

CHARACTERISTICS OF PNEUMONIA IN CHILDREN UNDER 60 MONTHS OF AGE AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Do Thi Huong^{1*}, Nguyen Thanh Trung¹, Nguyen Truong Giang²

¹TNU – University of Medicine and Pharmacy, ²Thai Nguyen National Hospital

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 27/8/2024 Revised: 17/12/2024 Published: 18/12/2024	Pneumonia is a common respiratory disease in children. This study describes a series of cases to present the clinical and paraclinical characteristics of pneumonia in children under 60 months at Thai Nguyen National Hospital from August 2023 to June 2024. The data collected included 212 pediatric patients diagnosed with pneumonia according to the standards of the Ministry of Health using pre-designed research records. The results showed that severe pneumonia accounted for 42.9%, boys accounted for 58%. The group from 2 to under 12 months was the most common (42.9%), the group under 2 months of age had the lowest rate (19.3%). The severity of pneumonia decreased with increasing age. The most common systemic danger sign is refusal to breastfeed or not being able to drink (58.2%). Common symptoms were cough (94.3%), fever (72.2%). Physical examination showed that 90.6% of children had rapid breathing, 75.9% had wheezing, and 93.4% had moist/crackling rales. Common X-ray images were scattered opaque lesions in both lungs (29.2%), increased density of pulmonary blood vessels (19.8%). The percentage of white blood cell increased or decreased for 46.3%, and quantitative CRP increased was 51.9%. There was a difference in the rate of anemia in the pneumonia and severe pneumonia groups with $p < 0.05$.
KEYWORDS	
Pneumonia Severe pneumonia Children under 60 months Thai Nguyen Chest X- ray	

ĐẶC ĐIỂM VIÊM PHỔI Ở TRẺ DƯỚI 60 THÁNG TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Đỗ Thị Hương^{1*}, Nguyễn Thành Trung¹, Nguyễn Trường Giang²

¹Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 27/8/2024 Ngày hoàn thiện: 17/12/2024 Ngày đăng: 18/12/2024	Viêm phổi là bệnh lý hô hấp phổ biến ở trẻ em. Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh nhằm trình bày đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi ở trẻ dưới 60 tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 8/2023 đến tháng 6/2024. Số liệu thu thập được gồm 212 bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế bằng bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn. Kết quả nghiên cứu cho thấy, viêm phổi nặng chiếm 42,9%, trẻ nam chiếm 58%. Nhóm từ 2 đến dưới 12 tháng hay gặp nhất (42,9%), nhóm dưới 2 tháng tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (19,3%). Mức độ nặng viêm phổi giảm theo chiều tăng của lứa tuổi. Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân hay gặp nhất là bỏ bú hoặc không uống được (58,2%). Triệu chứng thường gặp là ho (94,3%), sốt (72,2%). Khám thực thể thấy 90,6% trẻ có thở nhanh, 75,9% trẻ khô khè, 93,4% có ran ẩm/nổ. Hình ảnh X - quang thường gặp là tổn thương mờ rải rác 2 phổi (29,2%), tăng đậm nhánh phế huyết quản (19,8%). Tỉ lệ bạch cầu tăng hoặc giảm chiếm 46,3%, CRP định lượng tăng là 51,9%. Có sự khác biệt về tỉ lệ thiếu máu ở nhóm trẻ viêm phổi và viêm phổi nặng với $p < 0,05$.
TỪ KHÓA	
Viêm phổi Viêm phổi nặng Trẻ dưới 60 tháng Thái Nguyên X – quang ngực	

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.11019>

* Corresponding author. Email: dohuongmam96bg@gmail.com

1. Giới thiệu

Viêm phổi (VP) là bệnh lý thường gặp ở trẻ em và là nguyên nhân gây tử vong do nhiễm trùng lớn nhất ở trẻ em trên toàn thế giới [1]. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2019, có 5,30 triệu ca tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi, trong đó viêm phổi có 0,74 triệu ca chiếm 13,9% số ca tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi [1], [2]. Chiến lược hiện tại để giảm tử vong do viêm phổi là quản lý ca bệnh phù hợp, trong đó tập trung vào việc phát hiện và điều trị sớm [3]. Chẩn đoán viêm phổi ở trẻ em chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng kết hợp với tổn thương phổi trên X - quang ngực thẳng. Tổn thương trên X - quang ngực ở bệnh nhi viêm phổi rất đa dạng [4]-[7]. Đánh giá mức độ nặng của bệnh VP dựa vào tình trạng suy hô hấp kết hợp các triệu chứng nặng như li bì, hôn mê, bú kém không uống được, nôn tất cả mọi thứ, co giật... [8]. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên hằng năm tiếp nhận và điều trị một số lượng lớn trẻ em mắc VP. Theo Hoàng Thị Huế và cộng sự (2012), Khoa Nhi - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên tiếp nhận, điều trị nội trú 1338 trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp, trong đó VP chiếm 15,99% [9]. Đến nay chưa có nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm phổi ở trẻ dưới 60 tháng tuổi bao gồm cả nhóm trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Việc xác định được các đặc điểm này sẽ góp phần vào việc chẩn đoán sớm, điều trị hiệu quả, tiên lượng đúng cho bệnh nhi và đưa ra các biện pháp dự phòng thích hợp. Từ thực tiễn đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm phổi ở trẻ dưới 60 tháng tuổi điều trị tại Trung tâm Nhi khoa – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023 – 2024.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Trẻ dưới 60 tháng được chẩn đoán xác định viêm phổi tại thời điểm nhập viện hoặc trong quá trình điều trị nội trú tại Trung tâm Nhi khoa - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- Cha mẹ và/hoặc người nuôi dưỡng và hồ sơ bệnh án của trẻ.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Bệnh nhi dưới 60 tháng được chẩn đoán viêm phổi, viêm phổi nặng (VPN) theo Hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2015 [8].

Chẩn đoán viêm phổi: Trẻ ho, sốt kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

+ Thở nhanh: < 2 tháng: ≥ 60 lần/phút; 2 – ≤ 12 tháng: ≥ 50 lần/phút; 1 – 5 tuổi: ≥ 40 lần/phút.

+ Rút lõm lồng ngực (phần dưới lồng ngực lõm vào ở thì hít vào).

+ Nghe phổi có tiếng bất thường: Ràn ẩm nhỏ hạt, ran phế quản, ran nổ, giảm thông khí khu trú.

Chẩn đoán VPN: Khi trẻ có dấu hiệu của VP kèm ít nhất một trong các triệu chứng sau:

+ Dấu hiệu toàn thân nặng: Bỏ bú hoặc không uống được; rối loạn tri giác: lơ mơ hoặc hôn mê; co giật.

+ Dấu hiệu suy hô hấp nặng: Thở rên; rút lõm lồng ngực rất nặng; tím tái hoặc $SpO_2 < 90\%$.

+ Trẻ dưới 2 tháng tuổi.

- Gia đình trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Trẻ bị viêm phổi thứ phát sau: Dị vật đường thở, đuối nước, sặc dầu..., trẻ có các bệnh lý nền về tim, thận...

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ ngày 01/08/2023 đến ngày 30/06/2024.

- Địa điểm: Trung tâm Nhi khoa – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

* *Phương pháp, thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh.

* *Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu*

- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần có

α : Mức ý nghĩa thống kê

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Là hệ số giới hạn tin cậy, nếu độ tin cậy là 95%, mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

$p = 0,846$ (Tỉ lệ bệnh nhi mắc viêm phổi có triệu chứng khò khè theo nghiên cứu của Hoàng Thị Phương Thanh năm 2017) [10].

d: Độ chính xác mong muốn, $d \leq 1/10p \Rightarrow$ chọn $d = 0,05$

Thay các giá trị vào công thức, ta có $n = 200,2$.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Trong 11 tháng (từ tháng 8/2023 đến tháng 6/2024) chúng tôi thống kê được $N = 902$ bệnh nhi dưới 5 tuổi được chẩn đoán VP điều trị nội trú tại Trung tâm Nhi khoa Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành thiết lập khung mẫu: liệt kê tất cả trẻ đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào một danh sách, đánh số thứ tự từ 1, 2, 3,..., 902. Cỡ mẫu tối thiểu cần $n = 200$ bệnh nhân, do đó khoảng cách mẫu $k = N/n = 902/200 \sim 4,5$. Chọn $k = 4$, chọn đơn vị mẫu ngẫu nhiên đầu tiên $r = 1$. Các đơn vị mẫu tiếp theo được chọn dựa trên hệ thống trật tự xác định theo công thức $(i - 1)k + r$ với i chạy từ 1 đến 200. Thực tế trong nghiên cứu này chúng tôi thu thập được 212 bệnh nhân.

2.4. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Nhóm tuổi (chia làm 3 nhóm: < 2 tháng/ từ 2 - < 12 tháng/ từ 12 tháng - < 60 tháng); giới tính (nam/nữ); mức độ viêm phổi (viêm phổi/ viêm phổi nặng).

- Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng: Ho, sốt, khò khè, chảy mũi, thở nhanh, rút lõm lồng ngực (RLLN), tím, ran ẩm/ran nổ, số lượng bạch cầu (BC), CRP định lượng, lượng huyết sắc tố (Hb), hình ảnh trên X - quang ngực. (Số lượng BC, Hb: giá trị tăng, giảm, bình thường xác định dựa vào bảng tham chiếu các xét nghiệm theo lứa tuổi của Bộ Y tế năm 2015).

+ Sốt: Khi nhiệt độ đo ở nách $\geq 37,5^\circ\text{C}$ bằng nhiệt kế thủy ngân.

+ X - quang ngực: Nhận định kết quả do bác sĩ khoa chẩn đoán hình ảnh nhận định. Hình ảnh tổn thương phổi bao gồm: mờ rải rác 2 phổi; đám, nốt mờ tập trung ở 1 thùy, phân thùy phổi; tăng đậm nhánh phế huyết quản; tổn thương dạng mô kẽ; ứ khí.

2.5. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

* *Phương pháp thu thập số liệu*

- Số liệu về đặc điểm lâm sàng được thu thập thông qua ghi chép thông tin từ hồ sơ bệnh án gốc của bệnh nhân.

- Số liệu về đặc điểm cận lâm sàng: Các xét nghiệm huyết học, CRP, X - quang được thực hiện tại khoa huyết học, sinh hóa, chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

* *Xử lý số liệu*

Số liệu thu thập được kiểm tra, làm sạch, mã hóa và được nhập bằng phần mềm SPSS 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences 25.0). Các thuật toán thống kê và mô tả được sử dụng để tính tần số, tỉ lệ %, kiểm định khi bình phương (χ^2).

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của

Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên và được Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên chấp thuận.

3. Kết quả

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 212 bệnh nhân, phân bố bệnh nhân theo các đặc điểm chung được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Tuổi	0 - < 2 tháng	41	19,34
	2 - < 12 tháng	91	42,92
	12 - < 60 tháng	80	37,74
Giới tính	Nam	123	58,0
	Nữ	89	42,0
Phân loại viêm phổi	Viêm phổi	121	57,1
	Viêm phổi nặng	91	42,9
Tổng cộng		212	100

Số liệu tại bảng 1 cho thấy trong 212 bệnh nhi, nhóm từ 2 - < 12 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất (42,92%), thấp nhất là nhóm trẻ 0 - < 2 tháng (19,34%). Tỉ lệ trẻ nam chiếm 58,0% cao hơn nữ 42,0%. Tỉ lệ trẻ nam/nữ = 1,35/1. Có 57,1% trẻ nhập viện vì viêm phổi và 42,9% vì viêm phổi nặng.

Phân bố mức độ nặng của viêm phổi theo tuổi, giới được trình bày tại bảng 2.

Bảng 2. Phân bố mức độ nặng của viêm phổi theo tuổi, giới

Đặc điểm		Mức độ VP		Viêm phổi (n = 121)		Viêm phổi nặng (n = 91)		Tổng (n = 212)		p
				n	%	n	%	n	%	
Nhóm tuổi	0 - < 2 tháng			0	0	41	100	41	100	< 0,05
	2 - < 12 tháng			59	64,8	32	35,2	91	100	
	12 - < 60 tháng			62	77,5	18	22,5	80	100	
	Tổng			121	57,1	91	42,9	212	100	
Giới	Nam			73	59,3	50	40,7	123	100	> 0,05
	Nữ			48	53,9	41	46,1	89	100	
	Tổng			121	57,1	91	42,9	121	100	

Số liệu tại bảng 2 cho thấy 100% trẻ 0 - < 2 tháng VPN (do phân loại), nhóm trẻ 2 - < 12 tháng và nhóm 12 - < 60 tháng có tỉ lệ VPN đều thấp hơn VP (35,2% so với 64,8% và 22,5% với 77,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỉ lệ trẻ bị VP đều cao hơn VPN ở cả 2 giới nam và nữ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân ở trẻ bị viêm phổi nặng được trình bày tại bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm dấu hiệu nguy hiểm toàn thân ở trẻ viêm phổi nặng

Dấu hiệu	Mức độ VP		Viêm phổi nặng (n = 91)	
			n	%
	Co giật		5	5,5
	Bỏ bú hoặc không uống được		53	58,2
	Nôn tất cả mọi thứ		10	11,0
	Li bì, khó đánh thức		4	4,4

Số liệu từ bảng 3 cho thấy, trong tổng số 91 trẻ VPN, triệu chứng bỏ bú hoặc không uống được chiếm tỉ lệ cao nhất 58,2%, sau đó là nôn tất cả mọi thứ chiếm 11%. Trẻ co giật và li bì, khó đánh thức ít gặp hơn, tỉ lệ này lần lượt là 5,5% và 4,4%.

Triệu chứng lâm sàng viêm phổi ở trẻ em được trình bày ở bảng 4.

Bảng 4 cho thấy, triệu chứng hay gặp nhất trong bệnh VP ở trẻ em là ho chiếm 94,3%, sau đó là ran ẩm/nổ tại phổi 93,4% và thở nhanh 90,6%. Các triệu chứng gặp với tỉ lệ thấp hơn là khò khè chiếm 75,9%, sốt 72,2%, RLLN 42% và tím chiếm 17%. Tỉ lệ trẻ có triệu chứng khò khè,

RLLN, tím ở nhóm VPN đều cao hơn nhóm VP (93,4% so với 62,8%; 60,4% so với 28,1%; 39,0% so với 0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Triệu chứng lâm sàng viêm phổi ở trẻ em

Triệu chứng	Mức độ VP	Viêm phổi (n = 121)		Viêm phổi nặng (n = 91)		Tổng (n = 212)		p
		n	%	n	%	n	%	
Ho		115	95,0	85	93,4	200	94,3	$> 0,05$
Sốt		95	78,5	58	63,7	153	72,2	$< 0,05$
Chảy mũi		66	54,5	24	26,4	90	42,5	$< 0,05$
Khò khè		76	62,8	85	93,4	161	75,9	$< 0,05$
Thở nhanh		104	86,0	88	96,7	192	90,6	$> 0,05$
RLLN		34	28,1	55	60,4	89	42,0	$< 0,05$
Tím		0	0	36	39,6	36	17,0	$< 0,05$
Ran ẩm/ran nổ		113	93,4	85	93,4	198	93,4	$> 0,05$

Triệu chứng cận lâm sàng ở trẻ em bị viêm phổi được trình bày ở bảng 5.

Bảng 5. Triệu chứng cận lâm sàng ở trẻ em bị viêm phổi

Chỉ tiêu	Mức độ VP	Viêm phổi (n = 121)		Viêm phổi nặng (n = 91)		Tổng (n = 212)		p
		n	%	n	%	n	%	
Số lượng bạch cầu	Tăng	51	42,1	32	35,2	83	39,2	$> 0,05$
	Giảm	11	9,1	4	4,4	15	7,1	
CRP định lượng tăng		58	47,9	52	57,1	110	51,9	$> 0,05$
Thiếu máu		27	22,3	32	35,2	59	27,8	$< 0,05$

Bảng 5 cho thấy: Số lượng BC tăng hoặc giảm ở nhóm trẻ VP đều chiếm tỉ lệ cao hơn ở nhóm VPN, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỉ lệ nồng độ CRP tăng ở nhóm trẻ VPN (57,1%) cao hơn nhóm VP (47,9%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỉ lệ trẻ có thiếu máu ở nhóm VPN là 35,2% cao hơn nhóm VP là 22,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Hình ảnh tổn thương của viêm phổi ở trẻ em trên X – quang ngực được trình bày ở bảng 6.

Bảng 6. Triệu chứng X – quang ngực ở trẻ em bị viêm phổi

Triệu chứng	Mức độ VP	Viêm phổi (n = 121)		Viêm phổi nặng (n = 91)		Tổng (n = 212)		p
		n	%	n	%	n	%	
Tăng đậm nhánh phế huyết quản		31	25,6	11	12,1	42	19,8	$< 0,05$
Tổn thương mờ rải rác 2 phổi		28	23,1	34	37,4	62	29,2	$< 0,05$
Đám, nốt mờ tập trung ở một thùy, phân thùy phổi		17	14,0	9	9,9	26	12,3	$> 0,05$
Tổn thương mô kẽ		8	6,6	4	4,4	12	5,7	$> 0,05$
Ứ khí		8	6,6	9	9,9	17	8,0	$> 0,05$

Qua bảng 6 cho thấy, trên X – quang ngực ở trẻ bị VP, tổn thương mờ rải rác 2 phổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 29,2%, tiếp đó là tăng đậm nhánh phế huyết quản chiếm 19,8%, ít gặp nhất là tổn thương dạng mô kẽ (5,7%). Nhóm trẻ VP có tỉ lệ tăng đậm nhánh phế huyết quản (25,6%) cao hơn nhóm VPN (12,1%), ngược lại nhóm trẻ VPN có tỉ lệ tổn thương mờ rải rác 2 bên phổi (37,4%) cao hơn nhóm trẻ VP (23,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung của trẻ viêm phổi

Tuổi: Nhóm tuổi gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là từ 2 - < 12 tháng chiếm 42,92%, tiếp theo là nhóm từ 12 tháng đến < 60 tháng chiếm 37,74%, thấp nhất là nhóm trẻ < 2 tháng chiếm 19,34%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Phương Thanh (2017), nhóm trẻ từ 2 – 12 tháng chiếm đa số (44,83%), nhóm trẻ < 2 tháng

chiếm tỉ lệ thấp nhất là 21,03% [10]. Theo Vũ Thị Hương và cộng sự (2018), trẻ viêm phổi nhập viện nhiều nhất ở độ tuổi từ 1 - < 12 tháng tuổi chiếm 55% và từ 12 - < 60 tháng chiếm 45% [7].

Giới: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh VP nhiều hơn trẻ nữ (58% so với 42%). Kết quả này tương đồng với kết quả của nhiều tác giả khác. Theo Nguyễn Thị Hà và cộng sự tại Bệnh viện Nhi Trung ương (2020), tỉ lệ nam là 56% và nữ là 44% [11]. Tỉ lệ này theo Ngô Anh Vinh (2023) ở Hà Tĩnh là nam 59% và nữ 41% [4]. Điều này có thể là do sự mất cân bằng giới tính của trẻ em ở nước ta trong nhiều năm gần đây.

Mức độ nặng bệnh viêm phổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ trẻ VP chiếm 57,1% và VPN chiếm 42,9%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đình Tuyển và cộng sự ở Quảng Ngãi (2021) với tỉ lệ VP chiếm 66,4% và VPN chiếm 33,6% [12]. Viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng được xem là VPN (do phân loại), mức độ nặng của VP giảm dần theo chiều tăng của lứa tuổi. Cụ thể, nhóm trẻ 2 - < 12 tháng có tỉ lệ VPN là 35,2%, VP là 64,8% còn ở nhóm trẻ 12 - < 60 tháng, VPN giảm còn 22,5% và VP chiếm 77,5%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Phương Thanh, nhóm trẻ < 2 tháng VPN chiếm 73,8%, nhóm từ 2 - < 12 tháng, VPN chiếm 44,6% và VP chiếm 55,4%, nhóm trẻ từ 1 - 5 tuổi, tỉ lệ VPN giảm còn 30,3%, VP là 69,7% [10].

4.2. Đặc điểm lâm sàng của trẻ viêm phổi

Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân gặp trong VPN, trong đó triệu chứng bỏ bú hoặc không uống được gặp tỷ lệ cao nhất 58,2%, tiếp đó là nôn tất cả mọi thứ chiếm 11%. Trẻ co giật; li bì, khó đánh thức ít gặp hơn, tỉ lệ này lần lượt là 5,5% và 4,4%. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Nga tại Bệnh viện Nhi Trung ương (2013), tỉ lệ bỏ bú là 54,19% [13]. Theo Lưu Thị Thùy Dương (2019) ghi nhận 42% bỏ bú hoặc không uống được; 18,2% trẻ co giật; 8,0% trẻ nôn tất cả mọi thứ; 6,8% trẻ li bì khó đánh thức [14]. Điều này có thể do nghiên cứu của tác giả thực hiện ở đối tượng từ 2 - 36 tháng, còn nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên đối tượng rộng hơn là trẻ dưới 60 tháng, trẻ sơ sinh viêm phổi nặng dễ bị suy hô hấp, dễ bỏ bú hơn.

Triệu chứng sốt ở trẻ bị bệnh VP trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 72,2%. Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Hà và cộng sự ghi nhận sốt chiếm 75% [11], Hoàng Thị Phương Thanh là 67,6% [10]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng hay gặp nhất trong VP ở trẻ em là ho chiếm 94,3%, sau đó là ran ẩm/nở tại phổi chiếm 93,4% và thở nhanh 90,6%. Các triệu chứng gặp với tỉ lệ thấp hơn là khô khè chiếm 75,9%, chảy mũi 42,5%, rút lõm lồng ngực 42%. Thấp nhất là triệu chứng tím chỉ gặp ở trẻ VPN chiếm 17%. Tỉ lệ trẻ có triệu chứng khô khè, RLLN, tím ở nhóm VPN đều cao hơn nhóm VP, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả như Hoàng Thị Phương Thanh ghi nhận ho chiếm 95,5%, triệu chứng RLLN là 45,9%, tím chiếm 23,1% [10]. Tác giả Vũ Thị Hương (2018) cho thấy thở nhanh 92%, chảy mũi 43,3% [7], nghiên cứu của Lưu Thị Thùy Dương ghi nhận có 74,7% trẻ VP có khô khè, 93,4% trẻ có ran ẩm/ran nở tại phổi [14], theo W. Shan có 94,8% trẻ VP có ho [15]. Ho và sốt là những triệu chứng hay gặp nhất của bệnh lý đường hô hấp nói chung và viêm phổi nói riêng. Triệu chứng thực thể như thở nhanh, khô khè, RLLN, ran ẩm ở phổi thường gặp và có ý nghĩa trong chẩn đoán VP.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của trẻ viêm phổi

Theo nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bạch cầu tăng chiếm 39,2% và chỉ có 7,1% giảm bạch cầu. Kết quả này của chúng tôi có sự khác biệt với một số nghiên cứu khác. Theo tác giả Lưu Thị Thùy Dương (2019), tỉ lệ tăng BC là 49,4%, giảm BC là 17,2% [14], tỉ lệ tăng BC theo Hoàng Ngọc Huân (2022) là 65,1% [5]. Sự khác biệt này có thể là do nghiên cứu của chúng tôi sử dụng khoảng tham chiếu giá trị bạch cầu theo Bộ Y tế (2015), còn tác giả Lưu Thị Thùy Dương sử dụng “Xét nghiệm sử dụng trong lâm sàng” (2011). Nồng độ CRP tăng chiếm 51,9%, trong đó nhóm VPN là 57,1% và nhóm VP là 47,9%. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Vũ

Thị Hương cho tỉ lệ tăng CRP là 55,1% [7]. Theo Ngô Anh Vinh tỉ lệ này là 60,3% [4], Hoàng Ngọc Huân là 71,2% [5]. Sự khác nhau về tỉ lệ tăng CRP này có thể do các nghiên cứu bệnh nhi đã được điều trị kháng sinh tại nhà hoặc ở tuyến trước nên chỉ số này có thể thay đổi theo diễn biến bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ trẻ bị bệnh VP có thiếu máu là 27,8%, thấp hơn trong nghiên cứu của Lưu Thị Thùy Dương là 33,9% [14]. Tỉ lệ trẻ có thiếu máu ở nhóm VPN cao hơn nhóm VP (35,2% so với 22,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chụp X - quang ngực được coi là một thăm dò quan trọng để chẩn đoán bệnh VP. Trong nghiên cứu chúng tôi, trên X – quang ngực thẳng, tổn thương dạng mờ rải rác 2 phổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 29,2%, tiếp đó là tăng đậm nhánh phế huyết quản chiếm 19,8%, ít gặp hơn là ứ khí chiếm 8,0% và tổn thương mô kẽ 5,7%. Nhóm trẻ VP có tỉ lệ tăng đậm nhánh phế huyết quản (25,6%) cao hơn nhóm VPN (12,1%), ngược lại nhóm trẻ VPN có tỉ lệ tổn thương mờ rải rác 2 bên phổi (37,4%) cao hơn nhóm trẻ VP (23,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với Lưu Thị Thùy Dương với tỉ lệ tổn thương X-quang gặp ở 58%, nhiều nhất là tổn thương lan tỏa 2 phổi chiếm 27,6% [14], khác với nghiên cứu của Hoàng Ngọc Huân tỉ lệ tổn thương trên X – quang ngực là 79%, trong đó tổn thương quanh rốn phổi có tỉ lệ cao nhất (76,2%) [5]. Theo W. Shan, 78,1% trẻ VP có tổn thương trên X – quang [15], theo S. Jain tại Anh (2015) tỉ lệ này là 89% [16]. Có sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trẻ dưới 60 tháng (bao gồm trẻ sơ sinh), nghiên cứu của Hoàng Ngọc Huân là trẻ 2 – 24 tháng, còn trong nghiên cứu của S. Jain là trẻ dưới 18 tuổi. Ngoài ra còn do chủ quan của bác sĩ nhận định kết quả.

5. Kết luận

Viêm phổi trẻ em gặp ở trẻ nam nhiều hơn nữ, gặp nhiều ở lứa tuổi từ 2 - < 12 tháng, tỉ lệ trẻ viêm phổi nặng thấp hơn viêm phổi, mức độ nặng của bệnh viêm phổi giảm dần theo chiều tăng của lứa tuổi. Triệu chứng lâm sàng đa dạng, chủ yếu là ho, khò khè, sốt, thở nhanh, ran ẩm/nổi. Khoảng một nửa số bệnh nhi có sự thay đổi số lượng bạch cầu và tăng nồng độ CRP. Có sự khác biệt về tỉ lệ thiếu máu ở nhóm trẻ VP và VPN. Trên X- quang ngực thẳng, tổn thương mờ rải rác 2 phổi và tăng đậm nhánh phế huyết quản hay gặp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] World Health Organization, "Pneumonia in children," 2022. [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>. [Accessed Aug. 8, 2024].
- [2] J. Perin *et al.*, "Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals," *Lancet Child Adolesc Health*, vol. 6, no. 2, pp. 106-115, Feb. 2022.
- [3] World Health Organization, "Standardization of interpretation of chest radiographs for the diagnosis of pneumonia in children," 2001. [Online]. Available: <https://iris.who.int/handle/10665/66956>. [Accessed Aug. 01, 2024].
- [4] A. V. Ngo and T. L. Q. Mai, "Some clinical, paraclinical and factors related to the pneumonia severity in children under 5 years old at Ha Tinh City General Hospital," *Vietnam Medical Journal*, vol. 533, no. 2, pp. 88-93, 2023.
- [5] N. H. Hoang and B. H. Nguyen, "Characteristics of clinical and subclinical bronchopneumonia of children from 2 months to 24 months at Lang Son general hospital," (in Vietnamese), *TNU Journal of Science and Technology*, vol. 227, no. 14, pp. 145-150, 2022.
- [6] N. V. Nguyen and T. M. H. Le, "Clinical and virologic aspects in under five children with viral pneumonia in Vietnam National Children's Hospital," (in Vietnamese), *Pediatrics Journal*, vol. 16, no. 1, pp. 42-47, 2023.
- [7] T. H. Vu, C. T. Bui, C. T. Mai, and T. T. D. Nguyen, "Etiology of pneumonia in children less than 5 years old of age at the general department B, Vietnam National Children's Hospital," (in Vietnamese), *Vietnam Medical Journal*, vol. 468, no. 2, pp. 126-129, 2018.

-
- [8] Ministry of Health, "Guidelines for diagnosis and treatment of some common diseases in children. Decision No. 3312/QĐ-BYT dated August 7, 2015 of the Minister of Health," (in Vietnamese), Hanoi, 2015.
- [9] T. H. Hoang, T. K. D. Le, and T. K. Pham, "Survey on the situation of antibiotic use in the treatment of acute respiratory infections in children at Thai Nguyen Central General Hospital in 2012," (in Vietnamese), *Journal of Practical Medicine*, vol. 876, no. 7, pp. 152-155, 2013.
- [10] T. P. T. Hoang, "Characteristics and causes of pneumonia in children under 5 years old at the Pediatric Center of Thai Nguyen National Hospital," (in Vietnamese), Master's Thesis in Medicine, Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy, Thai Nguyen, 2017.
- [11] T. H. Nguyen, T. M. Doan, and T. Y. Nguyen, "Clinical characteristics and bacterial etiology of community-acquired pneumonia in children at the International Department of the National Children's Hospital," (in Vietnamese), *Journal of Medical Research*, vol. 131, no. 7, pp. 67-72, 2020.
- [12] D. T. Nguyen, T. B. Nguyen, and T. K. D. Vo, "Study on the reality and some related factors of severe pneumonia in children aged 2 - 60 months old in Quang Ngai Hospital for Women and Pediatrics," (in Vietnamese), *Vietnam Medical Journal*, vol. 501, no. 1, pp. 211-215, 2021.
- [13] T. H. N. Nguyen, "Clinical characteristics, etiology and antibiotic resistance of bacteria causing pneumonia in children at National Children's Hospital in 2013," (in Vietnamese), Thesis of a Level II specialist, Hanoi Medical University, Hanoi, 2013.
- [14] T. T. D. Luu and T. N. M. Khong, "Clinical and clinical characteristics and risk factors of severe pneumonia in children from 2 - 36 months at Thai Nguyen National Hospital," (in Vietnamese), *TNU Journal of Science and Technology*, vol. 207, no. 14, pp. 67-72, 2019.
- [15] W. Shan *et al.*, "Risk Factors for Severe Community-acquired Pneumonia Among Children Hospitalized With CAP Younger Than 5 Years of Age," *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 38, no. 3, pp. 224-229, 2019.
- [16] S. Jain *et al.*, "Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among U.S. children," *N Engl J Med*, vol. 372, no. 9, pp. 835-845, Feb 26, 2015.