

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1
Số: 264/BC-BVNĐ1

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc
Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 14 tháng 10 năm 2024

DANH SÁCH ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC PHÂN LOẠI PHẠM VI ẢNH HƯỞNG NĂM 2024

Kính gửi:

- Ban Giám Đốc Sở Y tế
- Hội đồng công nhận sáng kiến Sở Y tế

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
Xét phạm vi ảnh hưởng cấp cơ sở (Hội đồng của Sở Y tế duyệt)					
1.	Báo cáo loạt ca mắc bệnh u hạt mãn tính - nhóm suy giảm chức năng bạch cầu trung tính bẩm sinh thường gặp nhất	Bà Phan Nguyễn Liên Anh, Phó trưởng khoa Sốt xuất huyết – Huyết học, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Ông Nguyễn Minh Tuấn, Trưởng khoa Sốt xuất huyết – Huyết học, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Bà Cao Trần Thu Cúc, Bác sĩ khoa Sốt xuất huyết – Huyết học, Bệnh viện Nhi Đồng 1	442/QĐ-BVNĐ1 ngày 27/3/2024	Đây là nghiên cứu mô tả trên 5 bệnh nhân từ 01/03/2019 đến 01/03/2022 ở khoa Huyết học của Bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Trong 5 ca CGD, 4/5 ca khởi phát nhiễm trùng ngay sau sinh. 5/5 ca đều có viêm phổi hoại tử. 4/5 ca có áp-xe mô mềm hoặc áp-xe tạng tái phát, tác nhân nhiễm trùng phân lập được là vi khuẩn hoặc vi nấm catalase dương. 5/5 đều có giảm chỉ số NOI trên xét nghiệm DHR. Kết quả phân tích WES chỉ 2 ca là bé trai mang đột biến CYBB gây X-CGD. Ngoài kháng sinh phổ rộng, kháng nấm dùng 2/5 ca và 1/5 phải điều trị kháng lao. Kết quả có 3 ca biến chứng dẫn phế quản và 1 ca tử vong lúc gần 7 tuổi. Kết luận: CGD là nhóm có thể chẩn đoán sớm nhưng đang bị bỏ sót. Việc chẩn đoán sớm để điều trị dự phòng tránh nhiễm trùng nặng tái phát, tử vong sớm và ghép tế bào gốc tạo máu muộn. Nghiên cứu lần đầu báo cáo đầy đủ đặc điểm đột biến gen trên bệnh nhi mắc u hạt mãn tính tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, góp phần làm giàu thư viện bệnh học, làm rõ tính đa dạng trong nhóm bệnh này. Báo cáo nhấn mạnh vai trò quan trọng của chẩn đoán di truyền sớm giúp chẩn đoán và điều trị chính xác, kịp thời, tư vấn di truyền phù hợp. Phát hiện sớm và điều trị phòng ngừa phù hợp

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					giúp giảm tần suất nhiễm trùng nặng, kéo dài thời gian sống và giảm biến chứng, thay đổi tiên lượng. <i>Kết quả nghiên cứu đã được đăng trên tạp chí Y học Việt Nam. Phụ bản tập 532 - Tháng 11- Số đặc biệt - Năm 2023</i>
2.	Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán độ lạnh và ác tính của u buồng trứng ở trẻ em theo phân loại IOTA	Bà Nguyễn Bùi Thùy Diễm, Bác sĩ khoa Chẩn đoán Hình ảnh – Siêu âm, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Ông Nguyễn Hữu Chí, Trưởng khoa Chẩn đoán Hình ảnh – Siêu âm, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Bà Huỳnh Nhất Hạnh Nhân, Phó trưởng khoa Chẩn đoán Hình ảnh – Siêu âm, Bệnh viện Nhi Đồng 1	443/QĐ-BVND1 ngày 27/3/2024	Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 122 bệnh nhân với 129 u buồng trứng được phẫu thuật từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2022 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: 122 bệnh nhân với 129 u buồng trứng được phẫu thuật thỏa tiêu chí chọn mẫu, trong đó có 99 u lành tính (chiếm 76,7%) và 30 u ác tính (chiếm 23,3%) dựa trên kết quả giải phẫu bệnh. Trong cả hai nhóm u lành tính và ác tính, u tế bào mầm chiếm đa số (56,6% và 13,5%). Đa số u buồng trứng ở trẻ em có nguồn gốc từ tế bào mầm chiếm 70%, tiếp đến là u biểu mô chiếm 19% và u mô đệm - dây sinh dục chiếm 6%. Siêu âm theo phân loại IOTA có thể áp dụng được 78,3% các trường hợp u buồng trứng được phẫu thuật. Sau khi loại các trường hợp không phân loại được chiếm 21,7%, chỉ xét hai nhóm lành tính và ác tính, dùng hệ số Kappa để đo mức độ đồng thuận với phân loại mô bệnh học cho thấy mức độ đồng thuận rất tốt $K = 0,89$, KTC 95% từ 0,79 đến 1,00 với $p < 0,001$. Khả năng dự đoán độ ác tính của u buồng trứng bằng siêu âm theo quy luật đơn giản trong nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy 92% (KTC 95%: 73,97 - 99,02%), độ đặc hiệu 97,4% (KTC 95%: 90,82 - 99,68%), giá trị dự báo dương tính 92%, giá trị dự báo âm tính 97,37% và độ chính xác là 96,04%. Kết luận: Siêu âm theo quy luật đơn giản của IOTA có giá trị tốt trong chẩn đoán độ lạnh và ác tính của u buồng trứng ở trẻ em với độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao, là lựa chọn nên được áp dụng thường quy để tiên đoán độ lạnh và ác tính của u buồng trứng ở trẻ em trước phẫu thuật. Nghiên cứu có tính ứng dụng trong lâm sàng ngoại phụ khoa - ung bướu nhi khoa và chẩn đoán hình ảnh siêu âm nhi khoa.

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
3.	Đánh giá kết quả thực hiện xét nghiệm thời gian máu chảy tại bệnh viện Nhi Đồng 1	Bà Bùi Đoàn Xuân Linh, Bác sĩ khoa Xét nghiệm Huyết học, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Bà Giang Thị Dung, Nhân viên khoa Xét nghiệm Huyết học, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Bà Huỳnh Thị Thanh Loan, Nhân viên khoa Xét nghiệm Huyết học, Bệnh viện Nhi Đồng 1	444/QĐ-BVNĐ1 ngày 27/3/2024	Đây là nghiên cứu hồi cứu trên 78208 bệnh nhân từ 25/12/2018 đến 31/12/2022 ở khoa Xét nghiệm Huyết học của Bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Qua nghiên cứu trên 78208 bệnh nhi được thực hiện xét nghiệm thời gian máu chảy tại bệnh viện Nhi Đồng 1, chúng tôi rút ra kết luận như sau: Tỷ lệ kết quả xét nghiệm thời gian máu chảy kéo dài trung bình một năm là 8,9/100.000 ca. Tỷ lệ kết quả xét nghiệm thời gian máu chảy kéo dài thuộc nhóm bệnh lý huyết học là 5/7 ca (#71%), và nhóm không phải bệnh lý huyết học 2/7 ca (#29%). Không có mối tương quan giữa thời gian máu chảy và chảy máu ngay sau mổ ở bệnh nhân mổ tim. Kết luận: Chỉ thực hiện xét nghiệm thời gian máu chảy ở bệnh nhi có nghi ngờ bất thường liên quan đến bệnh lý huyết học. Dừng thực hiện xét nghiệm thời gian máu chảy ở bệnh nhi. Kết quả nghiên cứu đã cung cấp bằng chứng khoa học thuyết phục Đơn vị ngưng thực hiện xét nghiệm thời gian máu chảy trên tất cả các bệnh nhi tiền phẫu thuật. Chỉ thực hiện xét nghiệm thời gian máu chảy với vai trò là xét nghiệm sàng lọc trên những bệnh nhi nghi ngờ có bất thường về huyết học mà chưa thể làm các xét nghiệm chẩn đoán đặc hiệu.
4.	Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và sự phục hồi của hội chứng Guillain - Barré tại Khoa Nhiễm - Thần Kinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1, Thành phố Hồ Chí Minh	Ông Nguyễn Minh Tuấn, Bác sĩ khoa Nhiễm - Thần kinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Bà Nguyễn Kiến Minh, Nguyên Phó trưởng khoa Nhiễm - Thần kinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Ông Lý Hiên Khánh, Bác sĩ khoa Nhiễm - Thần kinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Bà Trần Thanh Trúc, Bác sĩ khoa Nhiễm - Thần kinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1 4/ Bà Nguyễn Thị Thùy Vân, Bác sĩ khoa Nhiễm -	445/QĐ-BVNĐ1 ngày 27/3/2024	Đây là nghiên cứu tiến cứu trên 40 bệnh nhân từ 01/01/2021 đến 31/12/2022 ở khoa Nhiễm - Thần Kinh của bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Tuổi trung vị = 10 tuổi. Dưới 3 tuổi chiếm tỷ lệ 5%, từ 10 tuổi trở lên chiếm 52,5%. Nam giới chiếm 82,5%. Tỷ lệ tiền nhiễm là 77,5%, tiền nhiễm hô hấp chiếm 50%. Triệu chứng khởi phát gặp nhiều nhất là đau chi (35%) tiếp theo là dị cảm (27,5%) và yếu chi (22,5%). Điểm GDS trung bình lúc nhập viện là 2,88±0,94 và ở đỉnh liệt là 3,151,12. Trong giai đoạn toàn phát 100% có yếu 2 chân, 75% yếu tứ chi, đau chi chiếm 77,5%, giảm/mất phản xạ gân cơ chiếm 97,5%, yếu/liệt cơ hầu họng chiếm 47,5% và liệt thần kinh VII ngoại biên chiếm 45%. 32,5%

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
			Thần kinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1		các trường hợp có tăng huyết áp, trong đó 69,2% là tăng huyết áp giai đoạn 2. Phân ly đạm - tế bào chiếm 67,5% các trường hợp. Đối với các trường hợp chọc dò DNT sớm trong 7 ngày đầu từ khi khởi phát bệnh thì tỷ lệ này là 73,3%. Về phân loại thể bệnh trên EMG: Thể AIDP, AMAN và AMSAN lần lượt chiếm tỷ lệ 55%; 10% và 17,5%. Số còn lại là các trường hợp các dây thần kinh không thể bị kích thích hay không xác định. Không có trường hợp tử vong, 1 trường hợp đáp ứng dao động với điều trị (2,5%). 62,5% được điều trị IVIG, số trường hợp thở máy chiếm 17,5%. Các biến chứng viêm phổi chiếm 12,5%, hẹp thanh quản sau thở máy chiếm 2,5% (và là 14,28% các trường hợp thở máy). Sau khởi bệnh 1, 2, 3 và 6 tháng tỷ lệ các trường hợp tự đi (GDS = 0; 1;2) lần lượt là 72,5%; 92,5%; 97,5% và 100%. Sau 6 tháng 70% các trường hợp phục hồi hoàn toàn về vận động. Có mối liên quan giữa thở máy và liệt cơ hầu họng, liệt dây thần kinh số VII ngoại biên, viêm phổi và điểm MRC thấp hay điểm GDS cao tại thời điểm nhập viện. Không có mối liên quan giữa các thể bệnh trên EMG với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ phục hồi sau 1 tháng và sau 2 tháng ở bệnh nhân có và không có can thiệp thở máy. Bệnh nhân không thở máy phục hồi tốt hơn tại các thời điểm trên nhưng không có sự khác biệt ở thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau khởi phát bệnh. Kết luận: GBS là bệnh khá hiếm gặp ở trẻ em. Trong 2 năm chúng tôi khảo sát được 40 trường hợp về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, sự phục hồi của bệnh. Xác định các mối liên quan giữa các thể bệnh với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, sự phục hồi chức năng vận động và mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với thở máy. Kết quả của nghiên cứu là tài liệu tham khảo cho các bác sĩ tại khoa Nhiễm - Thần kinh nói riêng cũng như các bác sĩ chuyên khoa Nhi nói chung, cung cấp thêm kiến thức và kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị bệnh Guillain - Barré ở trẻ em

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
5.	Kết quả điều trị hội chứng viêm đa hệ thống liên quan COVID-19 (MIS-C) tại Bệnh viện Nhi Đồng 1	Bà Nguyễn Thị Mai Thảo, Bác sĩ khoa Hồi sức Nhiễm, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Ông Phùng Nguyễn Thế Nguyên, Trưởng khoa Hồi sức Nhiễm, Bệnh viện Nhi Đồng 1	446/QĐ-BVNĐ1 ngày 27/3/2024	Đây là nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 149 bệnh nhân từ 01/09/2021 đến 28/02/2023 ở khoa COVID-19 và khoa Tim mạch của Bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Tuổi trung vị là 4,8 tuổi. Tỉ lệ nam: nữ = 1,2:1. Tỉ lệ bất thường động mạch vành là 22%, đa số là phình động mạch vành nhẹ. Tỉ lệ giảm phân suất tổng máu thất trái là 12%. Tỉ lệ MIS-C thể Kawasaki là 70%, thể sốc 13%, thể còn lại 17%. Vẹn mạch được dùng ở 12% bệnh nhân, 2,7% bệnh nhân thở máy xâm lấn. Số ngày nằm viện trung vị là 6 (5 - 8) ngày. Không có bệnh nhân nào tử vong. Không có sự khác biệt về tỉ lệ bất thường động mạch vành tại thời điểm xuất viện và sau xuất viện 1 tháng giữa các nhóm IVIG đơn độc, glucocorticosteroid đơn độc, phối hợp IVIG và glucocorticosteroid. Động mạch vành về bình thường ở 90% bệnh nhân sau 1 tháng, 100% bệnh nhân sau 4 tháng. Kết luận: Điều trị glucocorticosteroid đơn độc có kết quả tốt. Phác đồ điều trị MIS-C hiện nay cho kết quả điều trị tốt. Kết quả nghiên cứu cung cấp thêm bằng chứng về điều trị glucocorticosteroid đơn độc khi IVIG thiếu. Cần tuân thủ đúng phác đồ điều trị MIS-C.
6.	Đặc điểm trẻ mắc COVID-19 có bệnh nền thần kinh nhập khoa COVID-19 bệnh viện Nhi Đồng 1	Ông Trần Quốc Khánh, Bác sĩ khoa Hồi sức Nhiễm, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Ông Phùng Nguyễn Thế Nguyên, Trưởng khoa Hồi sức Nhiễm, Bệnh viện Nhi Đồng 1	447/QĐ-BVNĐ1 ngày 27/3/2024	Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 97 bệnh nhân từ 01/07/2021 đến 01/07/2022 ở khoa COVID-19 của bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Các yếu tố liên quan với mắc COVID-19 nặng - nguy kịch ở trẻ có bệnh nền thần kinh bao gồm trẻ mắc bại não; có sốt, ho, thở mệt; có tiêu cầu thấp hơn, có CRP > 20mg/L; có định lượng Ferritin, aPTT, Fibrinogen cao hơn; X-quang ngực có tổn thương đông đặc, tổn thương mô kẽ. Có 5 trẻ tử vong, 5,2% các trường hợp, trong đó 4 trẻ (80%) bại não. Kết luận: Phản ứng viêm nặng hơn ở nhóm trẻ mắc COVID-19 nặng - nguy kịch, vì vậy cần lưu ý tình trạng này ở trẻ mắc COVID-19 có bệnh nền thần kinh. Tỉ lệ tử vong do COVID-19

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					ở trẻ có bệnh nền thần kinh là thấp, chứng tỏ các điều trị hiện nay có hiệu quả cho nhóm trẻ này. Kết quả nghiên cứu đưa ra các kiến nghị và được áp dụng như sau: Bại não là yếu tố nguy cơ bệnh nền rõ ràng nhất của mắc COVID-19 nặng ở trẻ có bệnh nền thần kinh, cần lưu ý khi chăm sóc điều trị các trẻ này. Và nên tiếp tục áp dụng phác đồ điều trị COVID-19 cho trẻ có bệnh nền thần kinh khi mắc COVID-19.
7.	Độ nhạy và độ đặc hiệu của bộ công cụ STAT trong sàng lọc rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em từ 24-36 tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1	Bà Nguyễn Thị Bích Ngọc, Kỹ thuật viên trưởng khoa Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Bà Nguyễn Thị Thu Hương, Nhân viên khoa Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Bà Trần Thị Minh Diễm, Nhân viên khoa Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Ông Thái Ngọc Thành Đạt, Bác sĩ khoa Tâm lý, Bệnh viện Nhi Đồng 1 4/ Ông Đinh Thạc, Trưởng khoa Tâm lý, Bệnh viện Nhi Đồng 1	448/QĐ-BVND1 ngày 27/3/2024	Đây là nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên 86 bệnh nhân có vấn đề chậm trễ phát triển ngôn ngữ đến khám tại khoa Vật Lý Trị Liệu - PHCN của bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 21/12/2022 đến 30/06/2023. Kết quả chính: Thang đo sàng lọc STAT với điểm cắt 2 điểm có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 89,1% và 50,0%. Kết quả gợi ý điểm cắt thang đo STAT để khẳng định chẩn đoán RLPTK ở trẻ em là 2,5 điểm. Rối loạn phổ tự kỷ có mối liên quan đến thứ tự trẻ trong gia đình (PR=0,74; KTC 95%: 0,56-0,95; p=0,018), trình độ học vấn ba (PR= 0,73; KTC 95%: 0,56-0,96; p=0,025) và tình trạng kinh tế gia đình (PR=0,75; KTC 95%: 0,58-0,99; p=0,039). Kết luận: Thang đo STAT cho thấy độ nhạy cao trong sàng lọc RLPTK ở trẻ em Việt Nam từ 24 đến 36 tháng tuổi có vấn đề chậm trễ phát triển ngôn ngữ. Tuy nhiên, sau khi sàng lọc trẻ cần được bác sĩ tâm thần học chẩn đoán chính xác tình trạng RLPTK. Kết quả nghiên cứu được áp dụng trong thực hành sàng lọc RLPTK tại khoa VLTL- PHCN Bệnh viện Nhi Đồng 1 và có thể áp dụng tại các bệnh viện chuyên khoa Nhi.
8.	Đặc điểm khí máu động mạch và hỗ trợ hô hấp ở trẻ rất non có sử dụng surfactant thay	Bà Phạm Thị Thanh Tâm, Trưởng khoa Hồi sức Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Ông Nguyễn Đức Toàn, Bác sĩ khoa Hồi sức Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Bà Phạm Thị Lan Phương, Bác sĩ khoa Hồi sức	449/QĐ-BVND1 ngày 27/3/2024	Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 140 trẻ non tháng mắc bệnh màng trong, nhập khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 1, trước 24 giờ tuổi, được hỗ trợ hô hấp, và được sử dụng surfactant thay thế từ 1/10/2017 đến 31/12/2019.

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
	thể tại Bệnh viện Nhi Đồng 1		Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Bà Cao Xuân Phụng, Bác sĩ khoa Hồi sức Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1		Kết quả chính: Tổng cộng có 140 bệnh nhân, 71 nam (50,7%) và 69 nữ (49,3%). Trẻ cực non có tuổi thai dưới 28 tuần chiếm tỷ lệ 45,7% (64/140 ca). Trẻ cực nhẹ cân có cân nặng lúc sinh dưới 1000 gram chiếm tỷ lệ 40% (56/140 ca). Khi so sánh các đặc điểm khí máu động mạch đo được ở các thời điểm, chúng tôi nhận thấy giá trị pCO₂ và pO₂ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, Kruskal-Wallis H test). Sự khác biệt về các công cụ hỗ trợ hô hấp ở các thời điểm không có ý nghĩa thống kê (Giá trị $p = 0,944$ với Chi-squared test). Khi so sánh các đặc điểm hỗ trợ hô hấp ở 7 thời điểm, chúng tôi nhận thấy giá trị FiO₂ (%) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, Kruskal-Wallis H test). Kết luận: Đặc điểm khí máu động mạch và hỗ trợ hô hấp ở trẻ sơ sinh rất non tháng được sử dụng surfactant thay thế khá đa dạng, trong đó các giá trị pCO₂, pO₂, và FiO₂ có sự khác biệt giữa các thời điểm đánh giá. Các trị số khí máu pCO₂, pO₂ và FiO₂ thay đổi theo thời gian sau khi sử dụng surfactant thay thế mà không khác biệt về các biện pháp hỗ trợ hô hấp. Kết quả nghiên cứu được áp dụng để theo dõi lâm sàng, khí máu và điều chỉnh thông số hỗ trợ hô hấp trước và sau sử dụng surfactant thay thế.
9.	Động lực làm việc của nhân viên y tế và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023	Ông Phạm Mạnh Tiến, Kỹ thuật viên trưởng khoa Chẩn đoán hình ảnh – XQuang, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Ông Phạm Đình Nguyên, Phó Giám đốc Bệnh viện Nhi Đồng 1	450/QĐ-BVNĐ1 ngày 27/3/2024	Đây là nghiên cứu cắt ngang trên 322 nhân viên y tế từ 06/6/2023 đến 01/12/2023 tại bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Có 80,8% NVYT có động lực làm việc chung, trong đó động lực làm việc từ sự hài lòng đối với công việc là 82,3%, động lực làm việc từ sự tận tâm với công việc là 93,5%, động lực làm việc từ sự cam kết với tổ chức là 86%. Có 02 nhóm yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc của NVYT. Nhóm yếu tố thuộc về chính sách của cơ sở y tế có thể kể đến 4 yếu tố, trong đó: Các chính sách về đào tạo, bồi dưỡng; Chế độ lương, thưởng, phúc lợi; Phân công và đánh giá công việc thúc đẩy động lực làm việc theo hướng tích cực; Yếu tố sự thừa nhận và thăng tiến ảnh

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					hướng theo hướng tiêu cực. Nhóm yếu tố thuộc về môi trường và tính chất công việc có thể kể đến 3 yếu tố, trong đó: Môi trường và điều kiện làm việc; Môi quan hệ với lãnh đạo; Môi quan hệ với đồng nghiệp đều ảnh hưởng theo hướng tích cực. Kết luận: 80,8% NVYT có ĐLLV chung, trong đó ĐLLV từ sự hài lòng đối với công việc là 82,3%, ĐLLV từ sự tận tâm với công việc là 93,5%, động lực làm việc từ sự cam kết với tổ chức là 86%. Có 02 nhóm yếu tố ảnh hưởng đến ĐLLV của NVYT tại Bệnh viện Nhi đồng 1, Tp. HCM năm 2023 đó là Nhóm yếu tố thuộc về chính sách của cơ sở y tế và Nhóm yếu tố thuộc về môi trường và tính chất công việc. Nghiên cứu đã đề xuất một số khuyến nghị về rà soát, cập nhật quy chế đào tạo, bồi dưỡng, đảm bảo công bằng, minh bạch, kịp thời; triển khai các lớp đào tạo chuyên môn ngắn hạn dành cho NVYT; rà soát khung lương, thu nhập theo vị trí và hiệu quả công việc; rà soát các hoạt động về phân công công việc, đảm bảo sự công bằng, minh bạch; đảm bảo quy trình tiếp nhận bệnh, ứng dụng công nghệ vào chuyên môn, quản lý để hạn chế tình trạng quá tải, tiết kiệm thời gian; đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong công tác chuyên môn và hành chính; tổ chức gặp gỡ, đối thoại giữa lãnh đạo và nhân viên. <i>Kết quả nghiên cứu đã được đăng tải trên tạp chí Thời sự y học thuộc báo Khoa học phổ thông trang 44-52, kỳ 11, tháng 11 năm 2023</i>
10.	Kỹ năng thực hành hồi sức tim phổi của Điều dưỡng dựa trên mô hình tại Bệnh viện Nhi Đồng 1	Bà Trần Nguyễn Ái Nương, Điều dưỡng trưởng khoa Hồi sức Nhiễm, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Bà Nguyễn Thị Cẩm Lệ, Trưởng phòng Điều dưỡng, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Bà Trần Thị Vạn Hòa, Phó trưởng phòng Điều dưỡng, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1502/QĐ-BVNĐ1 ngày 05/7/2024	Đây là nghiên cứu cắt ngang trên 479 điều dưỡng từ tháng 10/2023 đến 11/2023 tại bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: ĐĐ đa phần là giới nữ 90,8%, độ tuổi trung vị là 36 và trình độ cử nhân trên 50%. ĐĐ thâm niên công tác trên 10 chiếm 61% và 50% ĐĐ công tác tại các khoa thuộc khối nội. Kết quả đánh giá kỹ năng thực hành CPR cho thấy tỉ lệ ĐĐ đạt là 95,4%, ĐĐ có năng lực thực hành ở mức tốt trở lên chiếm trên 50%. Về các yếu tố có liên quan đến kỹ năng thực hành CPR của

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
			3/ Ông Võ Nguyễn Minh Quân, Điều dưỡng Phòng Điều dưỡng, Bệnh viện Nhi Đồng 1		ĐD có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: ĐD có thâm niên càng cao thì tỉ lệ đạt năng lực càng cao ($p < 0.001$). ĐD làm việc tại các khoa lâm sàng thuộc khối hồi sức có tỉ lệ đạt năng lực CPR cao hơn ($p < 0.001$). ĐD nữ có tỉ lệ đạt kỹ năng thực hành CPR cao hơn so với ĐD nam ($p = 0.01$). Kết luận: 457 trường hợp đạt kỹ năng CPR chiếm tỉ lệ 95,4% và 22 trường hợp không đạt với tỉ lệ 4,6%. Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa năng lực thực hành CPR với giới tính ĐD nữ có tỉ lệ đạt cao hơn ĐD nam; Thâm niên công tác chuyên môn của ĐD càng cao thì tỉ lệ đạt càng cao; ĐD khối hồi sức cấp có tỉ lệ đạt năng lực CPR cao hơn. Chương trình huấn luyện hồi sức tim phổi cần chú trọng các lỗi thường gặp trong kỹ thuật CPR. Kỹ thuật ép tim: đặt người bệnh nằm trên mặt phẳng cứng, độ sâu, tần số ép tim. Kỹ thuật thông khí: tư thế ngửa đầu nâng cằm, úp mặt nạ kín mũi miệng và bóp bóng 2 lần hiệu quả. Kỹ thuật ấn hăm ở người bệnh chấn thương cột sống cổ. Các khối cận lâm sàng, phòng khám, chuyên khoa định kỳ huấn luyện kỹ năng CPR và có lượng giá. Lượng giá đầu vào kết hợp trong quá trình thực hành và lượng giá đầu ra cho thực hành CPR. Đưa mô hình làm việc nhóm trong hồi sức tim phổi vào huấn luyện kỹ năng hồi sức tim phổi.
11.	Đặc điểm dinh dưỡng và sự tăng trưởng của trẻ sơ sinh non tháng dưới 32 tuần tuổi thai được điều trị tại khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/2023 đến 08/2023	Bà Trần Thị Hồng Nhung, Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch	1/ Bà Phạm Thị Thanh Tâm, Trưởng khoa Hồi sức Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Ông Nguyễn Đức Toàn, Bác sĩ khoa Hồi sức Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1503/QĐ-BVNĐ1 ngày 05/7/2024	Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc trên 89 bệnh nhân từ 01/01/2023 đến 31/08/2023 ở khoa Hồi sức Sơ sinh của bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Trong số 89 trẻ được đưa vào nghiên cứu, có 51 trẻ nam (57,3%), 38 trẻ nữ (43,6%). Tỉ số nam/nữ trong nghiên cứu là 1,34/1. Trung vị tuổi thai là 29 tuần. CNLS trung bình của trẻ là 1266,5 g. Sau thời gian điều trị tại khoa, tỉ lệ trẻ có cân nặng phù hợp với tuổi thai giảm còn 65%, trẻ nhẹ cân so với tuổi thai tăng gấp đôi. Trong đó, 7% trẻ SGA khi nhập khoa trở thành AGA khi xuất khoa và 72% trẻ vẫn duy trì được cân nặng phù hợp với tuổi thai từ khi nhập khoa đến lúc xuất khoa. Chiều dài

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					lúc nhập khoa và xuất khoa lần lượt là 36,5 cm và 41,6 cm. Tốc độ tăng chiều dài trung bình là 1 cm/tuần. Vòng đầu tại thời điểm nhập và xuất khoa lần lượt là 26,5 cm và 29,5 cm. Tốc độ tăng vòng đầu trung bình là 0,5cm/ tuần. Theo biểu đồ tăng trưởng Fenton, hầu hết trẻ đều có chỉ số nằm trong khoảng 25th đến 75th, và các chỉ số tăng dần đều theo thời gian theo dõi, tiệm cận với đường tăng trưởng chuẩn 50th. Số ngày TPN trung bình là 27,6 ngày. Hầu hết trẻ TPN đều được bổ sung Vitamin và khoáng chất. Số ngày từ khi trẻ nhập khoa cho đến khi được bắt đầu sữa là 4,7 ngày. Số ngày đạt sữa hoàn toàn là 11,7 ngày. Kết luận: Qua những thay đổi trong cách điều trị dinh dưỡng nội viện cho trẻ sanh non, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận những kết quả tích cực trong sự phát triển và tăng trưởng của trẻ. Từ đó cho thấy việc đánh giá dinh dưỡng là hoạt động thường quy cần thiết trong quá trình điều trị cho trẻ sanh non. Cần tôn trọng sự tăng trưởng riêng của mỗi cá thể, theo dõi các chỉ số nhân trắc theo thời gian để từ đó điều chỉnh dinh dưỡng sao cho các chỉ số tiệm cận với đường tăng trưởng chuẩn. Nghiên cứu là cơ sở khoa học cho những can thiệp dinh dưỡng gần đây của khoa Hồi sức sơ sinh và có thể mở rộng áp dụng cho khối Sơ sinh nói chung.
12.	Khảo sát tình trạng bất thường thanh - khí quản trên trẻ nhũ nhi có thở rít qua nội soi thanh - khí quản bằng ống cứng từ tháng 5/2019-5/2020 tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Nhi Đồng 1	Bà Trần Thị Thanh Hồng, Bộ môn Tai Mũi Họng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh	1/ Ông Lý Xuân Quang, Bộ môn Tai Mũi Họng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh 2/ Bà Lâm Huyền Trân, Phó trưởng Bộ môn Tai Mũi Họng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh 3/ Ông Nguyễn Tuấn Như, Trưởng khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1504/QĐ-BVND1 ngày 05/7/2024	Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 33 trẻ 0-1 tuổi, có triệu chứng thở rít, được chỉ định nội soi thanh - khí quản bằng ống nội soi cứng, từ tháng 05 năm 2019 đến tháng 05 năm 2020 ở khoa Tai Mũi Họng của bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Tỷ lệ nam và nữ: 55% và 45%. Giới tính trẻ nhũ nhi thở rít có bất thường thanh, khí quản là tương đương nhau. Tồn thương thanh khí quản do bẩm sinh là 48,48%, mắc phải 54,52%. Tỷ lệ các dạng bất thường: phù nề thanh quản 72,72%, mềm sụn thanh quản 33,33%, hẹp hạ thanh môn 39,39% (bẩm sinh 30,77%, mắc phải 69,23%), mềm sụn khí quản 21,21%,

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
			4/ Ông Phạm Đình Nguyên, Phó Giám đốc Bệnh viện Nhi Đồng 1		nang thanh thiệt 6,06%. Phần lớn các bệnh nhũ nhi có nhiều tổn thương phối hợp trên đường thở. Kết luận: Bất thường thanh, khí quản ở nhóm trẻ nhũ nhi do nguyên nhân bẩm sinh và mắc phải chiếm tỷ lệ gần tương đương nhau. Phù nề thanh quản xuất hiện ở phần lớn ở các ca có bất thường đường thở, tỷ lệ mềm sụn thanh quản ghi nhận qua nội soi ống cứng thấp. Tỷ lệ các ca có tổn thương phối hợp cao. Kết quả nghiên cứu có thể được ứng dụng tại các bệnh viện và đơn vị lâm sàng có chuyên khoa Tai Mũi Họng nhi.
13.	Thực trạng kỹ năng giáo dục sức khỏe của điều dưỡng Bệnh viện Nhi Đồng 1	Bà Trần Thị Hồng Hương, Điều dưỡng trưởng khoa Mắt, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Bà Nguyễn Thị Cẩm Lệ, Trưởng phòng Điều dưỡng, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Bà Trần Thị Vạn Hòa, Phó trưởng phòng Điều dưỡng, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Bà Lê Ngọc Lan, Điều dưỡng trưởng khoa Thận – Nội tiết, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1505/QĐ-BVNĐ1 ngày 05/7/2024	Đây là nghiên cứu cắt ngang trên 446 điều dưỡng trong tháng 10/2023 tại bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: 446 điều dưỡng gồm nam 8,1%, nữ 91,9%, trung bình 36 tuổi (34.9-36.2 tuổi), thâm niên công tác trung bình 12 năm (11,8-13,1 năm); Điểm trung bình kỹ năng giáo dục sức khỏe là 7.5 điểm (7,4-7,6 điểm); Kết quả đạt trên 6 điểm chiếm tỉ lệ cao nhất 87,7%, không đạt là 12,3%; Tỉ lệ xếp loại giỏi (8,0-10 điểm) cao nhất với 45,7%, tiếp theo là tỉ lệ khá (7,0-7,9 điểm) với 27,8%, trung bình (6,0-6,9 điểm) với 14,1%, kém (0,1-5,9 điểm) với 12,3%; Giới tính, tuổi, nhóm tuổi, năm làm việc, nhóm khoa, bệnh lý không có sự khác biệt, không có sự tương quan với điểm, kết quả, xếp loại thực hành kỹ năng giáo dục sức khỏe đạt hay không đạt, có sự khác biệt theo nhóm năm làm việc và điểm (1-5 và 11-15 năm làm việc), kết quả, xếp loại, có sự khác biệt về bệnh lý trong điểm kỹ năng giáo dục sức khỏe (viêm ruột thừa - tay chân miệng, viêm ruột thừa - viêm phổi) ($p < 0.05$); Nội dung 7 "Tìm hiểu và xác định lý do những vấn đề chưa làm tốt", nội dung 4 "Tìm hiểu NB, NN đã hiểu thế nào và đã làm gì về vấn đề sức khỏe này" có tương quan mạnh, đồng biến với điểm kỹ năng giáo dục sức khỏe ($r \geq 0,5$). Kết luận: Trung bình điểm kỹ năng giáo dục sức khỏe là 7,5 điểm, có sự khác biệt nhóm năm làm việc trong kết quả, xếp loại, trong nhóm 1-5 và 11-15 năm làm việc, viêm ruột thừa - tay chân

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					miệng, viêm ruột thừa - viêm phổi có sự khác biệt điểm kỹ năng giáo dục sức khỏe, cần tác động nhóm nội dung trong bảng kiểm có sự tương quan mạnh như nội dung 7 "Tìm hiểu và xác định lý do những vấn đề chưa làm tốt", nội dung 4 "Tìm hiểu NB, NN đã hiểu thế nào và đã làm gì về vấn đề sức khỏe này" để tăng điểm kỹ năng giáo dục sức khỏe. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự cần thiết phải lên kế hoạch và tổ chức khóa học Phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe cơ bản dành cho Điều dưỡng nhằm mục tiêu giúp Điều dưỡng hiểu được các yếu tố quyết định hành vi và sức khỏe, can thiệp phù hợp theo từng giai đoạn thay đổi hành vi, hiểu các hình thức truyền thông và áp dụng phù hợp với thực tế công việc, khắc phục những hạn chế, phát huy những lợi thế hiện có để tăng cường hiệu quả giáo dục sức khỏe tại cơ sở.
14.	Đặc điểm giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng 1	Bà Nguyễn Song Ngân, Bác sĩ khoa Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Bà Trần Thị Hoài Thu, Giảng viên Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch 2/ Ông Võ Đức Trí, Phó trưởng khoa Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Ông Nguyễn Kiên Mậu, Trưởng khoa Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2435/QĐ-BVNĐ1 ngày 27/09/2024	Đây là nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 187 trẻ sơ sinh giảm tiểu cầu nhập viện tại khu Chuyên sâu Sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/08/2022 đến 31/07/2023. Kết quả: Tỷ lệ trẻ GTC nam gấp 1,8 lần so với nữ. Tỷ lệ trẻ sinh non tháng là 50,8%, trẻ nhẹ cân là 53,0%. Đa số các trẻ có tiền căn bà mẹ và gia đình bình thường (67,4%). Thời điểm phát hiện trẻ GTC dưới 3 ngày tuổi chiếm 39,0%, trên 3 ngày tuổi chiếm 61,0%. Tỷ lệ trẻ GTC mức độ nhẹ, trung bình, nặng tại thời điểm phát hiện đầu tiên lần lượt là 48,1%, 29,4%, 22,5%. Trẻ có triệu chứng xuất huyết chiếm 36,9%, trong đó trẻ có biểu hiện xuất huyết da - niêm chiếm đa số (59,4%). Các bất thường trên cận lâm sàng thường gặp bao gồm giảm Hb (50,8%), tăng CRP (50,0%), rối loạn đông máu (36,3%), thay đổi số lượng bạch cầu (21,5%). Tỷ lệ cấy máu dương tính là 14,8%. Bệnh lý liên quan GTC khá đa dạng, trong đó nhiễm trùng huyết chiếm tỷ lệ cao nhất (60,4%). Trẻ truyền TC chiếm 19,3%. Phần lớn các trẻ truyền TC có bệnh nền là nhiễm trùng huyết (83,3%). Các yếu tố liên quan đến GTC mức độ nặng bao gồm: Trẻ nhập viện vì

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					dầu xuất huyết hoặc XN có GTC, trẻ có dầu xuất huyết, trẻ GTC vì bệnh lý miễn dịch ($p < 0,05$). Kết luận: Đa số các trẻ nhập viện GTC khởi phát muộn, phần lớn trẻ GTC mức độ nhẹ đến trung bình, đa phần không ghi nhận tiền căn bệnh lý của bà mẹ và gia đình. Có nhiều bệnh lý liên quan giảm tiểu cầu, trong đó nhiễm trùng huyết chiếm tỉ lệ cao nhất. Điều trị phụ thuộc vào nguyên nhân nền là chính yếu. Cần nhận diện sớm các đặc điểm ở trẻ giảm tiểu cầu để có chẩn đoán lâm sàng và quyết định điều trị phù hợp. Nghiên cứu mô tả các đặc điểm giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh nhằm hỗ trợ bác sĩ lâm sàng có cái nhìn tổng quan để có chẩn đoán và điều trị phù hợp.
15.	Kết quả điều trị hormone tăng trưởng trên bệnh nhi thiếu hormone tăng trưởng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1	Bà Trần Thị Bích Huyền, Phó trưởng khoa Thận – Nội tiết, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Ông Nguyễn Đức Quang, Trưởng khoa Thận – Nội tiết, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2436/QĐ-BVNĐ1 ngày 27/09/2024	Đây là nghiên cứu hiệu quả của GH trên 57 trường hợp bệnh nhi thiếu GH từ 1/2017 đến tháng 12/2022 ở khoa Thận- Nội Tiết của bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Tốc độ tăng chiều cao tốt nhất sau năm đầu điều trị 10 (8-14) cm/năm, cải thiện DLC chiều cao là 0,84 (0,52-1,65) SD. Tốc độ tăng chiều cao giảm dần và đạt mức bình nguyên từ năm thứ 4. Tốc độ tăng chiều cao ở nhóm ≤ 5 tuổi cao hơn so với nhóm > 5 tuổi trong 2 năm đầu điều trị. Nồng độ IGF-1 có cải thiện sau năm đầu điều trị, và duy trì ổn định ở mức từ +1 đến +2SD. Không ghi nhận tác dụng phụ của GH trong thời gian nghiên cứu. Các yếu tố liên quan đến tốc độ tăng chiều cao trong năm đầu điều trị là tuổi lúc bắt đầu điều trị và SDS chiều cao lúc bắt đầu điều trị. Các yếu tố liên quan đến mức cải thiện SDS chiều cao trong năm đầu điều trị là tuổi lúc bắt đầu điều trị, SDS chiều cao lúc bắt đầu điều trị và SDS cân nặng bắt đầu điều trị. Kết luận: Tốc độ tăng chiều cao tốt nhất sau năm đầu điều trị 10cm/năm, Mức tăng chiều cao giảm dần và đạt mức bình nguyên từ năm thứ 4. Tốc độ tăng chiều cao tốt hơn ở nhóm ≤ 5 tuổi. Mối tương quan nghịch giữa tốc độ tăng chiều cao trong

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					năm đầu điều trị với tuổi lúc bắt đầu điều trị và SDS chiều cao lúc bắt đầu điều trị. Áp dụng kết quả của nghiên cứu cho các bệnh nhân hiện tại ở BV Nhi Đồng 1, giúp dự đoán được tốc độ tăng chiều cao sau các năm điều trị, cũng như cho thấy sự an toàn của liệu pháp GH trên các bệnh nhi thiếu GH trong khoảng thời gian điều trị của nghiên cứu. Kết quả về tốc độ tăng chiều cao qua các năm điều trị GH cũng có thể áp dụng tại các cơ sở y tế khác, giúp cung cấp cho bệnh nhi, gia đình bệnh nhi, bác sĩ điều trị và nhà cung cấp dịch vụ y tế những kỳ vọng thực tế về kết quả tăng trưởng ngắn hạn và dài hạn của việc điều trị GH.
16.	Đánh giá đáp ứng với kháng sinh trị liệu trong điều trị viêm phổi cộng đồng trên bệnh nhi 2 – 59 tháng tuổi tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Đồng 1	Ông Lê Bình Bảo Tịnh, Phó trưởng khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Ông Trần Anh Tuấn, Trưởng khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Bà Lê Thị Thu Trang, Điều dưỡng trưởng khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Bà Phạm Thanh Uyên, Bác sĩ khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi Đồng 1 4/ Ông Vũ Bảo Sơn, Bác sĩ khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi Đồng 1 5/ Bà Nguyễn Thị Cẩm Ly, Điều dưỡng khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2437/QĐ-BVND1 ngày 27/09/2024	Đây là nghiên cứu cắt ngang tiến cứu trên 263 bệnh nhân từ tháng 11/2022 đến tháng 7/2023 tại Khoa hô hấp của Bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $21 \pm 13,5$ tháng, với tỷ lệ nam/nữ là 1,33. Trong số này, 74,1% viêm phổi nặng, 18,6% viêm phổi và 7,2% viêm phổi rất nặng. Kháng sinh bước 1 được sử dụng nhiều nhất là Ceftriaxone (79,5%). Sau 72 giờ, 86,7% bệnh nhi có đáp ứng lâm sàng và 77,2% đáp ứng với kháng sinh bước 1. Có 22,8% trường hợp cần đổi kháng sinh, với 14,8% đổi 1 lần và 6,8% đổi 2 lần. Trong 60 trường hợp không đáp ứng với kháng sinh bước 1, mẫu dịch hút khí quản (nasotracheal aspiration: NTA) được thực hiện xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn và multiplex RT-PCR đa tác nhân song song. Kết quả nuôi cấy NTA dương tính ở 29 trường hợp (48,3%), trong khi multiplex RT-PCR dương tính ở 59 trường hợp (98,3%). Trong số 29 mẫu dương tính cả hai phương pháp, có 16 mẫu kết quả PCR tìm thấy vi khuẩn cùng loại với tác nhân phân lập qua nuôi cấy. Trong 13 mẫu còn lại, PCR cho kết quả dương tính với Streptococcus pneumoniae nhưng nuôi cấy lại phân lập được vi khuẩn khác. Tỷ lệ phát hiện tác nhân vi khuẩn qua multiplex RT-PCR là 84,7%, và vi rút là 79,3%. Tác nhân chính thường gặp nhất là S. pneumoniae (63,3%), tiếp theo là Mycoplasma

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					pneumoniae (11,7%). Tác nhân vi rút phổ biến nhất là RSV (18,3%), Parainfluenza virus (15%), và Adenovirus (15%). Kết luận: Ceftriaxone là kháng sinh hiệu quả trong điều trị VPCĐ ở trẻ em. Tuy nhiên, cần theo dõi và điều chỉnh kháng sinh điều trị dựa trên đáp ứng lâm sàng và kết quả vi sinh. Việc giám sát tình hình kháng kháng sinh và thực hiện các nghiên cứu bổ sung là cần thiết để đảm bảo hiệu quả điều trị. Nghiên cứu đã cung cấp dữ liệu quan trọng về tỷ lệ đáp ứng kháng sinh trong điều trị VPCĐ ở trẻ em dưới 5 tuổi, cung cấp cơ sở khoa học để lựa chọn kháng sinh hợp lý hơn. Việc phát hiện các tác nhân gây bệnh thông qua phương pháp multiplex RT-PCR và nuôi cấy vi khuẩn giúp định hướng tác nhân gây bệnh, hướng dẫn điều chỉnh kháng sinh hợp lý, đặc biệt trong những trường hợp không đáp ứng với kháng sinh ban đầu.
17.	Dịch tễ, lâm sàng và điều trị bỏng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1	Bà Trần Bích Thủy, Phó trưởng khoa Phòng – Tạo hình, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Ông Phùng Nguyễn Thế Nguyên, Trưởng khoa Hồi sức Nhiễm, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Bà Nguyễn Thị Hoa, Nhân viên khoa Phòng – Tạo hình, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Bà Đinh Thị Phương, Nhân viên khoa Phòng – Tạo hình, Bệnh viện Nhi Đồng 1 4/ Bà Đoàn Thị Mỹ Thi, Nhân viên khoa Phòng – Tạo hình, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1506/QĐ-BVNĐ1 ngày 05/7/2024	Đây là nghiên cứu báo cáo loạt ca trên 383 bệnh nhân bỏng nhập Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/02/2021 đến 15/08/2022. Kết quả chính: Tuổi trung bình 44,9 ± 46,4 tháng (02 - 192), trong đó 73,6% dưới 60 tháng; 55,9% trẻ nam nhiều hơn 44,1% trẻ nữ; 67,6% có sơ cứu bỏng và 14,1% sơ cứu bỏng đúng; 96,2% bỏng là do tai nạn sinh hoạt, 77,6% bỏng nước nóng, 10,9% bỏng lửa, 3,7% bỏng điện và 0,5% bỏng hóa chất. Diện tích bỏng trung bình $9,9 \pm 11,2\%$ TBSA, diện tích < 10% TBSA là 67,9%; bỏng sâu độ II là 61,9%, bỏng sâu độ II - III là 37,1%, bỏng sâu độ III - IV là 1%; vị trí bỏng 77% vùng tay chân, 56,4/ ngực lưng, 34,4% đầu mặt cổ, 24% sinh dục và tầng sinh môn. Albumin máu tương quan tuyến tính nghịch rất chặt chẽ với diện tích bỏng ($R = -0,72$, $p = 0,003$), khi diện tích bỏng tăng thì albumin máu sẽ giảm với phương trình hồi quy tuyến tính là albumin máu = $-0,029 \times$ diện tích bỏng + 3,416. Tác nhân gây nhiễm trùng huyết có cấy máu dương tính 60% là Staphylococcus coagulase negative. Tỷ lệ biến chứng là 21,9% nhiễm trùng (8,6% nhiễm trùng vết bỏng, 6,8% nhiễm trùng huyết, 2,3% viêm phổi, 1,6%

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					nhiễm trùng tiêu hóa, 0,8% sốc nhiễm trùng, 0,5% viêm mô tế bào, 0,5% nhiễm trùng catheter, 0,5% nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương); 3,9% suy hô hấp; 2,8% sốc bồng; 2,3% hội chứng cai morphine; 1,8% suy dinh dưỡng cấp; 1,8% xuất huyết tiêu hóa và 0,3% chèn ép khoang. Tỷ lệ tử vong là 0,3%. Kết luận: Bồng xảy ra trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ, tỷ lệ sơ cứu bồng đúng còn thấp, nguyên nhân gây bồng chủ yếu do tai nạn sinh hoạt và xảy ra tại nhà, tác nhân bồng chủ yếu là nước nóng. Điều trị sốc bồng bằng albumin trong 48 giờ sau bồng theo diện tích bồng là $\geq 49\%$ TBSA nên bù dịch chống sốc bằng albumin, $31\% \text{ TBSA} \leq \text{diện tích bồng} < 49\% \text{ TBSA}$ xem xét từng trường hợp cụ thể và diện tích bồng $< 31\% \text{ TBSA}$ không có chỉ định chống sốc bồng bằng albumin. Độ sâu bồng lớn thì cắt lọc, ghép da bồng tăng. Biến chứng bồng trẻ em tăng khi diện tích bồng tăng và biến chứng bồng trẻ em tăng khi độ sâu bồng tăng. Tử vong 1 trẻ em bồng trong nghiên cứu chúng tôi do bồng hô hấp và sốc mất máu cho chảy máu vùng rạch chèn ép khoang. Kết quả nghiên cứu được đăng tải trên tạp chí khoa học VIETNAM MEDICAL JOURNAL Số 2, tháng 5 năm 2022, trang 90-93; Tạp chí Y Học Việt Nam tập 519, tháng 10, số chuyên đề năm 2022, trang 18-23; Tạp chí Y Học Thăm Họa và Bồng (ISSN 1859-3461) tháng 5/2023, trang 20-28.
18.	Nhiễm khuẩn vết mổ khi không sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật điều trị tinh hoàn ẩn ở trẻ em	Ông Phan Ngọc Duy Cần, Trưởng khoa Điều trị trong ngày, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Ông Trần An Hải Đăng, Bác sĩ khoa Điều trị trong ngày, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Ông Võ Thiện Tiến, Điều dưỡng trưởng khoa Điều trị trong ngày, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Ông Thiệu Quang Đức, Bác sĩ khoa Điều trị trong ngày, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2462/QĐ-BVND1 ngày 30/09/2024	Đây là nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 363 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị tinh hoàn ẩn từ tháng 02/2023 đến tháng 02/2024 ở khoa Điều Trị Trong Ngày của bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả: Trong 363 trường hợp nghiên cứu, tỉ lệ nam/nữ là 3,83/1. Tỉ lệ trẻ sinh sống ở TP HCM là 26,7%. Cân nặng trung bình trẻ được phẫu thuật là $17,5 \pm 9,8 \text{ kg}$. Thời gian phẫu thuật trung bình là $30,3 \pm 14,5$ phút. Tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ khi không sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật điều trị tinh hoàn ẩn là 4,1%. Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ là thời

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
			4/ Ông Trần Quảng Đại, Bác sĩ khoa Điều trị trong ngày, Bệnh viện Nhi Đồng 1		gian phẫu thuật kéo dài, đặc biệt là ≥ 45 phút và vị trí của tinh hoàn nằm cao khi phẫu thuật. Kết luận: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ khi không sử dụng kháng sinh ở phẫu thuật điều trị tinh hoàn ẩn vẫn thấp hơn tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ cho phép của Bộ Y Tế ($\leq 5\%$). Việc không sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật điều trị tinh hoàn ẩn ở trẻ em là an toàn và khả thi. <i>Kết quả nghiên cứu được đăng trên Tạp chí Y học Việt Nam, số 537, "Hội nghị Khoa học Nhi khoa bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2024", trang 178 – 192.</i>
19.	Tỷ lệ rối loạn đông cầm máu và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân nhiễm trùng huyết sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng 1	Bà Lê Quỳnh Anh, Bác sĩ khoa Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Bà Trần Thị Hoài Thu, Giảng viên Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch 2/ Ông Nguyễn Kiên Mậu, Trưởng khoa Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2463/QĐ-BVNĐ1 ngày 30/09/2024	Đây là nghiên cứu cắt ngang trên 97 bệnh nhân từ 01/12/2022 đến 31/08/2023 ở khoa Sơ sinh của bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Đa số bệnh nhân nhiễm trùng huyết sơ sinh là trẻ đủ tháng và đủ cân, tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1. 80,4% trường hợp khởi phát muộn. Các triệu chứng thường gặp nhất lần lượt là bú kém (81,4%), không dung nạp dinh dưỡng đường miệng (64,9%) và sốt (60,8%). Có 59,8% bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết ở ít nhất một cơ quan. Có 46,4% bệnh nhân được truyền máu và/hoặc chế phẩm máu ít nhất một lần. Đa số trẻ nhiễm trùng huyết sơ sinh biểu hiện rối loạn đông cầm máu theo kiểu giảm đông: 54,6% giảm tiểu cầu, 53,6% giảm PT%, 23,7% kéo dài aPTT, 20,6% giảm fibrinogen, 47,4% tăng D-dimer. DIC chiếm 16,5%. Tỷ lệ rối loạn đông cầm máu ở nhóm trẻ non tháng, nhẹ cân và nhiễm trùng huyết do vi khuẩn Gram âm cao hơn so với các nhóm còn lại. Tỷ lệ tử vong ở trẻ có rối loạn đông cầm máu cao hơn so với nhóm không có rối loạn. Kết luận: Bệnh nhi nhiễm trùng huyết sơ sinh, đặc biệt là những trường hợp có biểu hiện xuất huyết nên được làm các xét nghiệm đông cầm máu sớm để phát hiện sớm các rối loạn và điều trị kịp thời, ngăn ngừa tình trạng rối loạn đông cầm máu diễn tiến nặng dần dẫn đến DIC và tử vong.

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					<i>Kết quả nghiên cứu được đăng tải trên Tạp chí Y Học Việt Nam, số 537, "Hội nghị Khoa học Nhi khoa bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2024", trang 146-153.</i>
20.	Risk factors for postoperative chylothorax occurrence following pediatric congenital heart surgery	Bà Nguyễn Thị Trân Châu, Trưởng khoa Hồi sức Ngoại, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Bà Hoàng Anh Thảo Vy, Bác sĩ khoa Hồi sức Ngoại, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Bà Nguyễn Hà Giang, Bác sĩ khoa Hồi sức Ngoại, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2464/QĐ-BVNĐ1 ngày 30/09/2024	Đây là nghiên cứu bệnh chứng lồng ghép trong nghiên cứu đoàn hệ (nested case control study) trên 2042 trường hợp được phẫu thuật TBS được nhập vào Hồi sức tim tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 25/2/2015 đến 12/10/2019. Kết quả chính: Có 38 ca bệnh TDDT đủ tiêu chuẩn chọn vào nhóm bệnh, 76 ca không TDDT được chọn ngẫu nhiên vào nhóm chứng bằng cách bắt cặp với ca bệnh theo giới tính và năm PT. Tỷ lệ TDDT sau PT TBS tại bệnh viện chúng tôi là 1,86%. Trẻ sơ sinh, RACHS từ nhóm 3 trở lên, PT sửa chữa cung động mạch chủ, chuyển gốc động mạch, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể và kẹp động mạch chủ kéo dài, đông xương ức muộn sau PT, PT lại bắt ngờ có liên quan đến TDDT sau PT TBS khi phân tích đơn biến. Cân nặng lúc PT thấp < 4,5 kg (p=0,027), RLNT sau PT (p=0,004), lượng dịch dẫn lưu ngực cao trong 6 giờ đầu sau mổ (p=0,014) là 3 yếu tố có liên quan độc lập với TDDT sau PT TBS với tỷ số chênh hiệu chỉnh ORa và khoảng tin cậy 95% (95% CI) lần lượt là 2,78 (1,12-6,87), 3,38 (1,29-8,86) & 3,82 (1,55-9,39). Ba yếu tố này là các yếu tố tiên lượng khả năng TDDT sau PT TBS ở trẻ em với độ nhạy 42,1%, độ đặc hiệu 90,8%, giá trị dự đoán dương 69,6 %, giá trị dự đoán âm 75,8 %. Kết luận: Lượng dịch dẫn lưu ngực cao trong 6 giờ đầu sau mổ, rối loạn nhịp sau mổ, cân nặng lúc phẫu thuật < 4,5 kg làm tăng đáng kể nguy cơ TDDT sau mổ tim tại trung tâm chúng tôi. Những phát hiện này là sơ khởi và cần được xác nhận ở một nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu lớn hơn. <i>Kết quả nghiên cứu được đăng trên Tạp chí Journal of Humanitarian Cardiovascular Medicine, Vol.1, No.3 (2024).</i>

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
21.	Đánh giá kết quả chuẩn bị đại tràng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1	Ông Nguyễn Việt Trường, Phó trưởng khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Ông Võ Quốc Chuyên, Bác sĩ khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Ông Lê Đăng Phát, Bác sĩ khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2465/QĐ-BVNĐ1 ngày 30/09/2024	Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 163 bệnh nhi được chỉ định nội soi đại tràng tại khoa Tiêu hóa bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 4/2021 đến 4/2023, được chuẩn bị đại tràng theo phác đồ bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Phần lớn (46%) bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 5-10 tuổi, tỷ lệ bé trai nhiều hơn bé gái, chỉ định nội soi đại tràng chủ yếu là tiêu máu (45,4%). Kết quả nội soi có thể là polyp đại tràng chiếm 29,5%, viêm ruột mạn chiếm 12,9%, bình thường là 52,8%. Tỷ lệ chuẩn bị đại tràng thành công là 43,6%, trong đó rất tốt (8%), tốt (35,6%), kém (56,4%). Không thấy mối liên quan giữa tuổi bệnh nhân, nhóm tuổi, giới, địa chỉ, tình trạng dinh dưỡng, kết quả nội soi với kết quả chuẩn bị đại tràng. Kết luận: Tỷ lệ thành công chuẩn bị đại tràng theo phác đồ 2 ngày của bệnh viện khá thấp so với các phác đồ khác hiện hành. Cần xây dựng phác đồ chuẩn bị đại tràng mới an toàn và hiệu quả hơn. Hiện tại chưa có phác đồ chuẩn cũng như chưa có nhiều nghiên cứu về việc chuẩn bị đại tràng cho trẻ em. Tại bệnh viện Nhi Đồng 1, khoa Tiêu hóa đang sử dụng phác đồ hai ngày bao gồm ngày 1 (chế độ ăn, Bisacodyl, Fortran), ngày 2 rửa ruột bằng nước muối 9%. Mặc dù đã được áp dụng từ năm 2000 nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả phác đồ này và thời gian chuẩn bị đại tràng kéo dài 2 ngày làm ảnh hưởng đến sự tuân thủ bệnh nhi nội soi. <i>Kết quả nghiên cứu được đăng tải lên Tạp chí Y học Việt Nam, tập 537, tháng 4 – số chuyên đề – năm 2024, trang 169 – 177.</i>
22.	Rối loạn chuyển hóa bẩm sinh ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng 1	Bà Nguyễn Thị Ngọc Trăng, Phó trưởng khoa Sơ sinh 2 – Chuyển hóa – Di truyền, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Bà Nguyễn Thị Thanh Hương, Trưởng khoa Sơ sinh 2 – Chuyển hóa – Di truyền, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Bà Nguyễn Đình Hồng Phúc, Bác sĩ khoa Sơ sinh 2	2466/QĐ-BVNĐ1 ngày 28/8/2024	Đây là nghiên cứu hàng loạt ca trên 32 bệnh nhân từ 01/2018 đến tháng 11/2023 ở khoa Sơ sinh 2 – Chuyển hóa – Di truyền của bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Trong gần 6 năm, có 32 trẻ mắc 13 loại bệnh RLCHBS nhập viện vào khoa Sơ sinh, chiếm 17,8% bệnh RLCHBS ghi nhận tại bệnh viện Nhi Đồng 1. Bệnh thường gặp ở giai đoạn sơ sinh là Maple syrup urine disease, Methylmalonic

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
			– Chuyển hóa – Di truyền, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Bà Lê Trần Hải Yến, Bác sĩ khoa Sơ sinh 2 – Chuyển hóa – Di truyền, Bệnh viện Nhi Đồng 1 4/ Bà Chu Thị Hồng Phượng, Bác sĩ khoa Sơ sinh 2 – Chuyển hóa – Di truyền, Bệnh viện Nhi Đồng 1		aciduria, Carnitine-Acylcarnitine Translocase Deficiency và Citrullinemia type 2. Đa số các trường hợp đều sinh đủ tháng và đủ cân. Tỷ lệ nam nữ mắc bệnh như nhau. Trẻ sau sinh hoàn toàn bình thường và khởi phát bệnh ở ngày tuổi có trung vị là 5[2,00;11,8] ngày. Cấp cứu RLCH xảy ở 53% trường hợp với biểu hiện li bì, suy hô hấp, giảm trương lực cơ; thường gặp ở nhóm bệnh RLCH acid hữu cơ và acid béo. Cận lâm sàng thường gặp là tăng NH₃ 83,3%, tăng lactat máu 57,7%, toan chuyển hóa tăng anion gap 38,0%, hạ đường huyết 34,0%. Sinh hóa chuyên biệt với thay đổi acid amin và acylcarnitine trong MS/MS gợi ý RLCH acid amin, acid béo và thay đổi acid hữu cơ trong GC/MS gợi ý RLCH acid hữu cơ niệu. Di truyền lặn trên nhiễm sắc thể thường, đồng hợp tử chiếm 52%, dị hợp tử kép hiếm 33% và rất đa dạng kiểu gen và kiểu hình, có biến thể mới. Điều trị trong cấp cứu chuyển hóa chủ yếu là hỗ trợ hô hấp, bù toan, thuốc Natri Benzoate và lọc máu. Tỷ lệ tử vong là 31%, nhóm RLCH acid hữu cơ có tỷ lệ tử vong cao nhất. Kết luận: Tại miền Nam Việt Nam, có nhiều trường hợp RLCHBS khởi phát trong giai đoạn sơ sinh với triệu chứng cấp cứu chuyển hóa, tỷ lệ tử vong cao 31%. Xét nghiệm sinh hóa cơ bản và MS/MS chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Giải trình tự gen giúp chẩn đoán xác định các bệnh RLCH. Sàng lọc sơ sinh mở rộng giúp phát hiện sớm bệnh, giảm vào con cấp cứu chuyển hóa. <i>Nghiên cứu đăng trên Tạp chí Y học Việt Nam - tập 537- Tháng 04_ Số Chuyên đề - 2024. Hội nghị khoa học Nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1, trang 17-26</i>
23.	Báo cáo ca bệnh thận đa nang mang đột biến gen WT1 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1	Bà Phạm Quỳnh Mai Trang, Bác sĩ khoa Sơ sinh 2 – Chuyển hóa – Di	1/ Bà Nguyễn Thị Thanh Hương, Trưởng khoa Sơ sinh 2 – Chuyển hóa – Di truyền, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2693/QĐ-BVNĐ1 ngày 11/10/2024	Đây là nghiên cứu báo cáo một ca lâm sàng trên một bệnh nhân từ 04/07/2022 đến 29/07/2022 ở khoa Sơ sinh 2 – Chuyển hoá – Di truyền của bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Bệnh nhân có biểu hiện suy thận thiếu niệu, phù toàn thân và tình hoàn ản hai bên, không ghi nhận bất thường

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
		truyền, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2/ Bà Nguyễn Thị Thanh Tuyền, Bác sĩ khoa Sơ sinh 2 – Chuyển hóa – Di truyền, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Bà Chu Thị Hồng Phượng, Bác sĩ khoa Sơ sinh 2 – Chuyển hóa – Di truyền, Bệnh viện Nhi Đồng 1		bẩm sinh cơ quan gan-mật và phổi. Trẻ tử vong lúc 47 ngày tuổi. Cha mẹ không cùng huyết thống và khỏe mạnh. Người anh trai mắc bệnh thận tương tự tử vong 21 ngày tuổi. Phân tích trình tự 4500 gen bằng CES cho thấy trẻ sơ sinh mang dị hợp tử về biến thể WT1 p.Arg467Gln gây bệnh. Đây là một biến thể mới nhưng phù hợp với đặc điểm gây bệnh của phân lớp thứ ba do WT1 mã hóa một yếu tố phiên mã của một loại protein cần thiết cho sự phát triển thận, tiết niệu-sinh dục gây ra hội chứng Denys-Drash. Bệnh nhân cũng dị hợp tử về biến thể COL4A4 p.Gly 864Val là biến thể không rõ ràng về tác động của gen này đến tình trạng lâm sàng (VUS). Không tìm thấy đột biến ở gen PKD1, PKD2 và PKHD1. Bộ nhiễm sắc thể nhân là 46XY và không có biến thể số lượng bản sao đáng kể nào trong bộ gen. Kết luận: Các đặc điểm nổi bật của PKD ở trẻ sơ sinh của chúng tôi với biến thể WT1 p.Arg467Gln cho thấy WT1 có thể đóng một vai trò trong việc phát triển các kiểu hình PKD thông qua tương tác với các gen gây bệnh thận đa nang chưa được xác định. <i>Kết quả nghiên cứu được đăng trên Tạp chí y học Việt Nam - Tập 537 - Tháng 4 - Số Chuyên đề 2024, trang 334-342.</i>
24.	Chi phí trực tiếp của hội chứng viêm đa hệ thống liên quan đến COVID 19 (MIS-C) tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 Thành phố Hồ Chí Minh	Bà Mã Tú Thanh, Phó trưởng khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Bà Nguyễn Ngọc Vân Phương, Chủ nhiệm Bộ môn Tin học – Thống kê Y học, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch 2/ Ông Phạm Văn Quang, Trưởng khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Ông Nguyễn Trí Hào, Trưởng khoa Tim mạch, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2681/QĐ-BVND1 ngày 10/10/2024	Đây là nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 152 bệnh nhi được chẩn đoán MIS-C tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, Thành Phố Hồ Chí Minh từ 09/2021 – 09/2023. Kết quả chính: Tổng chi phí trực tiếp của toàn bộ mẫu nghiên cứu có trung vị là 7,3 triệu. Theo nguồn chi trả, chi phí do người nhà chi trả (68%) nhiều hơn chi phí do bảo hiểm y tế thanh toán. Theo thành phần, chi phí lâm sàng chiếm nhiều nhất (80%). Phân tích đa biến ghi nhận mối liên quan giữa chi phí trực tiếp với việc truyền IVIG (truyền IVIG 2 lần thì tăng 33,3 triệu so với cách truyền IVIG 1 lần), thời gian nằm hồi sức (thêm 1 ngày nằm hồi sức thì tăng thêm 5 triệu) và thời gian điều trị (thêm 1 ngày nằm viện thì tăng thêm 1,1 triệu). Các yếu tố này giải thích được 90,79% ($R^2 = 90,79\%$) sự thay đổi của chi phí trực tiếp.

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					Kết luận: Nghiên cứu này làm rõ chi phí trực tiếp và theo nguồn chi trả của Hội chứng viêm đa hệ thống ở trẻ em liên quan đến COVID-19 (MIS-C) tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, Thành Phố Hồ Chí Minh và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sử dụng IVIG và số ngày nằm hồi sức, số ngày nằm viện trong điều trị. Việc xác định chi phí điều trị và các yếu tố liên quan đến chi phí y tế trực tiếp ở nhóm bệnh được chẩn đoán hội chứng viêm đa hệ thống liên quan đến COVID 19 (MIS-C) tại bệnh viện sẽ góp phần giúp cho nhà quản lý bệnh viện và BHYT hoạch định các chính sách y tế phù hợp trong dự toán chi phí khám chữa bệnh BHYT. Điều này giúp giảm bớt gánh nặng chi phí điều trị cho thân nhân bệnh nhi. <i>Kết quả nghiên cứu được đăng trên Tạp chí Y Học Việt Nam, Tập 537, Tháng 04 Số chuyên đề 2024.</i>
25.	Dự đoán hiệu quả của chương trình tiêm chủng vắc-xin Rotavirus phổ quát tại miền Tây Nam Bộ Việt Nam dựa trên mô hình toán học động	Bà Tôn Thị Thanh Hà, Phó trưởng khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Ông Hoàng Lê Phúc, Trưởng khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2683/QĐ-BVND1 ngày 10/10/2024	Đây là nghiên cứu mô phỏng dựa trên dữ liệu hiện có trên các bệnh nhân dưới 5 tuổi nhập viện do bệnh viêm dạ dày ruột do Rotavirus tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, TP.HCM, trong khoảng thời gian từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2018 Kết quả chính: Sau 10 năm triển khai chương trình tiêm chủng với tỷ lệ bao phủ 95%, số ca nhập viện do bệnh viêm dạ dày ruột do Rotavirus dự đoán giảm từ 177.950 ca xuống còn 89.517 ca nếu hiệu quả vắc-xin đạt 85%. Với hiệu quả vắc-xin 55%, số ca nhập viện giảm xuống còn 121.832 ca sau 10 năm. Hiệu quả tiêm chủng cao nhất ở trẻ từ 4 tháng đến 1 tuổi, với mức giảm nguy cơ tương đối cao. Kết luận: Tiêm chủng vắc-xin Rota virus vẫn là một biện pháp phòng ngừa hiệu quả tại miền Tây Nam Bộ Việt Nam, ngay cả khi hiệu quả vắc-xin không đạt mức cao như ở các nước phát triển. Chương trình tiêm chủng có thể làm giảm đáng kể số ca nhập viện do bệnh viêm dạ dày ruột do Rotavirus, đặc biệt ở trẻ em dưới 5 tuổi, giúp giảm áp lực lên hệ thống y tế.

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					<i>Kết quả nghiên cứu được đăng tải trên Tạp chí Scientific reports 14.1 (2024): 4273.</i>
26.	Đặc điểm xuất huyết tiêu hóa có nội soi tiêu hóa ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1	Bà Châu Tố Uyên, Bác sĩ khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Ông Nguyễn Anh Tuấn, Trưởng khoa Nội tổng quát 2, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Ông Nguyễn Việt Trường, Phó trưởng khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2662/QĐ-BVNĐ1 ngày 09/10/2024	Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 374 bệnh nhân từ 01/01/2021 đến 31/08/2023 ở khoa Tiêu hóa của Bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Đa số bệnh nhân là nam (72,5%), tuổi trung bình $9,2 \pm 4,1$ tuổi. Các triệu chứng lâm sàng chính gồm ói máu (21,1%), tiêu máu đỏ (65,8%), và tiêu phân đen (33,2%). Nội soi tiêu hóa trên phát hiện loét tá tràng (37,6%) và viêm dạ dày dạng nốt (47,9%), trong khi nội soi tiêu hóa dưới ghi nhận polyp trực tràng (26,5%) và viêm loét đại tràng (11,9%). Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa trên chủ yếu là loét tá tràng và viêm dạ dày tá tràng, còn xuất huyết tiêu hóa dưới do polyp và viêm đại tràng. Về điều trị, 29,7% bệnh nhi được truyền PPI tĩnh mạch, 16,3% trải qua nội soi cắt polyp, và 2,7% cần can thiệp phẫu thuật. XHTH trên có tỉ lệ thiếu máu là 87,1% cao hơn XHTH dưới với tỉ lệ 26,3%, trong đó tỉ lệ thiếu máu HCNNS chiếm ưu thế ở nhóm nội soi dưới là 63,6%, và thiếu máu ĐSĐB ưu thế ở nhóm nội soi trên là 51,6%. Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy cần chú ý đặc điểm lâm sàng và nội soi để chẩn đoán chính xác, giúp điều trị kịp thời và phòng ngừa biến chứng xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em. Các kết quả này có thể được sử dụng làm tài liệu tham khảo cho các cơ sở y tế khác, giúp cải thiện chẩn đoán và quản lý các trường hợp XHTH ở trẻ em.
27.	Khảo sát hiệu quả chuyển đổi kháng sinh đường tiêm tĩnh mạch sang đường uống trong điều trị viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1	Ông Ngô Ngọc Quang Minh, Phó Giám đốc Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Ông Nguyễn Anh Tuấn, Trưởng khoa Nội tổng quát 2, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Ông Nguyễn Thanh Liêm, Trưởng khoa Nội tổng quát 1, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2663/QĐ-BVNĐ1 ngày 09/10/2024	Đây là nghiên cứu bán thực nghiệm trên 104 BN từ 16/04/2024 đến 16/08/2024 ở khoa Nội tổng quát 1 và Nội tổng quát 2 của bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Phần lớn BN sử dụng 1 kháng sinh. Cefotaxim được sử dụng phổ biến nhất ở nhóm chứng (92,5%), ceftriaxon được sử dụng nhiều nhất ở nhóm can thiệp (58,8%). Ngoài ra, nhóm chứng có 18,9% BN sử dụng phối hợp 2 kháng sinh

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
			3/ Bà Nguyễn Thị Bích Nga, Trường khoa Dược, Bệnh viện Nhi Đồng 1 4/ Bà Nguyễn Thị Khánh Linh, Nhân viên khoa Dược, Bệnh viện Nhi Đồng 1		cefotaxim và gentamicin còn nhóm can thiệp chỉ sử dụng đơn trị ceftriaxon hoặc cefotaxim. Tỷ lệ chuyển đổi đường dùng kháng sinh ở nhóm can thiệp (100%) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng (26,4%) với $p < 0,001$. Tỷ lệ chuyển đổi đường dùng kháng sinh hợp lý ở nhóm can thiệp và nhóm chứng lần lượt là 39,2% và 14,3%. Can thiệp của dược sĩ lâm sàng làm tăng tỷ lệ chuyển đổi hợp lý ($p < 0,001$). Trung vị thời gian sử dụng kháng sinh tiêm và thời gian nằm viện của nhóm can thiệp được rút ngắn, lần lượt từ 8 ngày xuống còn 4 ngày và từ 8 ngày xuống còn 5 ngày, so với nhóm chứng ($p < 0,001$). Hiệu quả điều trị giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp không khác biệt, với tỷ lệ điều trị thành công lần lượt là 88,7% và 90,2% ($p = 0,801$). Kết luận: Can thiệp của Dược sĩ lâm sàng giúp làm gia tăng tỷ lệ BN được chuyển đổi đường dùng kháng sinh hợp lý, làm rút ngắn thời gian sử dụng kháng sinh tiêm và thời gian nằm viện ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng, hiệu quả điều trị không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Nghiên cứu được áp dụng bước đầu tại 2 khoa Nội tổng quát 1 và Nội tổng quát 2 - Bệnh viện Nhi Đồng 1, sau đó có thể triển khai mở rộng sang các khoa khác trên đối tượng BN mắc viêm phổi cộng đồng hoặc triển khai trên các bệnh lý nhiễm trùng khác có khuyến cáo.
28.	Đánh giá kết quả tạo hình trong điều trị phì đại môi bé ở trẻ em	Bà Huỳnh Thị Phụng Chân, Bác sĩ khoa Ngoại Thận – Tiết Niệu, Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố	1/ Ông Lê Thanh Hùng, Trường khoa Ngoại Thận – Tiết Niệu, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Ông Huỳnh Công Chấn, Bác sĩ khoa Ngoại Thận – Tiết Niệu, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Bà Hoàng Hồng Ngọc Lam, Điều dưỡng trưởng	2664/QĐ-BVND1 ngày 09/10/2024	Đây là nghiên cứu mô tả loạt trường hợp bệnh trên 66 hồ sơ bệnh án từ 01/01/2016 đến 31/12/2022 ở khoa Khoa Ngoại Tổng Hợp và Ngoại Thận-Tiết Niệu của bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Tuổi phẫu thuật trung bình là $11,9 \pm 1,5$ năm (9 - 15 tuổi). Lý do nhập viện chính để phẫu thuật là có triệu chứng khó chịu chiếm 42,4%, than phiền về không thẩm mỹ chiếm 27,3%. Độ rộng trung bình của môi bé bị phì đại là 4,7cm (3 - 7 cm). Phì đại môi bé hai bên chiếm 74,2%, một bên chiếm 25,8%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $55,5 \pm 15,6$ phút (30 - 90 phút). Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều được tạo hình môi

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
			khoa Ngoại Thận – Tiết Niệu, Bệnh viện Nhi Đồng 1 4/ Bà Nguyễn Thị Anh Đào, Bác sĩ khoa Ngoại Thận – Tiết Niệu, Bệnh viện Nhi Đồng 1		bé bằng kỹ thuật cắt dọc rìa, 66,7% trường hợp kèm tạo hình mũ âm vật. Biến chứng chảy máu và tụ máu chiếm 9,1%, phẫu thuật lại vì tái phát chiếm 1,5%. Mẹ và bệnh nhi rất hài lòng chiếm 84%, hài lòng chiếm 12% và không hài lòng chiếm 4%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa sự hài lòng và phương pháp phẫu thuật hay lý do chính nhập viện ($p < 0,05$). Kết luận: Phẫu thuật tạo hình môi bé trong điều trị phì đại môi bé ở trẻ em là một phẫu thuật an toàn, tỉ lệ biến chứng thấp và tỉ lệ hài lòng cao. Kết quả nghiên cứu giúp bổ sung y văn về phẫu thuật điều trị phì đại môi bé ở trẻ em tại Việt Nam.
29.	Đánh giá kết quả mổ mở xâm lấn tối thiểu tạo hình khúc nối bẹn thận niệu quản trẻ em	Bà Nguyễn Thị Trúc Linh, Nhân viên Bộ môn Ngoại Nhi, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh	1/ Ông Lê Thanh Hùng, Trưởng khoa Ngoại Thận – Tiết Niệu, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Ông Hồ Trung Cường, , Bác sĩ khoa Ngoại Thận – Tiết Niệu, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Ông Võ Lê Đức Trọng, Bác sĩ khoa Ngoại Thận – Tiết Niệu, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2665/QĐ-BVNĐ1 ngày 09/10/2024	Đây là nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 142 bệnh nhân từ 01/1/2017 đến 01/09/2022 ở khoa Ngoại thận-Tiết niệu của bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Tuổi trung bình phẫu thuật 21,35 tháng, nam nhiều hơn nữ, bên trái gấp 4 lần bên phải. Bệnh phát hiện trước sinh nhờ siêu âm chiếm 65,5%. Bệnh cảnh lâm sàng chủ yếu không có triệu chứng chiếm 74,7%. Tất cả bệnh nhi đều được siêu âm trước mổ, chủ yếu ứ nước nặng (độ III 47,2%, độ IV 50,7%), APD trung bình 43,7 mm, nhu mô thận trung bình 4,2 mm. Chiều dài vết mổ trung bình 2,1 cm. Thời gian mổ trung bình 64,8 phút, không cần truyền máu trong và sau mổ. Giảm đau sau mổ chủ yếu dùng paracetamol đường uống (86,6%) với thời gian trung bình 4,8 ngày. Xuất viện sau mổ trung bình 6 ngày. Thời gian theo dõi trung bình của nghiên cứu là 29,6 tháng. Tỉ lệ biến chứng sau mổ có 14 trường hợp chiếm tỉ lệ 9,85%. Mổ mở xâm lấn tối thiểu có kết quả tốt 83,8%, trung bình 14,1% và xấu (tái phát) 2,1%. Đặc biệt, nhóm trẻ dưới 12 tháng có tỉ lệ thành công cao hơn 1,25 lần so với nhóm trên 12 tháng. Tỉ lệ thành công ở nhóm phát hiện bệnh trước sinh (90,32%) cao hơn nhóm phát hiện sau sinh (71,43%). Chức năng thận trên xạ hình

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					có giá trị >20% có tỉ lệ điều trị thành công cao gấp hơn 3 lần so với nhóm trẻ có chức năng thận ≤20%. Kết luận: Mô mỡ xâm lấn tối thiểu tạo hình khúc nối bề thận-niệu quản có kết quả thành công cao, ít biến chứng, thời gian mổ nhanh, giảm đau sau mổ, xuất viện sớm rất thích hợp mô trên trẻ em đặc biệt trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. <i>Kết quả nghiên cứu được đăng tải trên Tạp chí Y Học Việt Nam, tập 528, Tháng 7, số chuyên đề-2023, trang 203-208.</i>
30.	Hiệu quả triển vọng của Everolimus trong điều trị dị dạng bạch huyết phức tạp: nhân 2 trường hợp tại Bệnh viện Nhi Đồng 1	Bà Diệp Quế Trinh, Trưởng khoa Phẫu – Tạo hình, Bệnh viện Nhi Đồng 1		2666/QĐ-BVNĐ1 ngày 09/10/2024	Đây là nghiên cứu ca lâm sàng trên 02 bệnh nhân bị dị dạng bạch huyết phức tạp tại Bệnh viện Nhi Đồng 1: một trường hợp là Hội chứng Gorham Stout với tràn dịch màng phổi kèm tổn thương đa xương và một trường hợp bị dị dạng bạch huyết vùng trung thất có chèn ép hô hấp. Kết quả chính: Chúng tôi đã dùng Everolimus đường uống cho hai trường hợp dị dạng bạch huyết phức tạp cho thấy cải thiện lâm sàng rõ rệt trong khi không có lựa chọn điều trị khác. Liều Everolimus 0,5-0,1 mg/kg/ngày duy trì ở nồng độ đáy là 5-15 ng/mL, theo dõi điều trị trong 12 tháng. X Quang, siêu âm và CT Scans được thực hiện để đánh giá hiệu quả điều trị. Tỷ lệ hiệu quả đáp ứng 50-60%, không có phản ứng có hại nghiêm trọng nào được tìm thấy ngoài tình trạng viêm niêm mạc, cũng như chưa ghi nhận tác dụng phụ tiềm tàng đối với chức năng thận, tủy xương và chuyển hóa cholesterol. Tương tự các báo cáo khác về hiệu quả và an toàn khi sử dụng Everolimus. Kết luận: Everolimus đã chứng minh hiệu quả trong điều trị bướu bạch huyết phức tạp không thể lựa chọn phẫu thuật hay các phương pháp điều trị khác ở trẻ em, với cải thiện rõ rệt về triệu chứng lâm sàng và giảm kích thước tổn thương. Tác dụng phụ tuy có nhưng nhẹ có thể kiểm soát được bằng điều trị hỗ trợ. Ngoài ra, cần có sự phối hợp giữa các chuyên gia để xây dựng kế hoạch điều trị tối ưu cho từng trường hợp.

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					Kết quả nghiên cứu chia sẻ những kinh nghiệm điều trị bướu bạch huyết phức tạp ở trẻ em.
31.	Ứng dụng ngưỡng phản xạ cơ bàn đạp được kích hoạt bằng điện để đánh giá chức năng thính giác của bệnh nhi sau cấy điện cực ốc tai tại Bệnh viện Nhi Đồng 1	Ông Trần Tường Vinh, Học viên Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh	1/ Ông Nguyễn Tuấn Như, Trưởng khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Ông Phạm Đoàn Tấn Tài, Phó Trưởng khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Ông Lương Hữu Đăng, Nhân viên Bộ môn Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh 4/ Bà Trần Thị Minh Châu, Nhân viên khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2667/QĐ-BVND1 ngày 09/10/2024	Đây là nghiên cứu cắt ngang trên bệnh nhi sau cấy điện cực ốc tai bệnh nhân từ 10/08/2017 đến 30/05/2024 ở khoa Tai Mũi Họng của bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Ứng dụng được phương pháp đo ngưỡng phản xạ cơ bàn đạp được kích hoạt bằng điện cho các bệnh nhi sau phẫu thuật cấy điện cực ốc tai tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết luận: Áp dụng phương pháp đo ngưỡng phản xạ cơ bàn đạp được kích hoạt bằng điện trong hiệu chỉnh điện cực ốc tai không chỉ giúp rút ngắn thời gian hiệu chỉnh thiết bị cho từng bệnh nhi mà còn mang lại nhiều lợi ích thiết thực. Phương pháp này cho phép xác định mức kích thích tối ưu cho từng cá nhân, từ đó tạo ra một trải nghiệm nghe tốt hơn và phù hợp hơn với nhu cầu riêng của mỗi người. Khi các mức kích thích được hiệu chỉnh chính xác, bệnh nhân có thể nhanh chóng hòa nhập vào cuộc sống hàng ngày, cải thiện khả năng giao tiếp và tương tác xã hội. Điều này không chỉ giúp nâng cao chất lượng cuộc sống mà còn tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển ngôn ngữ và kỹ năng xã hội của họ. Hơn nữa, việc sử dụng ESRT còn giúp các chuyên gia y tế theo dõi và đánh giá hiệu quả của quá trình cấy ghép một cách chính xác hơn, từ đó đưa ra những điều chỉnh cần thiết kịp thời. Nghiên cứu đã bổ sung những bằng chứng khoa học khi triển khai thành công các phương pháp đo ESRT, kỹ thuật này giúp hiệu chỉnh máy cho bệnh nhi sau khi cấy ốc tai điện tử, nâng cao khả năng nghe và chất lượng cuộc sống cho các em.
32.	Đặc điểm và chi phí y tế trực tiếp ở bệnh nhân mắc Sởi điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng 1	Bà Nguyễn Phan Như Thảo, Nhân viên Phòng Kế hoạch tổng hợp,	1/ Ông Cao Minh Hiệp, Trưởng Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2668/QĐ-BVND1 ngày 09/10/2024	Đây là nghiên cứu cắt ngang trên 461 bệnh nhân mắc sởi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 5/2024 đến 9/2024. Kết quả chính: Tổng chi phí điều trị BHYT chi trả cho trẻ bị bệnh sởi có trung vị là 2.958.136 VNĐ. Trong đó, chủ yếu là chi phí cho giường bệnh, xét nghiệm và thuốc dịch truyền. Tổng chi

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
		Bệnh viện Nhi Đồng 1	2/ Bà Ngô Thị Ngọc Thuý, Phó trưởng Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Ông Nguyễn Minh Phương, Nhân viên Phòng Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Nhi Đồng 1 4/ Bà Thái Kim Ngân, Nhân viên Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Nhi Đồng 1 5/ Bà Phạm Thị Hải Yến, Nhân viên Phòng Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Nhi Đồng 1		phí điều trị bệnh nhân chi trả cho trẻ bị bệnh sởi có trung vị là 117.300 VNĐ. Trong đó, chủ yếu là chi phí cho vật tư y tế và chi phí giường bệnh dịch vụ. Tổng chi phí y tế điều trị trực tiếp của mẫu nghiên cứu có trung vị là 3.158.817 VNĐ. Trong đó, chi phí cho giường có trung vị là 1.904.150 VNĐ, thuốc có trung vị là 367.114 và vật tư y tế là 310.761 VNĐ. Kết quả nghiên cứu cho thấy nơi cư ngụ, thời gian điều trị, thời gian nằm hồi sức, thời gian thở máy, phân loại biến chứng của sởi là các yếu tố làm tăng tổng chi phí trực tiếp y tế ($p < 0,001$). Kết luận: Nghiên cứu trên 461 bệnh nhân mắc sởi về chi phí y tế tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 5/2024 đến 9/2024 cho thấy chi phí thanh toán chủ yếu do nguồn BHYT chi trả. Nơi cư ngụ, thời gian điều trị, thời gian nằm hồi sức, thời gian thở máy, phân loại biến chứng của sởi là các yếu tố làm tăng tổng chi phí trực tiếp y tế. Kết quả nghiên cứu góp phần bổ sung y văn là tiền đề cho các nghiên cứu sâu rộng hơn về gánh nặng y tế của trẻ mắc bệnh truyền nhiễm. Nghiên cứu phát hiện một số yếu tố dự báo liên quan đến chi phí cụ thể hóa quy mô chi phí điều trị của bệnh sởi, qua đó cụ thể hóa sự hợp lý chi trả của BHYT và phần chi trả thêm của bệnh nhân. Trong xu hướng hiện nay BHYT sẽ chi trả theo trần thanh toán, nếu vượt trần cần giải trình theo chi phí các nhóm bệnh, do đó nghiên cứu này sẽ là một cơ sở thực chứng giúp các nhà quản trị bệnh viện và BHYT hoạch định chính sách phù hợp và nâng cao hiệu quả điều trị trên bệnh nhi mắc sởi.
33.	Một trái tim với hai thùy: Một trường hợp hiếm gặp về phình tiêu nhĩ trái bẩm sinh không lỗ ở trẻ nữ nhi	Bà Nguyễn Minh Hải, Phó trưởng khoa Tim mạch, Bệnh viện Nhi Đồng 1 sứ		2692/QĐ-BVNĐ1 ngày 11/10/2024	Đây là nghiên cứu báo cáo ca lâm sàng. Bệnh nhân nữ, sinh thường, đủ tháng, nặng 2700 gr, có tiêm ngừa BCG sau sinh. Lúc 1,5 tháng tuổi, bé được đưa đến khám tại bệnh viện tỉnh vì có một khối u ở cổ. Khám thực thể phát hiện một khối mềm như hạch bạch huyết, không đau, có đường kính 2 cm phía trên xương đòn trái, không có phù chi, gan lách không to, không có âm thổi ở tim hay dấu hiệu chậm phát triển. X-quang ngực thấy bóng tim rất to. Siêu âm tim thấy một khối dạng nang lớn ở vị trí tiêu nhĩ

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					trái (kích thước 41 x 47 mm) kết nối với nhĩ trái, nghĩ là túi phình tiểu nhĩ trái. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính đa dãy xác định chẩn đoán. Bệnh nhân được hội chẩn để phẫu thuật cắt bỏ túi phình LAAA. Trước phẫu thuật, điện tâm đồ ghi nhận trục sóng P bình thường với trục lệch phải và không có sóng R ở các chuyển đạo trước ngực, đây là dấu hiệu của tim lệch sang phải. Phương pháp phẫu thuật được thực hiện qua đường mổ giữa xương ức và sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể mà không cần hạ thân nhiệt. Phẫu thuật mở tiểu nhĩ trái và hút ra máu bên trong túi phình, túi phình xẹp xuống. Sau đó, LAAA được cắt bỏ thông qua đường mổ này. Hạch bạch huyết ở cổ cũng được cắt bỏ. Cuộc phẫu thuật thành công mà không có biến chứng nào. Bệnh nhân được xuất viện 7 ngày sau phẫu thuật tim. Kết quả giải phẫu bệnh của túi phình cho thấy một khối nang có kích thước 3,5 cm x 2,0 cm x 1,0 cm chứa các mô xơ và cơ trơn. Hình ảnh X-quang ngực sau khi cắt bỏ túi phình cho thấy kích thước tim bình thường. Bệnh nhân vẫn không có triệu chứng với kết quả khám thực thể và siêu âm tim bình thường trong các lần tái khám sau phẫu thuật. Nghiên cứu mô tả trường hợp cực kỳ hiếm gặp, được chẩn đoán bởi bác sĩ tim mạch nhi tại tuyến tỉnh, sau đó được thực hiện đầy đủ các phương pháp chẩn đoán hình ảnh rõ ràng trước phẫu thuật để lên kế hoạch phẫu thuật thích hợp, có đầy đủ hình ảnh giải phẫu bệnh và theo dõi kết quả sau phẫu thuật. Điều này cho thấy tầm quan trọng của cách tiếp cận đa ngành bao gồm tim mạch nhi, chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật tim mạch và giải phẫu bệnh trong việc chẩn đoán và quản lý bệnh. Việc phát hiện sớm và can thiệp phẫu thuật kịp thời là rất quan trọng để ngăn ngừa các biến chứng tiềm ẩn liên quan đến LAAA, đặc biệt là ở trẻ nhũ nhi.
34.	Cơ sở dữ liệu để giám sát trẻ em nhiễm HIV/AIDS (TApHOD)	Ông Dư Tuấn Quy, Trưởng Khoa Nhiễm -	1/ Ông Nguyễn Lê Anh Tú, Bác sĩ Khoa Nhiễm - Thần kinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1.	2682/QĐ-BVND1 ngày 10/10/2024	Đây là nghiên cứu trên bệnh nhân HIV/AIDS từ 30/7/2022 đến 30/7/2023 ở khoa Nhiễm-Thần kinh của bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Thu thập được 245 bệnh nhân, trong đó nam chiếm khoảng 56%, nữ 44%. Số trẻ vị thành niên chiếm 75%,

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
		Thần Kinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2/ Bà Nguyễn Thị Thùy Trang, Bác sĩ Khoa Nhiễm - Thần kinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1. 3/ Bà Đỗ Thị Kim Phụng, Điều dưỡng trưởng Khoa Nhiễm - Thần kinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1. 4/ Bà Tiêu Châu Thy, Bác sĩ Khoa Nhiễm - Thần kinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1. 5/ Bà Nguyễn Thanh Trang, Bác sĩ Khoa Nhiễm - Thần kinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1.		trong đó bỏ học 30%, học nghề 30%. Chuyển gởi sang cơ sở người lớn và về địa phương 12 ca trong năm 2023. Số trẻ mất cả Cha và Mẹ chiếm khoảng 54%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng chiếm 20%. Đồng nhiễm Lao và HIV khoảng 15%. Các trẻ vị thành niên ngày càng chiếm đa số, các vấn đề tuân thủ điều trị ở nhóm này cần được hỗ trợ và chăm sóc điều trị liên tục. Bên cạnh đó, việc giáo dục hướng nghiệp, kỹ năng sống, giáo dục giới tính, tình trạng bạo lực của các em cần được quan tâm hơn nữa. Việc tối ưu hóa phác đồ điều trị giúp trẻ tuân thủ tốt hơn, giảm tác dụng phụ và tăng hiệu quả điều trị. Cần chẩn đoán đồng nhiễm Lao ở trẻ nhiễm HIV sớm để việc điều trị cho trẻ tốt hơn, cải thiện về dinh dưỡng là vấn đề cần được quan tâm ở trẻ HIV.
35.	Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, tổn thương cơ quan và điều trị bệnh tay chân miệng nặng tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Nhi Đồng 1	Ông Phạm Văn Quang, Trưởng khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Ông Đặng Nguyễn Huy Hoàng, Bác sĩ khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Tạ Minh Hòa Hiệp, Bác sĩ khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Võ Thanh Vũ, Phó trưởng khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Nhi Đồng 1 4/ Bà Trần Thị Bích Hằng, Bác sĩ khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2694/QĐ-BVNĐ1 ngày 11/10/2024	Đây là nghiên cứu tiến cứu trên 107 bệnh nhân từ 01/06/2023 đến 31/01/2024 ở khoa Hồi sức tích cực chống độc của bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Biểu hiện lâm sàng nặng: bất thường nhịp thở (83,2); sốc (13,1%), mạch trên 170 lần/phút (34,6%); tăng huyết áp (30,8%); rối loạn tri giác (24,3%). 28% Troponin I dương tính. Truyền 2 liều IVIG (66%). 21 trường hợp được lọc máu liên tục cải thiện nhiệt độ, nhịp tim và tình trạng toan máu, thời điểm lọc máu thường gặp ngày 4 của bệnh (42,9%), trung bình kéo dài trong 3 ngày. Thời gian điều trị trung bình tại khoa HSTC-CĐ trung bình là 7,4 ngày. Tỷ lệ di chứng não 4,7%. Tử vong 3,7%. Kết luận: Các bệnh nhân có tình trạng sốc, troponin I dương tính cần được hồi sức tích cực, xem xét chỉ định lọc máu liên tục sớm vì nguy cơ tử vong và di chứng cao.

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					Kết quả nghiên cứu có thể dùng tham khảo tại các đơn vị Hồi sức tích cực, khoa phòng và các Đơn vị y tế điều trị bệnh Tay chân miệng nặng.
36.	Kiến thức hút đàm qua nội khí quản ở trẻ em của điều dưỡng Bệnh viện Nhi Đồng 1	Bà Trần Nguyễn Thanh Thuý, Điều dưỡng trưởng khoa Cấp cứu, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Bà Trần Nguyễn Ái Nương, Điều dưỡng trưởng khoa Hồi Sức Nhiễm, Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Bà Lê Thị Uyên Ly, Điều dưỡng trưởng khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Nhi Đồng 1 3/ Bà Dương Thị Kim Thuý, Điều dưỡng trưởng khoa Hồi Sức Ngoại, Bệnh viện Nhi Đồng 1 4/ Bà Lê Thị Hồng Phượng, Nhân viên khoa Cấp cứu, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2701/QĐ-BVNĐ1 ngày 14/10/2024	Đây là một Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích bao gồm 120 điều dưỡng đang công tác tại khoa cấp cứu và tất cả 3 khoa hồi sức của bệnh viện Nhi Đồng 1. Nhằm xác định tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng về hút đàm nội khí quản theo quy trình kỹ thuật của bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2018 tại khoa cấp cứu, hồi sức và các yếu tố liên quan Kết quả nghiên cứu: Qua khảo sát cho thấy tỉ lệ mức độ kiến thức tốt, trung bình, thấp của điều dưỡng về hút đàm qua NKQ ở trẻ em > 1 tháng tuổi là 29.2%, 68.3%, 2.5%. Tỉ lệ này có liên quan đến số năm làm việc của điều dưỡng trong ngành ($P < 0,05$) và trong khoa cấp cứu, hồi sức ($P < 0,05$). Kết luận: Phần lớn điều dưỡng có kiến thức đúng ở mức độ trung bình do đó cần tổ chức lớp tập huấn quy trình kỹ thuật hút đàm qua nội khí quản cho tất cả điều dưỡng tại các khoa có bệnh nhân đặt nội quản.

Xét phạm vi ảnh hưởng cấp Thành phố (Hội đồng của Thành phố duyệt)

37.	Tính khả thi của thiết bị đeo theo dõi liên tục để phát hiện sự biến thiên của nhịp tim ở trẻ em mắc bệnh tay chân miệng	Ông Lê Nguyễn Thanh Nhân, Trưởng phòng Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Nhi Đồng 1	1/ Ông Nguyễn Thanh Hùng, Giám đốc Bệnh viện Nhi Đồng 1 2/ Ông Trương Hữu Khanh, Trưởng phòng Công tác xã hội, Bệnh viện Nhi Đồng 1	2189/QĐ-BVNĐ1 ngày 28/8/2024	Đây là nghiên cứu cắt ngang trên 142 bệnh nhân từ tháng 4 năm 2017 đến tháng 12 năm 2018 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả chính: Trong 142 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, số ca độ 2a, 2b1, 2b2, độ 3 và độ 4 lần lượt là 40 (28,2%), 16 (11,3%), 32 (22,5%), 50 (35,2%) và 4 (2,8%). Hầu hết các trường hợp (97,2%) đều dưới 60 tháng tuổi với độ tuổi trung bình là 21,7 (IQR: 2,4–154,8) tháng. Trong số bệnh nhân tham gia, 34 (23,9%) được điều trị bằng phenobarbital, 2 (2,1%) bằng thuốc vận mạch/thuốc tăng co bóp cơ tim và 33 (23,2%) bằng milrinone theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Hai bệnh nhân cần thở máy và tất cả bệnh nhân đều sống sót khi xuất viện. Ở tất cả các bệnh nhân, tín hiệu ECG đã được thu thập và không xảy ra tác
-----	--	--	--	------------------------------------	--

STT	Tên Đề tài/Nghiên cứu	Họ và tên chủ nhiệm	Họ và tên thành viên tham gia chính	Quyết định nghiệm thu	Tóm tắt thuyết minh phạm vi ảnh hưởng (Tối đa 200 từ)
					dụng phụ nào liên quan đến thiết bị đeo. Về đặc điểm lâm sàng, tỷ lệ sốt cao, hôn mê, rung giật cơ, run rẩy và da nổi bông ở nhóm nặng và rất nặng nổi bật hơn so với nhóm nhẹ. Chủng huyết thanh enterovirus phổ biến nhất là EV-A71 với 80/142 (56,3% trường hợp). Ở nhóm bệnh nặng và rất nặng, 68/102 (66,7%) trẻ được phát hiện nhiễm EV-A71. Ngược lại, CVA6, CVA10 và CVA16 phổ biến hơn ở những người mắc bệnh nhẹ. Khi so sánh các thông số thay đổi tần số tim (HRV) theo mức bệnh, các thông số về HRV ở những bệnh nhi liên quan đến EV-A71 luôn thấp hơn ở mọi mức độ nghiêm trọng của bệnh. Khi xem xét các thông số biến thiên liên quan đến hoạt động và sự cân bằng của hệ thần kinh thực vật, sự biến thiên tần số cao (HF) có liên quan đến hoạt động của dây thần kinh phế vị sẽ thấp hơn khi mức độ nghiêm trọng của bệnh ngày càng tăng, đặc biệt là trong bệnh EV-A71. Mô hình ngược lại với các phép đo tần số thấp (LF) thể hiện sự kết hợp giữa hoạt động giao cảm và phó giao cảm. Kết luận: Thiết bị đeo theo dõi liên tục là khả thi ở trẻ nhỏ trong môi trường các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình và có sự khác biệt về HRV liên quan đến nguyên nhân bệnh tật. Những khác biệt này có thể được đưa vào các mô hình tiên lượng để hỗ trợ phân loại trong các tình huống bùng phát dịch. Không giống như các phương pháp theo dõi có dây hoặc theo dõi ECG Holter truyền thống, các thiết bị đeo được cung cấp khả năng theo dõi bệnh nhân ở các mức độ nghiêm trọng khác nhau của bệnh bằng một thiết bị duy nhất. Thiết bị có ưu điểm là hệ thống gồm hai phần với cảm biến có thể tái sử dụng được kết nối với điện cực dùng một lần và do đó đặc biệt phù hợp để sử dụng trong những môi trường có nguồn lực hạn chế. <i>Kết quả nghiên cứu được đăng trên Tạp chí BMC Infect Dis., 24: 205, doi: 10.1186/s12879-024-08994-x.</i>

Người phụ trách báo cáo: Phan Võ Hạnh Nguyên

Số điện thoại: 0366210549

Email: bsphanvohanhnguyen94@gmail.com

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ



PGS.TS.BS Nguyễn Thanh Hùng

