

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM PHỔI DO VI KHUẨN Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH

Đặng Thị Thùy Dương*, Nguyễn Thị Yến*, Phí Đức Long**

*Trường Đại học Y Hà Nội; ** Trường Đại học Y Thái Bình

TÓM TẮT

Viêm phổi là bệnh lý thường gặp ở trẻ em đặc biệt là trẻ nhỏ. Bệnh có tỷ lệ mắc và là nguyên nhân tử vong hàng đầu cho trẻ em ở Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Nghiên cứu này sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả tiến cứu nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi do vi khuẩn. Trong thời gian từ 1/7/2017 đến 30/6/2018, tại khoa Hô hấp và khoa Sơ sinh Bệnh viện Nhi Thái Bình, chúng tôi thực hiện triển khai nghiên cứu trên 250 trẻ dưới 5 tuổi được chẩn đoán là viêm phổi với các mức độ khác nhau có kết quả cấy vi khuẩn dịch tỵ hầu dương tính. Kết quả nghiên cứu cho thấy 63,2% trẻ trong nghiên cứu bị viêm phổi và 36,8% trẻ bị viêm phổi nặng. Hầu hết trẻ có các triệu chứng cơ năng, trong đó ho chiếm 96%, khó thở chiếm 82%, sốt chiếm 61,2%, bú kém chiếm 56%, nôn chiếm 35,6%. Các triệu chứng thực thể hay gặp là thở nhanh (60,8%), tiếng ran ở phổi (30%), rút lõm lồng ngực (27,6%) và tiếng thở rít (10,0%). 46,8 % những trẻ bị viêm phổi do vi khuẩn có số lượng bạch cầu >10.000/ mm³ trong đó 53,2% gặp ở trẻ viêm phổi và 36,9% trẻ bị viêm phổi nặng. 41,2 % trẻ có nồng độ CRP ≥ 6 mg/ lít. Trẻ bị viêm phổi do vi khuẩn có hình ảnh tổn thương trên phim Xquang là tổn thương mờ lan tỏa chiếm tỷ lệ cao nhất (43,1%), sau đó là tổn thương tổ chức kẽ (33,7%). Phần lớn trẻ có kết quả phân lập vi khuẩn hay gặp nhất là H.influenzae (30%), S.pneumoniae (28,8%), M.catarrhalis (16,8%).

Từ khóa: Viêm phổi, vi khuẩn, trẻ em.

ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF BACTERIAL PNEUMONIA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD IN THAI BINH CHILDREN HOSPITAL

Pneumonia is a common disease in children, especially young children. It has the highest incidence and causes of death in Vietnam as well as in the world. This study used a prospective descriptive study design to describe some of the clinical, subclinical, and clinical features of bacterial pneumonia. From 1 July 2017 to 30 June, 2018, we conducted a study on 250 children under 5 years of age diagnosed with pneumonia in respiratory and neonatal departments of Thai Binh Children Hospital. Different levels of bacterial cultures are positive. Results show that 63.2% of children in the study had pneumonia and 36.8% had severe pneumonia. Most children have functional symptoms, including cough 96%, dyspnea 82%, fever 61.2%, poorly fed 56%, vomiting 35.6%. The most common signs were tachypnea (60.8%), rales lung sound (30%), thoracic depression (27.6%) and stridor (10.0%). 46.8% of children with bacterial pneumonia had a leukocyte count > 10,000 /mm³, 53.2% of whom had pneumonia and 36.9% had severe pneumonia. 41.2% of children had CRP ≥ 6 mg/l. Infants with bacterial pneumonia in the X-ray film were the most common lesions (43.1%), followed by interstitial lymphoma (33.7%). Most of the children with the most common bacterial isolation were H.influenzae (30%), S.pneumoniae (28.8%), M.catarrhalis (16.8%).

Key word: Pneumonia, bacteria, children.

Nhận bài: 10-8-2018; Thẩm định: 20-8-2018

Người chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Thùy Dương

Địa chỉ: Trường Đại học Y Hà Nội

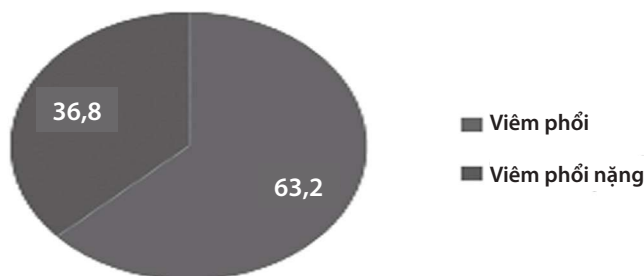
1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, theo thống kê của 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 1990 xuống còn 23 trên 1000 ca năm 2010 [1], tuy nhiên tỷ lệ hiện mắc viêm phổi trẻ em trong cộng đồng còn cao chiếm 58,9% [2]. Căn nguyên VP ở trẻ em rất đa dạng và phong phú, bao gồm: virus, vi khuẩn, nấm, ký sinh trùng, tác nhân hóa học hay dị ứng miễn dịch... [3],[4]. Hiện nay ở nước ta đã có nhiều nghiên cứu về căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi ở trẻ em [3],[5]. Tuy nhiên các căn nguyên có thể thay đổi theo thời gian, địa dư [4],[6]. Bệnh viện Nhi Thái Bình là một bệnh viện tuyến tỉnh có nhiệm vụ khám và điều trị cho trẻ em trong toàn tỉnh và vùng lân cận. Từ cuối năm 2016 Bệnh viện Nhi Thái Bình được Bệnh viện Nhi Trung ương chuyển giao kỹ thuật nuôi cấy định danh vi khuẩn gây viêm phổi, làm kháng sinh đồ. Câu hỏi đặt ra là tình hình đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ viêm phổi dưới 5 tuổi do vi khuẩn những năm gần đây diễn biến như thế nào? có thay đổi gì ở các vùng địa dư khác nhau? Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2017-2018.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ dưới 5 tuổi được chẩn đoán là viêm phổi với các mức độ khác nhau có kết quả cấy vi khuẩn



Biểu đồ 1. Phân loại mức độ nặng của trẻ em viêm phổi

Nhận xét: Trong số 250 trẻ có 92 trẻ (chiếm 36,8%) được phân loại viêm phổi nặng và 63,2% trẻ được phân loại viêm phổi.

dịch tỵ hầu dương tính vào điều trị tại khoa Hô hấp và khoa Sơ sinh Bệnh viện Nhi Thái Bình từ 1/7/2017 đến 30/6/2018.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được triển khai từ 1/7/2017 đến 30/6/2018.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả tiến cứu.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân nhập viện đủ tiêu chuẩn chọn bệnh trong thời gian nghiên cứu, đều được chọn tham gia nghiên cứu. n=250

2.3.3. Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự đồng thuận của các bên liên quan.

- Các thông tin bệnh nhân được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 1/7/2017 đến 30/6/2018, có 250 trẻ viêm phổi có kết quả cấy dịch tỵ hầu dương tính với vi khuẩn được điều trị tại Bệnh viện Nhi Thái Bình.

3.1. Một số triệu chứng lâm sàng của viêm phổi do vi khuẩn

3.1.1. Tình trạng nặng lúc nhập viện của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân loại mức độ nặng theo tuổi

Nhóm tuổi	Viêm phổi		Viêm phổi nặng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Dưới 2 tháng	0	0	35	38,0	35	14
2 tháng - dưới 12 tháng	76	48,1	39	42,4	115	46
12 tháng - 60 tháng	82	51,9	18	19,6	100	40
Tổng	158	63,2	92	36,8	115	100

Nhận xét:

- Viêm phổi nặng gặp chủ yếu ở trẻ dưới 12 tháng chiếm 80,4%.
- Trong số trẻ em viêm phổi: Nhóm trẻ độ tuổi 12 tháng - dưới 60 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (51,9%), còn lại là nhóm 2 tháng - 12 tháng.

3.1.2. Tần suất biểu hiện các triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Tần suất biểu hiện các triệu chứng cơ năng theo nhóm tuổi

Triệu chứng cơ năng	< 2 tháng (n=35)		2 - <12 tháng (n=115)		12 - 60 tháng (n=100)		Tổng (n=250)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ho	32	91,4	111	96,5	97	97	240	96,0
Khó thở	28	80,0	97	84,3	80	80	205	82,0
Sốt	15	42,9	73	63,5	66	66	153	61,2
Bú kém, bỏ bú	34	97,1	69	60,0	37	37	140	56,0
Nôn	23	65,7	41	35,7	25	25	89	35,6
Chướng bụng	2	5,7	12	10,4	12	12	26	10,4

Nhận xét: Trẻ dưới 2 tháng tuổi có triệu chứng cơ năng thường gặp là bú kém (97,1%), ho (91,4%), khó thở (80%), nôn (65,7%). Sốt gặp ở 42,9% thấp hơn trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi.

Phần lớn trẻ em từ 2 tháng đến dưới 12 tháng tuổi có triệu chứng ho (96,5%), khó thở (84,3%), sốt (63,5%), bú kém (60%).

Trẻ em 12 tháng đến dưới 60 tháng tuổi có triệu chứng ho (97%), khó thở 80%), sốt (66%).

3.1.3. Tần suất biểu hiện các triệu chứng thực thể

Bảng 3. Tần suất biểu hiện các triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	n	%
Thở nhanh	152	60,8
Rút lõm lồng ngực	69	27,6
Tiếng thở rít	25	10,0
Tiếng ran ở phổi	75	30,0

Nhận xét:

Trong 250 trẻ tham gia nghiên cứu có 60,8% trẻ thở nhanh, 30% trẻ có tiếng ran ở phổi, 27,6% trẻ có triệu chứng rút lõm lồng ngực và 10% trẻ có tiếng thở rít lúc hít vào.

3.2. Một số triệu chứng cận lâm sàng của viêm phổi vi khuẩn

Bảng 4. Tần suất thay đổi về xét nghiệm máu theo nhóm tuổi

Thay đổi về xét nghiệm máu	< 2 tháng (n=35)		2 - <12 tháng (n=115)		12 - 60 tháng (n=100)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Số lượng bạch cầu > 10.000/ mm ³	11	31,4	61	53,0	45	45	117	46,8
CRP ≥ 6 mg/ lít	12	34,3	49	42,6	42	42	103	41,2

Nhận xét:

- 46,8% trẻ viêm phổi do vi khuẩn có số lượng bạch cầu tăng và 41,2% trẻ có CRP tăng.
- Số lượng bạch cầu tăng chủ yếu gặp ở trẻ từ 2 - <12 tháng (53%), ít gặp ở trẻ <2 tháng (31,4%).
- CRP ≥ 6 mg/ lít gặp cao nhất ở trẻ 12 - 60 tháng (42,6%), ít gặp ở trẻ <2 tháng (34,3%).

Bảng 5. Tần suất thay đổi về xét nghiệm máu theo tình trạng nặng

Thay đổi về xét nghiệm máu	Viêm phổi (n = 158)		Viêm phổi nặng (n = 92)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Số lượng bạch cầu > 10.000/ mm ³	84	53,2	34	36,9	117	46,8
CRP ≥ 6 mg/ lít	71	44,9	32	34,8	103	41,2

Nhận xét:

- Những trẻ bị viêm phổi có số lượng bạch cầu >10.000/ mm³ trong đó 53,2% trẻ viêm phổi và 36,9% trẻ bị viêm phổi nặng.
- Nồng độ CRP ≥ 6 mg/ lít ở trẻ viêm phổi chiếm 44,9% và trẻ viêm phổi nặng chiếm 34,8%.

Bảng 6. Hình ảnh tổn thương trên phim Xquang

Hình ảnh tổn thương trên phim Xquang	n	%
Thùy, phân thùy	30	12,1
Mờ lan tỏa	108	43,1
Tổ chức kê	84	33,7
Phối hợp	28	11,1
Tổng	250	100

Nhận xét:

- Phần lớn trẻ bị viêm phổi có hình ảnh trên phim Xquang là tổn thương mờ lan tỏa chiếm tỷ lệ cao nhất (43,1%), sau đó là tổn thương tổ chức kê (33,7%). Chỉ có 11,1% trẻ có tổn thương phối hợp và 12,1% tổn thương tập trung thành đám ở thùy, phân thùy.

3.3. Nguyên nhân vi khuẩn gây viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi và mức độ đề kháng kháng sinh

Bảng 7. Kết quả phân lập vi khuẩn theo nhóm tuổi

Kết quả nuôi cấy vi khuẩn	< 2 tháng (n=35)		2 - <12 tháng (n=115)		12 – 60 tháng (n=100)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
H.influenzae	3	8,6	38	33,0	34	34	75	30
S.pneumoniae	2	5,7	40	34,8	30	30	72	28,8
M.catarrhalis	2	5,7	21	18,3	19	19	42	16,8
S.aureus	4	11,4	10	8,7	7	7	21	8,4
K.pneumoniae	9	25,7	4	3,5	6	6	19	7,6
P.aeruginosa	8	22,9	2	1,7	4	4	14	5,6
E. coli	7	20,0	4	3,5	0	0	11	4,4
Tổng	35	100,0	115	100,0	100	100	250	100

Nhận xét: Kết quả bảng 7 cho thấy vi khuẩn hay gặp nhất là H.influenzae (30%), S.pneumoniae (28,8%), M.catarrhalis (16,8%). Trong đó E.coli, P.aeruginosa, K.pneumoniae thường gặp ở trẻ dưới 2 tháng tuổi. H.influenzae, S.pneumoniae, M.catarrhalis thường gặp ở những trẻ > 2 tháng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số triệu chứng lâm sàng của viêm phổi do vi khuẩn

4.1.1. Tình trạng nặng lúc nhập viện của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong số 250 trẻ có 92 trẻ (chiếm 36,8%) được phân loại viêm phổi nặng và 63,2% trẻ được phân loại viêm phổi. Viêm phổi nặng gặp chủ yếu ở trẻ dưới 12 tháng chiếm 80,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Chính về viêm phổi trẻ em 2 tháng đến 15 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2010: tỷ lệ trẻ em viêm phổi nhập viện là 85,5%, viêm phổi nặng là 14,5%; Tỷ lệ viêm phổi nặng ở trẻ ≤ 1 tuổi cao nhất chiếm 16,92% [4]. Điều này có thể được giải thích là do trẻ em dưới 12 tháng tuổi có tình trạng suy giảm miễn dịch thụ động từ mẹ truyền sang con, do vậy lứa tuổi này viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ cao, phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4.1.2. Tần suất biểu hiện các triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu

Ho là triệu chứng thường gặp nhất và xuất hiện

sớm nhất của viêm phổi ở trẻ em, về mặt sinh lý phản xạ ho được coi là một cơ chế quan trọng của đường hô hấp. Phản xạ ho giúp tống dị vật và các chất viêm xuất tiết ra khỏi đường thở, giúp làm sạch phế quản. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu đều có triệu chứng ho chiếm 96%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Phạm Văn Hòa tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017 nhận thấy 100% bệnh nhân bị ho [2]. Theo Murphy CG, ở những trẻ chỉ có sốt mà không có dấu hiệu thực thể để chẩn đoán viêm phổi thì ho là một triệu chứng quan trọng có ý nghĩa thống kê trong chẩn đoán viêm phổi khó phát hiện [7].

Phần lớn trẻ bị viêm phổi có triệu chứng bú kém chiếm 56%, trong đó hầu hết trẻ dưới 2 tháng bú hoặc bú kém chiếm 97,1%. Điều này cho thấy đây là một dấu hiệu nguy hiểm mà các bà mẹ cũng như cán bộ y tế cần phải biết để kịp thời đưa trẻ đến cơ sở y tế.

82% trẻ bị viêm phổi trong nghiên cứu có triệu chứng khó thở. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thu Hiền năm 2008 tại Bệnh viện Nhi Trung ương, 100% trẻ viêm phổi có biểu hiện khó thở [8]. Kết quả nghiên cứu của Phạm Thu Hiền cao hơn do nghiên cứu của Phạm Thu Hiền thực hiện trên các bệnh nhân

viêm phổi nặng đã điều trị tuyến trước chưa thuyên giảm, nghiên cứu của chúng tôi bao gồm các bệnh nhân viêm phổi ở các mức khác nhau.

61,2% trẻ có triệu chứng sốt và tăng dần theo lứa tuổi trong đó trẻ < 2 tháng chiếm 42,9%, 2-12 tháng chiếm 63,5%, 12-60 tháng chiếm 66%. Kết quả tỷ lệ trẻ bị sốt trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Ông Huy Thanh năm 2013 là 72,9% [1]. Điều này được giải thích là do sốt là một tình trạng tăng thân nhiệt do đáp ứng đặc hiệu về mặt sinh học qua trung gian và được kiểm soát bởi hệ thần kinh trung ương. Sốt là một đáp ứng có lợi của cơ thể. Sốt >38,5°C kèm theo thở nhanh là dấu hiệu đáng tin cậy trong chẩn đoán viêm phổi.

4.1.3. Tần suất biểu hiện các triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể hay gặp là thở nhanh, ran ở phổi, rút lõm lồng ngực. Trong 250 trẻ tham gia nghiên cứu có 60,8% trẻ thở nhanh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng 32% [9]. Lý giải điều này do thở nhanh là hiện tượng thiếu oxy khi phổi bị viêm, bị mất tính đàn hồi dẫn nở, tình mềm mại làm chức năng trao đổi khí bị giảm sút khiến trẻ phải tăng nhịp thở để đảm bảo đủ lượng oxy cung cấp cho cơ thể. Do vậy mà thở nhanh là một trong những triệu chứng điển hình và biểu hiện sớm để chẩn đoán trẻ mắc viêm phổi.

30% trẻ trong nghiên cứu có tiếng ran ở phổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Đào Minh Tuấn 87,5% [5]. Điều này có thể được giải thích là do các nghiên cứu trên đều được thực hiện tại các bệnh viện tuyến cuối nên tỷ lệ trẻ vào viện điều trị muộn do từ tuyến dưới chuyển lên, có bệnh cảnh lâm sàng nặng, các triệu chứng này gặp nhiều hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 27,6% trẻ có biểu hiện rút lõm lồng ngực, thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Hoàng Sơn về trẻ em viêm phổi dưới 3 tuổi tại Cần thơ năm 2005: tỷ lệ trẻ có dấu hiệu rút lõm lồng ngực là 74,61% [10]. Vấn đề này cũng phù hợp với tỷ lệ viêm phổi nặng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên

cứu của Lê Hoàng Sơn. Đồng thời theo Nelson textbook, khi viêm phổi nặng, tổ chức phổi trở nên chắc, độ giãn nở kém, trong khi đó độ đàn hồi của lồng ngực trẻ dưới 2 tháng tuổi cao, áp lực âm trong lồng ngực thấp, trẻ phải gắng sức thở để giúp cho phổi có thể nở ra được, vì vậy rất dễ nhận thấy dấu hiệu rút lõm hõm ức và lồng ngực [3].

4.2. Một số triệu chứng cận lâm sàng của viêm phổi do vi khuẩn

4.2.1. Một số kết quả xét nghiệm máu

Kết quả bảng 5 cho thấy 46,8% trẻ viêm phổi do vi khuẩn có số lượng bạch cầu tăng trong đó chủ yếu gặp ở trẻ từ 2 - <12 tháng (53,2%), ít gặp ở trẻ <2 tháng (31,4%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Đào Minh Tuấn về viêm phổi nặng trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương: tỷ lệ bệnh nhân có số lượng bạch cầu trên 10.000/mm³ là 17% [5]. Bên cạnh đó, 41,2% trẻ có CRP tăng trong đó trẻ viêm phổi chiếm 44,9% và trẻ viêm phổi nặng chiếm 34,8%. Cũng nghiên cứu của Đào Minh Tuấn về viêm phổi trẻ em tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương tỷ lệ bệnh nhân có CRP tăng chiếm tỷ lệ 79,56% [5]. So sánh các kết quả nghiên cứu trên cho thấy, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng > 10.000mm³ cao hơn nghiên cứu của Đào Minh Tuấn và tỷ lệ bệnh nhân có CRP ≥ 6 mg/ lít thấp hơn. Sự khác nhau này có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu có nguyên nhân gây bệnh khác nhau dẫn đến kết quả xét nghiệm khác nhau.

4.2.2. Hình ảnh tổn thương trên phim Xquang

Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn trẻ bị viêm phổi có hình ảnh tổn thương trên phim Xquang là mờ lan tỏa chiếm tỷ lệ cao nhất (43,1%), sau đó là tổn thương tổ chức kẽ (33,7%). Chỉ có 11,1% trẻ có tổn thương phổi hợp và 12,1% tổn thương thành đám ở thùy, phân thùy. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Chính về viêm phổi trẻ em từ 2 tháng đến 15 tuổi năm 2010 tại Bệnh viện Nhi Thái Bình: 97,83% trẻ mắc viêm phổi hình ảnh tổn thương trên phim chụp là thâm nhiễm nhu mô phổi,

hình ảnh lưới hạt; 2,17% có hình ảnh tổn thương mờ phần thùy phổi [4]. Nhìn chung, các kết quả nghiên cứu trên có khác nhau về tỷ lệ hình ảnh tổn thương trên Xquang. Nguyên nhân là do đối tượng nghiên cứu khác nhau về tuyến điều trị, cơ cấu mức độ nặng, thời gian từ khi bệnh nhân mắc bệnh đến khi được nhập viện và tỷ lệ nguyên nhân gây bệnh khác nhau.

4.2.3. Kết quả phân lập vi khuẩn theo nhóm tuổi

Các tác nhân gây bệnh trong viêm phổi trẻ em rất đa dạng. Vi khuẩn là tác nhân thường gặp ở các nước phát triển trong đó có Việt Nam [2]. Tần suất xuất hiện các tác nhân liên quan đến độ tuổi [7]. Đa số các trường hợp viêm phổi ở cộng đồng là do H.influenzae và S.pneumoniae. Kết quả bảng 7 cho thấy vi khuẩn hay gặp nhất là H.influenzae (30%), S.pneumoniae (28,8%), M.catarrhalis (16,8%). Trong đó E. coli, Paeruginosa, K.pneumoniae thường gặp ở trẻ dưới 2 tháng tuổi. H.influenzae, S.pneumoniae, M.catarrhalis thường gặp ở những trẻ > 2 tháng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng năm 2013 tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ cho kết quả S.pneumoniae (38,7%), H.influenzae (29,4%), M.catarrhalis (1,6%) [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi gần như phù hợp với các nghiên cứu khác, tuy nhiên cơ cấu của từng loại vi khuẩn có sự khác nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Nguyễn Thi Yến và Lê Văn Tráng không xuất hiện vi khuẩn S. Mitis. Sự khác biệt này có thể được giải thích là do địa dư khác nhau nên yếu tố dịch tễ từng khu vực khác nhau, do từng địa phương tiêm phòng bệnh viêm phổi có tỷ lệ khác nhau. Mặt khác vi khuẩn phân lập cũng bị ảnh hưởng rất lớn vào tình hình sử dụng thuốc kháng sinh trước đó.

5. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ dưới 5 tuổi

Trong số 250 trẻ viêm phổi do vi khuẩn, số trẻ được phân loại viêm phổi chiếm 63,2% và 36,8%

trẻ viêm phổi nặng. Viêm phổi nặng gặp chủ yếu ở trẻ dưới 12 tháng chiếm 80,4%.

Triệu chứng cơ năng thường gặp là ho chiếm 96%, khó thở chiếm 82%, sốt chiếm 61,2%, bú kém chiếm 56,0%, nôn chiếm 35,6%. Sốt ít gặp hơn ở trẻ dưới 2 tháng so với trẻ từ 2 tháng - 5 tuổi ngược lại triệu chứng bú kém và nôn gặp nhiều hơn.

Các triệu chứng thực thể hay gặp là thở nhanh (60,8%), tiếng ran ở phổi (30%), rút lõm lồng ngực (27,6%) và tiếng thổi rít (10,0%).

5.2. Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng của viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ dưới 5 tuổi

46,8% trẻ viêm phổi do vi khuẩn có số lượng bạch cầu tăng. Số lượng bạch cầu tăng chủ yếu gặp ở trẻ từ 2 - <12 tháng (53%), ít gặp ở trẻ <2 tháng (31,4%).

41,2% trẻ có CRP tăng, trong đó trẻ viêm phổi chiếm 44,9% và trẻ viêm phổi nặng chiếm 34,8%.

Trẻ bị viêm phổi do vi khuẩn có hình ảnh trên phim Xquang là tổn thương mờ lan tỏa chiếm tỷ lệ cao nhất (43,1%), sau đó là tổn thương tổ chức kẽ (33,7%).

Kết quả phân lập vi khuẩn hay gặp nhất là H.influenzae (30%), S.pneumoniae (28,8%), M.catarrhalis (16,8%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ông Huy Thanh và Quách Ngọc Ngân (2013), "Đặc điểm dịch tễ học và căn nguyên vi khuẩn của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ", Hội nghị khoa học Nhi khoa đồng bằng sông Cửu Long lần thứ III, tr. 39-49.

2. Phạm Văn Hòa (2017), Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và tính kháng kháng sinh của viêm phổi do vi khuẩn H. influenzae ở trẻ em, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. Robert M. Kliegman (2007), "Nelson Textbook of Pediatrics", trong 18th ed, chủ biên, Philadelphia.

4. Nguyễn Thị Minh Chính (2010), Nhận xét tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi ở trẻ em tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2010, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, chủ biên, Bệnh viện Nhi Thái Bình.

5. Đào Minh Tuấn (2013), "Nghiên cứu các căn nguyên gây viêm phổi và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi ở trẻ em từ 1 tháng đến 15 tuổi tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương", Tạp chí y học Việt Nam, 10(2), tr. 14-20.

6. Nguyễn Thị Yến, Phạm Thu Nga và Lê Văn Tráng (2014), "Tình hình kháng kháng sinh của Haemophilus Influenzae và Moraxella Catarrhalis tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa năm 2012", Tạp chí nghiên cứu Y học, 915, tr. 54-56.

7. Murphy CG et al (2007), "Clinical predictors of occult pneumonia in the febrile child", Acad Emerg Med, 14(3), tr. 243-249.

8. Phạm Thu Hiền (2009), "Nghiên cứu nguyên nhân, lâm sàng, dịch tễ học viêm phổi nặng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2008", Tạp chí y học thực hành, 666(6), tr. 102-108.

9. Trần Đỗ Hùng (2013), "Khảo sát kiến thức về chăm sóc của các bà mẹ có con bị viêm phổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ", Y học thực hành, 859 (2), tr. 74-76.

10. Lê Hoàng Sơn (2005), Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, nguyên nhân, điều trị viêm phổi cấp tính trẻ em từ 0 - 3 tuổi tại Cần Thơ, Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.