

chỉ định thuốc điều trị THA ban đầu phù hợp so với hướng dẫn của VNHA 2018 theo bệnh mắc kèm như đái tháo đường, suy thận, đột quỵ chiếm tỷ lệ cao. Có 38,2% HSBA thay đổi chỉ định thuốc. Số ngày điều trị và phác đồ điều trị ban đầu là hai yếu tố ảnh hưởng lớn nhất đến chi phí thuốc điều trị THA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Trí Diễm (2005)**, "Phân tích thực trạng sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại bệnh viện đa khoa Hữu Nghị Nghệ An", Đại học Dược Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Hà (2012)**, "Phân tích chi phí điều trị trực tiếp cho bệnh nhân tăng huyết áp có bảo hiểm y tế tại khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La năm 2012", Đại học Dược Hà Nội.
3. **Trần Thị Thúy Hằng (2018)**, "Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại Khoa nội -

tổng hợp, Trung tâm Y tế Thị xã Từ Sơn - tỉnh Bắc Ninh", Đại học Dược Hà Nội.

4. **Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam (2018)**, "Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp".
5. **Lê Hoàng Minh (2016)**, "Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân tăng huyết áp tại khoa Nội Tim mạch bệnh viện đa khoa trung ương Quảng Nam", Đại học dược Hà Nội.
6. **Đinh Thị Ngọc Quyên (2017)**, "Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại Khoa Nội, Bệnh viện đa khoa khu vực Cẩm Phả tỉnh Quảng Ninh", Đại học Dược Hà Nội.
7. **DiPette DJ (2019)**, "Fixed-dose combination pharmacologic therapy to improve hypertension control worldwide: Clinical perspective and policy implications", The Journal of Clinical Hypertension, 21 (1), pp.4-15.
8. **Kjeldsen SE (2012)**, "Are fixed-dose combination antihypertensives suitable as first-line therapy?", Current medical research and opinion, 28 (10), pp.1685-1697.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA VIÊM PHỔI NẶNG Ở TRẺ EM TỪ 2 THÁNG ĐẾN 60 THÁNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH QUẢNG NGÃI

Nguyễn Đình Tuyền¹, Nguyễn Tấn Bình¹, Võ Thị Kim Dung¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh viêm phổi ở trẻ là một trong những bệnh hô hấp thường gặp nhất ở trẻ nhỏ đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi. Theo thống kê gần đây nhất của WHO và UNICEF thì trên thế giới có đến gần 2 triệu trẻ em tử vong mỗi năm do viêm phổi^[8]. Tại Việt Nam, viêm phổi là nguyên nhân nhập viện hàng đầu ở các Bệnh viện nhi khoa và cũng là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ. Trẻ em tử vong do viêm phổi mỗi năm là 4.000 trẻ, chiếm 12% tổng số tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi^[4]. Tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi, từ năm 2017 đến 2020, viêm phổi trẻ em nhập viện khá lớn và tỉ lệ tử vong, chuyển tuyến còn cao. Chúng tôi muốn đánh giá tình trạng viêm phổi nặng tại địa phương để có biện pháp dự phòng thích hợp cho các bệnh nhi có nguy cơ cao.
Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang. Tất cả các trường hợp bệnh nhi từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi nhập viện tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc và khoa Nhi Hô hấp, Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi từ tháng 10/2019 – 08/2020. **Kết quả:** Có 220 trẻ viêm phổi trong đó viêm phổi nặng chiếm 33,6%. Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân

rất ít gặp, thở nhanh là thường gặp nhất với tỷ lệ 100%. Số lượng bạch cầu máu ngoại vi tăng chiếm tỷ lệ 58,1% (43/74). Nồng độ CRP huyết thanh tăng là 70,3% (52/74). Tổn thương thâm nhiễm phế nang chiếm cao nhất 70,3% (52/74). Các yếu tố có liên quan đến viêm phổi nặng gồm: tiền sử tiếp xúc người nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ($p < 0,05$); mức độ suy dinh dưỡng ($p < 0,05$); thời gian khởi bệnh ≥ 3 ngày ($p < 0,001$). **Kết luận:** Viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ cao. Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân rất ít gặp, thở nhanh là dấu hiệu thường gặp nhất, số lượng bạch cầu máu ngoại vi và nồng độ CRP huyết thanh tăng cao. Tổn thương thâm nhiễm phế nang là thương gặp nhất trên X-quang ngực. Các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng là: tiền sử tiếp xúc người nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, suy dinh dưỡng, thời gian khởi bệnh ≥ 3 ngày.

Từ khóa: viêm phổi, viêm phổi nặng, lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố liên quan của viêm phổi nặng

SUMMARY

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 CHILDREN

Introduction: Pneumonia is one of the most common diseases in children, especially under 5 years old. According to the recent statistics of WHO and UNICEF, it is more than 2 million children died by pneumonia every year. In Vietnam, pneumonia is the leading source of hospitalization in Pediatric hospitals as well as mortality in children. There are 4000

¹Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyền

Email: nguyendinh TUYEN889@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2021

Ngày duyệt bài: 25.3.2021

children died by pneumonia each year, accounting for 12% of mortalities among children under 5 years of age. In Quang Ngai Hospital for Women and Children, the children were admitted to the hospital for pneumonia quite large, the mortality and inter-hospital patient transfer was still high from 2017 to 2020. We want to evaluate the situation of severe pneumonia in Quang Ngai in order to apply appropriate preventions in child patients with high-risk factors. **Objective:** To describe clinical, subclinical characteristics and some severe pneumonia-related factors in children aged 2-6 months in Quang Ngai Hospital for Women and Children. **Subject and method:** A descriptive cross-sectional study on 220 patients hospitalized in Pediatric Intensive Care Unit- Toxic Management Department and Pediatric Respiratory Department of Quang Ngai Hospital for Women and Children between October 2019 and August 2020. **Result:** Of 220 children, 33.6% was classified as severe pneumonia. General danger signs were actual rare, tachypnea was the most common symptom (100%). The number of increased peripheral blood leukocytes accounted for 58.1% (43/74). Increased serum CRP concentration was 70.3% (52/74). Alveolar infiltration injury reached its peak of 70.3% (52/74). Relevant factors of severe pneumonia included: history of exposure to acute respiratory infections ($p < 0.05$); the level of malnutrition ($p < 0.05$); onset time ≥ 3 days ($p < 0.001$). **Conclusion:** Severe pneumonia accounts for a high proportion. General danger signs are actual rare, tachypnea is the most common sign, the number of peripheral blood leukocytes and serum CRP concentration increase. Alveolar infiltration injury is common lesion on chest X-ray. Severe pneumonia-related factors are: history of exposure to acute respiratory infections, malnutrition, and onset time ≥ 3 days.

Keywords: pneumonia, severe pneumonia, clinical, subclinical, related factors of severe pneumonia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi nếu được chẩn đoán sớm, điều trị đúng, kịp thời sẽ làm giảm tỷ lệ tử vong và hạn chế được những biến chứng. Vì vậy, xác định các yếu tố có liên quan của viêm phổi nặng, phối hợp với thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng rất quan trọng giúp chẩn đoán, điều trị đầy đủ, tiên lượng đúng cho bệnh nhi và đưa ra các biện pháp dự phòng thích hợp cho các bệnh nhi có nguy cơ cao. Các nghiên cứu của Tổ chức Y tế thế giới cũng như các tác giả trong và ngoài nước phần lớn nghiên cứu các yếu tố thuận lợi gây viêm phổi chung. Chúng tôi muốn tìm hiểu các yếu tố liên quan của viêm phổi nặng mà tại tỉnh Quảng Ngãi chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Mục tiêu nghiên cứu

1. *Mô tả tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến 60 tháng tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi.*

2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan của viêm phổi nặng ở đối tượng nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi nhập viện tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc và khoa Nhi Hô hấp, Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: trẻ từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi được chẩn đoán và phân loại viêm phổi theo tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi của Tổ chức Y tế thế giới^[8] năm 2013.

❖ Viêm phổi: khi trẻ có ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Thở nhanh: ≥ 50 lần/phút ở trẻ 2 - 11 tháng hoặc ≥ 40 lần/phút ở trẻ 12 tháng - 5 tuổi

- Rút lõm lồng ngực.

- Có thể có ran ẩm, ran nổ hoặc tiếng cọ màng phổi khi nghe phổi.

- Không có các dấu hiệu của viêm phổi nặng như: $SpO_2 < 90\%$ hoặc tím trung ương.

+ Dấu hiệu suy hô hấp nặng: thở rên, rút lõm lồng ngực rất nặng.

+ Không có các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân (không bú được hoặc không uống được hoặc nôn tất cả mọi thứ, co giật, li bì hoặc hôn mê).

+ Nghe phổi có giảm thông khí hoặc dấu hiệu tràn dịch, tràn mủ màng phổi.

❖ Viêm phổi nặng: khi trẻ có ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Tím trung ương hoặc $SpO_2 < 90\%$.

- Suy hô hấp nặng: thở rên, rút lõm lồng ngực rất nặng.

- Những dấu hiệu viêm phổi kèm theo một dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: không bú được hoặc không uống được, co giật, li bì hoặc hôn mê.

- Ngoài ra có thể có một số hoặc tất cả các dấu hiệu khác của viêm phổi như:

+ Thở nhanh: ≥ 50 lần/phút ở trẻ 2 - 11 tháng hoặc ≥ 40 lần/phút ở trẻ 12 tháng - 5 tuổi.

+ Rút lõm lồng ngực.

+ Dấu hiệu nghe phổi: giảm thông khí, tiếng thở ồm, ran ẩm, ran nổ, rung thanh bất thường (giảm trong tràn dịch hoặc tràn mủ màng phổi, tăng trong đông đặc thùy phổi), tiếng cọ màng phổi.

Tiêu chuẩn loại trừ: trẻ và người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

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

Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bởi phần mềm thống kê SPSS 20.0.

Thời gian nghiên cứu: tháng 10/2019 đến 08/2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Phân bố mức độ nặng của viêm phổi

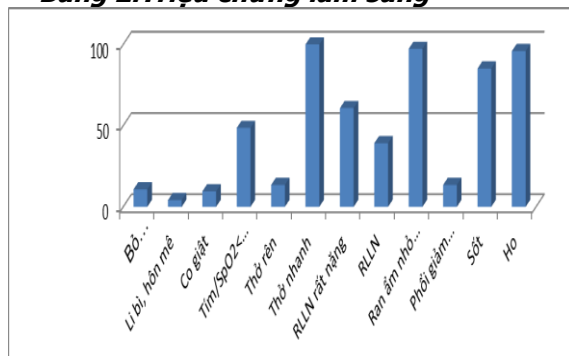
Bảng 1. Phân bố mức độ nặng của viêm phổi

Mức độ	Tổng (n=74)	Tỉ lệ %
Viêm phổi nặng	74	33,6
Viêm phổi	146	66,4
Tổng	220	100%

Nhận xét: Trẻ viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ 33,6%.

2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi nặng

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng



Nhận xét: Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân rất ít gặp, thở nhanh là dấu hiệu các dấu hiệu thường gặp nhất với tỷ lệ 100%.

Bảng 3. Số lượng bạch cầu máu ngoại vi

Số lượng bạch cầu máu ngoại vi	Tổng (n=74)	Tỉ lệ %
Giảm	2	2,7
Bình thường	29	39,2
Tăng	43	58,1
Tổng	74	100

Nhận xét: Số lượng bạch cầu máu ngoại vi tăng chiếm tỷ lệ 58,1%.

Bảng 4. Nồng độ CRP huyết thanh

Nồng độ CRP huyết thanh	Tổng (n=74)	Tỉ lệ %
Bình thường	22	29,7
Tăng	52	70,3
Tổng	74	100

Nhận xét: Nồng độ CRP huyết thanh tăng chiếm tỷ lệ 70,3%.

Bảng 5. Phân bố tổn thương trên X-quang phổi

Tổn thương X-quang	Tổng (n=74)	Tỉ lệ %
Thâm nhiễm phế nang	52	70,3
Thâm nhiễm kẽ	13	17,6
Đông đặc phổi	7	9,5
Xẹp phổi	2	4,8
Tổng	74	100

Nhận xét: Tổn thương thâm nhiễm phế nang chiếm tỷ lệ cao nhất (70,3%)

3. Một số yếu tố liên quan của viêm phổi nặng

Bảng 6. Phân tích hồi quy logistic đa biến mô liên quan độc lập giữa các yếu tố liên quan với viêm phổi nặng

Yếu tố có liên quan đến viêm phổi nặng	P	OR	95% CI
Tuổi (2 - < 12 tháng)	> 0,05	0,95	0,48 - 1,88
Địa dư (nông thôn)	> 0,05	0,59	0,29 - 1,2
Tiêm chủng không đầy đủ	> 0,05	0,89	0,42 - 1,87
Bệnh mạn tính	> 0,05	0,51	0,08 - 0,46
Tiền sử tiếp xúc người NKHHCT	< 0,05	0,36	0,18 - 0,69
Suy dinh dưỡng	< 0,05	0,26	0,11 - 0,62
Thời gian khởi bệnh (≥ 3 ngày)	< 0,001	0,19	0,08 - 0,46

Nhận xét: Các yếu tố gồm tiền sử tiếp xúc người NKHHCT, suy dinh dưỡng, thời gian khởi bệnh ≥3 ngày có mối liên quan với viêm phổi nặng.

IV. BÀN LUẬN

1. Phân bố mức độ nặng của viêm phổi.

Nghiên cứu của chúng tôi có 33,6% (74/220) trẻ bị viêm phổi nặng. Kết quả này khác với nghiên cứu của Võ Thị Kim Dung^[3] nghiên cứu 176 trẻ em viêm phổi thì tỉ lệ viêm phổi nặng là 11,4% (20/176). Nghiên cứu của Lưu Thị Thùy Dương, Không Thị Ngọc Mai^[2] ở 174 trẻ ghi nhận tỷ lệ viêm phổi nặng là 50,5%. Sự khác nhau này có thể do sự khác nhau về mô hình bệnh tật ở mỗi khu vực.

2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi nặng.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trẻ có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân chiếm tỷ lệ rất thấp: có 10,6% (8/74) trẻ bỏ bú hoặc không uống được, 4,1% (3/74) trẻ li bì, 9,5% (7/74) trẻ co giật. Kết quả tương tự Nguyễn Hải Thịnh^[6] nghiên cứu trên 94 trẻ ghi nhận trẻ bỏ bú hoặc không uống được là 2,1% (2/94), li bì là 1,1% (1/94), co giật là 5,3% (5/94). Như vậy tỷ lệ trẻ bị viêm phổi nặng có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân rất ít gặp.

Dấu hiệu thở nhanh là thường gặp nhất chiếm 100% (74/74). Kết quả tương tự với Võ Thị Kim Dung^[3] nghiên cứu trên 176 trẻ là 100% (176/176), Nguyễn Hải Thịnh^[6] là 93,6% (88/94). Chúng tôi ghi nhận 95,9% (71/74) trẻ có ho. Nguyễn Hải Thịnh^[6] cũng tương tự với 98,9% (93/94) trẻ có ho. Ho là triệu chứng thường gặp

và là lý do bà mẹ đưa trẻ đi khám. Ho là một phản xạ phòng vệ quan trọng để làm sạch các thành phần kích thích nguy hại trong đường hô hấp, ho xuất hiện khi các thụ thể ho bị kích thích bởi các vi sinh vật, dị nguyên hít, hóa chất...

Số lượng bạch cầu máu ngoại vi tăng chiếm tỷ lệ 58,1% (43/74). Ở trong nước và nước ngoài, chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào để so sánh. Nguyễn Hải Thịnh^[6] ghi nhận trung vị số lượng bạch cầu máu ngoại vi tăng dần theo mức độ nặng của viêm phổi nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Wei Shan và cộng sự^[7] ở 28.043 trẻ nhập viện cho thấy tỷ lệ trẻ có số lượng máu ngoại vi bất thường (<5.000/mm³ hoặc > 12.000/mm³) trong nhóm viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ 62,2%.

Nồng độ CRP huyết thanh tăng chiếm tỷ lệ 70,3% (52/74). Ở trong nước, chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào về vấn đề này để so sánh. Trên thế giới, nghiên cứu của Wei Shan và cộng sự^[7] cho thấy tỷ lệ trẻ có nồng độ CRP huyết thanh tăng trong nhóm viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ 31%. Các nghiên cứu cũng ghi nhận nồng độ CRP huyết thanh tăng cao trong viêm phổi do vi khuẩn và viêm phổi nặng. Tuy nhiên, nếu chỉ sử dụng nồng độ CRP huyết thanh đơn độc thì ý nghĩa chẩn đoán viêm phổi nặng còn hạn chế.

Tổn thương thâm nhiễm phế nang chiếm tỷ lệ cao nhất là 70,3% (52/74) so với các loại tổn thương khác trên X-quang ngực trong nhóm viêm phổi nặng. Các tổn thương thâm nhiễm kẽ, đông đặc phổi, xẹp phổi ít gặp hơn, không có trường hợp nào tràn dịch màng phổi và tràn khí màng phổi. Tất cả các trường hợp viêm phổi nặng đều có tổn thương trên X-quang ngực. Ở nước ta, tác nhân gây viêm phổi chủ yếu là vi khuẩn nên tổn thương trên X-quang ngực chủ yếu là thâm nhiễm phế nang. Ở trong nước, các nghiên cứu cũng cho kết quả hình ảnh thâm nhiễm phế nang chiếm ưu thế. Nghiên cứu của Nguyễn Hải Thịnh^[6] nghiên cứu trên 94 trẻ ghi nhận tỷ lệ thâm nhiễm phế nang và thâm nhiễm kẽ lần lượt là 81,9% và 18,1%. Một số nghiên cứu kết luận hình ảnh thâm nhiễm phế nang trên X-quang ngực đều có bằng chứng xét nghiệm nhiễm vi khuẩn, trong khi hình ảnh thâm nhiễm kẽ có thể do virus hoặc vi khuẩn. Nhiều nghiên cứu cho thấy cho thấy không thể phân biệt viêm phổi do virus, do các vi khuẩn điển hình hoặc do các tác nhân không điển hình nếu chỉ dựa vào hình ảnh X-quang đơn thuần.

3. Một số yếu tố liên quan của viêm phổi nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi,

qua phân tích hồi quy logistic đa biến mỗi liên quan độc lập giữa các yếu tố liên quan với viêm phổi nặng cho thấy các yếu tố gồm tiền sử tiếp xúc người nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, suy dinh dưỡng, thời gian khởi bệnh ≥ 3 ngày có mối liên quan với viêm phổi nặng với p lần lượt là < 0,05, < 0,05 và < 0,001. Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính rất dễ lây truyền từ người chăm sóc sang trẻ. Những nhiễm trùng này thường bắt đầu là nhiễm vi rút, sau đó đưa đến viêm phổi. Diễn tiến của viêm phổi trên trẻ em rất nhanh chóng. Suy dinh dưỡng là một trong những yếu tố thuận lợi cho vi trùng gây bệnh nặng trong tất cả các trường hợp nói chung và viêm phổi nói riêng. Sự chậm trễ đưa trẻ đi khám và điều trị làm tăng mức độ nặng của viêm phổi, thậm chí có thể tử vong.

Ở trong nước, nghiên cứu ở 174 trẻ của Lưu Thị Thủy Dương, Khổng Thị Ngọc Mai^[2] cho thấy các yếu tố có liên quan đến viêm phổi nặng gồm suy dinh dưỡng (p < 0,05), thiếu sữa mẹ (p < 0,05), tiêm chủng không đầy đủ (p < 0,05) và tuổi < 12 tháng (p < 0,05). Kết quả nghiên cứu ở 130 trẻ của Nguyễn Thành Nhôm và cộng sự^[5] ghi nhận các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi bao gồm trẻ từ 2 - 12 tháng (p = 0,015), suy dinh dưỡng (p = 0,0006) và bệnh mạn tính (p = 0,0006).

Trên thế giới, nghiên cứu ở 1.470 trẻ của Azab và cộng sự^[1] qua phân tích đa yếu tố cho thấy rằng trình độ học vấn của mẹ thấp (p = 0,001), chăm sóc y tế không đầy đủ (p = 0,001), thu nhập gia đình thấp (p = 0,047), bố mẹ có thói quen hút thuốc lá (p = 0,014) là những yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng. Nghiên cứu ở 166 trẻ của Hoang và cộng sự^[4] cho thấy các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng bao gồm tiêm chủng không đầy đủ (p < 0,0001), hít khói thuốc lá (p < 0,001), trình độ học vấn của mẹ thấp (p < 0,0001).

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ cao. Về lâm sàng, thở nhanh là dấu hiệu thường gặp nhất; Về cận lâm sàng, hình ảnh X-quang tổn thương thâm nhiễm phế nang chiếm tỷ lệ cao, các tổn thương thâm nhiễm kẽ, đông đặc phổi, xẹp phổi ít gặp; số lượng bạch cầu máu ngoại vi và nồng độ CRP huyết thanh tăng cao. Các mối liên quan với viêm phổi nặng là: trẻ có tiền sử tiếp xúc người nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, suy dinh dưỡng, thời gian khởi bệnh ≥ 3 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Azab S.F. et al (2016), "Impact of the

- socioeconomic status on the severity and outcome of community-acquired pneumonia among Egyptian children: a cohort study", *Infect Dis Poverty*, 3, pp. 3 - 14.
2. **Lưu Thị Thủy Dương, Khổng Thị Ngọc Mai (2019)**, "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*, 207(14), tr. 67 - 72.
 3. **Võ Thị Kim Dung (2018)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thể tích tiểu cầu trung bình (MPV) trong viêm phổi trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi, *Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế*.
 4. **Hoang V.T., Dao T.L. Minodier P. et al (2019)**, "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", *Journal of Epidemiology and Global Health*, 9(4), pp. 274 - 280.
 5. **Nguyễn Thành Nhôm, Phan Văn Năm, Võ Thị Thu Hương (2015)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Long", *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học Bệnh viện đa khoa Vĩnh Long*, 10, tr. 1 - 10.
 6. **Nguyễn Hải Thịnh (2015)**, "Nghiên cứu áp dụng thang điểm viêm phổi do vi khuẩn (BPS) trong viêm phổi trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi", *Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế*.
 7. **Wei S., Shi T., Chen K. et al (2018)**, "Risk Factors for Severe Community - Acquired Pneumonia Among Children Hospitalized with CAP Younger Than 5 Years of Age", *Pediatr Infect Dis J*, 176, pp. 1 - 25.
 8. **World Health Organization (2013)**, "Cough and difficult breathing", *Pocket Book of Hospital Care for Children - Guidelines For The Management of Common Childhood Illness 2nd Edition*, pp. 76 - 124.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CHỮA NGOÀI TỬ CUNG TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2020

Nông Thị Hồng Lê*, Nguyễn Thị Nga*, Nguyễn Thị Giang*, Lê Đức Thọ*

TÓM TẮT

Mở đầu: Nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi ở những bệnh nhân chữa ngoài tử cung. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020" **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 94 bệnh nhân bị thai ngoài tử cung được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/03/2020 đến 31/12/2020. Chúng tôi ghi nhận triệu chứng, tỷ lệ thành công lượng máu mất, thời gian phẫu thuật và biến chứng sau mổ. **Kết quả:** tuổi trung bình là 27,64±8,26 (17 - 42), tiền sử thai ngoài tử cung 9,57%, tiền sử đặt dụng cụ tử cung 23,40%, tiền sử viêm sinh dục 58,51%, tiền sử hút thai ≥ 2 lần 36,17%. Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công 100%, phẫu thuật cắt vòi tử cung chiếm 96,4%. Không có biến chứng nặng nề sau mổ.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, chữa ngoài tử cung.

SUMMARY

RESULT OF INTERIOR SURGERY SURVEILLANCE AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL DEPARTMENT IN 2020

Introduction: to comment the result of endoscopic surgery in patients with ectopic pregnancy.

**Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*

Chịu trách nhiệm chính: Nông Thị Hồng Lê

Email: bsle1978@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2021

Ngày duyệt bài: 24.3.2021

Conducting research on the topic of "Result of endoscopic surgery for ectopic pregnancy at Thai Nguyen Central Hospital" in 2020. **Methods:** Retrospective study of 94 patients who with ectopic pregnancy were endoscopic surgically treated at Thai Nguyen Central Hospital from 01/03/2020 to 31/12/2020. We recorded symptoms, the rate of surgical success, rate of blood loss, time of surgery and complications after surgery. **Results:** the average age 27,64± 8,26 (17 -42), history of ectopic pregnancy 9,57%, history of use of intrauterine devices 23,40%, history of inflammation of the genitals 58,51%, history of suction ≥ 2times 36.9%. The rate of successful laparoscopic surgery was 94.0%, and surgical removal of the uterus was 96.4%. No serious complications after surgery, the results of pathology for 100% of cases are ectopic pregnancy.

Keywords: Endoscopic surgery, Ectopic pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng được thụ tinh và làm tổ ở ngoài buồng tử cung, là một cấp cứu chảy máu trong 3 tháng đầu của thời kỳ thai nghén, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời khối chứa vỡ đột ngột gây chảy máu trong ổ bụng có thể dẫn đến tử vong.

Tại Việt Nam cũng như trên Thế giới tần suất chửa ngoài tử cung ngày càng tăng lên. Tại Mỹ năm 1970 tỷ lệ chửa ngoài tử cung là 4,5/1000 các trường hợp mang thai, năm 1997 tỷ lệ này đã là 19,7/1000. Ở Việt Nam năm 2000 tỷ lệ chửa ngoài tử cung là 30,7/1000, năm 2002 là