

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM PHỔI Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HÔ HẤP, BỆNH VIỆN NHI TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Thị Trang^{1*}, Đào Thị Vân Anh¹, Hà Thu Phương¹,
Nguyễn Thị Hằng¹, Nguyễn Thị Tường¹, Trần Hiếu Ngân¹,
Oudomphone Vongsingpaseu¹, Đào Thị Lợi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi ở trẻ em từ 2 tháng đến 59 tháng điều trị tại khoa Hô hấp bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang. Số liệu được thu thập thông qua hồ sơ bệnh án của 298 trẻ từ 02-59 tháng tuổi được chẩn đoán viêm phổi và viêm phổi nặng theo tiêu chuẩn của Tổ chức y tế thế giới năm 2013

Kết quả: có 298 trẻ tham gia nghiên cứu, trong đó 123 trẻ viêm phổi nặng và 175 trẻ viêm phổi. Tỷ lệ giới tính nam: nữ=1,51. Phần lớn trẻ bị viêm phổi thuộc nhóm tuổi dưới 12 tháng (64,8%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho, khó khè, khó thở và sốt. Ral ẩm hoặc ral nổ chiếm tỷ lệ trên 90%. Trên bệnh nhân viêm phổi nặng, các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân chiếm tỷ lệ thấp. Cận lâm sàng: tổn thương thâm nhiễm phế nang chiếm cao nhất (96%). Tỷ lệ thiếu máu ở trẻ viêm phổi là 18,9%. Giá trị trung bình của số lượng bạch cầu là 11,28 T/l và CRP là 11,17 mg/l. Có 36,5% trẻ viêm phổi dương tính với RSV (trên 274 trẻ được xét nghiệm).

Kết luận: Ho, khó thở, khó khè, ral ẩm hoặc ral nổ là các dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất. Tổn thương thâm nhiễm phế nang là thường gặp nhất trên X-quang ngực. Số lượng bạch cầu và nồng độ CRP trong máu tăng cao.

Từ khóa: Viêm phổi, viêm phổi nặng, dưới 5 tuổi, lâm sàng, cận lâm sàng, Thái Bình.

CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD TREATMENT AT THE RESPIRATORY DEPARTMENT, THAI BINH PROVINCE CHILDREN'S HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of pneumonia in children from 2

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

*Tác giả liên hệ: Vũ Thị Trang

Email: trangquatlam@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/05/2024

Ngày phản biện: 12/06/2024

Ngày duyệt bài: 16/06/2024

months to 59 months treated at the Respiratory Department of Thai Binh Provincial Children's Hospital.

Method: cross-sectional descriptive study. Data were collected through medical records of 298 children aged 2-59 months diagnosed with pneumonia and severe pneumonia according to the 2013 World Health Organization classification.

Results: There were 298 children participating in the study, of which 123 children had severe pneumonia and 175 children had pneumonia. Gender ratio male: female=1.51. The majority of children with pneumonia are under 12 months of age (64.8%). Common clinical symptoms are cough, wheezing, difficulty breathing and fever. Moist rales or crackles account for over 90%. In patients with severe pneumonia, systemic danger signs account for a low rate. Paraclinical: alveolar infiltrates account for the highest proportion (96%). The rate of anemia in children with pneumonia is 18.9%. The mean value of white blood cell count was 11.28 T/l and CRP was 11.17 mg/l. 36.5% of children with pneumonia were positive for RSV (out of 274 children tested).

Conclusion: Cough, dyspnea, wheezing, moist rales or crackles are the most common clinical signs. Alveolar infiltration injury is common lesion on chest X-ray. The number of peripheral blood leukocytes and CRP increase.

Keywords: *Pneumonia, severe pneumonia, under 5 years old, clinical, sub-clinical characteristics, Thai Binh*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO) viêm phổi là một dạng nhiễm trùng đường hô hấp dưới cấp tính tổn thương tại nhu mô phổi. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Tuy nhiên, ở trẻ em dưới 5 tuổi bệnh thường diễn biến nhanh, dễ dẫn đến biến chứng nặng và tỷ lệ tử vong cao hơn [1, 2].

Tại Việt Nam, trong những năm qua mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong lĩnh vực chẩn đoán và điều trị nhưng viêm phổi vẫn là nguyên nhân hàng đầu khiến trẻ nhập viện và gây gánh nặng lớn cho hệ

thống chăm sóc sức khỏe [3, 4]. Tại bệnh viện Nhi Thái Bình, trẻ em mắc viêm phổi điều trị hàng năm chiếm số lượng lớn. Một đánh giá hồi cứu trên 113.999 hồ sơ nhập viện được thực hiện trong 5 năm từ 2015 đến 2019, đã ghi nhận độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 18 tháng, với 84,0% bệnh nhân dưới 5 tuổi. Bệnh truyền nhiễm chiếm 61,0% tổng số trường hợp. Trong đó phổ biến nhất là nhiễm trùng đường hô hấp dưới chiếm 32,8% [5].

Biểu hiện lâm sàng của bệnh viêm phổi ở trẻ em khác nhau tùy thuộc vào mầm bệnh, vật chủ cụ thể và mức độ nghiêm trọng. Các dấu hiệu và triệu chứng biểu hiện có thể không đặc hiệu; không có triệu chứng hoặc không có dấu hiệu nào là đặc trưng của bệnh viêm phổi ở trẻ em. X quang ngực là xét nghiệm cơ bản để chẩn đoán viêm phổi. Tác nhân gây viêm phổi chỉ được xác định trên 65-86% bệnh nhân trong điều kiện có các phương tiện chẩn đoán, cấy máu, chẩn đoán huyết thanh và sinh học phân tử (PCR). Trên thực tế, trong thực hành lâm sàng, các phương tiện này còn chưa được dùng phổ biến và hệ thống để chẩn đoán viêm phổi, đặc biệt ở các nước có nguồn lực y tế hạn chế. Điều trị chủ yếu dựa theo biểu hiện lâm sàng và phác đồ điều trị của từng quốc gia hoặc thống nhất trên thế giới.

Với sự thay đổi khí hậu và ảnh hưởng của đại dịch COVID-19 trên toàn cầu đã đặt ra vấn đề liệu dịch tễ lâm sàng viêm phổi có gì khác so với trước đây? Hơn nữa, Việt Nam là quốc gia có sự đa dạng lớn về dân số và tình hình dịch tễ học, và có khả năng làm thay đổi tình trạng viêm phổi tùy theo từng vùng. Xuất phát từ thực tế đó nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi ở trẻ em từ 2 tháng đến 59 tháng điều trị tại khoa Hô hấp bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian, địa điểm và đối tượng nghiên cứu

2.1.1 Thời gian và địa điểm: từ tháng 11 năm 2023 đến tháng 01 năm 2024, tại khoa Hô hấp bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình

2.1.2 Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả trẻ có độ tuổi từ 2 tháng đến 59 tháng tuổi được chẩn đoán là viêm phổi điều trị tại khoa Hô hấp bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình từ tháng 11 năm 2023 đến tháng 01 năm 2024.

Tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại mức độ nặng của viêm phổi theo WHO 2013 [6]

Triệu chứng	Phân độ
Ho hoặc khó thở với: - Độ bão hòa oxy < 90% hoặc tím trung ương - Suy hô hấp nặng (ví dụ: thở rên, rút lõm lồng ngực rất nặng) - Những dấu hiệu của viêm phổi với một dấu hiệu nguy hiểm toàn thân (không thể bú hoặc uống, li bì hoặc khó đánh thức, co giật)	Viêm phổi nặng
Thở nhanh - Từ 50 nhịp/phút trở lên ở trẻ 2-11 tháng tuổi - Từ 40 nhịp/phút trở lên ở trẻ 1 – 5 tuổi Rút lõm lồng ngực (RLLN)	Viêm phổi
Không có dấu hiệu của viêm phổi hoặc viêm phổi nặng	Không viêm phổi (ho hoặc cảm lạnh)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: một nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ cho một quần thể:

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

$p = 0,262$ (tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi mắc viêm phổi nặng tại bệnh viện Nhi Thái Bình theo Lương Đức Sơn)

Thay các số liệu vào công thức trên tính được cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là $n = 298$ trẻ.

Chọn mẫu:

Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện trong khoảng thời gian thu thập số liệu.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

+ Công cụ thu thập số liệu

Hồ sơ bệnh án của trẻ đủ tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm các thông tin về tuổi, giới, nơi sống, tình trạng lâm sàng lúc vào viện của trẻ, các kết quả cận lâm sàng gồm: x quang ngực, công thức máu, Protein phản ứng C (CRP), xét nghiệm vi sinh.

+ Kỹ thuật thu thập số liệu

Để thu thập số liệu, các điều tra viên phải đến khoa Hô hấp, bệnh viện Nhi Thái Bình thực hiện

việc kiểm tra hồ sơ, bệnh án của trẻ được chẩn đoán viêm phổi, lấy các thông tin cần thiết về hành chính, tình trạng vào viện, các kết quả cận lâm sàng. Phân loại mức độ nặng của viêm phổi theo tiêu chuẩn của WHO 2013.

2.2.4. Phương pháp xử lý, phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó được làm sạch, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong tổng số 298 trẻ tham gia nghiên cứu, có 123 trẻ (chiếm 41,3%) được phân loại viêm phổi nặng và 175 trẻ (chiếm 58,7%) viêm phổi.

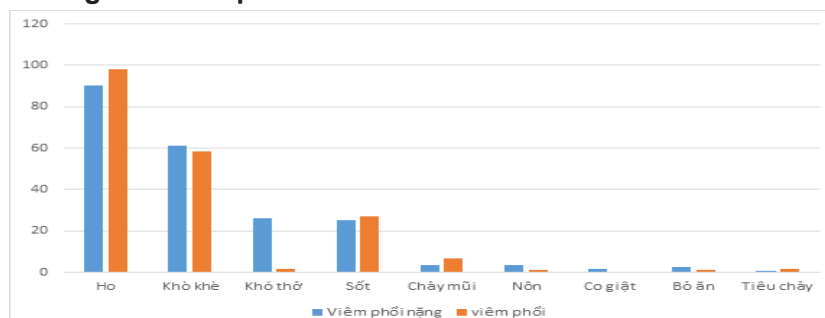
Bảng 1. Đặc điểm về dân số xã hội của trẻ

Biến số	Viêm phổi nặng (n=123)		Viêm phổi (n=175)		Tổng (n= 298)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính						
Nam	81	65,9	98	56,0	179	60,1
Nữ	42	34,1	77	44,0	119	39,9
	p*= 0,09					
Nhóm tuổi						
Dưới 12 tháng	83	67,5	110	62,9	193	64,8
12 – 24 tháng	22	17,9	34	19,4	56	18,8
24 – 36 tháng	10	8,1	21	12,0	31	10,4
36 – 59 tháng	8	6,5	10	5,7	18	6,0
	p*= 0,695					
Nơi sống						
Thành thị	24	19,5	40	22,9	64	21,5
Nông thôn	99	80,5	135	77,1	234	78,5
	p*= 0,49					

p* test chi-bình phương

Trong tổng số 298 trẻ, phần lớn là trẻ nam chiếm 60,1%. Tỷ lệ giới tính nam/nữ = 1,51. Phần lớn trẻ bị viêm phổi thuộc nhóm tuổi dưới 12 tháng (chiếm 64,8%). Kết quả cũng chỉ ra hầu hết trẻ có nơi sống là vùng nông thôn (78,5%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi



Biểu đồ 1. Phân bố lý do vào viện của trẻ theo mức độ nặng

Kết quả nghiên cứu ghi nhận được các lý do vào viện chủ yếu ở nhóm viêm phổi nặng là ho (90,2%), tiếp đến là khò khè (61%), khó thở (26%) và sốt (25,2%). Ở nhóm viêm phổi các lý do vào viện cao nhất là ho (98,3%), khò khè (58,3%) và sốt (26,9%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân viêm phổi theo nhóm tuổi

Triệu chứng lâm sàng	2 – 12 tháng (n=110)		12 – 59 tháng (n=65)		Tổng (n=175)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Dấu hiệu gắng sức						
Thở nhanh	102	92,7	60	92,3	162	92,6
RLLN	23	20,9	11	16,9	34	19,4
Sốt	19	17,3	21	32,3	40	22,9
Ho	110	100	63	96,9	173	98,9
Khò khè	98	89,1	49	75,4	147	84,0
Âm nghe phổi bất thường						
RRPN giảm	1	0,9	1	1,5	2	1,1
Ral ẩm và/ hoặc ral nổ	109	99,1	65	100	174	99,4
Ral rít và/ hoặc ral ngáy	31	28,2	18	27,7	49	28,0
Cọ màng phổi	1	0,9	1	1,5	2	1,1
Triệu chứng khác	17	15,5	6	9,2	23	13,1

Triệu chứng ho, thở nhanh và khò khè là các biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất ở nhóm trẻ viêm phổi (chiếm tỷ lệ lần lượt là 98,9%; 92,6% và 84,0%). Triệu chứng thở nhanh ở cả 2 nhóm tuổi đều chiếm tỉ lệ hơn 92%, tỷ lệ sốt ở trẻ 12-59 tháng thì cao hơn ở trẻ 2-12 tháng tuổi. triệu chứng ral ẩm ral nổ chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm tuổi với 99,4%.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân viêm phổi nặng theo nhóm tuổi

Triệu chứng lâm sàng	2 – 12 tháng tuổi (n=83)		12 – 59 tháng tuổi (n= 40)		Tổng (n= 123)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân						
Không uống được hoặc bỏ bú	25	30,1	5	12,5	30	24,4
Li bì, hôn mê	2	2,4	0	0	2	1,6
Co giật	0	0	4	10,0	4	3,25
Sốt	22	26,5	12	30,0	34	27,6
Ho	82	98,8	39	97,5	121	98,4
Khò khè	77	92,8	33	82,5	110	89,4
Tím trung tâm	24	28,9	4	10,0	28	22,8
Dấu hiệu gắng sức						
Thở nhanh	81	97,6	39	97,5	120	97,6
Thở rên	39	47,0	14	35,0	53	43,1
RLLN rất nặng	26	31,3	15	37,5	41	33,3
Âm nghe phổi bất thường						
RRPN giảm	1	1,2	2	5,0	3	2,4
Ral ẩm và/ hoặc ral nổ	82	98,8	40	100	122	99,2
Ral rít và/ hoặc ral ngáy	33	39,8	21	52,5	54	43,9
Cọ màng phổi	0	0	1	2,5	1	0,8
Triệu chứng khác	8	9,6	3	7,5	11	8,9

Ho, khò khè, thở nhanh cũng là những triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất ở nhóm viêm phổi nặng (chiếm tỷ lệ lần lượt là 98,4%; 89,4% và 97,6%). Dấu hiệu không uống được hoặc bỏ bú ghi nhận ở 30/123 trẻ (chiếm 24,4%) viêm phổi nặng, trong đó nhóm tuổi 2-12 tháng chiếm 30,1%, cao gấp hơn 2 lần so với nhóm trẻ 12-59 tháng tuổi.

Dấu hiệu li bì hôn mê và co giật được ghi nhận với tỷ lệ thấp (chiếm tỷ lệ lần lượt là 1,6% và 3,25%). Thở rên, RLLN rất nặng, sốt và tím trung tâm là các dấu hiệu cũng được ghi nhận ở nhóm viêm phổi nặng với tỷ lệ lần lượt là 43,1%, 33,3%, 27,6% và 22,8%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của viêm phổi

Bảng 4. Phân bố tổn thương trên x quang ngực của viêm phổi và viêm phổi nặng

Biến số	Viêm phổi nặng (n= 123)		Viêm phổi (n=175)		Tổng (n=298)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Thâm nhiễm phế nang	118	95,9	168	96,0	286	96,0
Đông đặc phổi	1	0,8	0	0	1	0,3
Dày tổ chức kẽ	1	0,8	6	3,4	7	2,3
TDMP	0	0	0	0	0	0
TKMP	0	0	0	0	0	0
Có từ 2 loại tổn thương	3	2,4	0	0	3	1,0
Chưa thấy tổn thương	0	0	1	0,6	1	0,3

Kết quả nghiên cứu chỉ ra số bệnh nhân có tổn thương trên x quang ngực là thâm nhiễm phế nang chiếm tỷ lệ cao nhất (96%).

Bảng 5. Đặc điểm chính về xét nghiệm máu

	Viêm phổi nặng (n= 123)		Viêm phổi (n=175)		Tổng (n= 298)	
	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
Protein phản ứng C (mg/l)	1,75	83,06	6,53	13,36	11,17	54,49
Số lượng bạch cầu*	11,36	7,41	11,23	6,81	11,28	7,05
% Bạch cầu hạt trung tính	34,95	18,41	32,64	19,44	33,60	19,02
% Bạch cầu lympho	48,61	18,04	50,34	19,73	49,63	19,04
Thiếu máu*	n	25	31		56	
	Tỷ lệ %	20,3	17,8		18,9	

*Có 297/298 bệnh nhân có kết quả tổng phân tích tế bào máu được ghi nhận. Thiếu máu được xác định khi nồng độ Hemoglobin < 11g/dl.

Giá trị trung bình của số lượng bạch cầu là 11,28 T/l và CRP là 11,17 mg/l. Tỷ lệ thiếu máu ở trẻ viêm phổi là 18,9%.

Trong nghiên cứu này, số bệnh nhân được làm xét nghiệm RSV chiếm tỷ lệ cao nhất (91,9%) tiếp đó đến cúm A (56,4%), cúm B (55,7%) và SARS-CoV-2 (32,6%). Trong đó có 100 (36,5%) bệnh nhân được xác định dương tính với RSV. Trong số bệnh nhân được làm xét nghiệm thì số trẻ dương tính với cúm A, cúm B và SARS-CoV-2 lần lượt là 4, 2 và 3 trẻ.

IV- BÀN LUẬN

Theo WHO , viêm phổi nặng là nguyên nhân hàng đầu khiến trẻ em nhập viện và cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi trên các nước đang phát triển [2]. Ở Việt Nam, từ

sau đại dịch Covid-19, diễn biến các bệnh lý hô hấp cấp tính có nhiều thay đổi, tỷ lệ tử vong do viêm phổi đã giảm nhưng tỷ lệ mắc bệnh vẫn còn cao và có sự khác biệt giữa các vùng, miền, địa phương

được thống kê. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 298 trẻ từ 2-59 tháng tuổi nhập viện vì viêm phổi tại khoa Hô hấp, bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình. Kết quả phân loại mức độ nặng theo WHO 2013, có 123 trẻ (chiếm 41,3%) viêm phổi nặng và 175 trẻ (chiếm 58,7%) viêm phổi.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy có sự chênh lệch đáng kể về giới tính trẻ bị viêm phổi với tỷ lệ giới tính nam: nữ= 1,51. Tuy nhiên kết quả cũng chỉ ra không có sự khác biệt về giới giữa 2 nhóm viêm phổi nặng và viêm phổi (Bảng 1). Kết quả này tương đồng với hầu hết các nghiên cứu được thực hiện trước đây [7], [8], [9]. Tỷ lệ viêm phổi nặng ở trẻ dưới 12 tháng chiếm ưu thế so với trẻ từ 12 tháng - 5 tuổi (67,5% so với 32,5%) (Bảng 1). Điều này có thể giải thích là do hệ miễn dịch trẻ nhỏ chưa trưởng thành, cấu tạo bộ máy hô hấp chưa hoàn toàn biệt hoá và đang ở giai đoạn phát triển, do vậy, phổi trẻ rất dễ bị xuất huyết, xẹp phổi, khí phế thũng, dễ bị mắc bệnh và khi bị bệnh thì thường có xu hướng nặng hơn. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Lê Thị Mai Anh ghi nhận tỷ lệ viêm phổi nặng ở trẻ dưới 12 tháng chiếm ưu thế so với trẻ từ 12 tháng - 5 tuổi (71,3% so với 28,7%) [9]. Nghiên cứu của Hoàng Văn Thuấn cũng cho thấy tỷ lệ viêm phổi nặng ở trẻ từ 2 - 12 tháng tuổi chiếm ưu thế so với trẻ từ 12 - 36 tháng (75 % so với 25 %) [7].

Triệu chứng cơ năng chủ yếu được ghi nhận là ho, khò khè, khó thở và sốt. Có thể thấy rằng đây là những dấu hiệu thường gặp ở phần lớn các bệnh lý nhiễm trùng hô hấp cấp bao gồm viêm phổi và kết quả này tương đồng với các ghi nhận trong y văn của nhiều nghiên cứu trước [10]. Triệu chứng thực thể là thở nhanh, ral ẩm hoặc ral nổ là những dấu hiệu thường gặp nhất ở cả 2 nhóm bệnh nhân, đều chiếm tỷ lệ trên 90%. Triệu chứng rút lõm lồng ngực gặp ở 19,4% nhóm viêm phổi và 33,3% nhóm viêm phổi nặng (Bảng 2, bảng 3). Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Trong một nghiên cứu cắt ngang của Lưu Thị Thuý Dương trên 176 trẻ viêm phổi cũng cho kết quả triệu chứng ho gặp 98,3%, tiếp sau đó là khò khè với 74,7%, sốt 64,4%. Triệu chứng ral ẩm hoặc ral nổ cũng thường gặp 91,4%, tiếp theo đó là thở nhanh gặp 73%, triệu chứng rút lõm lồng ngực gặp 46,6%, thở

rên 23% [8]. Ho và thở nhanh là hai triệu chứng chính trong tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi của WHO, vì vậy hai triệu chứng này chiếm tỷ lệ cao là hợp lý. Bên cạnh đó, ral ẩm và ral nổ cũng là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi trên lâm sàng nên triệu chứng này thường gặp là điều dễ hiểu. Trên bệnh nhân viêm phổi nặng, các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: bỏ bú hoặc không uống được, li bì, hôn mê, co giật gặp tỷ lệ thấp hơn và chủ yếu gặp ở nhóm trẻ từ 2 đến 12 tháng tuổi (Bảng 3). Thở rên, tím trung tâm cũng được ghi nhận ở 43,1% và 22,8% bệnh nhi viêm phổi nặng. Trong nghiên cứu của Lưu Thị Thuý Dương và cộng sự, triệu chứng co giật gặp 9,4%, li bì, hôn mê chiếm 3,4% cao hơn so với kết quả của chúng tôi. Trong một nghiên cứu khác thực hiện năm 2019 tại bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình, trên 83 bệnh nhân mắc viêm phổi nặng, các tác giả đã ghi nhận năm trường hợp (6,02%) có biểu hiện rối loạn ý thức và 12 trẻ (25,3%) có biểu hiện hạ oxy máu trong điều kiện phòng (độ bão hòa oxy <90%) [7]. Mặc dù các dấu hiệu suy hô hấp nặng như thở rên, RLLN rất nặng, tím trung tâm gặp với tần suất không nhiều, tuy nhiên đây là một dấu hiệu nặng của viêm phổi, cần phải được theo dõi để chỉ định oxy liệu pháp kịp thời.

Trên cận lâm sàng, chúng tôi ghi nhận tổn thương trên phim X-quang chủ yếu là hình ảnh thâm nhiễm phế nang (96%). Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Văn năm 2023 trên 117 bệnh nhân dưới 5 tuổi mắc viêm phổi do vi-rút cho kết quả hình ảnh hay gặp nhất trên phim chụp X-quang là hình ảnh tổn thương dạng đám mờ/nốt mờ (39,3%), hình ảnh tổn thương phổi kẽ (26,5%). Ngoài ra có 11,1% bệnh nhân mặc dù viêm phổi nhưng hình ảnh X-quang không có biến đổi có ý nghĩa [11].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thiếu máu ở trẻ viêm phổi là 18,9%, thấp hơn các nghiên cứu của Hoàng Văn Thuấn (2019) 83,1% [7], Lưu Thị Thuý Dương (2019) 33,9% [8].

Ở trẻ viêm phổi nặng thì CRP có giá trị trung bình là 1,75 mg/l, thấp hơn so với ở nhóm viêm phổi là 6,53 mg/l (Bảng 5). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Văn Thuấn và cộng sự là 14,9 mg/l ở bệnh nhân viêm phổi nặng và 12,9 mg/l ở bệnh nhân viêm phổi [7]. Trên công thức bạch cầu, số lượng bạch cầu không có sự khác biệt ở 2

nhóm bệnh nhân và điều ghi nhận giá trị trung bình trên 11G/l. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Văn Thuận và cộng sự [7]. Các giá trị công thức bạch cầu và CRP tăng cho thấy có tình trạng tăng đáp ứng phản ứng viêm trong viêm phổi, tuy nhiên rất khó để phân biệt nguyên nhân gây bệnh hướng tới nhóm vi sinh vật nào (vi-rút, vi khuẩn).

Tại bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình, chẩn đoán vi sinh chưa được thực hiện đồng bộ cho tất cả các bệnh nhân viêm phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả ghi nhận 36,5% trẻ viêm phổi dương tính với RSV (trên 274 trẻ được xét nghiệm). RSV được tìm thấy là nguyên nhân gây viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi trong phần lớn các nghiên cứu được thực hiện trước đây. Một nghiên cứu bệnh chứng đa quốc gia, đánh giá nguyên nhân của các trường hợp viêm phổi nặng và rất nặng nhập viện ở trẻ em từ 1-59 tháng tuổi tại Thái Lan cho kết quả RSV dương tính cao nhất với tỷ lệ 22,9% [12]. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Văn và cộng sự trên 117 bệnh nhân viêm phổi do virus thu được tỷ lệ RSV chiếm 62,4% (73/117), cúm A/B 31,6%, Adenovirus và rhinovirus chiếm tỷ lệ như nhau là 5,1% [11]. Một điều tra khác trên 467 trẻ mắc viêm phổi dưới 5 tuổi thu được trên 97% bệnh nhân có kết quả PCR dương tính. Phần lớn bệnh nhân (87%) dương tính với nhiều (tới 8) mầm bệnh. Rhinovirus (46%), RSV (24%), enterovirus (17%) và vi-rút á cúm 3 (13%) là những loại virus thường gặp nhất [13].

Nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là cắt ngang và mô tả. Ước tính này được coi là kém hiệu quả hơn so với ước tính theo chiều dọc, bởi vì nó không nắm bắt được sự phát triển của hiện tượng được nghiên cứu. Hơn nữa, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại một tỉnh (thành phố Thái Bình) của Việt Nam và trên một cỡ mẫu nhỏ. Do đó, cần thận trọng để không nhanh chóng khái quát kết quả đại diện cho cả nước Việt Nam. Các chẩn đoán vi sinh tìm kiếm nguyên nhân gây viêm phổi ở trẻ chưa được thực hiện hệ thống nên việc tìm hiểu đặc điểm lâm sàng theo tác nhân gây bệnh cần được nghiên cứu trong tương lai trên cỡ mẫu lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi trên 298 trường hợp gồm 123 trẻ bị viêm phổi nặng và 175 trẻ viêm phổi theo

phân loại WHO 2013, chúng tôi thấy rằng: các triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho, khó khè, sốt, ral ẩm/nổ, thở nhanh. Hình ảnh tổn thương X-quang ngực chủ yếu là thâm nhiễm phế nang. Số lượng bạch cầu và nồng độ CRP tăng cao.

Việt Nam là một nước có tỷ lệ khác biệt cao về dân số và dịch tễ học. Vì vậy cần tiến hành một nghiên cứu tại nhiều vùng miền, trải rộng trên cả nước và trong thời gian dài, thực hiện tại các tuyến viện khác nhau. Nghiên cứu cũng phải quan tâm tới nguyên nhân gây bệnh. Kết quả nghiên cứu phục vụ cho việc tìm ra các yếu tố dịch tễ của từng vùng nhằm thiết lập một chiến lược phòng chống có hiệu quả để giảm thiểu gánh nặng của viêm phổi ở trẻ em và cải thiện sức khỏe nhi đồng nói chung, theo mục tiêu chung của toàn cầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kelly MS and Sandora TJ. **Community-Acquired Pneumonia**. Nelson Textbook Of Pediatrics, 20th Ed. W B Saunders: Philadelphia. 2016; 2088-93.
2. WHO. Pneumonia in children. 2022. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.
3. Yoshida L-M, Suzuki M, Thiem VD, et al. Population based cohort study for pediatric infectious diseases research in Vietnam. Trop Med Health. 2014; 42: S47-S58.
4. Nguyen TKP, Nguyen DV, Truong TNH, et al. Disease spectrum and management of children admitted with acute respiratory infection in Viet Nam. Trop Med Int Health. 2017; 22: 688-695.
5. Pham TD, Hoang VT, Dao TL, et al. Morbidity and Mortality Patterns in Children Admitted to Hospital in Thai Binh, Vietnam: A Five-year Descriptive Study with a Focus on Infectious Diseases. J. Epidemiol. Glob. Health. 2021; 11: 69-75.
6. WHO. Pocket book of hospital care for children: Second edition. 2013
7. Hoang VT, Dao TL, Minodier P, et al. Risk Factors for Severe Pneumonia According to WHO 2005 Criteria Definition Among Children <5 Years of Age in Thai Binh, Vietnam: A Case-Control Study. J. Epidemiol. Glob. Health. 2019; 9: 274-280.
8. Lưu Thị Thùy Dương và cộng sự. Đặc điểm

lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em từ 2-36 tháng tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên. Tạp chí khoa học và công nghệ đại học Thái Nguyên. 2019; 207 (14).

9. Lê Thị Mai Anh và cs. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi . Tạp chí y học lâm sàng. Số 80/2022

10. Barson W, Community-acquired pneumonia in children: Clinical features and diagnosis. 2023. <https://www.uptodate.com/contents/community-acquired-pneumonia-in-children-clinical-features-and-diagnosis>

11. Nguyễn Ngọc Văn và cộng sự . Đặc điểm lâm sàng viêm phổi do virus ở trẻ em dưới 5 tuổi tại bệnh viện nhi trung ương. Tạp chí nhi khoa 2023; 16,1: 44-47.

12. Bunthi C, Rhodes J, Thamthitiwat S, et al. Etiology and Clinical Characteristics of Severe Pneumonia Among Young Children in Thailand: Pneumonia Etiology Research for Child Health (PERCH) Case-Control Study Findings, 2012-2013. *Pediatr Infect Dis J.* 2021 Sep 1;40(9S):S91-S100.

13. Tran XD, Hoang VT, Goumballa N, et al. Aetiology of community-acquired pneumonia among infants and children at a hospital in Vietnam: screening for multiple pathogens using molecular methods. Preprint. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3124339/v1>