

15. Child, C.G., 3rd.; Holswade, G.R.; McClure, R.D., Jr.; Gore, A.L.; O'Neill, E.A. Pancreaticoduodenectomy with Resection of the Portal Vein in the Macaca mulatta Monkey and in Man. Surg. Gynecol. Obstet. 1952, 94, 31 - 45.

16. Natalia O. Glebova, MD, PhD, Caitlin W. Hicks, MD, MS, Kristen M. Piazza, MSPAS, PA-C, Christopher J. Abularrage, MD, Andrew M. Cameron, MD, PhD, Richard D. Schulick, MD, MBA, Christopher L. Wolfgang, MD, PhD, and James H. Black III, MD, Aurora, Colo; and Baltimore, MD. Technical risk factors for portal vein reconstruction thrombosis in pancreatic

resection.. JOURNAL OF VASCULAR SURGERY. Volume 62, Number 2, 8/2015

17. Tashiro S et al. Surgical indication and significance of portal vein resection in biliary and pancreatic cancer. Surgery. 1991;109:481 - 7.

18. Siriwardana, H.P.; Siriwardena, A.K. Systematic Review of Outcome of Synchronous Portalsuperior Mesenteric Vein Resection During Pancreatectomy for Cancer. Br. J. Surg. 2006, 93, 662 - 673.

19. Akimasa Nakao. Selection and Outcome of Portal Vein Resection in Pancreatic Cancer. Cancers 2010, 2, 1990 - 2000.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ LÂM SÀNG CỦA VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG DO VI KHUẨN HEAMOPHILUS INFLUENZAE Ở TRẺ EM ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

ĐOÀN THỊ MAI THANH, BÙI SONG HƯƠNG
Bệnh viện Nhi Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện nhằm tìm ra một số đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn *Heamophilus influenzae* ở trẻ em điều trị tại Khoa Điều trị Tự nguyện A, Bệnh viện Nhi Trung ương (BVNTU) từ 1/10/2017 đến 30/09/2018.

Đối tượng nghiên cứu: 50 bệnh nhi viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn *Heamophilus influenzae* theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) lứa tuổi từ 1 tháng đến 15 tuổi nhập viện điều trị có xác định được vi khuẩn gây bệnh *Heamophilus influenzae* bằng bệnh phẩm dịch tỵ hầu.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả một loạt trường hợp bệnh.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy có 34 bệnh nhân là trẻ trai chiếm tỷ lệ 68%, tuổi hay gặp nhất là dưới 1 tuổi (42%). 30% bệnh nhi ở lứa tuổi dưới 12 tháng đến 5 tuổi và 28% trên 5 tuổi, tỷ lệ nam: nữ = 2,1:1 và 76% trẻ sống ở vùng thành thị. 100% trẻ nhập viện vì ho và 66,7% do sốt. Đa số bệnh nhân nghiên cứu được sử dụng kháng sinh trước vào viện (67,9%). Biểu hiện lâm sàng chủ yếu của viêm phổi do vi khuẩn là ho (100%), sốt (74%), khô khè (82%), rứt lõm lồng ngực (34%) và nghe có ran ẩm ở phổi (68%). Ngoài ra còn có các biểu hiện rối

loạn tiêu hóa, thiếu máu và nhịp tim nhanh. Bạch cầu tăng trong máu ngoại vi gặp ở 78% bệnh nhi, CRP tăng chiếm 54% và tổn thương dạng nốt, đám mờ nhỏ rải rác hai bên phổi trên X-quang là 80%.

Từ khóa: Viêm phổi cộng đồng: community pneumonia, Dịch tễ: epidemiological, Trẻ em: children.

SUMMARY

SOME CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COMMUNITY PNEUMONIA DUE TO BACTERIAL IN CHILDREN TREATED AT NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Objective: A case series study was conducted to find out some of the epidemiological characteristics of patients with Bacterial Pneumonia in children treated at the General A Department, National Hospital of Paediatrics (NHP) from 1/10/2017 đến 30/09/2018.

Study subjects: 50 pediatric patients according to criteria of World Health Organization (WHO) aged from 1 month to 15 years hospitalized.

Research methodology: A case series study.

Results: The study found that 34 patients were young men accounted for 68%, the age of which was less than 1 year old (42% of pediatric patients aged less than 12 months, 1-5 years 30%. And > 5 years (28%). male to female ratio = 2,1:1 and 76% of children living in the urban area. 100% of children hospitalized for cough and 74 % Fever. The majority of patients who study are used pre-admission antibiotics (67.9%). The principal clinical manifestations of bacterial

Chịu trách nhiệm: Đoàn Thị Mai Thanh

Email: maithanhnhp@gmail.com

Ngày nhận: 28/9/2021

Ngày phản biện: 25/10/2021

Ngày duyệt bài: 11/11/2021

pneumonia are: cough (100%), fever (74%), wheezing (82%), retreating thoracic (82%) And hear the moist flashes in the lungs (68%). There are also manifestations of gastrointestinal disorders, anemia and tachycardia. Leukocytosis in peripheral blood met in 78% of pediatric patients, increased CRP accounted for 54% and nodular lesions, small translucent scattered two-sided lung on X-rays was 80%.

Keywords: Community pneumonia, epidemiological, children.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi (VP) là bệnh phổ biến ở trẻ em với tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong cao đặc biệt ở trẻ dưới 5 tuổi. Theo báo cáo của Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc (UNICEF) và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) hằng năm trên toàn thế giới có khoảng 2 triệu trẻ em tử vong do VP^[1]. Cũng theo kết quả của một nghiên cứu phân tích hệ thống của tác giả Black RE phân tích về căn nguyên tử vong của trẻ em toàn cầu được đăng trên tạp chí Lancet, năm 2008 trên toàn thế giới có khoảng 8,795 triệu trẻ dưới 5 năm tuổi tử vong trong đó 18% là do VP^[2]. Căn nguyên gây VP trẻ em là vi rút, vi khuẩn và các vi sinh vật khác. Trong đó căn nguyên vi rút chiếm khoảng 50-70% các trường hợp VP ở trẻ em^[3]. Việc chẩn đoán căn nguyên VP ở trẻ em có vai trò đặc biệt quan trọng trong điều trị và tiên lượng bệnh.

Việc tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng để sớm có định hướng chẩn đoán căn nguyên và lựa chọn kháng sinh ban đầu phù hợp đóng vai trò quyết định đối với việc điều trị VP cộng đồng. Điều này giúp cải thiện tình trạng sử dụng kháng sinh không đúng và hạn chế sự gia tăng tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn ở cộng đồng.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bệnh phẩm là dịch tỵ hầu ngay khi bệnh nhân nhập viện trước khi sử dụng kháng sinh và kỹ thuật nuôi cấy đếm định danh vi khuẩn nhằm xác định căn nguyên gây bệnh và mô tả một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của các bệnh nhân có xác định được căn được căn nguyên *Haemophilus influenzae* gây CAP ở trẻ em điều trị Khoa Điều trị Tự nguyện A, BVNTƯ từ 10/2017-9/2018.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Gồm những trẻ lứa tuổi từ 1 tháng - 15 tuổi được chẩn đoán Viêm phổi cộng đồng điều trị tại Khoa Điều trị Tự nguyện A, Bệnh viện Nhi Trung ương từ 10/2017-9/2018.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn của WHO 2013^[6].

- + Ho xuất tiết đờm.
- + Nhịp thở nhanh.
- + Rút lõm lồng ngực, rút lõm cơ liên sườn nặng: khó thở nặng, tím tái, rối loạn nhịp thở, ngừng thở...
- + Nghe phổi: Ràn ẩm nhỏ hạt, có thể kèm ran rít, ran ngáy...
- + X-quang tim phổi: Đám mờ to nhỏ không đều, rải rác 2 phổi, tập trung vùng rốn phổi cạnh tim 2 bên, có thể tập trung ở 1 thùy hoặc 1 phân thùy phổi.

Chẩn đoán VP cộng đồng^[3]:

Bệnh nhân viêm phổi tại cộng đồng

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ dưới 1 tháng tuổi
- Bệnh nhân viêm phổi bệnh viện, bệnh nhân viêm phổi ngoài cộng đồng do căn nguyên khác hoặc chưa xác định được căn nguyên.
- Những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu nhưng gia đình không đồng ý tham gia.

2. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả loạt trường hợp bệnh (case series study). Trong đó trường hợp bệnh được xác định là một bệnh nhi được chẩn đoán là Viêm phổi cộng đồng nhập viện điều trị, được hỏi bệnh, theo dõi các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng khi nhập viện.

- Bệnh phẩm để xác định căn nguyên là là dịch tỵ hầu. Bệnh phẩm lấy được gửi đến phòng xét nghiệm trong vòng giờ đầu, được bảo quản lạnh và được tiến hành tại Khoa Vi sinh, Bệnh viện Nhi Trung ương.

3. Xử lý và phân tích số liệu

Tất cả các thông tin ghi nhận trên bệnh nhân được nhập vào bảng biến số của phần mềm thống kê STATA 16.0. Sử dụng các thuật toán thống kê thích hợp.

KẾT QUẢ

1. Một số đặc điểm dịch tễ viêm phổi cộng đồng ở trẻ em do vi khuẩn điều trị tại Khoa Tự nguyện A, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 10/2017-9/2018

1.1. Phân bố viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn theo tuổi

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi của nhóm viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn (n=50)

| Nhóm tuổi | Số bệnh nhân | % |
|--------------------|--------------|-----|
| <12 tháng | 21 | 42 |
| 12 tháng-<60 tháng | 15 | 30 |
| ≥ 60 tháng | 14 | 28 |
| Tổng | 50 | 100 |

Nhận xét: Phân tích sự phân bố theo nhóm tuổi của 84 bệnh nhân nghiên cứu cho thấy

lứa tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi chiếm 42%.

1.2. Phân bố viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn theo giới

Số bệnh nhân nam chiếm 61,9% nhiều hơn số bệnh nhân nữ chiếm 38,1%, tỷ lệ nam: nữ =1,6:1.

1.3. Phân bố viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn theo khu vực địa lý

Phân bố bệnh nhi Viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn đến BVNTW theo khu vực: Phần lớn bệnh nhân đến từ các tỉnh miền Bắc, trong đó 29/50 chiếm tỉ lệ 58% là từ Hà Nội, số lượng bệnh nhân đến từ một số tỉnh giáp ranh Hà Nội như Bắc Ninh, Vĩnh Phúc, Hưng Yên có nhỉnh hơn các tỉnh còn lại một chút.

Phân bố theo địa dư sinh sống: Phần lớn bệnh nhân đến từ các khu vực thành thị chiếm 76%, tỉ lệ rất nhỏ đến từ nông thôn chiếm 20% và miền núi chiếm 4%.

1.4. Phân bố viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn theo đặc điểm bản thân

Bảng 2. Phân bố ca mắc theo đặc điểm sinh sản và dinh dưỡng (n = 84)

| Đặc điểm bản thân | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|----------|-----------|
| Tuổi thai | | |
| Đủ tháng | 50 | 100 |
| Thiếu tháng | 0 | 0 |
| Phương pháp sinh | | |
| Đẻ thường | 16 | 32 |
| Đẻ mổ | 34 | 68 |
| Cân nặng khi sinh | | |
| Bình thường | 50 | 100 |
| Thấp cân <2500gram | 0 | 0 |

Nhận xét: Nghiên cứu các yếu tố tiền sử bản thân liên quan đến tình trạng viêm phổi cho thấy đa số các đối tượng nghiên cứu là trẻ đủ tháng, cân nặng khi sinh và hiện tại bình thường. Trẻ sinh mổ chiếm 68% trong khi trẻ sinh thường chiếm 32%.

Bảng 3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tiền sử tiêm chủng

| Tiêm chủng đầy đủ theo tuổi (TCMR) | n | % |
|------------------------------------|----|----|
| Có | 42 | 84 |
| Không | 8 | 16 |
| Tiêm phòng HI | | |
| Có | 13 | 26 |
| Không | 37 | 74 |

Nhận xét: Bệnh nhân được tiêm phòng đầy đủ theo chương trình tiêm chủng mở rộng theo lứa tuổi chiếm tỷ lệ 84%. Tỷ lệ trẻ trong nghiên cứu đã được tiêm phòng HI là 26%.

2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn

2.1. Đặc điểm lâm sàng

2.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử trước vào viện

Bảng 4. Tiền sử bệnh tật

| Tiền sử viêm đường hô hấp | n | % |
|--|----|----|
| Có | 42 | 84 |
| Không | 8 | 16 |
| Tiền sử viêm đường hô hấp trong vòng 6 tháng | n | % |
| < 3 lần | 24 | 48 |
| ≥ 3 lần | 26 | 52 |

Nhận xét: Số trẻ có tiền sử bị viêm đường hô hấp 84% trong đó số bệnh nhi tái diễn từ 3 lần trở lên trong vòng 6 tháng trước vào viện chiếm tỉ lệ cao hơn là 52%, số bị dưới 3 lần chiếm 48%.

Số loại kháng sinh bệnh nhân đã từng dùng trong vòng 12 tháng: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có số bệnh nhân sử dụng từ 3 loại kháng sinh khác nhau trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất là 44%. Có 30% bệnh nhân chưa từng dùng bất cứ kháng sinh gì, số trẻ dùng 1 hoặc 2 loại kháng sinh khác nhau đều chiếm tỉ lệ 26%.

Bảng 5. Tiền sử điều trị trước khi vào viện

| Thời gian bị bệnh trước khi vào viện | n | % |
|--------------------------------------|----|----|
| 1-3 ngày | 20 | 40 |
| ≥3 ngày | 30 | 60 |
| Sử dụng kháng sinh | | |
| Có | 38 | 76 |
| Không | 12 | 24 |

Nhận xét: Đa số bệnh nhân bị bệnh trước khi nhập viện từ 3 ngày trở lên, trong đó phần lớn đã sử dụng kháng sinh đường uống chiếm tỉ lệ 60 %, chỉ có 24 % chưa dùng kháng sinh trước khi đến viện.

2.1.2. Phân bố bệnh nhân theo lý do đến viện khám

Phân bố bệnh nhân theo lý do đến viện: Lý do đi khám bệnh thường gặp nhất là ho, với tỉ lệ là 49%, tiếp theo là sốt chiếm 32%, khô khè chiếm 18%. Các lý do khác chỉ chiếm tỷ lệ thấp.

2.1.3. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng cơ năng khi nhập viện

Bảng 7. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng cơ năng khi nhập viện

| Triệu chứng | n | % |
|----------------|----|-----|
| Sốt | 37 | 74 |
| Ho | 50 | 100 |
| Ăn, bú kém | 41 | 82 |
| Khó thở | 8 | 16 |
| Khô khè | 50 | 100 |
| Tiêu chảy, nôn | 7 | 14 |

Nhận xét: Ho, khô khè là triệu chứng hay gặp nhất ở 100% các trường hợp, các triệu chứng hay gặp khác là ăn, bú kém chiếm tỉ lệ tương

ứng là 82%. Sốt gặp ở 74% bệnh nhân, tiếp theo là các dấu hiệu khó thở chiếm 16%. Biểu hiện về đường tiêu hóa như ỉa chảy, nôn chiếm tỷ lệ thấp 14%.

2.1.4. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng thực thể khi nhập viện

Bảng 8. Đặc điểm về các triệu chứng thực thể theo nhóm nghiên cứu

| Triệu chứng | n | % |
|-------------------|----|-----|
| Rút lõm lồng ngực | 8 | 16 |
| Tím | 4 | 8 |
| Thở rên | 2 | 4 |
| Ban trên da | 2 | 4 |
| Khò khè | 50 | 100 |
| Da xanh | 15 | 30 |

Nhận xét: 100% bệnh nhân có biểu hiện khó khè, 30% có biểu hiện da xanh. Triệu chứng thực thể khi nghe phổi: Phân tích triệu chứng thực thể của bệnh nhân cho thấy biểu hiện khó khè gặp với tỉ lệ cao (lần lượt là 100%). Triệu chứng thở rên ít gặp, chiếm 4%. Nghe phổi thường gặp nhất là ran ẩm chiếm 68%.

2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

2.2.1. Đặc điểm X quang phổi

Bảng 9. Đặc điểm về hình ảnh XQ phổi theo nhóm nghiên cứu

| Hình ảnh X quang | n | % |
|---------------------------------|----|----|
| Đông đặc phế nang | 10 | 20 |
| Tổn thương dạng nốt, đám mờ nhỏ | 40 | 80 |
| Tràn dịch màng phổi | 0 | 0 |
| Tổn thương khác | 6 | 12 |

Nhận xét: Bảng trên cho thấy tổn thương thường gặp nhất trên phim chụp Xquang ngực thẳng là dạng nốt, đám mờ nhỏ rải rác chiếm 80%, kể đến là hình ảnh đông đặc nhu mô phổi chiếm tỉ lệ 20%.

2.2.2. Đặc điểm huyết học

Bảng 10. Đặc điểm biến đổi huyết học theo nhóm nghiên cứu

| Chỉ tiêu | n | % |
|-----------------------------------|----|----|
| Bạch cầu (nghìn/mm ³) | | |
| Bình thường | 11 | 22 |
| Tăng | 39 | 78 |
| Bạch cầu trung tính | | |
| Bình thường | 42 | 84 |
| Tăng | 8 | 16 |
| Hemoglobin (g/l) | | |
| Không thiếu | 38 | 76 |
| Thiếu nhẹ | 12 | 24 |
| CRP | | |
| Bình thường | 25 | 50 |
| Tăng | 25 | 50 |

Nhận xét: Kết quả phân tích huyết học cho thấy phần lớn bệnh nhân có tỉ lệ bạch cầu tăng so với lứa tuổi chiếm tỉ lệ 78%. Về công thức

bạch cầu thì có 84% bệnh nhân có bạch cầu đa nhân trung tính tăng. CRP tăng ở 50% số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu.

BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm dịch tễ viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn

1.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thể hiện ở bảng 1 nhóm trẻ dưới 1 tuổi có tỷ lệ cao nhất, chiếm 42%, điều này có thể được lí giải dựa vào đặc điểm về cấu trúc cũng như sinh lý của hệ hô hấp và hệ miễn dịch chưa hoàn thiện, vì thế trẻ càng nhỏ nguy cơ mắc viêm phổi và viêm phổi nặng càng cao.

Kết quả này cũng tương tự như một số nghiên cứu gần đây về viêm phổi ở trẻ em khác.

Nghiên cứu của Bùi Văn Chân tại BV Nhi Trung ương từ tháng 9/2004 đến tháng 5/2005 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân bị viêm phổi dưới 12 tháng là 71,3%^[6], còn theo NC của Hồ Sỹ Công tại Khoa Nhi Bệnh viện Bạch Mai từ 01 tháng 01 năm 2010 đến 30 tháng 8 năm 2010 tỉ lệ này là 59,6%^[7].

Nghiên cứu của Lê Vũ Anh tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 5 năm 2015 đến tháng 10 năm 2015 về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phản ứng đáp ứng viêm trong viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em, ta thấy tỷ lệ bệnh nhi bị viêm phổi dưới 12 tháng chiếm 58,8%^[8].

Theo Quách Ngọc Ngân, nghiên cứu viêm phổi cộng đồng ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ trong 196 trẻ có 48% trẻ dưới 12 tháng^[9].

1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

61,9% trẻ mắc viêm phổi do vi khuẩn là nam, còn lại 38,1% là nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,6:1. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu về viêm phổi ở trẻ em khác.

Nghiên cứu của Nguyễn Thành Nhôm trên 130 trường hợp trẻ viêm phổi nhập viện từ tháng 6/2014-5/2015 ở Vĩnh Long, có 46,9% nam và 53,1% nữ^[10].

Theo Quách Ngọc Ngân^[8], trong 196 trẻ VPMPTCD ở Cần Thơ có tỷ lệ nam/ nữ là 1,9/1.

Nghiên cứu của Lê Vũ Anh về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phản ứng đáp ứng viêm trong viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi Trung ương có tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1^[8].

Về mặt di truyền trẻ nữ có lượng gen điều hòa miễn dịch trên nhiễm sắc thể X nhiều hơn ở nam nên khả năng điều hòa miễn dịch tốt

hơn, ngoài ra do đặc điểm giới tính trẻ nam hiếu động hơn, tiếp xúc với môi trường bên ngoài và các tác nhân nhiều hơn, dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh cao hơn.

Một yếu tố nữa là do quan điểm Á Đông thường coi trọng con trai hơn dẫn đến sự mất cân bằng về giới tính thể hiện càng rõ, trong những năm gần đây tỉ lệ trẻ nam trong quần thể cao hơn hẳn trẻ nữ.

1.3. Phân bố theo vùng địa lý

Đa số bệnh nhân của chúng tôi đến từ các tỉnh phía Bắc trong đó khu vực Hà Nội chiếm ưu thế lớn.

Số bệnh nhân sống ở vùng thành thị chiếm ưu thế so với vùng nông thôn với tỉ lệ tương ứng là 76% và 24%, có thể được lí giải do lượng bệnh nhân đến khám và điều trị đa số là từ nội thành Hà Nội.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá là khác biệt so với các nghiên cứu trước đây.

Theo nghiên cứu của Lê Văn Tráng, nghiên cứu nhóm viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa có 109/151 bệnh nhân sống ở nông thôn chiếm tỉ lệ 72,2%, và 42/151 trẻ chiếm 27,8% sống ở thành thị^[11].

Tại Bệnh viện Nhi Trung ương, nghiên cứu của Lê Vũ Anh nghiên cứu 51 trẻ bị viêm phổi có tỉ lệ trẻ sống ở nông thôn chiếm 62,7%, còn thành thị chiếm 37,3%^[8].

Sự khác biệt này chủ yếu là do yếu tố về mặt địa lý, BV Nhi TƯ nằm ở khu vực nội thành Hà Nội, tiếp nhận bệnh nhân đến khám chủ yếu từ khu vực này và các tỉnh tiếp giáp. Các bệnh nhân vùng nông thôn, miền núi do điều kiện kinh tế hạn chế hơn thường lựa chọn thăm khám và điều trị ban đầu ở các cơ sở y tế địa phương.

1.4. Phân bố theo đặc điểm bản thân

Như mô tả ở bảng 2 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là trẻ sinh đủ tháng, cân nặng lúc sinh và tình trạng dinh dưỡng hiện tại bình thường.

Tình trạng dinh dưỡng tốt có thể được lí giải dựa vào yếu tố địa dư, do phần lớn bệnh nhân sống ở thành thị nơi có điều kiện kinh tế xã hội tốt, trình độ dân trí cao, được tiếp cận tốt với các dịch vụ y tế, chăm sóc thai sản.

Tuy nhiên tỉ lệ sinh mổ tương đối lớn với chiếm 68%, và sinh thường là 32%. Một số nghiên cứu đã chỉ ra khi sinh mổ, việc đưa trẻ không được tiếp xúc với hệ vi sinh vật trong âm đạo mẹ, và việc phải sử dụng kháng sinh thường làm thay đổi hay làm chậm quá trình hình thành hệ vi sinh vật bình thường trú ngụ trong hệ tiêu hóa. Hệ vi sinh vật này đóng vai trò quan trọng trong đáp ứng miễn dịch ở trẻ mới

sinh, trẻ sinh mổ có thể có nguy cơ cao hơn mắc các bệnh về dị ứng, hen hay viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh.

Sinh mổ cũng làm chậm thời gian trẻ sơ sinh được tiếp xúc với mẹ và nhận được sữa non là nguồn dinh dưỡng giàu kháng thể giúp trẻ chống lại các tác nhân gây bệnh. Các yếu tố này làm tăng nguy cơ trẻ bị nhiễm trùng nói chung và viêm nhiễm đường hô hấp nói riêng.

Kết quả ở bảng 3 cho thấy phần lớn trẻ được tiêm chủng đầy đủ theo chương trình tiêm chủng mở rộng phù hợp với lứa tuổi chiếm tỉ lệ 84%. Vaccine phòng HI chưa được đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng nhưng tỷ lệ trẻ được tiêm phòng vaccine này vẫn còn ít, đạt 26%.

2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

2.1. Đặc điểm lâm sàng

2.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử trước vào viện

Kết quả nghiên cứu thể hiện ở bảng 4 của chúng tôi cho thấy tỉ lệ trẻ bị nhiễm trùng đường hô hấp tái diễn từ 3 lần trở lên là 24/40 chiếm tỉ lệ 48%. Tiền sử dùng kháng sinh cũng đáng chú ý, chỉ có 24% là chưa từng sử dụng 1 loại kháng sinh nào, có tới 44% sử dụng từ trên 3 đợt kháng sinh.

Theo các nghiên cứu trong nước và quốc tế từ trước đến nay thì phần lớn các đợt nhiễm trùng đường hô hấp ở trẻ em là do căn nguyên virus, vì thế việc sử dụng kháng sinh không những không có tác dụng mà còn làm tăng nguy cơ đề kháng của các loại vi khuẩn.

Tỉ lệ trẻ đã điều trị kháng sinh tại nhà trước khi vào viện là 67,9%, tỉ lệ này có thấp hơn so với một số nghiên cứu gần đây như của Phạm Xuân Phúc tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh là 70,6%^[12], và của Nguyễn Thị Thanh Xuân tại Bệnh viện Bắc Thăng Long là 83,2%^[13].

NC của Hồ Sỹ Công tại Khoa Nhi, Bệnh viện Bạch Mai có 80,8% bệnh nhi đã được sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện^[7].

Như vậy chúng tôi nhận thấy tỷ lệ dùng kháng sinh trước khi đến nhập viện qua các nghiên cứu là khá cao, điều này làm cho các triệu chứng trên lâm sàng khi vào viện có thể thay đổi và ảnh hưởng đến kết quả kháng sinh đồ.

Việc bệnh nhi đã sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện có tỷ lệ cao có thể do hệ thống y tế tư nhân, y tế dân lập, công lập phát triển, đồng nghĩa với việc đó trình độ thầy thuốc không đồng đều, dùng thuốc không rõ cơ chế bệnh sinh, theo thói quen...

Ngoài ra, do các cơ quan truyền thông cho phép các hãng dược phẩm quảng cáo đến từng người dân, số lượng và chủng loại kháng sinh

được bày bán ngày càng nhiều. Việc mua-bán kháng sinh một cách quá dễ dàng tại các quầy thuốc không cần kê đơn cũng làm tăng tỷ lệ trẻ dùng kháng sinh trước lúc nhập viện.

Thời gian bị bệnh trước khi nhập viện từ 3 ngày trở lên chiếm tỉ lệ cao 76,2%, và cũng tương tự như một số nghiên cứu trước đây như NC của Lê Vũ Anh về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phản ứng đáp ứng viêm trong viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em, thấy thời gian bị bệnh trên 3 ngày trước khi đến viện chiếm 78,4%^[8].

Như được mô tả ở bảng 6, kháng sinh thường được sử dụng cho trẻ trước nhập viện là amoxicillin và azithromycin đều có tỉ lệ 33,3%. Tỉ lệ chung cho nhóm macrolid (gồm azithromycin và clarithromycin) là 40,3%.

2.1.2. Phân bố bệnh nhân theo lý do đến viện khám

Có rất nhiều lý do khác nhau trẻ được đưa đến viện khám, như được thể hiện ở hình 3.5 trong nghiên cứu này thì lí do đi khám bệnh thường gặp nhất là ho, khò khè với tỉ lệ là 100% các trường hợp, tiếp theo là sốt (74%). Các lí do khác chỉ chiếm tỷ lệ thấp.

Kết quả này là do triệu chứng ho, sốt, khò khè là biểu hiện dễ được bố mẹ phát hiện hơn so với các dấu hiệu khó thở hay toàn thân khác. Các biểu hiện suy hô hấp nặng, tím ít gặp do điều kiện kinh tế và trình độ nhận thức của bố mẹ phát triển hơn nên người nhà có xu hướng mang trẻ đến viện khám sớm hơn.

Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu như của Nguyễn Thị Yến trong nghiên cứu trên bệnh nhi viêm phổi phải nhập viện điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương lý do vào viện là ho 96,9%, sốt 59% và khò khè 57,5%^[14].

2.1.3. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng cơ năng khi nhập viện

Ho là phản xạ bảo vệ của đường hô hấp, giúp tống đờm dãi và dị vật khỏi đường thở, ở nghiên cứu của chúng tôi ho là triệu chứng hay gặp nhất ở 100% các trường hợp. Trẻ bị viêm phổi thường mệt mỏi, do ho và đờm dãi nên dễ gây nôn chớ do vậy triệu chứng như ăn, bú kém cũng gặp với tỉ lệ cao 82%. Sốt là dấu hiệu không đặc hiệu, là phản ứng bảo vệ của cơ thể khi có tình trạng viêm nhiễm gặp ở 74% bệnh nhân, có thấp hơn so với một số NC như của Lê Vũ Anh về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phản ứng đáp ứng viêm trong viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em, sốt chiếm 90,2% ở trẻ viêm phổi vi khuẩn^[8], hay NC của Hồ Sỹ Công về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa Nhi Bệnh

viện Bạch Mai, có 82,6% bệnh nhân viêm phổi có sốt^[7].

Tiếp theo là các dấu hiệu khác như khó thở chiếm 16%. Triệu chứng về đường tiêu hóa của chúng tôi chiếm 14%, thấp hơn nghiên cứu của Lê Vũ Anh^[8] triệu chứng tiêu hóa ở trẻ viêm phổi do vi khuẩn chiếm 15,7%.

2.1.4. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng thực thể khi nhập viện

Phân tích triệu chứng thực thể của bệnh nhân cho thấy các biểu hiện khô khè gặp với tỉ lệ cao (100%). Triệu chứng thờ rên ít gặp, chiếm 4%. Triệu chứng thực thể thường gặp nhất tại phổi là ran ẩm, chiếm 68%, là triệu chứng đặc hiệu trong viêm phổi. Các triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự như các nghiên cứu về viêm phổi khác.

Nghiên cứu của Lê Vũ Anh, ở trẻ viêm phổi vi khuẩn rút lõm lồng ngực (74,5%) và nghe phổi có ran ẩm (76,5%)^[8].

Theo nghiên cứu về viêm phổi tái nhiễm ở trẻ em của Đào Minh Tuấn^[15], 93,6% trẻ có ran ở phổi.

NC của chúng tôi cho thấy dấu hiệu nhịp tim nhanh có tỉ lệ khá cao là 48,8%. Các nguyên nhân gây tăng nhịp tim ở trẻ VP có thể kể đến: sốt, tình trạng khó thở, ăn uống kém, nôn trớ gây giảm thể tích.

Biểu hiện thiếu máu chiếm tỉ lệ nhỏ 24%, thấp hơn rất nhiều so với các NC khác.

2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

2.2.1. Đặc điểm X quang phổi

Xquang phổi là xét nghiệm cận lâm sàng thường quy, rẻ và có thể thực hiện được tại rất nhiều cơ sở y tế, mặc dù vậy nó rất quan trọng trong việc hỗ trợ chẩn đoán, xác định vị trí tổn thương, mức độ nặng và tiên triển cũng như hiệu quả điều trị. Tổn thương chiếm ưu thế ở trên phim X-quang phổi thẳng của bệnh nhân viêm phổi trong NC của chúng tôi là tổn thương dạng nốt, đám mờ nhỏ rải rác chiếm tỉ lệ 80%. Điều này phù hợp với các NC về viêm phổi do vi khuẩn từ trước đến nay.

Theo NC về đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân của trẻ viêm phổi do vi khuẩn tại khoa hô hấp, BV Nhi TƯ của Đào Minh Tuấn (2011) tổn thương chủ yếu là hình ảnh thâm nhiễm thành đám với tỉ lệ 49,1%, và thâm nhiễm rải rác chiếm 15,1%^[16].

Nghiên cứu của Lê Vũ Anh tổn thương thường gặp nhất trên phim X-quang ở trẻ viêm phổi do vi khuẩn là các đám mờ tập trung và rải rác, chiếm 60,8%^[8].

2.2.2. Đặc điểm huyết học, sinh hóa

- Số lượng bạch cầu tăng đặc biệt là bạch cầu đa nhân trung tính có giá trị chẩn đoán cao trong các bệnh lý do vi khuẩn. Trong NC của chúng tôi số bệnh nhân có tỉ lệ bạch cầu tăng so với lứa tuổi là 78%, về công thức bạch cầu có 84%. Các NC trước đây cũng có kết quả tương tự.

Theo Bùi Văn Chân^[6] về nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng trong viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Trung Ương, tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu tăng là 61,2%, số lượng bạch cầu trung tính > 5 G/l chiếm 76,7%. Trong NC của Hồ Sỹ Công bệnh nhi viêm phổi có số lượng bạch cầu tăng chiếm tỷ lệ 65,1%^[7]. Kết quả NC của Lê Văn Tráng^[11] số bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng chiếm 60,3%.

Nghiên cứu của Đào Minh Tuấn về đặc điểm lâm sàng của trẻ viêm phổi do vi khuẩn tại khoa hô hấp, bệnh viện Nhi TƯ cho thấy trẻ có bạch cầu đa nhân trung tính tăng chiếm 87,2%^[16].

- Tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ trong NC này chiếm tỉ lệ nhỏ 22,6%, không có trẻ thiếu máu vừa và nặng. Kết quả này thấp hơn nhiều so với các NC khác về viêm phổi trẻ em. Nghiên cứu của Đào Minh Tuấn ở trẻ viêm phổi do vi khuẩn tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi Trung ương trong 5 năm (từ 2006 - 2010) cho thấy tỷ lệ Hb < 10 g/l là 65,5%. Còn theo Lê Vũ Anh^[8] tỉ lệ bệnh nhi bị viêm phổi do vi khuẩn có biểu hiện thiếu máu là 49%.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Yến ở trẻ bị viêm phổi dưới 1 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung Ương nhận thấy thiếu máu chiếm tỷ lệ 65,9%^[14].

Nghiên cứu của Bùi Văn Chân ở trẻ bị viêm phổi nặng nhận thấy thiếu máu chiếm tỷ lệ 63,79%^[6].

Sở dĩ có sự khác biệt này có thể là do bệnh nhân trong nhóm NC đa số đến từ các khu vực thành thị, điều kiện về kinh tế vật chất cùng kiến thức về dinh dưỡng và chăm sóc của các bà mẹ tốt hơn nên tỷ lệ trẻ thiếu máu cũng giảm hơn.

- Mặc dù không phải là marker đặc hiệu cho nhiễm khuẩn, CRP vẫn được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán các quá trình viêm, gợi ý cho các bác sỹ lâm sàng việc có sử dụng kháng sinh hay không, cũng như việc đáp ứng với kháng sinh như thế nào. Như trình bày ở trên CRP tăng ở 50% số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các tác giả khác.

NC ở 102 bệnh nhân viêm phổi có từ 2 đến 5 tuổi tại bệnh viện Trung ương Huế của Bùi Bình Bảo Sơn, có 82,9% bệnh nhân viêm phổi có nồng độ CRP tăng với giá trị trung bình 32,25 ± 41,45 mg/l^[17].

Như vậy CRP vẫn được xem là chỉ số có ý nghĩa định hướng trong chẩn đoán viêm phổi do vi khuẩn.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 50 bệnh nhân cho thấy có 34 bệnh nhân là trẻ trai chiếm tỷ lệ 68 %, tuổi hay gặp nhất là dưới 1 tuổi (42%), tỷ lệ nam: nữ =1,6:1 và 76% trẻ sống ở vùng thành thị. 100% trẻ nhập viện vì ho và 66,7% do sốt. Đa số bệnh nhân nghiên cứu được sử dụng kháng sinh trước vào viện (66,7%). Biểu hiện lâm sàng chủ yếu của viêm phổi do vi khuẩn là: ho (100%), sốt (66,7%), khô khè(82%), rút lõm lồng ngực (34%) và nghe có ran ẩm ở phổi (68%). Ngoài ra còn có các biểu hiện rối loạn tiêu hóa, thiếu máu và nhịp tim nhanh. Bạch cầu tăng trong máu ngoại vi gặp ở 78% bệnh nhi, CRP tăng chiếm 54% và tổn thương dạng nốt, đám mờ nhỏ rải rác hai bên phổi trên X-quang là 80%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. United Nations Children's Fund (UNICEF) (2008). The State of theWorld's Children 2008, Child survival: Where we stand, Hatteras Press, Inc.
2. Black R.E., Cousens S., Johnson H.L. et al (2010). Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet*, 375, 1969 - 87.
3. Rudan I., Pinto C.B., Biloglav Z. et al (2008). Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 408-416.
4. WHO.
5. Bộ Y tế (2006). Tài liệu hướng dẫn kỹ năng lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh tập 1, Nhà xuất bản y học. 5-6.
6. Bùi Văn Chân (2005), "Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng trong viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi", Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II
7. Hồ Sỹ Công (2011). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Khoa Nhi Bệnh viện Bạch Mai", Luận văn Tốt nghiệp Thạc sĩ Y học.
8. Lê Vũ Anh. (2015). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phản ứng đáp ứng viêm trong viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
9. Quách Ngọc Ngân, Phạm Thị Minh Hồng (2014) "Đặc điểm lâm sàng và vi sinh của viêm phổi cộng đồng ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 18 (phụ bản số 1), tr.294-300.
10. Nguyễn Thành Nhôm và cộng sự (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". Kỹ yếu Đề tài Nghiên cứu Khoa học Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Long.

11. **Lê Văn Tráng** (2012). "Nghiên cứu tình trạng kháng kháng sinh trong viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa". Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội.

12. **Phạm Xuân Phúc** (2013). "Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi ở trẻ em dưới 6 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh". Luận văn Tốt nghiệp Dược sĩ chuyên khoa cấp I. Đại học Dược Hà Nội.

13. **Nguyễn Thị Thanh Xuân** (2013). "Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi ở trẻ em tại Khoa Nhi, Bệnh viện Bắc Thăng Long". Luận văn Tốt nghiệp Thạc sĩ Dược học. Đại Học Dược Hà Nội.

14. **Nguyễn Thị Yên** (2012). "Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh viêm phế quản phổi ở trẻ dưới 1 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương", Tạp chí Y học Việt Nam, số 1/2012, Tr.142-147.

15. **Đào Minh Tuấn** (2002). "Viêm phế quản phổi tái nhiễm ở trẻ em: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số nguyên nhân qua nội soi phế quản". Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

16. **Đào Minh Tuấn** (2011). "Đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân của trẻ viêm phổi do vi khuẩn tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi Trung ương trong 5 năm (từ 2006 - 2010)", Tạp chí Y học thực hành, số 3/2011, tr 126 - 129.

17. **Bùi Bình Bảo Sơn** (2007). "Nghiên cứu nồng độ hs-CRP ở bệnh nhi viêm phổi từ 2 đến 5 tuổi tại Bệnh viện Trung ương Huế", Tạp chí Y học thực hành, số 6/2007, 55.

KẾT QUẢ THANH QUYẾT TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÀI GÒN GIAI ĐOẠN 2018 - 2020

NGUYỄN NGỌC VINH¹,
NGUYỄN KHÁC VUI¹, NGUYỄN THU HÀ²
¹Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn,
²Trường Đại học Y tế Công cộng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích kết quả thanh quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT) của Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn năm 2018 - 2020.

Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng bảng kiểm hồi cứu bộ số liệu liên quan đến việc thanh toán chi phí BHYT của Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn năm 2018 - 2020.

Kết quả: Số tiền KCB BHYT đề nghị thanh toán lần lượt là 49,9 tỷ, 51,2 tỷ và 50,1 tỷ từ 2018 đến 2020. Số tiền chưa được chấp nhận thanh toán là 1,6 tỷ (năm 2018), đến 2019 và 2020 giảm còn 530 triệu và 630 triệu. Số tiền đề nghị thanh toán ngoại trú luôn gấp đôi nội trú nhưng nội trú có xu hướng tăng nhanh. Tồn tại nhiều lý do chủ quan khiến chi phí KCB BHYT chưa được chấp nhận thanh toán.

Kết luận: Bệnh viện cần tập trung khắc phục các lý do chủ quan dẫn đến chưa được chấp

nhận thanh toán; tập trung cải thiện hiệu quả thanh quyết toán chi phí KCB BHYT ngoại trú khi thay đổi phương thức chi trả sang định suất; KCB BHYT nội trú tại Khoa Nội tổng hợp và đối với các nhóm chi phí có tỷ lệ chưa được chấp nhận thanh toán đang tăng nhanh.

Từ khóa: Bảo hiểm y tế, thanh quyết toán, chi phí khám chữa bệnh.

SUMMARY

SOCIAL HEALTH INSURANCE
REIMBURSEMENT RESULTS OF SAI GON
GENERAL HOSPITAL, 2018-2020

Objective: To analyze the social health insurance reimbursement results of Sai Gon General Hospital from 2018 to 2020.

Methods: Employing reimbursement data set provided by Sai Gon General Hospital from 2018 to 2020.

Methods: Employing reimbursement data set provided by Sai Gon General Hospital from 2018 to 2020.

Results: The total amount requested for reimbursement was 49.9 billion, 51.2 billion and 50.1 billion respectively for year 2018, 2019 and 2020. The total amount that has not been accepted for reimbursement was 1.6 billion, 530

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Ngọc Vinh

Email: ngngvinh90@gmail.com

Ngày nhận: 14/9/2021

Ngày phản biện: 11/10/2021

Ngày duyệt bài: 18/10/2021