; $p < 0,001$) và 1,71 (KTC 95%: 1,49 - 1,96; $p < 0,001$). Bên cạnh đó, hen phế quản hoặc viêm da cơ địa cũng làm tăng thời gian điều trị dự kiến thêm lần lượt 40% (IRR = 1,40; $p < 0,001$) và 35% (IRR = 1,35; $p = 0,001$). Về đặc điểm nhân khẩu học, độ tuổi của người bệnh cho thấy mối tương quan thuận chiều với số ngày điều trị. Ước tính cứ tăng thêm 1 tuổi thì thời gian nằm viện kéo dài thêm khoảng 0,5% (IRR = 1,005; $p < 0,001$). Giới tính, địa chỉ (Hà Nội hay ngoại tỉnh) và một số mặt bệnh dị ứng (mày đay, phản vệ, viêm mũi dị ứng, dị ứng thuốc giảm đau) không cho thấy mối liên quan độc lập đến số ngày điều trị trong nghiên cứu này ($p > 0,05$).

Bảng 3. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến số ngày điều trị *

Yếu tố	IRR (Exp B)	Khoảng tin cậy 95%	p
Giới tính (nam/nữ)	1,08	0,99 - 1,16	0,094
Tuổi	1,005	1,003 - 1,007	< 0,001
Địa chỉ (Hà Nội/ngoại tỉnh)	0,922	0,84 - 1,02	0,104
Mày đay	1,06	0,97 - 1,17	0,2
Dị ứng chậm	1,84	1,62 - 2,09	< 0,001
Dị ứng kháng sinh	1,71	1,49 - 1,96	< 0,001
Hen phế quản	1,4	1,22 - 1,62	< 0,001
Phản vệ	0,87	0,75 - 1,01	0,069
Viêm da cơ địa	1,35	1,13 - 1,62	0,001
Viêm mũi dị ứng	0,98	0,75 - 1,29	0,981
Dị ứng thuốc giảm đau	0,99	0,72 - 1,39	0,994

* Hồi quy đa biến nhị thức âm

IV. BÀN LUẬN

Trong 5 năm khảo sát tại Bệnh viện E, nghiên cứu ghi nhận 3.029 trường hợp nhập viện, trong đó giới nữ chiếm ưu thế rõ rệt so với giới nam. Tại Hàn Quốc, khảo sát trên hơn 92.000 người trưởng thành (2007 - 2022) cho thấy tỷ suất mắc bệnh dị ứng ở nữ luôn cao hơn nam.⁶ Tương tự, các nghiên cứu trong nước về dị ứng thuốc của Trần Thị Phương Chi tại Bệnh viện Đà Nẵng, bệnh lý mày đay ở Bệnh viện Da liễu Trung ương hoặc phản vệ tại Bệnh viện Tâm Anh đều báo cáo tỷ lệ nữ giới chiếm đa số, dao động từ 58% đến 63%.³⁻⁵ Đặc biệt đối với hen phế quản, giới nữ không chỉ có tỷ lệ mắc cao hơn (9,6% so với 6,3% ở nam) mà còn có tiên lượng nặng hơn.⁷ Phụ nữ có nguy cơ nhập viện do đợt cấp cao gấp 3 lần và suy giảm chức năng hô hấp nghiêm trọng hơn nam giới.⁸ Thực tế này cũng được phản ánh qua nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ với tỷ lệ nữ nhập viện vì hen không kiểm soát chiếm tới 55%.⁹

Dữ liệu nghiên cứu cho thấy dải tuổi của người bệnh dao động từ 1 đến 99 tuổi, phản ánh tính đa dạng trong cơ cấu người bệnh nội trú tại Khoa Dị ứng, Miễn dịch và Da liễu. Tuy nhiên, khi phân tích sâu hơn về cấu trúc nhóm tuổi, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ người bệnh nhi (từ 15 tuổi trở xuống) chiếm tỷ trọng khá khiêm tốn (5,03%). Kết quả này không phản ánh tần suất mắc bệnh thực tế trong cộng đồng mà chịu sự chi phối của mô hình tổ chức khám chữa bệnh tại Bệnh viện E. Cụ thể, bên cạnh Khoa Dị ứng, Miễn dịch và Da liễu, Khoa Nội Nhi tổng hợp cũng là đơn vị song song tiếp nhận và điều trị nhóm bệnh lý này. Do đó, lưu lượng người bệnh nhi được phân luồng về cả hai chuyên khoa nên tỷ lệ người bệnh nhi khoa thấp trong nghiên cứu của chúng tôi. Đối với nhóm người cao tuổi, mặc dù tần suất khởi phát các bệnh lý dị ứng mới không gia tăng đột biến, nhưng chỉ định nhập viện lại thường xuyên hơn do mức độ trầm trọng của bệnh cảnh lâm sàng. Sự suy

giảm chức năng sinh lý kết hợp với tình trạng đa bệnh lý nền đòi hỏi các can thiệp y tế phức tạp hơn so với người trẻ. Đặc biệt, hiện tượng «đa thuốc» (polypharmacy) trong điều trị các bệnh mạn tính là yếu tố nguy cơ then chốt làm gia tăng tỷ lệ dị ứng thuốc ở đối tượng này. Nhận định trên tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Phương Chi và cộng sự tại Bệnh viện Đà Nẵng, trong đó nhóm người bệnh dị ứng thuốc trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất.⁵

Về cơ cấu chi trả viện phí, nghiên cứu ghi nhận nhóm người bệnh thuộc diện hưởng bảo hiểm y tế chiếm tỷ trọng áp đảo (85,3%); trong khi đó, nhóm đối tượng thanh toán theo hình thức dịch vụ chỉ chiếm thiểu số. Kết quả này hoàn toàn tương thích với đặc thù của Bệnh viện E - một cơ sở y tế công lập, nơi tiếp nhận lượng lớn người bệnh trong hệ thống an sinh xã hội, do đó, tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế trong điều trị nội trú luôn duy trì ở mức cao.

Về đặc điểm phân bố theo thời gian, kết quả phân tích cho thấy số lượng người bệnh dị ứng nhập viện phân bố tương đối đồng đều giữa các mùa trong năm. Tuy nhiên, khi phân tích sự phân bố của từng nhóm bệnh lý dị ứng theo mùa nhập viện cho thấy số lượng người bệnh nhập viện vì mày đay - phù mạch tăng cao hơn đáng kể vào mùa hè và mùa thu; giảm vào mùa đông - xuân. Khả năng kiểm soát mày đay mạn tính thường suy giảm rõ rệt vào mùa hè. Sự biến thiên này chịu tác động kép từ yếu tố môi trường (gia tăng nồng độ ozone) và tình trạng bùng phát phản ứng viêm hệ thống (tăng bạch cầu, CRP, D-dimer). Đặc biệt, nồng độ D-dimer tăng cao được xác định là dấu ấn sinh học độc lập giúp tiên lượng tình trạng kiểm soát bệnh kém.¹⁰ Trong nghiên cứu của chúng tôi, số người bệnh hen phế quản nhập viện cao nhất vào mùa xuân, sau đó lần lượt là mùa hè, mùa đông và mùa thu. Nguyễn Thị Trang Nhung và cộng sự đã báo cáo các bệnh lý viêm đường hô hấp dưới (bao gồm hen phế quản) gia tăng

mức độ nặng liên quan đến nồng độ các chất ô nhiễm không khí (đặc biệt là PM2.5, PM10, NO2); những chất này thường tăng cao vào mùa đông và xuân tại miền Bắc.¹¹ Ngoài trừ sự gia tăng đáng kể của nhóm người bệnh nội trú dị ứng kháng sinh vào mùa xuân, các mặt bệnh dị ứng còn lại ghi nhận sự phân bố tương đối đồng đều qua các mùa trong năm. Tuy nhiên, do giới hạn dữ liệu tại một trung tâm, xu hướng dịch tễ này đòi hỏi sự đối chiếu và kiểm chứng thêm thông qua các nghiên cứu đa cơ sở trong tương lai.

Số liệu ghi nhận cho thấy lưu lượng người bệnh nội trú ở mức thấp trong hai năm đầu (06/2020 - 05/2022) và có xu hướng tăng trưởng rõ rệt trong các năm tiếp theo. Sự sụt giảm trong giai đoạn đầu chịu tác động kép từ bối cảnh đại dịch COVID-19 khi các biện pháp giãn cách xã hội và sự quá tải hệ thống y tế đã làm giảm đáng kể tỷ lệ nhập viện của nhóm bệnh không lây nhiễm.¹² Về đặc thù bệnh học, khác với các cấp cứu khẩn cấp, bệnh lý dị ứng thường cho phép trì hoãn can thiệp. Tâm lý e ngại lây nhiễm chéo tại cơ sở y tế đã khiến người bệnh hạn chế tối đa việc tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh nội trú trong giai đoạn này. Tuy nhiên, từ tháng 06/2022, khi dịch bệnh thoái trào, số lượng người bệnh đã có sự hồi phục và gia tăng đột biến. Bên cạnh sự bình thường hóa hoạt động y tế, y văn thế giới (nghiên cứu tại Anh, Nhật, Hàn Quốc) cũng ghi nhận mối liên hệ tiềm năng giữa tiền sử nhiễm COVID-19 và sự gia tăng tỷ lệ mắc mới các bệnh lý dị ứng (hen, viêm mũi, viêm da cơ địa).¹³ Đặc biệt, một yếu tố nội tại quan trọng đóng góp vào xu hướng tăng trưởng này là sự phát triển về quy mô của khoa. Được thành lập cùng thời điểm khởi phát dịch (tháng 06/2020), sau giai đoạn khó khăn ban đầu, khoa đã từng bước mở rộng chỉ tiêu giường bệnh và triển khai thành công nhiều kỹ thuật chuyên sâu, qua đó gia tăng đáng kể lưu lượng người bệnh tiếp cận các dịch vụ y tế tại

khoa, bao gồm cả hoạt động điều trị nội trú.

Một điểm đáng lưu ý khác là trong khi lượt nhập viện có xu hướng giảm nhẹ sau khi đạt đỉnh ở năm thứ 4, thì tổng số ngày giường điều trị nội trú lại tiếp tục gia tăng. Hiện tượng này phản ánh sự thay đổi về cơ cấu mặt bệnh theo hướng gia tăng tỷ trọng các ca bệnh nặng và phức tạp. Cụ thể, trong 3 năm cuối, khoa ghi nhận sự gia tăng đột biến số lượng người bệnh dị ứng kháng sinh. Đây là nhóm bệnh lý đặc thù đòi hỏi chẩn đoán nguyên nhân và giảm miễn cảm, do đó yêu cầu thời gian điều trị dài ngày hơn. Dưới góc độ quản lý bệnh viện, trong bối cảnh quỹ giường bệnh thực kê không thay đổi giữa hai năm cuối, việc tiếp nhận một lượng lớn người bệnh có thời gian nằm viện kéo dài đã làm giảm tốc độ xoay vòng giường bệnh. Hệ quả là mặc dù công suất sử dụng giường bệnh luôn duy trì ở mức bão hòa, khả năng tiếp nhận thêm các lượt người bệnh mới (đặc biệt là các ca bệnh ngắn ngày) bị hạn chế, dẫn đến sự sụt giảm về tổng số lượt nhập viện như đã ghi nhận.

Phân tích đặc điểm địa dư cho thấy nhóm người bệnh cư trú tại Hà Nội chiếm phần lớn. Điều này phản ánh đúng quy luật về khả năng tiếp cận y tế, trong đó khoảng cách địa lý đóng vai trò then chốt quyết định hành vi lựa chọn cơ sở điều trị của người dân. Nghiên cứu của Trần Thị Phương Chi và cộng sự về tình hình dị ứng thuốc tại Bệnh viện Đà Nẵng, cũng báo cáo tỷ lệ người bệnh nội trú là người địa phương chiếm đa số (74,1%).⁵ Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ người bệnh ngoại tỉnh (ngoài Hà Nội) tăng trưởng liên tục, từ mức 11,61% ở năm đầu tiên lên 31,25% vào năm thứ năm. Sự gia tăng tỷ lệ người bệnh ngoại tỉnh phù hợp với chức năng của bệnh viện tuyến Trung ương trong việc tiếp nhận các trường hợp bệnh lý chuyên khoa. Điều này cho thấy mô hình người bệnh tại khoa đang có sự thay đổi, mở rộng từ phạm vi địa phương sang

các khu vực địa lý xa hơn.

Về cơ cấu bệnh tật, mày đay và phù mạch là nhóm bệnh lý chiếm ưu thế hàng đầu trong nghiên cứu. Kết quả này hoàn toàn tương đồng với các dữ liệu dịch tễ học đã công bố, trong đó ghi nhận khoảng 20% dân số từng trải qua ít nhất một đợt mày đay cấp trong đời.² Đứng ở vị trí thứ hai là nhóm dị ứng chậm. Đây là tập hợp các bệnh cảnh lâm sàng đa dạng thường có tổn thương nghiêm trọng và diễn biến lâm sàng nặng dẫn đến tăng tỷ lệ nhập viện nội trú. Các mặt bệnh còn lại được ghi nhận với tần suất giảm dần lần lượt là: dị ứng kháng sinh, hen phế quản, phản vệ, viêm da cơ địa và viêm mũi dị ứng. Một điểm đáng lưu ý là mặc dù viêm mũi dị ứng và viêm da cơ địa là các bệnh lý mạn tính có độ lưu hành cao trong cộng đồng, tỷ lệ ghi nhận trong nghiên cứu nội trú lại khá khiêm tốn. Sự nghịch lý này phản ánh đúng thực hành lâm sàng hiện nay: đa số các trường hợp này được kiểm soát hiệu quả tại phòng khám ngoại trú và chỉ nhập viện khi có đợt cấp nặng hoặc là bệnh lý đồng mắc đi kèm với các tình trạng cấp tính khác

Kết quả can thiệp y khoa tại khoa đạt hiệu quả cao, với đại đa số người bệnh đáp ứng điều trị khi xuất viện và tỷ lệ tiên lượng nặng xin về/tử vong chiếm tỷ lệ rất thấp. Điều này có thể giải thích: ngoại trừ các trường hợp cấp cứu khẩn cấp, phần lớn các bệnh lý dị ứng có diễn biến ít đe dọa tính mạng trực tiếp hơn so với các bệnh lý tim mạch, hô hấp... Một nguyên nhân liên quan đến quy trình phân luồng người bệnh tại Bệnh viện E: các trường hợp dị ứng mức độ nặng được ưu tiên điều trị tại chuyên khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực; khi tình trạng bệnh ổn định hơn mới được chuyển tiếp điều trị tại Khoa Dị ứng, Miễn dịch và Da liễu.

Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy tuổi có tương quan thuận với thời gian lưu viện, trong khi giới tính và địa chỉ không ghi nhận ý nghĩa thống kê. Sự kéo dài ngày điều trị ở

nhóm người cao tuổi - quần thể chiếm tỷ trọng lớn nhất trong nghiên cứu - hoàn toàn phù hợp với thực tiễn lâm sàng. Tình trạng đa bệnh lý nền kết hợp với hiện tượng “đa thuốc” và sự suy giảm, rối loạn miễn dịch ở nhóm đối tượng này không chỉ làm tăng nguy cơ phơi nhiễm dị nguyên mà còn gia tăng đáng kể tính phức tạp trong quá trình chẩn đoán và điều trị.

Phân tích tác động của mặt bệnh lên thời gian lưu viện cho thấy, các phản ứng dị ứng chậm là yếu tố dự báo mạnh nhất với chỉ số IRR đạt 1,84, theo sau là nhóm dị ứng kháng sinh. Gánh nặng thời gian ở nhóm quá mẫn muộn hoàn toàn phù hợp với bối cảnh lâm sàng, do phổ bệnh này bao gồm các thể phản ứng da nghiêm trọng như hội chứng Stevens-Johnson, Lyell, DRESS hay AGEP. Đây đều là những bệnh cảnh phức tạp, có thể gây nhiều biến chứng nặng nề, đòi hỏi chế độ chăm sóc tích cực và phục hồi dài ngày. Đối với dị ứng kháng sinh, số ngày nằm viện gia tăng xuất phát từ đặc thù của quy trình can thiệp chuyên sâu. Quản lý nhóm bệnh này không đơn thuần là kiểm soát triệu chứng cấp tính, mà bao gồm các bước xác định chính xác dị nguyên (thông qua test dị ứng) và thực hiện giải mẫn cảm khi có chỉ định. Đặc biệt, các phác đồ giải mẫn cảm chậm yêu cầu sự giám sát y tế nghiêm ngặt liên tục nhiều ngày tại bệnh viện, qua đó trực tiếp kéo dài tổng thời gian điều trị so với các mặt bệnh dị ứng thông thường.

Hai bệnh lý hen phế quản và viêm da cơ địa ghi nhận sự gia tăng đáng kể về thời gian nằm viện, với tỷ lệ tăng lần lượt là 40% và 35%. Mặc dù, đây là các bệnh lý mạn tính chủ yếu được quản lý ngoại trú, nhưng những trường hợp nhập viện thường rơi vào tình trạng nặng hoặc kháng trị. Đặc biệt đối với hen phế quản, nguy cơ tử vong và mức độ suy giảm chất lượng cuộc sống nghiêm trọng là những yếu tố quan trọng kéo dài thời gian theo dõi và điều trị nội trú. Các bệnh lý như mày đay, phù mạch, phản

vệ, viêm mũi dị ứng và dị ứng thuốc giảm đau không cho thấy tác động đáng kể đến thời gian điều trị nội trú trong mô hình nghiên cứu này.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Trước hết, do thiết kế hồi cứu mô tả được thực hiện đơn trung tâm tại một bệnh viện tuyến trung ương, làm hạn chế khả năng tổng quát hóa kết quả cho toàn bộ quần thể người bệnh dị ứng tại các tuyến y tế khác. Việc tập trung hoàn toàn vào đối tượng nội trú có thể chưa phản ánh trọn vẹn phổ bệnh dị ứng trong cộng đồng, nơi các thể bệnh nhẹ như viêm mũi dị ứng hay viêm da cơ địa thường được quản lý hiệu quả tại phòng khám ngoại trú. Ngoài ra, tỷ lệ người bệnh nhi khoa chiếm tỷ trọng thấp (5,03%). Bối cảnh đại dịch COVID-19 trong giai đoạn đầu nghiên cứu đã gây ra những biến động bất thường về lưu lượng người bệnh nhập viện do các biện pháp giãn cách xã hội. Bên cạnh đó, do đặc thù của thiết kế hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án, nghiên cứu vẫn còn những hạn chế nhất định trong việc đánh giá nguyên nhân dị ứng và phân tích các kiểu hình lâm sàng chi tiết của từng nhóm bệnh lý dị ứng cụ thể.

V. KẾT LUẬN

Đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam báo cáo về mô hình bệnh lý dị ứng tại một trung tâm chuyên khoa với khoảng thời gian khảo sát kéo dài. Lưu lượng điều trị nội trú có xu hướng tăng trưởng mạnh mẽ ở giai đoạn hậu đại dịch COVID-19, với sự chiếm ưu thế của đối tượng nữ giới và người cao tuổi. Trong cơ cấu mặt bệnh, mày đay - phù mạch là chẩn đoán thường gặp nhất. Gánh nặng điều trị (thể hiện qua thời gian nằm viện kéo dài) tập trung chủ yếu ở nhóm người bệnh cao tuổi và các bệnh lý đòi hỏi quá trình điều trị phức tạp như dị ứng chậm, dị ứng kháng sinh, hen phế quản và viêm da cơ địa. Việc ghi nhận sự biến thiên theo mùa của một số bệnh lý đã tạo cơ sở khoa học quan trọng cho công tác hoạch định nguồn

lực và chiến lược quản lý lâm sàng. Từ những dữ liệu này, các nghiên cứu tiếp theo cần mở rộng khảo sát trên quần thể ngoại trú, đồng thời đánh giá sâu thêm về nguyên nhân dị ứng và đặc điểm của các mặt bệnh cụ thể để bổ sung dữ liệu vào khoảng trống y văn hiện tại.

TÀI LIỆU THAM KHÁC

1. Shin YH, Hwang J, Kwon R, et al. Global, regional, and national burden of allergic disorders and their risk factors in 204 countries and territories, from 1990 to 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Allergy*. 2023; 78(8): 2232-2254. doi:10.1111/all.15807.
2. Aldakheel FM. Allergic Diseases: A Comprehensive Review on Risk Factors, Immunological Mechanisms, Link with COVID-19, Potential Treatments, and Role of Allergen Bioinformatics. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(22): 12105. doi:10.3390/ijerph182212105.
3. Nguyễn Thị Thuỳ Ninh, Nguyễn Văn Đoàn. Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phản vệ ở Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 535(1). doi:10.51298/vmj.v535i1.8346.
4. Nguyễn Thị Kim Cúc, Lê Huyền My, Chu Nhật Uyên, và cs. Sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm giữa các thể mày đay mạn tính tại Việt Nam. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2025; 191(6): 209-216. doi:10.52852/tcncyh.v191i6.3505.
5. Trần Thị Phương Chi, Hoàng Thị Lâm. Tình trạng tổn thương gan do dị ứng thuốc tại bệnh viện Đà Nẵng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 521(2). doi:10.51298/vmj.v521i2.4103.
6. Yim Y, Jo H, Park S, et al. Sex-Specific and Long-Term Trends of Asthma, Allergic Rhinitis, and Atopic Dermatitis in South Korea, 2007-2022: A Nationwide Representative Study. *Int Arch Allergy Immunol*. Published online September 16, 2024; 1-18. doi:10.1159/000540928.
7. Fuseini H, Newcomb DC. Mechanisms Driving Gender Differences in Asthma. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2017; 17(3): 19. doi:10.1007/s11882-017-0686-1.
8. Borrelli R, Brussino L, Lo Sardo L, et al. Sex-Based Differences in Asthma: Pathophysiology, Hormonal Influence, and Genetic Mechanisms. *Int J Mol Sci*. 2025; 26(11): 5288. doi:10.3390/ijms26115288.
9. Nguyễn Ngọc Hân, Nguyễn Thị Hồng Minh, Đỗ Thị Thanh Trà. Kết quả kiểm soát hen phế quản và một số yếu tố liên quan đến kiểm soát hen phế quản không hoàn toàn. *Tạp chí Dược học Cần Thơ*. 2024; (74): 126-131. doi:10.58490/ctump.2024i74.2551.
10. Alpagat G, Kalpaklioglu AF, Baccioglu A. Impact of Seasonal, Environmental, and Inflammatory Factors on Chronic Urticaria Activity and Serum Biomarkers: A Prospective Cohort Study. *J Clin Med*. 2026; 15(2): 645. doi:10.3390/jcm15020645.
11. Nguyen Thi Trang Nhung, Schindler C, Dien TM, et al. Acute effects of ambient air pollution on lower respiratory infections in Hanoi children: An eight-year time series study. *Environ Int*. 2018; 110: 139-148. doi:10.1016/j.envint.2017.10.024.
12. Birkmeyer JD, Barnato A, Birkmeyer N, et al. The Impact Of The COVID-19 Pandemic On Hospital Admissions In The United States: Study examines trends in US hospital admissions during the COVID-19 pandemic. *Health Aff (Millwood)*. 2020; 39(11): 2010-2017. doi:10.1377/hlthaff.2020.00980.
13. Oh J, Lee M, Kim M, et al. Incident allergic diseases in post-COVID-19 condition: multinational cohort studies from South Korea, Japan and the UK. *Nat Commun*. 2024; 15(1): 2830. doi:10.1038/s41467-024-47176-w.

Summary

DISEASE PATTERNS OF ALLERGIC INPATIENTS AT THE DEPARTMENT OF ALLERGY, IMMUNOLOGY AND DERMATOLOGY, E HOSPITAL FROM 2020- 2025

Investigating disease spectrum plays a core role in evaluating healthcare capacity and guiding strategic professional development. A retrospective descriptive study was conducted on 3,029 medical records to analyze the characteristics and spectrum of allergic diseases among inpatients at the Department of Allergy, Immunology and Dermatology, E Hospital, over a 5-year period (June 2020 - May 2025). Results revealed a female predominance, representing 58.57%. The mean age of the study population was 47.36 ± 22.06 years old, where 35.99% was > 60 years old. Hospital admissions and total inpatient days exhibited an upward trend over the years (particularly in the post-COVID-19 period), accompanied by a significant increase in the proportion of out-of-province patients from 11.61% to 31.25% ($p < 0.001$). Regarding the disease spectrum, urticaria and angioedema were the most prevalent diagnoses (40.31%), followed by delayed hypersensitivity reactions (16.21%). Treatment outcomes showed that 99.77% of patients achieved clinical remission upon discharge. The number of inpatients with urticaria and angioedema increased during summer and autumn, whereas spring was the peak admission season for asthma and antibiotic allergies ($p < 0.05$). Multivariate regression analysis identified age, delayed hypersensitivity reactions (IRR = 1.84), antibiotic allergies (IRR = 1.71), asthma (IRR = 1.40), and atopic dermatitis (IRR = 1.35) as independent factors prolonging the length of hospital stay ($p < 0.05$). The average length of stay was 6.99 ± 6.06 days, with anti-tuberculosis drug allergies requiring the longest hospitalization. Hospital admissions and total inpatient days exhibited an upward trend over the years (particularly in the post-COVID-19 period), accompanied by a steady increase in the proportion of out-of-province patients from 11.61% to 31.25%.

Keywords: Disease pattern, allergic diseases, urticaria, antibiotic allergy, E Hospital, inpatients, delayed hypersensitivity.