

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI SƠ SINH TIẾN TRIỂN CHẬM TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM NĂM 2019

Nguyễn Khánh Hưng¹, Đặng Văn Chức¹,
Nhữ Văn Thuấn¹, Đoàn Văn Thành¹.

TÓM TẮT

Mục tiêu. Nghiên cứu mô tả 1 loạt ca bệnh nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi sơ sinh tiến triển chậm tại khoa Sơ sinh, bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.** Đối tượng gồm 80 bệnh nhân viêm phổi các mức độ khác nhau tiến triển chậm với điều trị. Phương pháp nghiên cứu mô tả 1 loạt ca bệnh. **Kết quả và kết luận.** Bệnh nhân trai chiếm 71,3%, tuổi trung bình là 19,45 ngày. Khi vào viện 71,3% được phân loại là viêm phổi nặng và 28,7% là viêm phổi rất nặng. Thời gian nằm viện trung bình $17,58 \pm 3,734$ ngày. Triệu chứng thường gặp nhất là ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực và nghe phổi có rales ẩm. Đa số trẻ có số lượng bạch cầu và CRP trong giới hạn bình thường. X quang phổi chủ yếu là hình ảnh nốt mờ rải rác ở hai bên rốn phổi, dày thành phế quản và đám mờ không đồng nhất.

Từ khóa. Viêm phổi tiến triển chậm, ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, rales ẩm, nốt mờ không đồng nhất

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF SLOW EVOLUTION NEONATAL PNEUMONIA IN

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khánh Hưng

Email: nkhang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2021

Ngày duyệt bài: 24.5.2021

HAI PHONG CHILDREN HOSPITAL IN 2019

Objective. The case-series report was completely done to describe the clinical and paraclinical of slow evolution neonatal pneumonia at the Neonate Department, Haiphong Children Hospital in 2019. **Subjects and Method.** Subjects included 80 newborns with slow evolution pneumonia. The method was a case-series report. **Results and Conclusions.** Boys represented 71.3% and mean age was 19.45 days. On admission, 71.3% cases were classified as severe pneumonia and 28.7% as very severe pneumonia. The average time in the hospital was 17.58 ± 3.734 days. Main signs and symptoms were coughing, fast breathing, chest indrawing and moist rales. The majority of patients had leucocyte number and CRP in normal limit. Chest X ray showed desiminated opacities in both lungs, thick wall of bronchi, heterogenous opacities.

Keywords. Slow evolution neonatal pneumonia, coughing, fast breathing, chest indrawing, moist rales, heterogenous opacities

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một bệnh nhiễm khuẩn thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi nhất là ở sơ sinh và cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em trên thế giới đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Trong số các nguyên nhân gây tử vong, viêm phổi sơ sinh chiếm gần một nửa tử vong do viêm phổi nói chung và là một trong những nguyên nhân

gây tử vong cao nhất trong giai đoạn chu sinh [2], [7]. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới, từ năm 2000 đến năm 2003, vấn đề nhiễm trùng hay viêm phổi sơ sinh là một trong sáu nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi, chiếm 10% tử vong chung ở trẻ em [4]. Do vậy, viêm phổi sơ sinh cần được quan tâm hàng đầu vì mức độ phổ biến của nó và giảm được tỉ lệ tử vong do viêm phổi sơ sinh nghĩa là giảm được tỉ lệ tử vong do viêm phổi ở trẻ em nói chung.

Tại khoa Sơ sinh bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, viêm phổi tiến triển chậm còn ít được quan tâm nghiên cứu do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này mục tiêu sau đây:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi sơ sinh tiến triển chậm tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhi sơ sinh vào viện được chẩn đoán là viêm phổi nặng hoặc viêm phổi rất nặng (theo tiêu chuẩn của WHO 1995) tại khoa Sơ sinh, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Trong đó:

Ca bệnh: những bệnh nhân được điều trị đúng theo phác đồ điều trị viêm phổi đến ngày thứ 14 vẫn còn các triệu chứng lâm sàng và/hoặc Xquang phổi có tổn thương nặng lên.

Nghiên cứu tiến hành tại khoa Sơ sinh, bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 01/04/2018 đến ngày 31/03/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

2.2.2. Cơ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ theo phương pháp ngẫu nhiên không xác suất. Thực tế chọn được 80 trường hợp viêm phổi tiến triển chậm theo tiêu chuẩn.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

➤ Đặc điểm dịch tễ:

- Giới: nam/nữ.
- Ngày tuổi: ≤ 7 ngày, 8 – 15 ngày, > 15 ngày.

➤ Đặc điểm lâm sàng:

- Mức độ của bệnh khi vào viện: Viêm phổi nặng, viêm phổi rất nặng.
- Thời gian nằm viện: 14 – 20 ngày, 21 – 27 ngày, ≥ 28 ngày

- Triệu chứng hô hấp:

- + Ho;
- + Thở nhanh ;
- + Tím tái
- + Khụt khịt mũi
- + Rút lõm lồng ngực
- + Thở rên;
- + Thở khò khè
- + Ran phổi
- + Con ngưng thở ngắn

➤ Cận lâm sàng:

- Công thức máu:
 - + Số lượng bạch cầu (G/l): < 5 G/l; 5 – 20 G/l; > 20 G/l
 - + Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính (G/l): $< 1,5$ G/l; 1,5–5 G/L; ≥ 5 G/l.
- CRP (mg/dl): dương tính (≥ 10 mg/l), âm tính (< 10 mg/l).

- X quang phổi: tổn thương nhu mô kèm các hình ảnh tổn thương sau: xẹp phổi, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi. X quang được chụp lúc BN vào viện, sau 1 – 2 tuần điều trị hoặc khi có diễn biến bất thường trên lâm sàng.

Kết quả X quang phổi được đọc bởi bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh.

- Cây dịch phế quản

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu

- Hỏi bệnh bố mẹ bệnh nhân, thông tin từ giấy chuyển viện của tuyến trước.

- Khám lâm sàng: xác định các triệu chứng chẩn đoán viêm phổi và bệnh lý kèm theo.

- Làm các xét nghiệm và thủ thuật: công thức máu, sinh hóa máu, chụp X quang phổi, siêu âm tim, cấy dịch tỵ hầu, nội soi phế quản bằng ống mềm có gây mê và cấy dịch phế quản hút được qua nội soi.

- Theo dõi kết quả điều trị đến khi xuất viện, chuyển tuyến hay tử vong.

- Lấy thông tin vào bệnh án nghiên cứu đã được thiết kế từ trước.

2.2.5. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập đầy đủ các thông tin sẽ được làm sạch trước khi nhập vào máy tính và xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 22.0:

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu được 80 bệnh nhân trong đó 71,3% là trai, 28,7% gái. Trên 15 ngày tuổi chiếm 72,5%, 8-15 ngày 23,8% và dưới ≤ 7 ngày chiếm 3,8%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1: Mức độ của bệnh khi vào viện

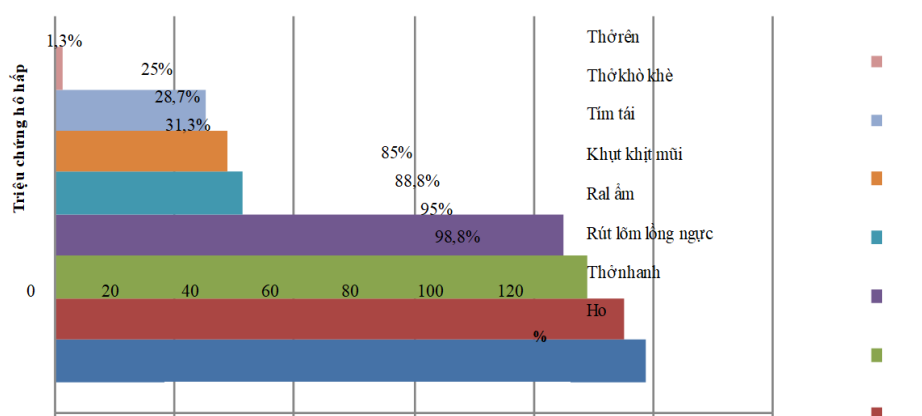
Mức độ bệnh	Số ĐTNC (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi nặng	57	71,3
Viêm phổi rất nặng	23	28,7
Tổng số	80	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân VPSS tiến triển chậm vào viện với chẩn đoán viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ 71,3%; cao hơn tỷ lệ bệnh nhân vào viện với chẩn đoán viêm phổi rất nặng là 28,7%.

Bảng 3.2: Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	Số ĐTNC (n)	Tỷ lệ (%)
14 – 20 ngày	61	76,3
21 – 27 ngày	18	22,5
≥ 28 ngày	1	1,3
Tổng số	80	100,0
Thấp nhất – Cao nhất	14 – 31	
Trung bình \pm SD	17,58 \pm 3,734	

Nhận xét: Thời gian nằm viện chủ yếu là từ 14 – 21 ngày, chiếm tỷ lệ 76,3%. Nằm viện trên 28 ngày chỉ có 1 bệnh nhân (31 ngày), chiếm tỷ lệ 1,3%. Thời gian nằm viện trung bình là 17,58 \pm 3,734 ngày.



Hình 3.5: Các triệu chứng hô hấp

Nhận xét:

- Các triệu chứng thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh trong nhóm bệnh là ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực và nghe phổi có ral âm.
- Khụt khịt mũi, tím tái và thở khò khè gặp với tỷ lệ thấp hơn (31,3%; 28,7% và 25%).
- Triệu chứng thở rên chỉ xuất hiện ở 1 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 1,3% và không có bệnh nhân nào có cơn ngưng thở ngắn.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.3: Số lượng bạch cầu

Số lượng bạch cầu	Số ĐTNC (n)	Tỷ lệ (%)
< 5 G/l	1	1,3
5 – 20 G/l	79	98,7
> 20 G/l	0	0,0
Tổng số	80	100,0
Thấp nhất – Cao nhất	4,61 – 19,9	
Trung bình ± SD	10,5 ± 2,9	

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân VPSS tiến triển chậm có số lượng BC trong giới hạn bình thường từ 5 – 20 G/L. Chỉ có 1 bệnh nhân có số lượng BC giảm <5 G/L, chiếm 1,3% và không có bệnh nhân nào có BC tăng cao > 20 G/L. Số lượng bạch cầu trung bình là 10,5 ± 2,9 G/L.

Bảng 3.4: Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính

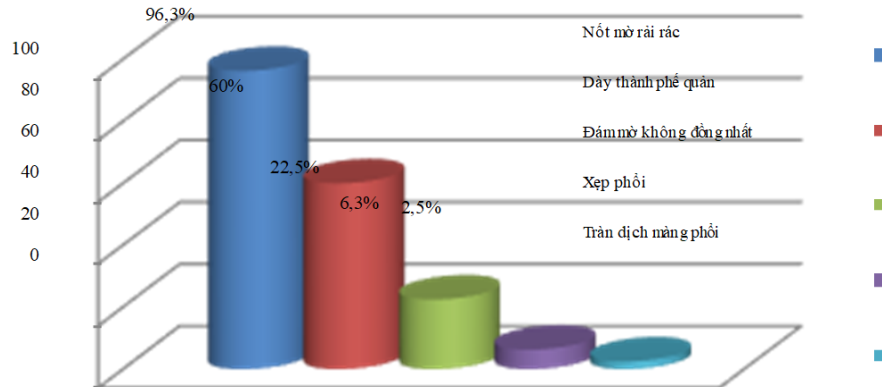
Số lượng bạch cầu ĐNTT	Số ĐTNC (n)	Tỷ lệ (%)
< 1,5 G/l	9	11,3
1,5 – 5 G/l	53	66,3
≥ 5 G/l	18	22,5
Tổng số	80	100,0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân VPSS tiến triển chậm có lượng BCĐNTT từ 1,5 – 5 G/L, chiếm 66,3%. Bệnh nhân có BCĐNTT tăng ≥ 5 G/L chiếm 22,5%, còn lại có 11,3% bệnh nhân có giảm bạch cầu hạt dưới 1,5 G/L.

Bảng 3.5: CRP trong huyết thanh

CRP	Số ĐTNC (n)	Tỷ lệ (%)
Dương tính	12	15,0
Âm tính	68	85,0
Tổng số	80	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân VPSS tiến triển chậm trong nghiên cứu chủ yếu có CRP âm tính (<10 mg/l), chiếm 85%. Chỉ có 15% bệnh nhân có CRP dương tính (≥ 10 mg/l).

**Hình 3.2: Hình ảnh X quang phổi**

Nhận xét: Hình ảnh tổn thương thường gặp nhất trên phim X quang phổi của các bệnh nhân VPSS tiến triển chậm là nốt mờ nhỏ rải rác hai bên phế trường, chiếm 96,3%. Dạng tổn thương tiếp theo là dây thành phế quản với 60% và đám mờ không đồng nhất với 22,5%. Tổn thương xẹp phổi và tràn dịch màng phổi chiếm tỷ lệ rất nhỏ, lần lượt là 6,3% và 2,5%.

Bảng 3.6: Kết quả cấy dịch phế quản qua nội soi phế quản

Kết quả cấy dịch phế quản	Số ĐTNC (n)	Tỷ lệ (%)
K. pneumoniae	2	50,0
Strep. viridans	1	25,0
Âm tính	1	25,0
Tổng số	4	100,0

Nhận xét: Trong quá trình điều trị, có 4 bệnh nhân viêm phổi sơ sinh tiến triển chậm được chỉ định nội soi phế quản bằng ống mềm (có gây mê) và kết hợp hút dịch phế quản để cấy. Kết quả có 2 mẫu mọc vi khuẩn Klebsiella pneumoniae, 1 mẫu mọc vi khuẩn Streptococcus viridans và 1 mẫu không mọc vi khuẩn gây bệnh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Phân loại viêm phổi khi vào viện

Phân loại viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ 71,3%; cao hơn phân loại viêm phổi rất nặng là 28,7%. Như vậy, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có mức độ bệnh là viêm

phổi nặng (bảng 3.1).

Kết quả này gần giống với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Kim Anh và Phạm Thị Minh Hồng (2010): có 65,1% bệnh nhân VPSS không có biểu hiện suy hô hấp; 34,9% có biểu hiện suy hô hấp, trong đó suy hô hấp nhẹ là 17,6% và suy hô hấp nặng là 17,3% [1].

4.1.2. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện trung bình của các bệnh nhân VPSS tiến triển chậm trong nghiên cứu là $17,58 \pm 3,734$ ngày và chủ yếu là từ 14 – 21 ngày, chiếm tỷ lệ 76,3%. Nằm viện trên 28 ngày chỉ có 1 bệnh nhân (31 ngày), chiếm tỷ lệ 1,3% (bảng 3.2).

Theo Nguyễn Thị Kim Anh và Phạm Thị Minh Hồng (2010): thời gian nằm viện trung bình của các bệnh nhân VPSS tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 03/2007 đến tháng 10/2007 là 13,8 ngày, trong đó chủ yếu là ≤ 2 tuần với tỷ lệ 74,2%; nằm viện > 2 tuần chỉ chiếm 25,8% [1], kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4.1.3. Các triệu chứng hô hấp

Các triệu chứng hô hấp thường gặp là ho (98,8%), thở nhanh (95%), rút lõm lồng ngực (88,8%) và nghe phổi có ral ẩm (85%). Các triệu chứng khác như khẹt khẹt mũi, tím tái và thở khò khè gặp với tỷ lệ thấp hơn (31,3%; 28,7% và 25%). Triệu chứng thở rên chỉ xuất hiện ở 1 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 1,3% và không có bệnh nhân nào có cơn ngưng thở ngắn (Hình 3.1).

Ho có tần suất cao hơn của Khu Thị Khánh Dung (2003) là 38,8% và đặc biệt tỷ lệ ho rất thấp trong nhóm trẻ đẻ non [2]. Điều này có thể do nhóm nghiên cứu của Khu Thị Khánh Dung gồm rất nhiều trẻ sơ sinh bệnh nặng, mà phản xạ ho của nhóm này rất yếu nên tỷ lệ gặp triệu chứng ho ít hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Thở nhanh và rút lõm lồng ngực cũng là hai trong những tiêu chuẩn để chẩn đoán Viêm phổi và chúng tôi gặp với tỷ lệ cũng khá cao, lần lượt là 95% và 88,8%. Kết quả tương đương của Trần Thị Hải Yến (2015) ho và rút lõm lồng ngực chiếm 98% và thở nhanh là 64% [6]. Nguyễn Thị Kim Anh và Phạm Thị Minh Hồng (2010) gặp những

triệu chứng này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (ho 69,8%; rút lõm lồng ngực 78% và thở nhanh 53,2%) [1].

Khẹt khẹt mũi và thở khò khè gặp với tỷ lệ lần lượt là 31,3% và 25%. Tỷ lệ này thấp hơn một chút so với nghiên cứu của Trần Thị Hải Yến (2015): khẹt khẹt mũi 47% và khò khè 30% [6]. Còn theo tác giả Nguyễn Phương Hạnh (2011) nghiên cứu trên những trẻ VPSS có kết quả cấy dịch phế quản dương tính thì triệu chứng khò khè chiếm đến 69,7%, nhưng khẹt khẹt mũi chỉ chiếm 12,1% [3]. Tím tái gặp với tỷ lệ 28,7%. Đây là một trong những dấu hiệu tiên lượng bệnh nặng. Trẻ sơ sinh có khả năng thích nghi với tình trạng thiếu oxy tốt hơn trẻ lớn do còn sự tồn tại của HbF sau sinh với khả năng gắn oxy cao nên khi xuất hiện dấu hiệu tím tái chúng tỏ bệnh đang diễn biến nặng, có nguy cơ tử vong. Tỷ lệ xuất hiện triệu chứng tím tái của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Phương Hạnh (2011) là 45,5% [3] và nghiên cứu của Trần Thị Hải Yến (2015) là 66% [6]; nhưng cao hơn một chút so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Anh và Phạm Thị Minh Hồng (2010) là 25,8% [1].

Thở rên là dấu hiệu rất đặc biệt ở trẻ sơ sinh, không gặp ở trẻ lớn. Bình thường, dây thanh âm mở ra khi thở vào và đóng lại khi thở ra để duy trì dung tích cặn chức năng, giúp phổi không xẹp hoàn toàn. Nhưng ở trẻ sơ sinh thì khả năng này rất hạn chế. Vì vậy, khi suy hô hấp thì trẻ phải gắng hết sức để khép dây thanh âm trong thời kỳ thở ra làm cho khí nhanh chóng lùa vào phổi ở cuối thời kỳ thở ra và tạo nên tiếng thở rên. Trẻ đẻ non hay gặp triệu chứng này hơn trẻ đủ tháng vì phổi trẻ đẻ non rất dễ xẹp hoàn toàn ở cuối thì thở ra do thiếu hụt Surfactant. Chúng tôi chỉ gặp 1,3% trẻ có dấu hiệu này, rất thấp so

với Trần Thị Hải Yến là 11,8% [6] và 54,4% của Khu Thị Khánh Dung (2003) [2].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

4.2.1. Số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính

Hầu hết bệnh nhân VPSS tiến triển chậm trong nghiên cứu có số lượng BC trong giới hạn bình thường từ 5 – 20G/L. Chỉ có 1 bệnh nhân có số lượng BC giảm <5G/L, chiếm 1,3% và không có bệnh nhân nào có BC tăng cao > 20 G/L. Số lượng bạch cầu trung bình là $10,5 \pm 2,9$ G/L (bảng 3.3-4). Tác giả Kordek A. (2010) nghiên cứu về nhiễm khuẩn bệnh viện ở trẻ sơ sinh cho thấy đa số bệnh nhân có số lượng bạch cầu bình thường [8].

Trần Thị Hải Yến (2015) cũng đã nhận xét: Đa số trẻ có số lượng BC trong giới hạn bình thường từ 5 – 20 G/L, có 3,9% trẻ có số lượng BC giảm <5 G/L và 17,8% trẻ có số lượng BC tăng > 20 G/L [6]. Theo Nguyễn Thị Kim Anh và Phạm Thị Minh Hồng (2010): BC 5 – 20 G/L chiếm 85,8%; BC < 5G/L là 4,5%, và > 20G/L là 9,7% [1]. Những kết quả này đều phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Đa số bệnh nhân VPSS tiến triển chậm trong nghiên cứu có lượng BCĐNTT từ 1,5 – 5G/L, chiếm 66,3%. Bệnh nhân có BCĐNTT tăng ≥ 5 G/L chiếm 22,5%, còn lại có 11,3% bệnh nhân có giảm BCĐNTT dưới 1,5 G/L.

Kết quả của chúng tôi lại có sự khác biệt ở nhóm BCĐNTT ≥ 5 G/L (22,5%) so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phương Hạnh (2011): BCĐNTT ≥ 5 G/L chiếm 51,5% [3]. Điều này có thể giải thích do Nguyễn Phương Hạnh lựa chọn những bệnh nhân VPSS có kết quả cấy dịch phế quản dương tính, có bằng chứng nhiễm khuẩn nên số lượng BCĐNTT cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.2. CRP trong huyết thanh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu bệnh nhân VPSS tiến triển chậm có CRP âm tính (<10 mg/l), chiếm 85%. Chỉ có 15% bệnh nhân có CRP dương tính (≥ 10 mg/l) (bảng 3.5). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả như Nguyễn Thị Kim Anh và Phạm Thị Minh Hồng (2011): CRP < 10mg/l: 77%; CRP ≥ 10 mg/l: 33% [1]. Nhưng lại có sự khác biệt so với các tác giả khác nghiên cứu về viêm phổi tiến triển chậm trên 2 tuần ở giai đoạn ngoài sơ sinh như tác giả Nguyễn Thế Tần và Phan Hữu Nguyệt Diễm (2010) [5]: tỷ lệ CRP > 10 mg/l chiếm 46,7%, cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.3. Hình ảnh X quang phổi

Kết quả Xquang cho thấy 96,3% có hình ảnh nốt mờ rải rác ở hai bên rốn phổi; dày thành phế quản rốn phổi 60%; hình ảnh các nốt mờ to nhỏ tập trung thành đám không đồng nhất là 22,5%; xẹp phổi 6,3%; tràn dịch màng phổi 2,5%. Không có tràn khí màng phổi (hình 3.2).

Kết quả nghiên cứu phù hợp với kết quả của Trần Thị Hải Yến [6].

4.2.4. Kết quả cấy dịch phế quản qua nội soi phế quản

Trong quá trình điều trị, có 4 bệnh nhân được chỉ định nội soi phế quản bằng ống mềm (có gây mê) do các bệnh nhân này đáp ứng kém với điều trị và có kết quả chụp X quang nghi ngờ xẹp phổi, nghi ngờ ổ áp xe,... nên cần chỉ định thủ thuật nội soi phế quản để phát hiện tổn thương trong lòng khí, phế quản, phát hiện những bất thường giải phẫu đường hô hấp và kết hợp hút dịch phế quản để cấy. Kết quả nội soi cả 4 bệnh nhân là viêm niêm mạc phế quản cấp và kết quả cấy dịch phế quản có 2 mẫu mọc VK *Klebsiella pneumoniae*, 1 mẫu mọc VK

Streptococcus viridans và 1 mẫu không mọc VK gây bệnh. Hai vi khuẩn này đều là những vi khuẩn thường gặp trong các nghiên cứu về căn nguyên gây bệnh phân lập được trong dịch phế quản của bệnh nhân VPSS (bảng 3.6).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Tỷ lệ nam: 71,3%; nữ: 28,7%. Tuổi trung bình lúc vào viện: 19,45 ngày.

- Phân loại bệnh khi vào viện là viêm phổi nặng 71,3%; viêm phổi rất nặng 28,7%. Thời gian nằm viện trung bình $17,58 \pm 3,734$ ngày.

- Các triệu chứng hô hấp thường gặp nhất là ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực và nghe phổi có rales ẩm. Khuyết mũi, tím tái, thở khò khè gặp với tỷ lệ thấp.

- Đa số trẻ có số lượng bạch cầu và CRP trong giới hạn bình thường

- X quang phổi: chủ yếu là hình ảnh nốt mờ rải rác ở hai bên rốn phổi; dày thành phế quản, đám mờ không đồng nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Kim Anh, Phạm Thị Minh Hồng (2010), “Đặc điểm viêm phổi ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 03/2007 đến 10/2007”, Y học TP. Hồ Chí Minh, số 13 (phụ bản số 1) tr. 58-63.
2. Khu Thị Khánh Dung (2003), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn, và một số yếu tố

liên quan đến viêm phổi sơ sinh, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. Nguyễn Phương Hạnh (2011), Nhận xét phân bố vi khuẩn gây viêm phổi sơ sinh tại bệnh viện Saint Paul Hà Nội, Luận văn Thạc sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.
4. Trần Quy, Nguyễn Tiến Dũng, Phạm Văn Ca (1992), “Kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây viêm phổi ở trẻ nhỏ”, Chương trình ASTS, Hà Nội, Viện thông tin thư viện Y học Trung ương, tr. 71.
5. Nguyễn Thế Tản và Phan Hữu Nguyệt Diễm (2010), "Đặc điểm viêm phổi nằm viện trên 2 tuần tại khoa hô hấp bệnh viện Nhi Đồng 1", Y Học TP. Hồ Chí Minh. 14(1), tr. 150-154.
6. Trần Thị Hải Yến (2015), Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến viêm phổi trẻ sơ sinh điều trị kéo dài tại khoa sơ sinh BVTE Hải Phòng từ 10/2014 – 10/2015, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
7. Duke T (2005), “Neonatal pneumonia in developing countries”, Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed May;Vol 90, No 3, pp. 211 – 219.
8. Kordek A, (2010), “Concentrations of procalcitonin and C-reactive protein, white blood cell count, and the immature-to-total neutrophil ratio in the blood of neonates with nosocomial infections: Gram-negative bacilli vs coagulase-negative staphylococci”, European journal of clinical microbiology and infectious diseases, Vol 30, No 3, pp. 455 – 457.