

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

PHẠM THU HIỀN

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên thế giới đặc biệt là trẻ em và người già. Theo ước tính của TCYT thế giới viêm phổi gây tử vong gần 4 triệu người/ năm, trong đó tử vong do viêm phổi chiếm 10-20% trong tổng số tử vong trẻ em dưới 5 tuổi ở các nước phát triển. Viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ khoảng 1/3 trong các nhiễm khuẩn hô hấp cấp nhưng nó có tầm quan trọng liên quan đến tính mạng của trẻ, nếu không được chẩn đoán đúng, điều trị sớm sẽ có biến chứng nặng nề thậm chí tử vong^{1,2}.

Viêm phổi có thể do nhiều căn nguyên gây nên bao gồm cả vi rus, vi khuẩn, ký sinh trùng song việc xác định căn nguyên gây viêm phổi không phải dễ dàng khi kỹ thuật chẩn đoán bằng sinh học phân tử còn giới hạn ở một số trung tâm xét nghiệm. Các kỹ thuật xét nghiệm trước đây mới chỉ đáp ứng được một phần yêu cầu điều trị, các thầy thuốc thường lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm vì vậy kết quả điều trị chưa cao, chi phí y tế cao⁴.

Để tìm hiểu được căn nguyên gây viêm phổi trẻ em từ đó có lựa chọn kháng sinh đúng, điều trị kịp thời nhằm giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng nặng của viêm phổi chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu:

1. Nghiên cứu căn nguyên gây viêm phổi nặng ở trẻ em dưới 5 tuổi
2. Tìm hiểu một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của viêm phổi nặng ở trẻ em dưới 5 tuổi.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: gồm 82 hồ sơ bệnh án bệnh nhân viêm phế quản phổi nặng vào điều trị tại khoa Hô Hấp bệnh viện nhi Trung Ương từ tháng 1/ 2008 đến tháng 12/ 2008.

2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Các bệnh nhân viêm phổi nặng (phân loại theo tiêu chuẩn của TCYT TG)

- Lứa tuổi từ 1 tháng đến 5 tuổi
- Có kết quả cấy nội khí quản dương tính

Các số liệu thu thập gồm các đặc điểm: Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng gồm công thức máu (CTM), CRP, X quang tim phổi, Cấy NKQ, kháng sinh đồ, HIV, lao.

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN:

1. Phân bố theo tuổi

Bảng 1. Phân bố BN theo nhóm tuổi

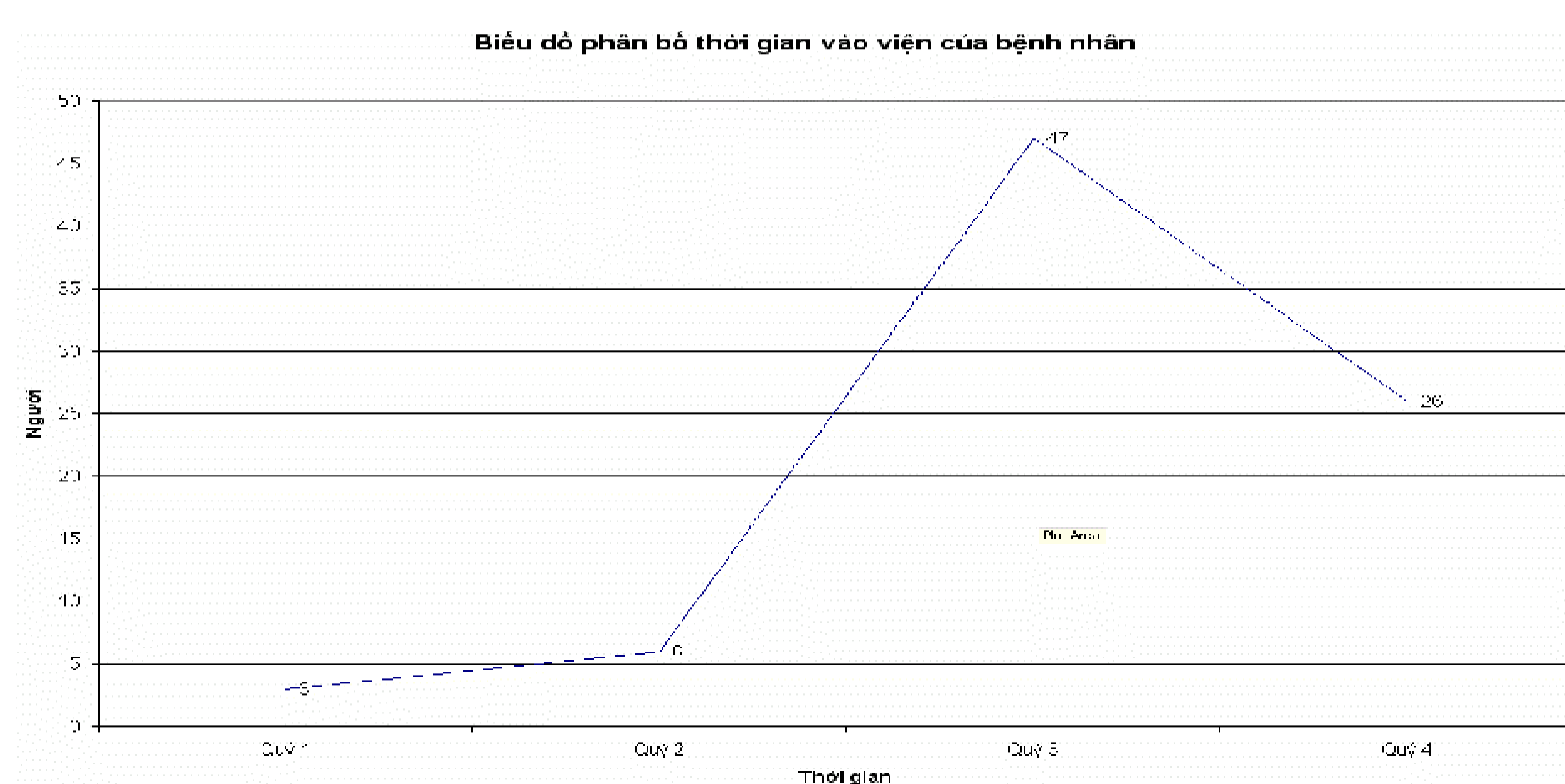
Nhóm tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
1 tháng - < 2 tháng	18	22
2 tháng - 12 tháng	49	59,7
12 tháng - 5 tuổi	15	18,3
Tổng số	82	100%

Bảng 1 cho thấy nhóm dưới 12 tháng gặp nhiều viêm phổi nặng hơn nhóm tuổi trên 12 tháng. Theo

nghiên cứu của Nguyễn Tiến Dũng và cs lứa tuổi càng nhỏ, tỷ lệ viêm phổi nặng càng cao. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác^{1,4}.

2. Phân bố theo các tháng trong năm

Hình 1: Phân bố BN theo các tháng trong năm



Theo Nguyễn Tiến Dũng bệnh viêm phổi thường gặp quanh năm nhưng tập trung nhiều nhất vào các tháng chuyển mùa tháng 4-5, tháng 9-10. Do cơ thể trẻ chưa thích ứng tốt với môi trường nên dễ mắc bệnh khi thay đổi thời tiết. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi viêm phổi nặng gặp chủ yếu ở các tháng mùa thu đông, đỉnh điểm là tháng 9,10¹.

3. Điều trị tuyến trước

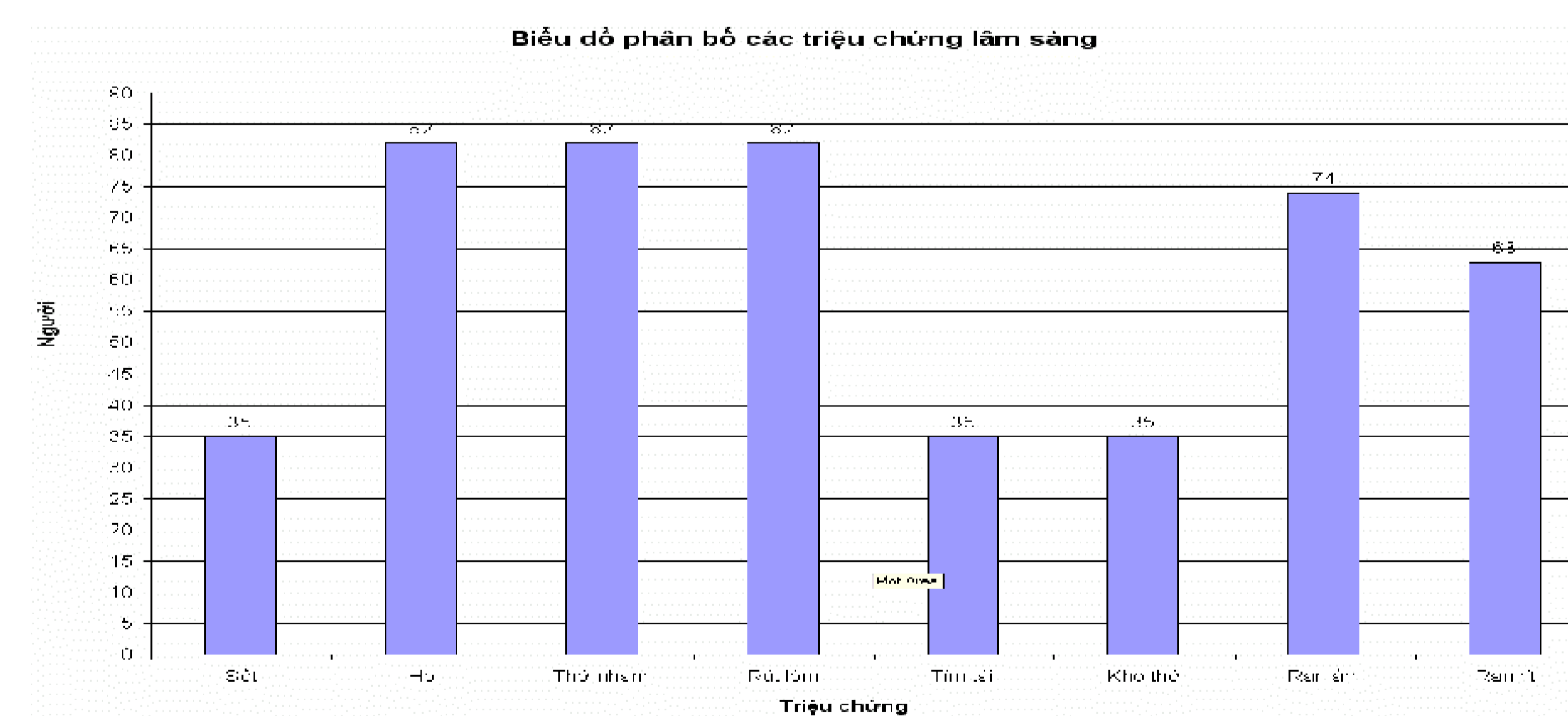
Bảng 2: tình hình điều trị trước nhập viện

Thời gian bị bệnh	Số BN	Tỷ lệ %
<3 ngày	18	21,9
>3 ngày	64	78,1
Tổng số	82	100

Như vậy có 78,1 % BN đã điều trị ở tuyến dưới ít nhất 3 ngày trước khi chuyển lên bệnh viện tuyến trung ương. Theo y văn, đây là căn cứ xác định căn nguyên gây viêm phổi do vi khuẩn bệnh viện³.

4. Đặc điểm lâm sàng:

Hình 2 Triệu chứng lâm sàng



Ho, khó thở, rút lõm lồng ngực gặp ở 100% BN, trong đó có 42,7% BN có suy hô hấp ở các mức độ cần phải hỗ trợ hô hấp.

5. Thay đổi về cận lâm sàng:

Bảng 3. Kết quả CTM của BN lúc vào viện

CTM thông	số lượng	bạch cầu	Huyết sắc tố (g%)	
	<10.000/ mm ³	>10.000/ mm ³	7- 12	>12
số BN	68 (83%)	14 (17%)	63 (76,8%)	19 (33,2%)

Bảng 3 cho thấy chỉ có 17% trẻ viêm phổi nặng có số lượng bạch cầu tăng trên 10.000/mm³. Có 63(76,8%) trẻ có thiếu máu mức độ vừa và nhẹ.

Xquang tim phổi có hình ảnh tổn thương phổi nặng ở tất cả các BN. Các BN đều được làm xét nghiệm loại trừ HIV, Lao.

Bảng 4: Tỷ lệ các loài vi khuẩn phân lập qua cấy NKQ

Loài vi khuẩn	n	Tỷ lệ %
K. Pneumoniae	38	46,3
P. aeruginosa	18	22
E.coli	10	12,2
S. pneumoniae	5	6,1
Acinetobacter	3	3,7
S.viridans	3	3,7
Enterobacter	3	3,7
H. Influenzae	2	2,3
Nấm candida Albicans	4	4,6
Tổng số	82	100

Các chủng vi khuẩn phân lập được chủ yếu vi khuẩn bệnh viện, trong đó chiếm tỷ lệ cao ở các chủng K. Pneumoniae, P. aeruginosa, E.coli. Theo y văn đây là các loài vi khuẩn kháng thuốc điều trị rất khó khăn và tốn kém. Trong 4 BN nhiễm nấm đều có kết hợp viêm phổi nặng do vi khuẩn. Car 4 BN có thời gian dùng kháng sinh kéo dài trên 2 tuần.

Bảng 5: Tính kháng kháng sinh của vi khuẩn K. Pneumoniae :

Kháng sinh	n	Nhạy cảm	Trung gian	đề kháng
Ceftazidim	38	12	3	25
Cefotaxim	38	8	2	26
Ceftriaxone	38	5	3	28
Cefoperazone	38	5	3	20
Cefepime	38	7	3	21
Ciproflorxacin	38	23	0	15
gentamycin	38	8	0	30
Tobramycin	38	12	0	26
Amikacin	38	10	0	28
Ticarcillin	38	10	3	25
Tazocin	38	22	5	11
Fosmicin	38	28	3	7
Imipenem	38	38	0	0

Bảng 5 cho thấy các kháng sinh nên lựa chọn điều trị viêm phổi do K. Pneumoniae là Tazocine, Fosmicin, Imipenem và ciproflorxacin

Bảng 6: Tính kháng kháng sinh của vi khuẩn P. aeruginosa:

Kháng sinh	n	nhạy cảm	Trung gian	đề kháng
Ceftazidim	13	9	0	4
Cefotaxim	13	2	3	8
Ceftriaxone	13	3	2	8
Cefoperazone	13	5	3	5
Cefepime	13	6	0	7
Ciproflorxacin	13	9	0	4
gentamycin	13	5	0	8
Tobramycin	13	6	0	7
Amikacin	13	5	0	8
Ticarcillin	13	10	3	0
Tazocin	13	5	0	8
Fosmicin	13	7	0	6
Imipenem	13	13	0	0

P.aeruginosa còn nhạy cảm với ceftazidim, ciproflorxacin, Ticarcillin, imipenem. Đây là các kháng sinh nên được lựa chọn điều trị viêm phổi bệnh viện do P.aeruginosa.

6. Kết quả điều trị:

Kết quả điều trị	Số BN	Tỷ lệ %
Khỏi	77	94
Tử vong	5	6
Tổng số	82	100

BN dùng kháng sinh theo KSD khỏi bệnh 77(94%) có ngày điều trị trung bình $18 \pm 2,7$ ngày. Tỷ lệ tử vong 5(6%).

KẾT LUẬN

1. Viêm phổi nặng thường gặp ở nhóm tuổi nhỏ dưới 12 tháng vào các tháng chuyển mùa trong năm đỉnh điểm tháng 9,10.

2. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu: Ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, tím tái, nghe phổi có ran ẩm, ran phé quản

3. Nguyên nhân gây viêm phổi nặng qua cấy NKQ chủ yếu là vi khuẩn Gram âm K. Pneumoniae, P. aeruginosa có tỷ lệ kháng kháng sinh cao. Điều trị theo KSD tỷ lệ thành công 94 %, Thời gian điều trị trung bình kéo dài $18 \pm 2,7$, tỷ lệ tử vong cao 6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1.Nguyễn Tiến Dũng và CS. Nghiên cứu dịch tễ học và sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa Nhi bệnh viện Bạch Mai. Công trình nghiên cứu khoa học 1999 -2000, Nhà xuất bản y học, 2000, Tr.343-352.

2.Ngô Thị Thi và CS. Nghiên cứu xác định vi khuẩn gây viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi bằng phương pháp cấy đếm dịch họng mũi tại bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp chí Y học thực hành – công trình nghiên cứu khoa học nhi khoa Việt Úc 2004, Tr. 283-288.

3.Sat Sharma.Pneumoniae bacteriae. Emedicine Pulmonology.Feb 12, 2007.

4.Banajeh SM. Outcome for children under 5 years hospitalized with severe acute lower respiratory tract infections in Yemen a 5 year experience.. J Trop Pediatr 1998 Dec, 44(6): 343- 6.