

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em từ 02 tháng đến 60 tháng tuổi tại khoa Nhi, Bệnh viện huyện Củ Chi



PHẠM HOÀI PHƯƠNG, NGÔ VĂN HÙNG
Bệnh viện huyện Củ Chi

Tóm tắt: Từ 125 bệnh nhi được đưa vào nghiên cứu, kết quả cho thấy, viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ cao 24,8%. Các triệu chứng thường gặp trên lâm sàng là: ho, thở nhanh, sốt, ran ẩm/nổ, rút lõm lồng ngực. Hình ảnh tổn thương phổi trên phim Xquang ngực thẳng chiếm tỷ lệ cao 74,4%. Các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi là: tuổi nhỏ, tiền sử tiêm chủng không đầy đủ, tiền sử sinh non. Nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em từ 02 tháng đến 60 tháng tuổi tại khoa Nhi, Bệnh viện huyện Củ Chi” triển khai trên thực tế đã góp phần tìm hiểu tình hình viêm phổi ở trẻ em Việt Nam nói chung và tại huyện Củ Chi nói riêng.

Từ khóa: Viêm phổi, trẻ em, lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố liên quan mức độ nặng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh lý thường gặp và là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ em đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO, 2022) và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF, 2022), viêm phổi gây tử vong cho 740.180 trẻ em, chiếm 14% tổng số ca tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi. Ở Việt Nam, theo thống kê của chương trình phòng, chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp, trung bình mỗi năm một trẻ có thể mắc 1 - 2 lần viêm phổi. Tử vong do viêm phổi chiếm 75% ca tử vong do các bệnh hô hấp gây ra và 30 - 35% tử vong chung ở trẻ em (Nguyễn Thị Diệu Thúy, 2016). Mặc dù đạt được nhiều kết quả tốt trong điều trị nhưng gánh nặng bệnh tật do viêm phổi trẻ em ở Việt Nam rất cao so với các nước phát triển (WHO, 2014).

Chẩn đoán viêm phổi ở trẻ em chủ yếu dựa vào các triệu chứng cơ năng: thở nhanh, rút lõm lồng ngực, khó thở... có thể kết hợp với các triệu chứng thực thể tại phổi và hình ảnh tổn thương phổi trên phim Xquang ngực thẳng. Có nhiều yếu tố liên quan ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc và mức độ nặng của viêm phổi, đặc biệt ở các nước đang phát triển, như tuổi nhỏ, suy dinh dưỡng, trình độ học vấn của bố mẹ thấp, không khí trong nhà ô nhiễm, thiếu sữa mẹ, không được tiêm chủng đầy đủ, tiền sử cân nặng lúc sinh thấp... (Đào Minh Tuấn, 2010).

Viêm phổi ở trẻ em nếu được chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời sẽ làm giảm tỷ lệ tử vong và hạn chế được những biến chứng. Đồng thời, việc xác định các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng giúp nâng cao chẩn đoán, điều trị hiệu quả,

tiên lượng đúng và đưa ra các biện pháp dự phòng phù hợp. Vì vậy, để góp phần tìm hiểu tình hình viêm phổi ở trẻ em Việt Nam nói chung và tại huyện Củ Chi nói riêng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em từ 02 tháng đến 60 tháng tuổi tại khoa Nhi, Bệnh viện huyện Củ Chi” với mục tiêu: 1- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm phổi ở trẻ em từ 02 tháng đến 60 tháng tuổi điều trị tại khoa Nhi, Bệnh viện huyện Củ Chi; 2- Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của bệnh viêm phổi ở nhóm bệnh nhi nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm tất cả bệnh nhi từ 02 tháng đến 60 tháng tuổi được chẩn đoán viêm phổi, viêm phổi nặng nhập viện và điều trị tại Khoa Nhi, Bệnh viện huyện Củ Chi từ ngày 01-6-2023 đến ngày 30-11-2023

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhi từ 02 tháng đến 60 tháng tuổi được chẩn đoán xác định và phân loại viêm phổi theo tiêu chuẩn của WHO (2013):

- Viêm phổi: Bệnh nhi có ho hoặc khó thở cộng với ít nhất một trong những dấu hiệu sau: 1- Thở nhanh (bắt buộc đếm nhịp thở trong 1 phút và đánh giá theo lứa tuổi): Từ 02 tháng đến 12 tháng ≥ 50 nhịp/phút; từ 12 tháng đến 5 tuổi ≥ 40 nhịp/phút; 2- Rút lõm lồng ngực; 3- Có thể nghe ran phổi: ran ẩm nhỏ hạt, ran nổ, ran phế quản, tiếng cọ màng phổi khi nghe phổi.

- Viêm phổi nặng: Bệnh nhi có dấu hiệu của viêm phổi kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau: 1- Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: trẻ không thể bú hoặc uống, nôn tất cả mọi thứ, li bì hoặc khó đánh thức; co giật; 2- Dấu hiệu suy hô hấp nặng: Tím trung tâm hoặc độ bão hòa oxy (SpO₂) < 90%; dấu

hiệu khó thở nặng như thở rên, rút lõm lồng ngực rất nặng; nghe phổi có giảm thông khí hoặc dấu hiệu tràn dịch, tràn mủ màng phổi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Gia đình trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.

Phương pháp thu thập số liệu: Chọn mẫu liên tiếp trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn vào và tiêu chuẩn loại trừ.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6-2023 đến tháng 12-2023.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu ước lượng tối thiểu cần điều tra

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy, với ngưỡng tin cậy 95% hay hệ số $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z_{1-\alpha/2}^2 = (1.96)^2$

α : mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$

d: sai số cho phép hay khoảng sai lệch giữa tỉ lệ thu được từ mẫu và tỉ lệ của quần thể, chọn $d = 0,05$

$p = 0,914$ (tỉ lệ rale ẩm, nổ trong viêm phổi trẻ em (Lưu Thị Thùy Dương, 2019)

Thay vào công thức: $n = 120,8$ (Cỡ mẫu tối thiểu là 121 mẫu)

► Trong thực tế chúng tôi chọn 125 mẫu nghiên cứu.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 bằng các thuật toán thống kê y học.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ thực hiện khi được sự đồng ý của gia đình bệnh nhân. Bệnh nhân được bảo

đảm quyền lợi điều trị, giữ bí mật thông tin cá nhân và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào.

Kết quả chỉ được sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

Đề tài được hội đồng y đức của Bệnh viện

huyện Củ Chi thông qua và được tiến hành sau khi được sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh viện huyện Củ Chi.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

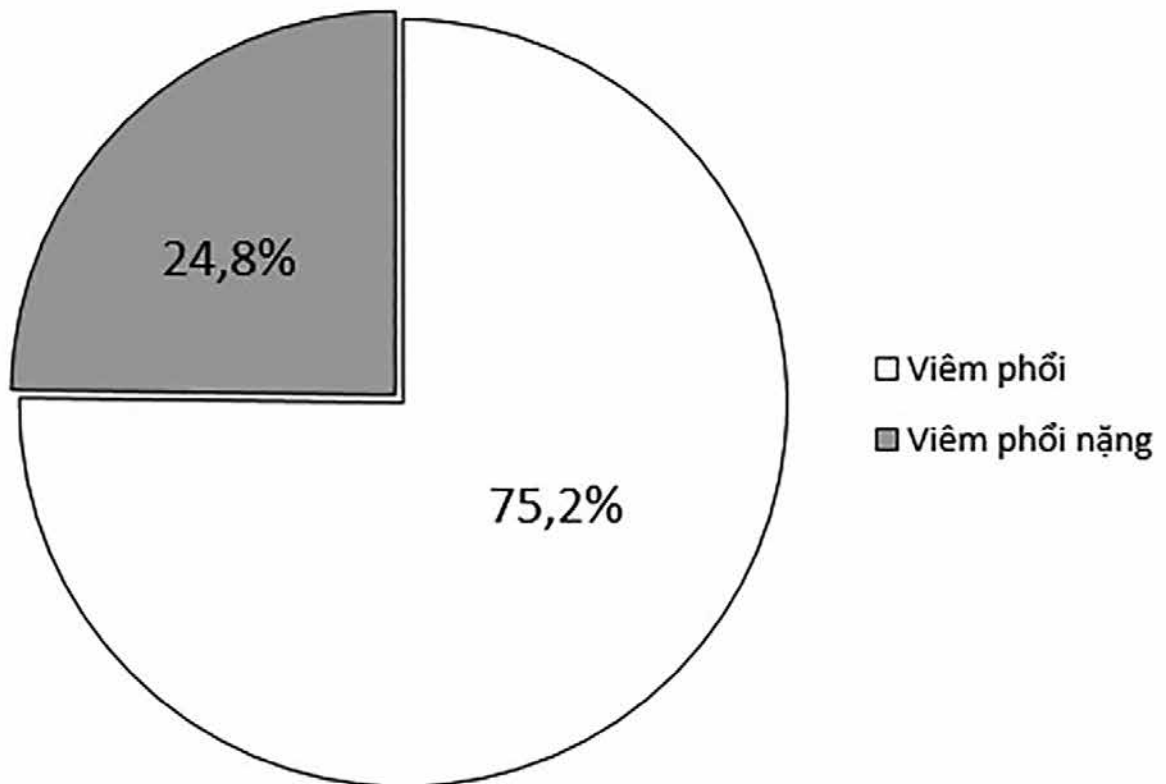
Đặc điểm		Tần số (n=125)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	2 - < 12 tháng	17	13,6
	12 - 60 tháng	108	86,4
Giới tính	Nam	75	60
	Nữ	50	40

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Trong nghiên cứu, nhóm tuổi từ 2 đến 12 tháng tuổi chiếm 13,6%, nhóm tuổi từ 12 đến 60 tháng tuổi là 86,4%. Tỷ lệ nam nhiều

hơn nữ (lần lượt là nam 60%, nữ 40%).

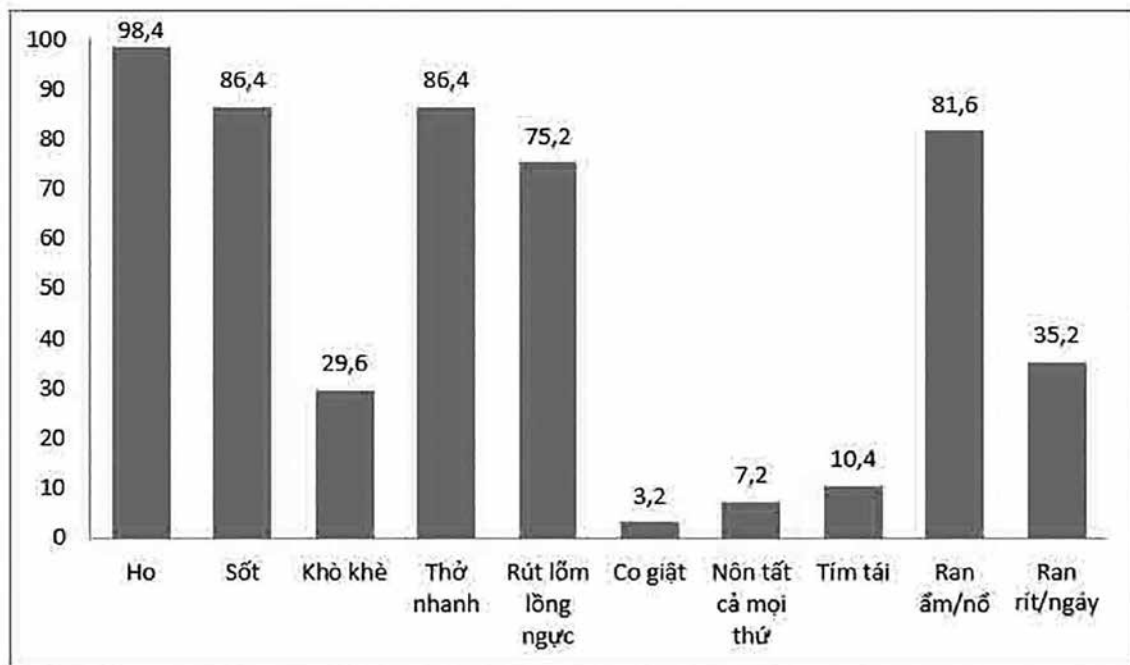
3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi ở trẻ em



Biểu đồ 1: Mức độ nặng của viêm phổi

Nhận xét: Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân, như co giật, nôn tất cả mọi thứ ít gặp trên lâm sàng. Các triệu chứng cơ năng thường gặp trên lâm sàng là ho 98,4%, sốt 86,4%, ít gặp hơn

là khô khè với 29,6%. Các triệu chứng thực thể gồm thở nhanh 86,4%, rút lõm lồng ngực với 75,2%, ran ẩm/nổ 81,6%, ran rít/ngáy chiếm 35,2%.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	Tần số (n = 125)	Tỷ lệ (%)
Số lượng bạch cầu máu ngoại vi tăng	47	37,6
Số lượng bạch cầu máu ngoại vi giảm	3	2,4
Tỷ lệ Neutrophil tăng theo lứa tuổi	98	78,4
Hình ảnh tổn thương trên phim Xquang	93	74,4

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng

Nhận xét: Công thức bạch cầu có 37,6% bệnh nhi có số lượng bạch cầu máu ngoại vi tăng, 2,4% có số lượng bạch cầu máu ngoại vi giảm, tỷ lệ Neutrophil tăng theo lứa tuổi chiếm

78,4%, bệnh nhi có hình ảnh tổn thương trên phim Xquang chiếm tỷ lệ cao với 74,4%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi

Yếu tố có liên quan đến viêm phổi nặng	OR	95% CI	p
Tuổi nhỏ (2 - < 12 tháng)	1,04	0,06 - 2,47	< 0,05
Giới tính (nam)	1,56	0,66 - 3,66	> 0,05
Trình độ học vấn của mẹ (dưới trung học phổ thông)	4,32	1,68 - 11,08	< 0,05
Cân nặng lúc sinh thấp (<2500g)	6,84	2,36 - 19,82	< 0,05
Tiền sử sinh non (<37 tuần)	22,6	7,79 - 65,55	< 0,05
Tiền sử mổ lấy thai	4,89	2,06 - 11,58	> 0,05
Suy dinh dưỡng	1,4	0,4 - 4,9	> 0,05
Thiếu máu	3,05	1,27 - 7,36	< 0,05
Bú thiếu sữa mẹ trong 6 tháng đầu	0,22	0,06 - 0,77	< 0,05
Tiêm chủng không đầy đủ theo lứa tuổi	18,07	6,18 - 52,87	< 0,05
Hút thuốc lá thụ động	6,64	2,58 - 17,07	< 0,05
Tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp cấp trong 1 năm gần đây (\geq 3 lần/năm)	4,78	1,69 - 13,5	> 0,05
Tiền sử viêm phổi phải nhập viện điều trị trong 1 năm gần đây	3,21	1,37 - 7,49	< 0,05
Thời gian khởi phát bệnh (\geq 3 ngày)	1,3	0,55 - 3,06	> 0,05
Điều trị kháng sinh trước khi nhập viện (\geq 3 ngày)	0,31	0,13 - 0,73	> 0,05
Có bệnh nền đi kèm	17,88	2 - 159,91	< 0,05

Bảng 3: Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi

Nhận xét bảng 3: Các yếu tố gồm: Tuổi nhỏ, trình độ học vấn của mẹ, cân nặng lúc sinh thấp, tiền sử sinh non, thiếu máu, bú thiếu sữa mẹ trong 6 tháng đầu, tiêm chủng không đầy

đủ theo lứa tuổi, hút thuốc lá thụ động, tiền sử viêm phổi phải nhập viện điều trị trong 1 năm gần đây, có bệnh nền kèm theo có liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em.

Yếu tố có liên quan đến viêm phổi nặng	p	OR	95% CI
Tuổi nhỏ (2 - 12 tháng)	< 0,05	4,95	1,05 - 23,24
Tiền sử tiêm chủng không đầy đủ	< 0,05	7,23	2,03 - 25,81
Tiền sử sinh non	< 0,001	17	3,8 - 76,04

Bảng 4: Phân tích hồi quy logistics đa biến mối liên quan độc lập giữa các yếu tố nguy cơ với viêm phổi nặng

Nhận xét: Các yếu tố gồm tuổi nhỏ (2 - 12 tháng), tiền sử tiêm chủng không đầy đủ, tiền sử sinh non có mối liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em.

4. THẢO LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong tổng số 125 bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi, viêm phổi nặng điều trị tại Khoa Nhi, Bệnh viện huyện Củ Chi, trẻ nam chiếm ưu thế so với trẻ nữ (60% so với 40%), tỷ số nam/nữ là 1,5/1. Kết quả nghiên cứu của tác giả Trịnh Thị Ngọc năm 2020 tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa cũng cho thấy, tỷ lệ trẻ nam (60,3%) cao hơn trẻ nữ (39,7%), tỷ số nam/nữ là 1,5/1 (Trịnh Thị Ngọc, 2020). Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thành Nhôm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Long năm 2015 trên trẻ em từ 02 tháng đến 5 tuổi ghi nhận, trong đó trẻ nữ chiếm 53,1% so với trẻ nam chiếm 46,9% (Nguyễn Thành Nhôm, Phan Văn Năm, & Võ Thị Thu Hương, 2015).

Nhóm bệnh nhi tuổi từ 12 - 60 tháng có tỷ lệ mắc viêm phổi (86,4%) cao hơn nhóm tuổi từ 2 - 12 tháng tuổi (13,6%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hà (2020) tại Bệnh viện Nhi Trung ương với 66,7% nhóm trẻ từ 12 - 60 tháng tuổi và 30,3% nhóm trẻ từ 2 - 12 tháng tuổi (Nguyễn Thị Hà, 2020) và kết quả nghiên cứu của Lưu Trí Diễm và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ có tỷ lệ bệnh nhi từ 12 - 60 tháng tuổi là 75% (Lưu Trí Diễm, 2023).

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

4.2.1. Mức độ nặng của viêm phổi

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 24,8% bệnh nhi mắc viêm phổi nặng trên 125 bệnh nhi tham gia nghiên cứu. Kết quả này khác với tác giả Nguyễn Đình Tuyền và cộng sự (2021) nghiên cứu trên 220 bệnh nhi mắc viêm phổi thì tỷ lệ viêm phổi nặng ghi nhận được là 33,6% (Nguyễn Đình Tuyền, Nguyễn Tấn Bình, & Võ Thị Kim Dung, 2021). Nghiên cứu của tác giả Lưu Thị Thùy Dương (2019) ở 174 bệnh nhi ghi nhận tỷ lệ viêm phổi nặng là 50,5% (Lưu Thị Thùy Dương, 2019). Sự khác nhau về mô hình bệnh tật ở các khu vực có thể là nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ viêm phổi nặng khác nhau ở các nghiên cứu.

4.2.2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất khi nhập viện của bệnh nhi mắc viêm phổi trong nghiên cứu của chúng tôi là ho với 98,4%. Kết quả này tương tự với kết quả của các tác giả Trịnh Thị Ngọc (2020) 94,9% (Trịnh Thị Ngọc, 2020), Nguyễn Thành Nhôm và cộng sự (2015) 97,7% (Nguyễn Thành Nhôm et al., 2015). Ho thường là lý do các bà mẹ đưa trẻ đến khám, là một phản xạ quan trọng bảo vệ đường hô hấp, giúp tống các dị vật, các chất xuất tiết ra khỏi đường thở.

Thở nhanh là triệu chứng đặc trưng của viêm phổi ở trẻ em theo WHO. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thở nhanh chiếm tỷ lệ 86,4%. Một số các nghiên cứu khác cũng ghi nhận thở nhanh là triệu chứng đặc trưng với 100% tỷ lệ xuất hiện của tác giả Nguyễn Đình Tuyền và cộng sự (2021) (Nguyễn Đình Tuyền et al., 2021), Nguyễn Thị Hà (2020) với 91,2% (Nguyễn Thị Hà, 2020).

Nghiên cứu cũng ghi nhận các triệu chứng thường gặp khác ở viêm phổi trẻ em là sốt 86,4%, ran ẩm/nổ 81,6%, rút lõm lồng ngực

75,2%. Tác giả Lưu Thị Thùy Dương (2019) ghi nhận ở các bệnh nhi viêm phổi có sốt 64,4%, rút lõm lồng ngực 46,6%, ran ẩm/nổ là 91,5% (Lưu Thị Thùy Dương, 2019). Tác giả Nguyễn Thị Hà (2020) với sốt 75%, ran ẩm/nổ 90,9% trong khi rút lõm lồng ngực chỉ ghi nhận 20,6% (Nguyễn Thị Hà, 2020).

Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân chiếm tỉ lệ rất thấp trong nghiên cứu của chúng tôi, với co giật 3,2%, nôn tất cả mọi thứ 7,2%. Các triệu chứng này gặp trong viêm phổi nặng. Kết quả này tương tự với các tác giả Nguyễn Đình Tuyển và cộng sự (2021) (Nguyễn Đình Tuyển et al., 2021), Lưu Thị Thùy Dương (2019) (Lưu Thị Thùy Dương, 2019).

4.2.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Kết quả bảng 2 cho thấy đặc điểm cận lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi, công thức bạch cầu có 37,6% tăng số lượng bạch cầu máu ngoại vi $\geq 12.000/\text{mm}^3$; 2,4% trường hợp số lượng bạch cầu $< 4.000/\text{mm}^3$; tỷ lệ tăng bạch cầu đa nhân trung tính gặp ở 78,4%. Kết quả này có sự khác biệt với tác giả Nguyễn Đình Tuyển và cộng sự (2021) ghi nhận bạch cầu máu ngoại vi tăng là 58,1%, số lượng bạch cầu giảm chiếm 2,7% (Nguyễn Đình Tuyển et al., 2021). Nghiên cứu của Wei Shan và cộng sự (2019) trên 28.043 bệnh nhi có tỷ lệ số lượng máu ngoại vi bất thường là 62,2%. Các nghiên cứu này chỉ đánh giá trên nhóm trẻ mắc viêm phổi nặng (Shan et al., 2019).

Hình ảnh tổn thương trên phim Xquang chiếm tỷ lệ 74,4%. Kết quả này tương tự tác giả Trịnh Thị Ngọc (2020) ghi nhận 70,3% trường hợp có tổn thương trên Xquang ngực (Trịnh Thị Ngọc, 2020). Kết quả nghiên cứu của Wei Shan và cộng sự (2019) ghi nhận 78,1% trẻ nhập viện có bằng chứng Xquang ngực về viêm phổi (Shan et al., 2019). Xquang phổi là cận lâm sàng cơ bản để chẩn đoán viêm phổi nhưng mức độ tổn thương trên phim Xquang thường không tương xứng với biểu hiện lâm sàng, đồng thời không thể phân biệt viêm phổi do vi rút, do vi khuẩn điển hình hay các tác nhân không điển hình nếu chỉ dựa vào hình ảnh trên phim Xquang.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, sau khi phân tích đơn biến và phân tích hồi quy logistics đa biến mối liên quan độc lập giữa các yếu tố liên quan với mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em cho thấy các yếu tố gồm: tuổi nhỏ (2 - 12 tháng) với OR = 4,95 (1,05 - 23,24), tiền sử tiêm chủng không đầy đủ OR = 7,23 (2,03 - 25,81), tiền sử sinh non (< 37 tuần) OR = 17 (3,8 - 76,04) có mối liên quan với viêm phổi nặng có p lần lượt là $< 0,05$, $< 0,05$ và $< 0,001$.

Các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng cho thấy, nhóm bệnh nhi nhỏ tuổi có nguy cơ mắc viêm phổi nặng nhiều hơn. Kết quả của tác giả Nguyễn Thành Nhôm và cộng sự (2015) ghi nhận ở 130 bệnh nhi, nhóm trẻ từ 2 - 12 tháng tuổi có nguy cơ viêm phổi nặng gấp 6,868 lần với $p = 0,015$ (Nguyễn Thành Nhôm et al., 2015). Một nghiên cứu khác trên 174 bệnh nhi của Lưu Thị Thùy Dương (2019) cho thấy, cứ tăng 1 tháng tuổi nguy cơ viêm phổi nặng giảm đi 0,949 lần với $p < 0,05$ (Lưu Thị Thùy Dương, 2019). Tác giả Chris Wilkes và cộng sự (2023) ghi nhận tuổi nhỏ (dưới 1 tuổi) có liên quan rõ ràng và chặt chẽ nhất với tỷ lệ tử vong do viêm phổi ở trẻ em (Wilkes, Bava, Graham, & Duke, 2023). Do ở lứa tuổi này, cấu tạo cơ quan hô hấp và hệ miễn dịch của trẻ em chưa hoàn chỉnh nên khả năng diễn tiến đến viêm phổi nặng cao hơn các nhóm lứa tuổi lớn hơn.

Nguy cơ mắc viêm phổi nặng ở trẻ em có tiền sử tiêm chủng không đầy đủ theo nhóm tuổi cao gấp 7,23 lần so với nhóm trẻ được tiêm chủng đầy đủ. Nhiều nghiên cứu khác cũng ghi nhận kết quả tương tự: Nguyễn Thành Nhôm và cộng sự (2015), Lưu Thị Thùy Dương (2019), Chris Wilkes và cộng sự (2023).

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng, trẻ có tiền sử sinh non tháng là một yếu tố làm tăng tỷ lệ viêm phổi nặng. Điều này cũng đã được chứng minh bằng các nghiên cứu của Jroundi I và cộng sự (2014) thấy rằng, tiền sử sinh non là yếu tố nguy cơ của viêm phổi nặng với OR = 2,50; khoảng tin cậy 95% CI (1,24 - 5,04) (Jroundi et al., 2014). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Phương năm 2017, tập trung tại khu vực Tây Thái Bình Dương cũng ghi nhận sinh non là một trong những yếu tố nguy cơ được công nhận đối với bệnh viêm

phổi ở trẻ em (T.K.P. Nguyen, 2017).

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi trên 125 bệnh nhi, có viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ cao với 24,8%. Các triệu chứng thường gặp trên lâm sàng là: ho, thở nhanh, sốt, rút lõm lồng ngực, ran ẩm/nổ. Về cận lâm sàng, hình ảnh tổn thương phổi trên phim Xquang ngực thẳng chiếm tỷ lệ cao 74,4%. Các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng là: tuổi nhỏ, tiền sử tiêm chủng không đầy đủ, tiền sử sinh non.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lưu, T. T. D., & K. T. N. M. (2019). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em từ 2 - 36 tháng tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ*, 207(14), 67-72.

2. Lư, T. D., Nguyễn, T. N. M., Nguyễn, T. D. M., & Võ, V. T. (2023). Liên quan giữa mức độ nặng suy dinh dưỡng cấp với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ từ 02 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, 61, 128-134. <https://doi.org/10.58490/ctump.52023i58461.51279>

3. Nguyễn, T. H., Đ. M. T., & Nguyễn, T. Y. (2020). Đặc điểm lâm sàng và căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng trẻ em tại khoa quốc tế Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 131(7), 67-73.

4. Trịnh, T. N. (2020). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi tại Khoa hô hấp Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. *Tạp chí Nghiên cứu và thực hành nhi khoa*, 4(1), 65-72.

5. Nguyễn, T. D. (2016). Viêm phế quản phổi. In *Sách giáo khoa Nhi khoa* (pp. 704-707). Nhà xuất bản Y học.

6. Nguyễn, Đ. T., Nguyễn, T. B., & Võ, T. K. D. (2021). Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan của viêm phổi nặng ở trẻ em từ 02 tháng đến 60 tháng tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ngãi. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 501(53), 211-215.

7. Đào, M. T. (2010). Nghiên cứu một số yếu

tố tiên lượng trong viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học thực hành*, 717(5), 123-124.

8. Nguyễn, T. N., Phan, V. N., & Võ, T. T. H. (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng ở trẻ em từ 02 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Long. In *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long* (pp. 1-10) *English*

9. Wilkes, C., Bava, M., Graham, H. R., & Duke, T. (2023). What are the risk factors for death among children with pneumonia in low-and middle-income countries? A systematic review. *Journal of Global Health*, 13, 05003. <https://doi.org/10.7189/jogh.13.05003>

10. Shan, W., Shi, T., Chen, K., Xue, J., Wang, Y., Yu, J., & Zhang, T. (2019). Risk factors for severe community-acquired pneumonia among children hospitalized with CAP younger than 5 years of age. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 38(3), 224-229. <https://doi.org/10.1097/inf.0000000000002098>

11. Nguyễn, T. K. P., T. H. T., Roberts, C. L., Fox, G. J., Graham, S. M., & Marais, B. J. (2017). Risk factors for child pneumonia: Focus on the Western Pacific Region. *Paediatric Respiratory Reviews*, 21, 95-101. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2016.07.002>

12. Jroundi, I., Mahraoui, C., Benmessaoud, R., Moraleda, C., Tligui, H., Seffar, M., & Bassat, Q. (2014). Risk factors for a poor outcome among children admitted with clinically severe pneumonia to a university hospital in Rabat, Morocco. *International Journal of Infectious Diseases*, 28, 164-170. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2014.07.027>

13. UNICEF. (2022). Pneumonia in children statistics. United Nations Children's Fund.

14. WHO. (2013). Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common childhood illness (2nd ed., pp. 80-87).

15. WHO. (2014). Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities. World Health Organization.

16. WHO. (2022). Pneumonia in children. World Health Organization. ■