

Research Paper

Some Clinical and Subclinical Characteristics of Pneumonia in Children Under 5 Years Old Group in Hoa Binh Province

Vu Thi Tam¹, Phung Thi Bich Thuy¹, Do Thu Huong¹, Quach Thi Hoa¹,
Nguyen Quoc Tien², Nguyen Quang Tu², Chu Thi Thu Hoai³,
Nguyen Thanh Chung³, Bui Thi Hang², Pham Thu Hien¹

¹ Vietnam National Children's Hospital, 18/879 La Thanh, Dong Da, Hanoi, Vietnam

² Hoa Binh Department of Health, 98 Tran Hung Dao, Hoa Binh City,
Hoa Binh Province, Viet Nam

³ Hoa Binh General Hospital, 10 Cluster, Dong Tien Ward, Hoa Binh City,
Hoa Binh Province, Viet Nam

Received 30 May 2021

Revised 16 June 2021; Accepted 28 June 2021

Abstract

Objectives: To describe some clinical and subclinical characteristics of pneumonia in children in Hoa Binh province.

Methods: This was a retrospective and prospective study on 216 children under 5 years of age with pneumonia treated at the General Provincial Hospital, Mai Chau District Medical Center, Kim Boi District Medical Center in Hoa Binh province from January 2020 to December 2021, with symptoms diagnosed according to MOH and WHO guidelines.

Results: The disease was more common in girls than in boys, in children under 2 years old (>78%). The rate of bacterial infection in the retrospective group was 21.5%, the prospective group was 44%. In which, the highest was still *S. pneumoniae* and *H. Influenzae*. Common clinical symptoms were cough (>89%), wheezing (>79%), fever (>30%), lungs with moist rales, bronchial rales; less than dyspnea, chest indrawing. Chest X-ray showed interstitial lesions (>36%), opacities (>45%), solid masses (11%). The main treatment is antibiotics (>74%). The rate of cured and reduction is high (>94%).

Conclusion: Pneumonia is a common disease with varieties symptoms in children under 5-year-old group in Hoa Binh province. *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae* are most common biological causes of pneumonia. Some historical information related to diagnosis and treatment should be concerned in the future.

Keywords: pneumonia, children, Hoa Binh

* Corresponding author.

E-mail address: bstamvu@gmail.com

<https://doi.org/10.47973/jprp.v5i4.338>

Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Hòa Bình năm 2020-2021

Vũ Thị Tâm^{1*}, Phùng Thị Bích Thủy¹, Đỗ Thu Hương¹, Quách Thị Hoa¹,
Nguyễn Quốc Tiến², Nguyễn Quang Tự², Chu Thị Thu Hoài³,
Nguyễn Thành Chung³, Bùi Thị Hằng², Phạm Thu Hiền¹

¹ Bệnh viện Nhi Trung ương, 18/879 La Thành, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

² Sở Y tế Hòa Bình, 98 đường Trần Hưng Đạo, Tp. Hòa Bình, Tỉnh Hòa Bình, Việt Nam

³ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình, Tổ 10, Phường Đồng Tiến, Tp. Hòa Bình, Tỉnh Hòa Bình, Việt Nam

Nhận ngày 30 tháng 5 năm 2021

Chỉnh sửa ngày 16 tháng 6 năm 2021; Chấp nhận đăng ngày 28 tháng 6 năm 2021

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi ở trẻ em Hòa Bình.

Phương pháp: Mô tả hồi cứu và tiền cứu trên 216 trẻ em Hòa Bình mắc viêm phổi điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình, Trung tâm Y tế huyện Mai Châu, Trung tâm Y tế huyện Kim Bôi có độ tuổi dưới 5 tuổi mắc viêm phổi, thời gian từ tháng 1/2020 đến 12/2021, với các triệu chứng được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn của BHYT và WHO.

Kết quả: Bệnh gặp ở trẻ nữ nhiều hơn nam, ở trẻ dưới 2 tuổi (>78%). Tỷ lệ nhiễm vi khuẩn ở nhóm hồi cứu là 21.5%, nhóm tiền cứu là 44%. Trong đó, cao nhất vẫn là phế cầu và H. Influenza. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho (>89%), khò khè (>79%), sốt (>30%), phổi có ran ẩm, ran phế quản; ít gặp khó thở, rút lõm lồng ngực. X-quang phổi có tổn thương kẽ (>36%), nốt mờ (>45%), khối đông đặc (11%). Biện pháp điều trị chủ yếu là kháng sinh (>74%). Tỷ lệ khỏi bệnh cao (>94%).

Kết luận: Viêm phổi là bệnh hay gặp với triệu chứng lâm sàng đa dạng ở trẻ dưới 5 tuổi tại Hòa Bình. Căn nguyên gây bệnh chủ yếu là phế cầu và H. Influenzae. Khai thác một số thông tin liên quan tiền sử của trẻ giúp chẩn đoán và điều trị, cần được quan tâm cải thiện.

Từ khóa: Viêm phổi, trẻ em, Hòa Bình.

I. Đặt vấn đề

Viêm phổi (VP) là bệnh lý thường gặp ở trẻ em, đặc biệt là trẻ nhỏ. Bệnh có tỷ lệ mắc và tử vong hàng đầu ở trẻ em Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Theo số

liệu của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), năm 2015 có 920.136 trẻ dưới 5 tuổi tử vong do VP, chiếm 16% số trẻ tử vong trên toàn thế giới. Tức là, cứ 35 giây có một trẻ tử vong do VP [1].

Ở Việt Nam, theo thống kê của Quỹ nhi đồng liên hợp quốc (UNICEF) năm 2012 mặc dù tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi giảm đáng kể, từ 51 trẻ trên 1000 ca đẻ sống năm

* Tác giả liên hệ

E-mail address: bstamvu@gmail.com

<https://doi.org/10.47973/jprp.v5i4.338>

1990 xuống còn 23 trên 1000 ca năm 2010. Tuy nhiên, VP vẫn là nguyên nhân chính gây tử vong (TV) ở trẻ em, chiếm 12% tổng số tử vong chung dưới 5 tuổi và chiếm 75% tử vong do các bệnh về hô hấp [2].

Căn nguyên gây viêm phế quản phổi ở trẻ em rất đa dạng: virus, vi khuẩn, nấm, ký sinh trùng. Các nghiên cứu (NC) gần đây cho thấy, ở các nước phát triển căn nguyên gây bệnh VP chủ yếu là do virus (virus cúm, á cúm, hợp bào hô hấp, Rhinovirus, Enterovirus, Adenovirus.v.v.) chiếm 80-90%. Ngược lại tại các nước đang phát triển, vi khuẩn vẫn là nguyên nhân quan trọng gây viêm phế quản phổi ở trẻ em, chiếm 75% [4].

Với sự phát triển kỹ thuật Real time PCR đa môi đã giúp xác định được cùng một lúc nhiều căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi, cả vi khuẩn điển hình hay không điển hình. Vì vậy, nó có giá trị rất cao trong chẩn đoán và điều trị.

Hòa Bình là tỉnh miền núi cách thủ đô Hà Nội hơn 70 km nhưng có nhiều huyện khó khăn, tiếp cận chăm sóc sức khỏe cho toàn dân nói chung và trẻ em nói riêng còn có nhiều bất cập. Bệnh viện tuyến huyện không có khoa nhi riêng, có 3/10 bệnh viện huyện không có bác sỹ chuyên khoa Nhi. Tỷ suất tử vong ở trẻ em tỉnh Hòa Bình năm 2018 được đánh giá là cao hơn so với các tỉnh trong khu vực: Tỷ suất TV sơ sinh: 5,4%; Tỷ suất TV <1 tuổi: 12%; Tỷ suất TV < 5 tuổi: 13,5 % [3].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhóm trẻ dưới 5 tuổi mắc viêm phổi điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình; Trung tâm y tế huyện Kim Bôi; Trung tâm y tế huyện Mai Châu nhằm mục tiêu: **Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại tỉnh Hòa Bình.**

II. Đối tượng, phương pháp nghiên cứu

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Trẻ 1 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán là viêm phổi theo hướng dẫn của Bộ Y tế và Tổ chức Y tế Thế giới vào điều trị tại viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình; Trung tâm y tế huyện Kim Bôi; Trung tâm y tế huyện Mai Châu trong thời gian từ tháng 01/2020 đến 12/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi theo B Y tế và Tổ chức Y tế Thế giới: Ho, sốt, thở nhanh,

+ Xquang phổi: có tổn thương viêm phổi

+ Tìm thấy dấu ấn vi khuẩn: Nhóm hồi cứu xác định tác nhân vi khuẩn bằng nuôi cấy dịch tỵ hầu. Nhóm tiến cứu xác định tác nhân vi khuẩn dựa vào kỹ thuật Real-time PCR.

Tiêu chuẩn loại trừ: trẻ bị VP thứ phát sau: dị vật đường thở, đuối nước, sặc dầu... Trẻ bị hen phế quản, lao phổi.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh hồi cứu và tiến cứu.

* Cỡ mẫu: tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn viêm phổi được lựa chọn vào nghiên cứu

* Chọn mẫu: thuận tiện

2.3. Phân tích số liệu: số liệu sau khi thu thập được nhập liệu, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 23. Thống kê mô tả được áp dụng với biến định lượng sử dụng trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, với biến định tính tần số, tỷ lệ phần trăm.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được hội đồng khoa học của Sở Y tế Hòa Bình thông qua. Nghiên cứu được thực hiện đảm bảo đạo đức nghiên cứu y sinh.

III. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nhóm hồi cứu, bệnh nhân dưới 2 tuổi chiếm đa số 80.4%, bệnh nhân nữ nhiều hơn bệnh nhân nam. So sánh với nhóm tiền cứu, bệnh nhân dưới 2 tuổi chiếm 78.0%, bệnh nhân nữ nhiều hơn bệnh nhân nam. Khai thác thông tin không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Bảng 1. Đặc điểm tiền sử sản khoa, tình trạng dinh dưỡng

Đặc điểm	Hồi cứu		Tiền cứu		P
	Số lượng n=107	Tỷ lệ%	Số lượng n=109	Tỷ lệ%	
Phương pháp sinh					
Đẻ thường	65	60.7	80	73.4	0.378
Đẻ mổ	35	32.7	26	23.9	
Can thiệp	7	6.6	3	2.7	
Cân nặng sau đẻ < 2500gr	9	8.4	10	9.2	0.196
Nhiễm khuẩn sơ sinh	3	2.8	1	0.9	0.457
Suy hô hấp sơ sinh	1	0.9	1	0.9	0.967
Tình trạng dinh dưỡng					
Bình thường	8	7.5	89	81.6	
Suy dinh dưỡng	37	34.5	8	7,3	
HSBA thiếu thông tin	62	58	12	11,1	

Nhận xét: Đặc điểm tiền sử sản khoa ít quan tâm khai thác ở nhóm hồi cứu. Tỷ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh và suy hô hấp sơ sinh ít gặp ở cả hai nhóm.

Tiền sử dinh dưỡng, nhóm tiền cứu khai thác đầy đủ hơn với 89 bệnh nhân có thể trạng bình thường, 6 bệnh nhân suy dinh dưỡng, 2 bệnh nhân béo phì; nhóm hồi cứu, 62/107 bệnh nhân không hỏi tiền sử dinh dưỡng, sự khác biệt về khai thác thông tin về tình trạng dinh dưỡng có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$.

3.2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng

Đặc điểm lâm sàng	Hồi cứu		Tiền cứu		P
	Số lượng n=107	Tỷ lệ%	Số lượng n=109	Tỷ lệ%	
Sốt	35	32.7	57	52.3	0.771
Ho	105	98.1	98	89.9	0.834
Khò khè	93	86.9	87	79.8	0.706
Tiêu chảy	5	4.7	8	7.3	0.445
Nổi ban	1	0.9	1	0.9	0.598

Nhận xét: Các triệu chứng hô hấp như sốt, ho, khò khè được khai thác đầy đủ thông tin trong 2 nhóm. Không có khác biệt về các triệu chứng hô hấp trên ở 2 nhóm. Ngoài ra, các triệu chứng đi kèm đều không được ghi nhận ở cả 2 nhóm. Không có sự khác biệt về 2 triệu chứng nổi ban và tiêu chảy giữa 2 nhóm.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể tại phổi của viêm phổi

Đặc điểm lâm sàng	Hồi cứu		Tiền cứu		p (t-test)
	Số lượng n=107	Tỷ lệ %	Số lượng n=109	Tỷ lệ %	
Ran ẩm	55	51.4	56	51.4	0.892
Ran phế quản	36	33.6	35	32.1	0.928
Không ran	16	15.0	18	16.5	0.908
Rút lõm lồng ngực	6	5.6	7	6.2	0.917
Khó thở	6	5.6	7	6.2	0.917

Nhận xét: các triệu chứng thực thể hay gặp ran ẩm (51.4%), ran phế quản (>32%), không có ran (>15%), rút lõm lồng ngực và khó thở (<7%)

3.3. Cận lâm sàng

Bảng 4. Kết quả chụp X-quang phổi

XQ	Hồi cứu		Tiền cứu		p (t-test)
	Số lượng n=107	Tỷ lệ %	Số lượng n=109	Tỷ lệ %	
Tổn thương mô kẽ	39	36.4	41	37.6	0.967
Nốt mờ	53	49.5	50	45.9	0.694
Khối đông đặc phổi	12	11.2	18	16.5	0.352
Viêm màng phổi	0	0	0	0	-
HSBA không ghi nhận	3	2.9	0	0	0.223

Nhận xét: tổn thương chủ yếu là hình ảnh nốt mờ (45,9 - 49,5%), tổn thương phổi kẽ (36,4 - 37,6%) và khối đông đặc phổi (11,2 - 16,5%)

Bảng 5. Phân bố các căn nguyên vi sinh gây viêm phổi

Phân bố viêm phổi theo tác nhân gây bệnh	Hồi cứu		Tiền cứu		p
	Số lượng n=107	Tỷ lệ %	Số lượng n=109	Tỷ lệ %	
<i>S.pneumoniae</i>	9	8.4	20	18.3	0.052
<i>H.influenza</i>	6	5.6	18	16.5	0.02
<i>Staphylococcus</i>	4	3.7	0	0	0.125
<i>Streptococcus</i>	1	0.9	0	0	0.993
<i>E.Coli</i>	1	0.9	0	0	0.993
<i>Mycoplasma</i>	0	0	0	0	-

Phân bố viêm phổi theo tác nhân gây bệnh	Hồi cứu		Tiền cứu		P
	Số lượng n=107	Tỷ lệ %	Số lượng n=109	Tỷ lệ %	
<i>H.I & E.Coli</i>	1	0.9	0	0	0.993
Đồng nhiễm <i>H.I & Klebsiella</i>	1	0.9	0	0	0.993
<i>H.I & SP</i>	0	0	10	9.2	<0.01
Xét nghiệm âm tính	0	0	60	55.0	<0.01
Không làm xét nghiệm	84	78.7	1	1	<0.01
Tổng số	107	100.0	109	100.0	

Nhận xét: Nhóm hồi cứu xác định căn nguyên vi khuẩn bằng nuôi cấy dịch ty hầu. Nhóm tiền cứu xác định tác nhân vi khuẩn dựa vào kỹ thuật Real-time PCR. Trong cả 2 nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nhiễm phế cầu vẫn là cao nhất, nhóm hồi cứu (8.4%), nhóm tiền cứu (18.3%). Đứng thứ 2 là căn nguyên do H.influenza, nhóm hồi cứu (5,6%), nhóm tiền cứu (16,5%). Trong nhóm tiền cứu, tỷ lệ bệnh nhân đồng nhiễm phế cầu và H.influenza cao hơn nhóm hồi cứu. Không ghi nhận kết quả xét nghiệm kháng sinh đồ ở nhóm hồi cứu. Bệnh nhân nhóm tiền cứu được thực hiện đầy đủ xét nghiệm (Real-time PCR) tìm căn nguyên vi khuẩn hơn so với nhóm hồi cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3.4. Điều trị

Bảng 6. Các biện pháp điều trị

Điều trị	Hồi cứu		Tiền cứu		p (t-test)
	Số lượng n=107	Tỷ lệ %	Số lượng n=109	Tỷ lệ %	
Kháng sinh	107	100.0	81	74.3	0.045*
Trợ hô hấp	19	17.8	7	6.4	0.179
Corticoid	21	19.6	12	11.0	0.291
Loại kháng sinh	n=107	%	n=81	%	P
Cephalosporin	69	64.4	28	34.6	<0.01
Macrolid	14	13.1	3	3.7	0.049
Khác	24	22.5	50	61.7	<0.01

Nhận xét: Nhóm hồi cứu, 100% bệnh nhân có sử dụng kháng sinh, 17.8% cần hỗ trợ hô hấp, 19.6% bệnh nhân sử dụng corticoid. Nhóm tiền cứu, số bệnh nhân sử dụng kháng sinh là 74.3%, giảm có sự khác biệt so với nhóm hồi cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Ngoài ra, bệnh nhân sử dụng hỗ trợ hô hấp và thuốc corticoid cũng giảm hơn so với nhóm hồi cứu, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Trong số những bệnh nhân sử dụng kháng sinh, có sự khác biệt rõ rệt giữa sử dụng kháng sinh của 2 nhóm. Nhóm hồi cứu, kháng sinh sử dụng nhiều nhất là Cephalosporin (64.4%), Macrolid (13.1%), kháng sinh khác (22.5%). Nhóm tiến cứu, kháng sinh loại khác sử dụng nhiều hơn (61.7%), Cephalosporin (34.6%) và Macrolid (3,7%).

Kết quả điều trị: Sự khác biệt có ý nghĩa về kết quả điều trị giữa 2 nhóm hồi cứu và tiến cứu. Tỷ lệ điều trị khỏi của nhóm tiến cứu (89.9%) cao hơn của nhóm hồi cứu (71%), tỷ lệ đỡ giảm và chuyển viện của nhóm tiến cứu (10,1% và 0%) thấp hơn nhóm hồi cứu (23.4% và 5.6%).

IV. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung

- Tuổi, giới: Đa số bệnh nhân dưới 2 tuổi (>78%), bệnh nhân nữ nhiều hơn bệnh nhân nam cả ở 2 nhóm, tuy nhiên so sánh giữa 2 nhóm thì không có sự khác biệt. Bệnh mắc nhiều ở trẻ nam hơn so với trẻ nữ, điều này phù hợp với mô hình bệnh tật ở trẻ em Việt Nam nói chung. Trẻ dưới 2 tuổi thường gặp nhất có thể giải thích do ở lứa tuổi này bản thân trẻ chưa có miễn dịch chủ động, chủ yếu do kháng thể từ mẹ truyền sang, lượng IgA trong dịch tiết trên bề mặt niêm mạc phế quản của trẻ còn chưa hoàn chỉnh nên khả năng chống lại các bệnh nhiễm trùng nói chung và vi rút nói riêng còn kém.

Nghiên cứu này có kết quả tương tự như một số nghiên cứu trước đó. Theo Quách Ngọc Ngân có 48% trẻ dưới 12 tháng; tỷ lệ nam/ nữ là 1,9/1 [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh trẻ từ 2-12 tháng có tỷ lệ mắc cao nhất là 50,5%, giảm dần theo lứa tuổi, tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh là 55,4% so với nữ là 44,6%, nam cao gấp 1,25 lần nữ [5].

- Số bệnh nhân hồi cứu không khai thác thông tin hồ sơ bệnh án về phương pháp sinh là 15 bệnh nhân (14%), nhiều hơn so với 2 bệnh nhân (1.8%) của nhóm tiến cứu. Tỷ lệ trẻ sinh mổ ở 2 nhóm là 28% và 23.9%, kết quả này tương tự so với nghiên cứu của Phạm Thu Hiền khi tác giả cho biết tỷ lệ sinh mổ ở trẻ mắc viêm phổi dao động từ 20,9% đến 28,6% tùy vào nguyên nhân viêm phổi [6].

- Cân nặng sau đẻ < 2500 gram của nhóm bệnh nhân hồi cứu là 9 bệnh nhân, nhóm tiến cứu là 10 bệnh nhân. Nhiễm khuẩn sơ sinh, suy hô hấp ít gặp. Ngoài phương pháp sinh, các thông số khác giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về tình trạng khai thác hồ sơ bệnh án. Tiền sử dinh dưỡng, nhóm tiến cứu khai thác đầy đủ hơn với 89 bệnh nhân có thể trạng bình thường, 3 bệnh nhân suy dinh dưỡng, 2 bệnh nhân béo phì, không khai thác thông tin ở 12 bệnh nhân; nhóm hồi cứu, 62 bệnh nhân không hỏi tiền sử dinh dưỡng, sự khác biệt về khai thác thông tin về tình trạng dinh dưỡng có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$.

Suy dinh dưỡng và đẻ thiếu tháng là những yếu tố ảnh hưởng nhiều đến khả năng đề kháng của trẻ trước các tác nhân gây bệnh cũng như mức độ trầm trọng của bệnh khi mắc phải. Suy dinh dưỡng là nguyên nhân chính của suy giảm miễn dịch. Thiếu hụt vi chất dinh dưỡng gây ra tăng trưởng kém, suy giảm trí tuệ, và gia tăng tỷ lệ tử vong và nhạy cảm với nhiễm trùng, dẫn tới viêm phổi.

4.2 Triệu chứng lâm sàng

- Các triệu chứng hô hấp như sốt, ho, khò khè được khai thác đầy đủ thông tin trong 2 nhóm. Nhóm hồi cứu, 32.7% bệnh nhân có sốt, 98.1% bệnh nhân có ho, 86.9% bệnh nhân có khò khè. Nhóm tiến cứu, 52.3% bệnh nhân có sốt, 89.9% bệnh nhân có ho, 79.8% bệnh nhân có khò khè. Không có khác biệt về

các triệu chứng trên ở 2 nhóm. Ngoài ra, các triệu chứng đi kèm đều ít được ghi nhận ở cả 2 nhóm.

Kết quả nghiên cứu tương đồng với Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2020 của Nguyễn Thị Ngọc Trân và cs [7].

Nhóm hồi cứu, bệnh nhân không được khai thác thông tin về các triệu chứng thực thể ở phổi. Nhóm tiền cứu, bệnh nhân được khai thác đầy đủ các thông tin, trong đó, 51.4% bệnh nhân có ran ẩm, 32.1% bệnh nhân có ran phế quản, 16.5% bệnh nhân không có ran, 6.2% bệnh nhân có rút lõm lồng ngực và khó thở. Còn lại các hội chứng khác như đông đặc phế nang, tràn dịch, tràn khí màng phổi không có bệnh nhân mắc.

Theo Huỳnh Văn Tường nghiên cứu đặc điểm lâm sàng viêm phổi cộng đồng trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi thấy tỷ lệ trẻ có ran ẩm, nổ 100%, ran rít, ngáy 34,6% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [8].

Theo Quách Ngọc Ngân nghiên cứu trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ trong 196 trẻ có khò khè 46,4% thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi; ngược lại, rút lõm lồng ngực 37,2%, ran ẩm nổ 94,4% cao hơn [4].

4.3 Cận lâm sàng

Kết quả đọc phim X-quang phổi ở nhóm hồi cứu, 36.4% bệnh nhân có tổn thương kẽ, 49.5% bệnh nhân có tổn thương nốt mờ, 11.2% có khối đông đặc. Ở nhóm tiền cứu, 37.6% bệnh nhân có tổn thương kẽ trên phim X-quang phổi, 45.9% bệnh nhân có tổn thương nốt mờ, 16.5% bệnh nhân có khối đông đặc.

Tỷ lệ tổn thương trên phim X-quang trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Nhôm năm 2015 tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long, cho thấy 45,5%

bệnh nhân có tổn thương X-quang ngực. Thường gặp dạng thâm nhiễm rải rác ở phế nang hơn là viêm phổi thùy [9].

Có sự khác biệt trong căn nguyên gây viêm phổi do vi khuẩn điển hình, trong đó nghiên cứu tiền cứu có số lượng bệnh nhân phát hiện vi khuẩn (44%) nhiều hơn so với nhóm hồi cứu (21.5%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Trong cả 2 nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nhiễm phế cầu vẫn là cao nhất, trong đó nhóm hồi cứu là 8.4%, nhóm tiền cứu là 18.3%. Thứ 2 là căn nguyên do H.influenza, trong nhóm hồi cứu là 5,6%, nhóm tiền cứu 16,5%. Trong nhóm tiền cứu, tỷ lệ bệnh nhân đồng nhiễm phế cầu và H.influenza cao hơn nhóm hồi cứu.

Trong số các trường hợp xác định được tác nhân gây viêm phổi ở nhóm hồi cứu, không ghi nhận được kết quả kháng sinh đồ, đây là hạn chế của nghiên cứu hồi cứu.

Như vậy, việc triển khai kỹ thuật Real-time PCR sẽ giúp tăng tỷ lệ xác định căn nguyên vi khuẩn từ 21,5% lên 44%. Kết quả này đã giúp các nhà lâm sàng lựa chọn kháng sinh sớm, đúng cho trẻ.

4.4. Điều trị

Nhóm hồi cứu, 100% bệnh nhân có sử dụng kháng sinh, 17.8% cần hỗ trợ hô hấp, 19.6% bệnh nhân sử dụng corticoid. Nhóm tiền cứu, số bệnh nhân sử dụng kháng sinh là 74.3%, giảm có sự khác biệt so với nhóm hồi cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Ngoài ra, bệnh nhân sử dụng hỗ trợ hô hấp và thuốc corticoid cũng giảm hơn so với nhóm hồi cứu, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Nhờ có các xét nghiệm tìm kiếm căn nguyên nên điều trị kháng sinh có cơ sở hơn của nhóm tiền cứu so với nhóm hồi cứu.

Trong số những bệnh nhân sử dụng kháng sinh, có sự khác biệt rõ rệt giữa sử dụng kháng sinh của 2 nhóm. Nhóm hồi cứu, kháng sinh sử dụng nhiều nhất là Cephalosporin (64.4%), Macrolid (13.1%), kháng sinh khác (22.5%). Nhóm tiến cứu, kháng sinh loại khác sử dụng nhiều hơn (61.7%), Cephalosporin (34.6%) và Macrolid (3,7%). Tỷ lệ sử dụng kháng sinh này phù hợp với các căn nguyên vi khuẩn thường gặp trong viêm phổi.

Tỷ lệ dùng kháng sinh của nhóm tiến cứu thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Nhôm (92%). Trong đó, sử dụng kháng sinh Cefotaxim (79,2%) thuộc nhóm Cephalosporin là nhiều nhất [9].

Sự khác biệt có ý nghĩa về kết quả điều trị giữa 2 nhóm hồi cứu và tiến cứu. Tỷ lệ điều trị khỏi của nhóm tiến cứu (89.9%) cao hơn của nhóm hồi cứu (71%), tỷ lệ đỡ giảm và chuyển viện của nhóm tiến cứu (10,1% và 0%) thấp hơn nhóm hồi cứu (23.4% và 5.6%). Cả 2 nhóm đều không có bệnh nhân tử vong. Việc thực hiện xét nghiệm tìm vi khuẩn đầy đủ ở nhóm tiến cứu, đã tạo điều kiện cho điều trị hiệu quả, chọn đúng kháng sinh và tỷ lệ khỏi tăng cao hơn so với nhóm hồi cứu.

V. Kết luận

Qua nghiên cứu 216 trẻ 2 tháng đến 5 tuổi mắc viêm phổi điều trị tại Hòa Bình từ tháng 1-2020 đến 12-2021, chúng tôi đi đến kết luận sau:

Bệnh gặp ở trẻ nữ nhiều hơn nam, ở trẻ dưới 2 tuổi (>78%). Tỷ lệ nhiễm vi khuẩn phát hiện ở nhóm tiến cứu (44%) cao hơn nhóm hồi cứu (21%) chỉ ra lợi ích của kỹ thuật Real-time PCR trong chẩn đoán sớm tác nhân gây bệnh. Trong đó, cao nhất vẫn là phế cầu và H. Influenza.

Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng đa dạng gồm: ho (>89%), sốt (>30%), khô khè

(>79%), phổi có ran ẩm, ran phế quản; ít gặp khó thở, rút lõm lồng ngực. X-quang phổi có tổn thương kẽ (>36%), nốt mờ (>45%), khối đông đặc (11%). Kết quả điều trị khỏi bệnh cao ở cả hai nhóm (>94%).

Khai thác một số thông tin liên quan tiền sử của trẻ giúp chẩn đoán và điều trị, cần được quan tâm cải thiện hơn trong tương lai.

Tài liệu tham khảo

- [1] WHO. Cough or difficulty in breathing. Guidelines for the management of common childhood illnesses 2nd 2017:76-122.
- [2] Vietnam's Ministry of Health. Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in children, Decision 101/QĐ-BYT 2014:1-16. (in Vietnamese)
- [3] Center for Reproductive Health of Hoa Binh Province. Year-end summary report – Hoa Binh Provincial Center for Reproductive Health 2018:25-26. (in Vietnamese)
- [4] Ngan QN and Hong PTM. Clinical and microbiological characteristics of community-acquired pneumonia in children aged 2 months to 5 years at Can Tho Children's Hospital. Medical Journal of Ho Chi Minh City. 2014;18 (Appendix No. 1):294-300. (in Vietnamese)
- [5] Anh NTV, Bang NV. Survey on the use of antibiotics to treat pneumonia in children at the Pediatrics Department of Bach Mai Hospital in 2006. Medical Journal of Ho Chi Minh City. Ho Chi Minh City 2007;11(Additional no. 4):94 - 99. (in Vietnamese)

- [6] Hien PT. Study on epidemiological and clinical characteristics of atypical bacterial pneumonia in children. Doctoral thesis. National Institute of Hygiene and Epidemiology 2014. (in Vietnamese)
- [7] Tran NTN. Study on clinical and subclinical characteristics in severe viral pneumonia in children under 5 years old. Doctoral thesis, Military Medical Academy 2020. (in Vietnamese)
- [8] Tuong HV, Diem PHN and Tuan TA. Clinical and microbiological characteristics of community-acquired pneumonia in children aged 2 months to 5 years. *Medical Journal of Ho Chi Minh* 2012;16(1):76-80. (in Vietnamese)
- [9] Nhom NT. Study on clinical, subclinical characteristics and factors related to severe pneumonia in children from 2 months to 5 years old at Vinh Long Provincial General Hospital. Booklet of scientific research topics at Vinh Long Provincial General Hospital 2015:1-10. (in Vietnamese)