

CLINICAL AND PARACLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS RELATED TO THE SEVERITY OF ADENOVIRUS-INFECTED PNEUMONIA AT THE RESPIRATORY DEPARTMENT OF NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Bui Anh Son*, Ngo Thi Ha, Dang Thi Them, Nguyen Thi Thuy Hang

Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital - 19 Ton That Tung, Hung Dung Ward, Vinh City, Nghe An Province, Vietnam

Received: 07/03/2025

Revised: 28/03/2025; Accepted: 16/04/2025

ABSTRACT

Objective: Describe the clinical and paraclinical epidemiological characteristics of Adenovirus-infected pneumonia at the Respiratory Department of Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital and comment on some factors related to the severity of Adenovirus-infected pneumonia.

Research methods: Descriptive cross-sectional study.

Results: Children from 2 to under 12 months old accounted for the highest proportion with 41.3%. Male/female ratio = 1.88. The majority of children reside in rural areas (87.0%). Most children contracted the disease in winter - spring. The main source of infection originated from the community (69.5%). Before admission, 73.9% of children had respiratory tract infections, diarrhea (10.9%), and vomiting (10.9%). All children had cough (100%), fever (84.8%), and conjunctivitis (6.5%). 100% were fully vaccinated, 13.0% were premature, 4.3% were malnourished, and 67.4% were anemic. All children had moist rales (100%), wheezing (91.3%), rapid breathing (71.7%), cyanosis (39.1%), chest retraction (60.8%), and wheezing and snoring (41.3%). The average number of days of treatment was 14.2 ± 9.2 days. Leukocytes increased in 65.2% of children. Platelets were mostly normal (69.6%). The majority of children had increased CRP (80.4%). 73.9% of children had scattered lung opacities on X-ray. Of the 10 cases of co-infection, 4 were co-infected with *Haemophilus influenzae* (40.0%), 3 were influenza A virus (30.0%), 2 were respiratory syncytial virus (20.0%) and 1 was *Moraxella Catarrhalis* (10.0%). Some factors related to the severity of adenovirus pneumonia were age, co-infection status and anemia.

Conclusions: Some factors related to the severity of Adenovirus pneumonia are age, co-infection and anemia.

Keywords: Adenovirus pneumonia, co-infection, severe severity.

*Corresponding author

Email: drsonres@gmail.com Phone: (+84) 904056567 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2272>

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ NẶNG VIÊM PHỔI NHIỄM ADENOVIRUS TẠI KHOA HÔ HẤP BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Bùi Anh Sơn*, Ngô Thị Hà, Đặng Thị Thêm, Nguyễn Thị Thúy Hằng

Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An - 19 Tôn Thất Tùng, P. Hưng Dũng, Tp. Vinh, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 07/03/2025

Chỉnh sửa ngày: 28/03/2025; Ngày duyệt đăng: 16/04/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi nhiễm Adenovirus tại khoa Hô hấp Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và nhận xét một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng viêm phổi nhiễm Adenovirus.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Kết quả: Trẻ từ 2 đến dưới 12 tháng tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 41,3%. Tỉ lệ nam/nữ = 1,88. Đa số trẻ có địa bàn cư trú ở nông thôn (87,0%). Phần lớn trẻ mắc bệnh ở mùa đông - xuân. Nguồn lây chủ yếu bắt nguồn từ cộng đồng (69,5%). Trẻ trước khi vào viện có tình trạng viêm long đường hô hấp chiếm 73,9%, tiêu chảy (10,9%), nôn (10,9%). Tất cả các trẻ đều có ho (100%), sốt chiếm 84,8% và 6,5% trường hợp có viêm kết mạc. 100% đều được tiêm phòng đầy đủ, có 13,0% trẻ đẻ non, 4,3% trẻ bị suy dinh dưỡng và 67,4% bị thiếu máu. Ran ẩm gặp ở tất cả các trẻ (100%), khô khè (91,3%), thở nhanh (71,7%), tím tái (39,1%), rút lõm lồng ngực (60,8%) và ran rít, ran ngáy (41,3%). Số ngày điều trị trung bình là $14,2 \pm 9,2$ ngày. Bạch cầu tăng ở 65,2% trẻ. Tiểu cầu chủ yếu bình thường (69,6%). Số trẻ tăng CRP chiếm phần lớn (80,4%). Có 73,9% trẻ có hình ảnh mờ rải rác phổi trên Xquang. Trong 10 trường hợp đồng nhiễm thì có 4 trường hợp đồng nhiễm với vi khuẩn *Haemophilus influenzae* (40,0%), 3 trường hợp là virus cúm A (30,0%), 2 trường hợp là virus hợp bào hô hấp (20,0%) và 1 trường hợp là vi khuẩn *Moraxella Catarrhalis* (10,0%). Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng viêm phổi nhiễm Adenovirus là tuổi, tình trạng đồng nhiễm và tình trạng thiếu máu.

Kết luận: Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng viêm phổi nhiễm Adenovirus là tuổi, tình trạng đồng nhiễm và tình trạng thiếu máu.

Từ khóa: Viêm phổi Adenovirus, đồng nhiễm, mức độ nặng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh viêm các phế quản nhỏ, phế nang và các tổ chức xung quanh phế nang rải rác hai phổi, làm rối loạn trao đổi khí, tắc nghẽn đường thở dễ gây ra suy hô hấp. Theo Tổ chức Y tế Thế Giới (WHO), viêm phổi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em, chiếm tỷ lệ tới 18%, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi [1].

Việt Nam là nước có tỷ lệ trẻ em mắc viêm phổi cao trong khu vực Đông Nam Á. Nguyên nhân viêm phổi chiếm 75% các trường hợp tử vong do các bệnh hô hấp và 30-35% tử vong chung ở trẻ em [2]. Có nhiều căn nguyên gây viêm phổi ở trẻ em trong đó virus là nguyên nhân gây 2/3 trường hợp viêm phổi ở trẻ em, nhất là trẻ em dưới 5 tuổi. Viêm phổi do Adenovirus thường nặng, có tỷ lệ tử vong cao, để lại di chứng, đặc biệt là viêm

tiểu phế quản tắc nghẽn, giãn phế quản, xơ hóa phổi mãn, viêm phổi kẽ, bong vảy biểu mô. Hiện nay viêm phổi do Adenovirus có xu hướng gia tăng có thể xảy ra thành dịch lớn trong môi trường tập thể.

Đến nay, số bệnh nhân đến khám và điều trị Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An ngày một gia tăng. Trong 2 năm trở lại đây, tại khoa Hô Hấp đã tiếp nhận và điều trị nhiều trường hợp bệnh nhân viêm phổi nặng có kết quả dương tính với Adenovirus trong dịch đường hô hấp, có diễn biến lâm sàng rầm rộ, tiến triển nhanh nặng, tỷ lệ để lại di chứng cao. Hiện nay nhiều cơ sở y tế trong đó có Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An đang khó khăn trong việc chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh viêm phổi do Adenovirus. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề

*Tác giả liên hệ

Email: drsonres@gmail.com Điện thoại: (+84) 904056567 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2272>

tài này với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi nhiễm Adenovirus tại khoa Hô hấp Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.*

2. *Nhận xét một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng viêm phổi nhiễm Adenovirus*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Hô hấp, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 8/2022 đến tháng 7/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* các bệnh nhân nhi được chẩn đoán bệnh viêm phổi nhiễm Adenovirus từ 1 tháng tuổi đến 15 tuổi

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn chọn hoặc không đủ dữ liệu nghiên cứu, từ chối tham gia nghiên cứu.

2.4. Chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Biến số nghiên cứu:

- *Đặc điểm đối tượng:* Tuổi, giới, địa dư, dân tộc, mùa, nguồn lây, tiền sử

- *Đặc điểm lâm sàng:* ho, sốt, khô khè, sổ mũi, ăn/bú kém, tím tái, rút lõm lồng ngực, nhịp tim, nhịp thở, nôn, tiêu chảy, viêm kết mạc, ran phổi

- *Đặc điểm cận lâm sàng:* Chỉ số huyết học (bạch cầu, tiểu cầu), CRP, Xquang, vi sinh (dịch tỵ hầu)

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Các trẻ nghiên cứu đều có chung một mẫu bệnh án nghiên cứu, được hỏi bệnh, khám lâm sàng và làm các cận lâm sàng.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học thông qua và sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian thực hiện, nghiên cứu thu được 46 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu và đưa ra các kết quả sau:

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	Từ 1- dưới 12 tháng	19	41,3
	Từ 12 - dưới 24 tháng	12	26,1
	Từ 2 - dưới 5 tuổi	9	19,6
	Trên 5 tuổi	6	13
Giới	Nam	30	65
	Nữ	16	35
Địa bàn cư trú	Thành thị	6	13
	Nông thôn	40	87
Mùa	Mùa xuân	22	47,8
	Mùa hạ	0	0
	Mùa thu	0	0
	Mùa đông	24	52,2
Nguồn lây	Cộng đồng	14	30,5
	Bệnh viện	32	69,5
Tiền sử	Đẻ non	6	13
	Tiêm phòng đủ	46	100
	Suy dinh dưỡng	2	4,3
	Thiếu máu	31	67,4

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân ở lứa tuổi dưới 12 tháng tuổi, nam chiếm ưu thế (65%). Bệnh tập trung chủ yếu ở vùng nông thôn (chiếm 87%), chỉ ghi nhận xảy ra vào mùa đông, mùa xuân, với nguồn lây chủ yếu là từ bệnh viện (69,5%). Tất cả bệnh nhân ghi nhận đều có tiền sử tiêm phòng đầy đủ.

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng thực thể	Thở nhanh	33	71,7
	Tím tái	18	39,1
	Rút lõm lồng ngực	28	60,8
	Khò khè	42	91,3
	Ran ẩm	46	100
	Ran rít, ran ngáy	19	41,3
Thời gian điều trị viêm phổi Adenovirus trung bình	< 7 ngày	8	17,4
	7- < 14 ngày	19	41,3
	14 - < 21 ngày	8	17,4
	≥ 21 ngày	11	23,9
	Mean ± SD (Min – Max)	14,2 ± 9,2 (1,0 – 43,0)	
	Median (IQR: 25%-75%)	11,5 (7,0 – 18,0)	

Nhận xét: Bệnh thường biểu hiện với triệu chứng khó khê (91,3%), khám nghe thấy ran ẩm (100%). Thời gian điều trị thường kéo dài khoảng 7- <14 ngày, trung bình 11,5 ngày.

Bảng 3. Một số đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số xét nghiệm	Giảm	Tăng	TB ± SD (Min-Max)
Bạch cầu (G/l)	8 (17,4%)	30 (65,2%)	13,2 ± 5,6 (4,6-29,3)
Bạch cầu trung tính (%)	10 (21,7%)	21 (45,7%)	49,3±18,6 (12,4-80,6)
Tiểu cầu (G/l)	1 (2,2%)	13 (28,3%)	396,7±148,5 (149,0-823,0)
		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Chỉ số CRP	< 6 mg/l	9	19,6
	≥ 6 mg/l	37	80,4
Hình ảnh trên Xquang	Mờ rải rác	34	73,9
	Mờ 2 rốn phổi	16	34,8
	Mờ tập trung	13	28,3
Mức đồng nhiễm	Không đồng nhiễm	36	78,3
	1 loại VSV	8	17,4
	2 loại VSV	2	4,3

Nhận xét: Các chỉ số nhiễm trùng tăng trong trong phần lớn trường hợp: bệnh nhân có bạch cầu tăng chiếm 65,2%, có CRP tăng chiếm 80,4%. Biểu hiện trên hình ảnh XQuang thường là hình ảnh mờ rải rác (chiếm 73,9%). Phần lớn bệnh nhân không đồng nhiễm với các VSV khác (chiếm 78,3%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi nhiễm Adenovirus

4.1.1. Đặc điểm dịch tễ

Bệnh nhi mắc bệnh chủ yếu gặp lứa tuổi nhỏ, lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 2 đến dưới 12 tháng với 41,3%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thùy [3] và Hồ Sỹ Công [4] thực hiện tại Hà Nội cũng cho kết quả tương tự với độ tuổi trung bình lần lượt là 9,8 tháng và 10,5 tháng. Trên 90% trẻ sơ sinh có kháng thể với một số týp Adenovirus phổ biến do được truyền từ mẹ qua rau thai, vì vậy trẻ được bảo vệ cho đến 6 tháng đầu đời. Sau 6 tháng chỉ còn lại 14% trẻ còn đáp ứng với miễn dịch tự nhiên với adenovirus. Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là ở lứa tuổi từ 6 tháng đến 5 tuổi.

Tỷ lệ bệnh nhân nam trên bệnh nhân nữ là 1,88/1. Tại Bệnh viện Nhi Trung Ương (2016) Phùng Thị Bích Thủy nghiên cứu cho tỷ lệ bệnh nhân nam trên bệnh nhân nữ là 1,9/1 [5]. Điều này có thể lý giải do một số gene bệnh nằm trên nhiễm sắc thể X nên cơ hội biểu hiện bệnh trên trẻ nam nhiều hơn so với trẻ nữ. Mặt khác cũng có thể do tỷ lệ sinh con theo ý muốn ngày càng cao, nhất là mong muốn có con trai nên dẫn đến tỷ lệ nam nói chung nhiều hơn nữ phù hợp với đặc điểm cơ cấu về giới ở trẻ em Việt Nam. Tỷ lệ mắc bệnh nhiều chủ yếu ở nông thôn chiếm tỷ lệ 87% và ở thành thị chiếm 13%. Có thể ở thành thị do được tiếp cận thông tin, tuyên truyền cập nhật thường xuyên cũng như trình độ dân trí cao hơn nên người dân có ý thức hơn trong việc khám chữa bệnh và phòng bệnh.

Trong nghiên cứu chúng tôi bệnh nhân viêm phổi nhiễm Adenovirus phân bố chủ yếu vào dịp giao mùa đông – xuân. Nghiên cứu của Trần Thanh Thức (2021) cho thấy đa số các ca bệnh tập trung vào mùa đông xuân (từ tháng 10 đến tháng 3). Bệnh nhân bị lây nhiễm Adenovirus từ cộng đồng chiếm 69,5%. Do Adenovirus thuộc nhóm virus chứa DNA không có vỏ bọc, điều này làm chúng đề kháng cực tốt với môi trường bên ngoài tế bào, nhất là các dụng cụ bằng nhựa, kim loại (tay nắm cửa, dụng cụ khám bệnh, bàn ghế...), thời gian tồn tại ở môi trường bên ngoài rất lâu, có thể lây nhiễm dễ dàng qua giọt bắn đường hô hấp, niêm mạc từ việc tiếp xúc trực tiếp hay gián tiếp với dịch tiết mắt, mũi, phân...do đó bệnh viện cần có các biện pháp phân loại và cách ly các bệnh nhân nghi ngờ trong công tác khám và chữa bệnh để tránh lây chéo trong cơ sở y tế.

Suy dinh dưỡng và đề thiếu tháng là những yếu tố ảnh hưởng nhiều đến khả năng đề kháng của trẻ trước các tác nhân gây bệnh cũng như mức độ trầm trọng của bệnh khi mắc phải. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 26,1% bệnh nhân đẻ non, cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thu Hiền, với tỷ lệ đẻ non là 14,3% [6]. Có 4,3% trẻ bị suy dinh dưỡng trong nghiên cứu của chúng tôi và tất cả trẻ được tiêm theo lịch tiêm chủng mở rộng. Có 31/46 trường hợp bị thiếu máu, chiếm 67,4%. Kết quả này khá tương đồng so với nghiên cứu của Phạm Thu Hiền, cho thấy có 60% trẻ có tình trạng thiếu máu nhẹ và vừa [7]. Đa số trẻ em bị thiếu máu thường không có triệu chứng lâm sàng rõ rệt. Nhưng thiếu máu lại ảnh hưởng không nhỏ đến tình trạng của bệnh viêm phổi. Thiếu máu làm kéo dài thời gian điều trị của bệnh viêm phổi, tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân, tăng số lần nhập viện vì viêm phổi và ảnh hưởng đến sự phát triển toàn diện của trẻ.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi có nhiễm Adenovirus.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ở trẻ thở nhanh có 71,7 %, tím tái có 39,1%, rút lõm lồng ngực là 60,8%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân đều có ho (100%), khó khê (91,3%) và sốt (84,8%). Đây là một triệu chứng có giá trị gợi ý cho các nhà lâm sàng. Nghiên cứu của Đào Minh Tuấn và

CS cho thấy ho, khô khè và sốt là triệu chứng phổ biến nhất với lần lượt là 100%, 100% và 75% [8]. Qua đây chúng ta thấy rằng hầu hết bệnh nhân viêm phổi nhiễm Adenovirus đều có sốt cao kéo dài, điều này đúng với y văn viêm phổi Adenovirus thường sốt cao kéo dài hơn so với viêm phổi do các căn nguyên khác. Bệnh cảnh khá giống với viêm phổi do vi khuẩn nhưng kém đáp ứng với điều trị kháng sinh. Đây cũng chính là một trong những đặc điểm lâm sàng điển hình của viêm phổi nặng nhiễm Adenovirus.

Bệnh nhân viêm phổi nhiễm Adenovirus khi vào viện phần lớn đều có hội chứng viêm long đường hô hấp trên (ho, hắt hơi, sổ mũi) chiếm 73,9%, triệu chứng đường tiêu hóa nôn, tiêu chảy đều có tỷ lệ 10,9%, ngoài ra có các triệu chứng viêm kết mạc là 6,5%. Nghiên cứu của Đào Minh Tuấn và Nguyễn Thị Ngọc Trân cho thấy triệu chứng ho và khô khè là phổ biến (100%,100%), sau đó là rối loạn tiêu hóa (33%). Ít gặp hơn là triệu chứng ở da và mắt (6,25%; 2,08%) [8]. Đây là các triệu chứng không điển hình có thể gặp khi nhiễm nhiều chủng loại virus khác. Chính vì thế để xác định bệnh do Adenovirus gây ra ở giai đoạn đầu của bệnh là khá khó khăn, dẫn đến bệnh tiến triển nặng nhanh phải điều trị kéo dài, dễ để lại biến chứng nặng nề, điều trị không phù hợp.

Tổn thương thực thể phổi thường có biểu hiện tiếng ran bệnh lý, chủ yếu là ran ẩm (100%), ran rít, ran ngáy (41,3%). Tỷ lệ tăng số lượng bạch cầu chiếm tỷ lệ (65,2%). Tiểu cầu chủ yếu nằm trong giới hạn bình thường (69,6%). Điều này chứng tỏ bản thân bệnh không có triệu chứng nhiễm khuẩn rõ ràng. Hầu hết bệnh nhân viêm phổi nặng nhiễm Adenovirus vào khoa trong tình trạng có nhiễm khuẩn kèm theo với biểu hiện tăng CRP.

Trên Xquang chủ yếu là hình ảnh tổn thương thâm nhiễm từng đám mờ rải rác (73,9%), tổn thương mờ tập trung chiếm tỷ lệ rất thấp 28,3%. Trong nghiên cứu của Đào Minh Tuấn và Nguyễn Thị Ngọc Trân thấy hình ảnh thâm nhiễm từng đám hoặc tập trung chiếm đa số với 92,85%, trong khi đó hình ảnh tổn thương mờ lan tỏa chỉ có 1,8% bệnh nhân, hình ảnh ứ khí có 5,35% [9]. Điều này phù hợp với tính chất gây bệnh của Adenovirus là tổn thương thâm nhiễm từng đám tập trung hoặc rải rác hai bên. Đây cũng là đặc điểm gây khó khăn trong quá trình điều trị cho bệnh nhân. Vì thế bệnh nhân viêm phổi nặng nhiễm Adenovirus thường phải hỗ trợ oxy kéo dài.

Số ngày điều trị trung bình là $14,2 \pm 9,2$ ngày. Ngày trung bình nằm viện kéo dài đa số gặp ở những bệnh nhân có tình trạng đồng nhiễm. Đây cũng là vấn đề đáng chú ý cho các bác sỹ thực hành lâm sàng, khi gặp bệnh nhân viêm phổi nặng nên tìm nguyên nhân sớm để có biện pháp cách ly, phòng bội nhiễm cho bệnh nhân và phòng lây nhiễm cho bệnh nhân khác.

4.2. Nhận xét một số yếu tố liên quan với mức độ nặng viêm phổi nhiễm Adenovirus

Bệnh nhân có thể bị đồng nhiễm với một hay nhiều loại virus một lúc. Trong 10 trường hợp đồng nhiễm thì có 4 trường hợp đồng nhiễm với vi khuẩn *Haemophilus influenzae* (40,0%), 3 trường hợp là virus cúm A (30,0%), 2 trường hợp là virus hợp bào hô hấp (20,0%) và 1 trường hợp là vi khuẩn *Moraxella Catarrhalis* (10,0%). Điều này cho thấy viêm phổi Adenovirus thường đi kèm đồng nhiễm với nhiều virus, vi khuẩn khác, và tình trạng đồng nhiễm là yếu tố tăng nặng bệnh, làm cho bệnh nặng tiến triển dai dẳng. Mặt khác điều này chứng tỏ rằng khả năng kiểm soát chống nhiễm khuẩn của chúng ta còn nhiều hạn chế gây nên tình trạng lây nhiễm chéo trong bệnh viện cho thấy công tác chống nhiễm khuẩn bệnh viện cực kì quan trọng.

Tuổi càng nhỏ mắc viêm phổi mức độ càng nặng. Kết quả này phù hợp với các tác giả khác [6], [8]. Khi mắc viêm phổi trong tình trạng suy hô hấp kèm theo thiếu máu chức năng vận chuyển oxy và khí cacbonic bị ảnh hưởng rất lớn. Điều này làm cho tình trạng suy hô hấp càng nặng thêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi thiếu máu chiếm tỷ lệ (45,6%), triệu chứng này làm viêm phổi nặng gấp 5,75 lần nhóm không thiếu máu.

5. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng viêm phổi nhiễm Adenovirus

- Đặc điểm dịch tễ: tỉ lệ trong nhóm tuổi từ 2 đến dưới 12 tháng tuổi cao nhất với 41,3%. Tỉ lệ nam/nữ=1,88. Nông thôn (87,0%), mùa mắc bệnh: mùa đông - xuân.

- Tiền sử bệnh: Tiêm phòng đầy đủ (100%). Đẻ non (13,0%). Suy dinh dưỡng (4,3%). Thiếu máu (67,4%).

- Triệu chứng lâm sàng: Ho (100%). Sốt (84,8%). Tiêu chảy (10,9%). Nôn (10,9%). Viêm kết mạc (6,5%). Khô khè (91,3%). Thở nhanh (71,7%). Tím tái (39,1%). Rút lõm lồng ngực (60,8%). Ran ẩm (100%)

- Triệu chứng cận lâm sàng: Bạch cầu tăng (65,2%), tiểu cầu chủ yếu trong giới hạn bình thường, X-Quang: 73,9% trẻ có tổn thương mờ rải rác.

2. Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng viêm phổi nhiễm Adenovirus

Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng viêm phổi nhiễm Adenovirus đề tài nghiên cứu được là tuổi, tình trạng đồng nhiễm và tình trạng thiếu máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Taha Ibrahim Yousif. "Approach to a child with recurrent pneumonia". Sudan J paediatr, 2015, vol. 15, no. 2, 71–76.
- [2] Trần Quy, Trần Thị Hồng Vân. Bài giảng nhi khoa. Nhà xuất bản y học, 2013, 1:390-396.
- [3] Nguyễn Thị Mai Thùy, Tạ Anh Tuấn. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và một số yếu tố nặng liên

- quan đến viêm phổi nhiễm Adenovirus tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện nhi trung ương. Đại Học Y Hà Nội, 2018.
- [4] Hồ Sỹ Công, Đào Minh Tuấn. Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, các yếu tố tiên lượng nặng của viêm phổi nhiễm Adenovirus tại bệnh viện Nhi Trung Ương, 2019
- [5] Phùng Thị Bích Thủy. Xác định tỷ lệ nhiễm Adenovirus bằng kỹ thuật Real time PCR và một số đặc điểm dịch tễ ở trẻ em điều trị tại Viện nhi trung ương. Tạp chí y học thực hành, 2018, 10, 72–74.
- [6] Phạm Thu Hiền, Đào Minh Tuấn, Phùng Đăng Việt. Nghiên cứu thành phần dịch rửa phế quản ở bệnh nhân VPQP tái nhiễm tại khoa Hô hấp bệnh viện Nhi trung ương. Tạp chí YHTH, 2009, Số 4(65).
- [7] Đào Minh Tuấn, Phạm Thu Hiền, Trần Thị Thủy. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi có nhiễm Adenovirus ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi điều trị tại bệnh viện Nhi Trung Ương năm 2017-2018. Tạp chí y học thực hành, 2018, tháng 10- số 1 (133-137).
- [8] Đào Minh Tuấn, Nguyễn Thị Ngọc Trân. Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ và lâm sàng ở một số bệnh nhi viêm phế quản phổi do Adenovirus tại bệnh viện nhi Trung Ương từ tháng 1/2010 – 6/2010. Tạp chí y học thực hành, 2010, 10, 72–74.
- [9] Nguyễn Thị Ngọc Trân, Đào Minh Tuấn. Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhi viêm phế quản phổi do Adenovirus tại Bệnh viện nhi trung ương, Tạp chí y học thực hành, 2017, tập 739- số 10.

