

quan với đặc điểm vị trí, hình dạng và bề mặt polyp trên nội soi.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thanh Hà, Nguyễn Linh Toàn, Nguyễn Quang Duật, Dương Quang Huy,** Nghiên cứu hình ảnh nội soi, mô bệnh học của polyp đại trực tràng kích thước trên 10 mm, Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. Tập 517, tháng 08, số 02, năm 2022.
2. **Brenner, H., et al.,** Role of colonoscopy and polyp characteristics in colorectal cancer after colonoscopic polyp detection: a population-based case-control study, *Ann Intern Med*, 2012. 157(4): p. 225-32.
3. **Ferlay, J., et al.,** Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012, *Int J Cancer*, 2015. 136(5): p. E359-86.
4. **Jung, K.W., et al.,** Cancer Statistics in Korea: Incidence, Mortality, Survival, and Prevalence in 2016, *Cancer Res Treat*, 2019. 51(2): p. 417-430.
5. **Kim, E.C. and P. Lance,** Colorectal polyps and their relationship to cancer. *Gastroenterol Clin North Am*, 1997. 26(1): p. 1-17.
6. **Nagtegaal, I.D., et al.,** The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology*, 2020. 76(2): p. 182-188.
7. **Parsa, N., et al.,** Risk of cancer in 10-19mm endoscopically detected colorectal lesions, *Endoscopy*, 2019. 51(5): p. 452-457.
8. **Silva, S.M., et al.,** Influence of patient age and colorectal polyp size on histopathology findings, *Arq Bras Cir Dig*, 2014. 27(2): p. 109-13.
9. **Sousa Andrade, C., et al.,** [A thousand total colonoscopies: what is the relationship between distal and proximal findings?], *Acta Med Port*, 2008. 21(5): p. 461-6.
10. **Turner, K.O., R.M. Genta, and A. Sonnenberg,** Lesions of All Types Exist in Colon Polyps of All Sizes, *Am J Gastroenterol*, 2018. 113(2): p. 303-306.

## ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG CỦA VIÊM PHỔI NẶNG DO ADENOVIRUS TẠI TRUNG TÂM BỆNH NHIỆT ĐỐI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2022

Nguyễn Thị Thanh Thụy<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Lâm<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

Viêm phổi do Adenovirus gây bệnh cảnh nặng nề và có thể để lại hậu quả lâu dài trên đường hô hấp. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng tử vong của viêm phổi nặng do Adenovirus tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới – Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang hồi cứu trên tất cả các hồ sơ bệnh án chẩn đoán viêm phổi nặng do Adenovirus, điều trị tại Trung tâm bệnh nhiệt đới – Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/01/2022 - 31/12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhi nghiên cứu là 20,10 ± 15,54(tháng), tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ (nam chiếm 64,4%). Các ca bệnh tập trung từ tháng 8 đến tháng 12. Đặc điểm lâm sàng thường thấy: sốt (99,1%), số ngày sốt trung bình 9,01 ± 5,06 (ngày), ho (98,6%), viêm long đường hô hấp trên (89,4%), khó thở (100%), ral phổi (100%), suy hô hấp độ II (86,1%), suy hô hấp độ III (13,9%), thở oxy (87%), thở máy (39,4%). Các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhi viêm phổi nặng do Adenovirus: thời gian mắc bệnh > 7 ngày, suy hô hấp độ III, thở máy, suy đa tạng. **Kết luận:** Viêm phổi nặng do Adenovirus có đặc điểm lâm sàng đa dạng, tương đối giống với các tác nhân virus khác

nhưng diễn biến nặng và kéo dài hơn. Một số yếu tố tiên lượng tử vong của viêm phổi nặng do Adeno virus là thời gian mắc bệnh > 7 ngày, suy hô hấp độ III, thở máy, suy đa tạng.

**Từ khóa:** Viêm phổi nặng, Adenovirus.

#### SUMMARY

#### CLINICAL EPIDEMIOLOGY CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS FOR MORTALITY OF SEVERE ADENOVIRUS PNEUMONIA IN CHILDREN AT CENTER FOR TROPICAL DISEASES OF NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Adenovirus pneumonia causes severe symptoms and can have long-term consequences on the respiratory system. **Objectives:** Describe the epidemiological, clinical characteristics and risk factors for mortality of severe Adeno virus pneumonia in children at center for tropical diseases of national children's hospital in 2022. **Methods:** cross-sectional descriptive study, all patients medical record with confirmed diagnosis of severe Adenovirus pneumonia at center for tropical diseases of national children's hospital from 01/01/2022 to 31/12/2022. **Results:** The average age of pediatric patients is 20.10 ± 15.54 months, the males is more than females (account for 64.4%). Most of the cases are admitted to hospital from August to December. Common clinical symptom: fever (99.1%), average number of fever days 9.01 ± 5.06; cough 98.6%, upper respiratory tract inflammation 89.4%, Shortness of breath 100%, ral 100%, respiratory failure grade II 86.1%, grade III

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Thụy

Email: drnguyen80@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.8.2024

Ngày duyệt bài: 29.8.2024

13.9%, oxygen 87%, mechanical ventilation 39.4%. Duration of illness >7 days, respiratory failure grade III, mechanical ventilation and multiple organ dysfunction syndrome are risk factor for mortality of severe Adeno virus pneumonia. **Conclusion:** Severe adenoviral pneumonia has diverse clinical manifestations, relatively similar to other viral agents but with more severe and prolonged course. Risk factor for mortality of severe Adenovirus pneumonia are: Duration of illness > 7 days, respiratory failure grade III, mechanical ventilation and multiple organ dysfunction syndrome.

**Keywords:** Severe pneumonia, Adenovirus.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh lý thường gặp ở trẻ em, bệnh có thể diễn biến nặng rất nhanh và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt là các nước đang phát triển. Những dữ liệu gần đây cho thấy có khoảng 120 triệu ca viêm phổi cộng đồng mỗi năm và gần 1 triệu ca tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi.<sup>8</sup> Viêm phổi có thể gây ra do nhiều loại tác nhân khác nhau, trong đó virus là nguyên nhân chủ yếu. Viêm phổi do virus chiếm 60 – 70% các trường hợp viêm phổi, trong đó viêm phổi do Adenovirus ít gặp hơn so với virus hợp bào hô hấp nhưng lại gây bệnh cảnh nặng nề và có thể để lại hậu quả lâu dài trên đường hô hấp.<sup>2,6</sup> Các tổn thương hoại tử biểu mô, thâm nhiễm viêm gây xơ hóa phổi, tăng sinh mô hạt gây tắc nghẽn tiểu phế quản... là những tổn thương mô bệnh học đặc trưng trong viêm tiểu phế quản tắc nghẽn sau viêm phổi do virus Adeno ở trẻ em.

Trung tâm Bệnh nhiệt đới – Bệnh viện Nhi Trung ương là một trong những Trung tâm lớn trong điều trị các bệnh truyền nhiễm cấp tính của trẻ em tại Việt Nam. Trong năm 2022, Trung tâm đã tiếp nhận và điều trị nhiều trường hợp bệnh nhi viêm phổi nặng có kết quả dương tính với Adenovirus với diễn biến lâm sàng rầm rộ, tiến triển nhanh, tỷ lệ tử vong cao. Tại Việt Nam hiện nay có ít nghiên cứu đầy đủ về dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá một số yếu tố liên quan đến tử vong của Viêm phổi nặng do Adenovirus ở trẻ em. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng tử vong ở trẻ em viêm phổi nặng nhiễm Adenovirus tại Bệnh viện Nhi trung ương năm 2022”. Nghiên cứu được thực hiện nhằm hai mục tiêu sau

1. Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng viêm phổi nặng Adenovirus ở trẻ em tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới – Bệnh viện Nhi TW năm 2022.

2. Nhận xét một số yếu tố tiên lượng tử vong ở trẻ em viêm phổi nặng do Adenovirus tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới – Bệnh viện TW năm 2022.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các hồ sơ bệnh án được chẩn đoán viêm phổi nặng do Adenovirus, điều trị tại Trung tâm bệnh nhiệt đới – Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/01/2022 - 31/12/2022.

### ❖ Tiêu chuẩn chọn:

- Hồ sơ bệnh án của bệnh nhi từ 1 tháng tuổi đến 16 tuổi, được chẩn đoán viêm phổi mức độ nặng, theo “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, phòng và kiểm soát lây nhiễm bệnh do vi rút Adeno ở trẻ em” của Bộ Y tế năm 2022.<sup>6</sup>

- Xét nghiệm PCR Adenovirus trong dịch tỵ hầu hoặc dịch nội khí quản (+).

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Hồ sơ không được cập nhật đầy đủ các thông tin về ngày vào viện, tuổi, giới, địa chỉ, chẩn đoán, phương pháp điều trị, kết quả điều trị.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

❖ **Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp mô tả cắt ngang hồi cứu.

❖ **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, lấy tất cả các hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

### 2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm bệnh nhiệt đới – Bệnh viện Nhi Trung ương. Thời gian: Tiến hành hồi cứu các bệnh án nhập viện tại trung tâm bệnh Nhiệt Đới – Bệnh viện Nhi Trung Ương từ 01/01/2022 đến 31/12/2022.

**2.5. Phương pháp xử lý số liệu.** Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê Y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**2.6. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được Hội đồng khoa học Bệnh viện Nhi Trung ương và Hội đồng đề cương Bác sĩ chuyên khoa II của trường Đại học Y Hà Nội cho phép thực hiện. Nghiên cứu chỉ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân, không nhằm mục đích nào khác. Đảm bảo bảo mật thông tin của các hồ sơ của các cá nhân tham gia nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

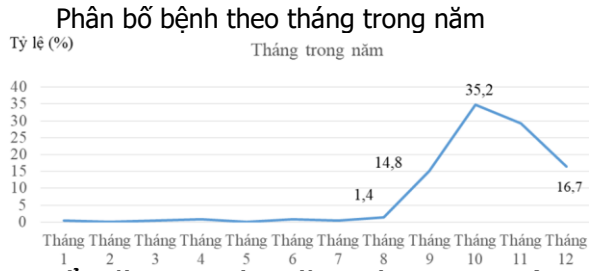
### 3.1. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng

#### 3.1.1 Đặc điểm dịch tễ

##### Tuổi và giới

- Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở nhóm tuổi 12 – 72 tháng (62%). Tuổi trung bình của bệnh nhi nghiên cứu là  $20,10 \pm 15,54$  tháng tuổi. Nhỏ nhất là 01 tháng tuổi, lớn nhất là 84 tháng tuổi.

- Tỷ lệ bệnh nhi nam gặp nhiều hơn bệnh nhi nữ. Nam chiếm 64,4%, nữ chiếm 35,2%. Tỷ lệ Nam/nữ  $\approx 1,8$ .



**Biểu đồ 3.1. Phân bố ca bệnh theo tháng trong năm**

**Nhận xét:** Các ca bệnh xảy ra lẻ tẻ trong năm, bắt đầu tăng từ tháng 9 (14,8%), đỉnh điểm vào tháng 10 (35,2%) và tháng 11 (29,6%), giảm dần vào tháng 12 (16,7%).

**3.1.2. Đặc điểm lâm sàng**

Triệu chứng toàn thân

**Bảng 3.1. Đặc điểm sốt**

Triệu chứng		Số bệnh nhi (n=216)	Tỷ lệ (%)
Mức độ sốt	Không sốt	2	0,9
	Nhẹ (Từ 38 °C đến 39°C)	60	27,8
	Vừa (Từ 39,1°C đến 40°C)	133	61,6
	Cao (Từ 40,1 °C đến 41°C)	6	2,8
	Rất cao (≥ 41,1°C)	15	6,9
Thời gian sốt	Sốt < 7 ngày	77	35,6
	Sốt ≥ 7 ngày	139	64,4
	Thời gian sốt TB (ngày) X ± SD	9,01 ± 5,06 (min 0, max 29)	

**Nhận xét:** Sốt từ 39,1°C đến 40°C chiếm tỷ lệ cao nhất (62%). Bệnh nhi thường sốt kéo dài với thời gian sốt trung bình là 9,01 ± 5,06 ngày và tỷ lệ sốt trên 7 ngày chiếm 64,4%.

Triệu chứng cơ năng của viêm phổi nặng do

**Bảng 3.4. Liên quan giữa một số yếu tố dịch tễ lâm sàng đến nguy cơ tử vong của viêm phổi nặng do Adenovirus** \*:  $\chi^2$  test

Yếu tố	Sống n (%)	Tử vong n (%)	OR	95%CI	p*
Tuổi ≤ 12 tháng	71 (36,2)	7 (35)	1,055	0,402 – 2,766	0,914
Giới nam	128 (65,3)	12 (60)	1,255	0,489 – 3,218	0,637
Thời gian mắc bệnh > 7 ngày	46 (23,5)	9 (45)	2,668	1,041 – 6,836	0,041
Sốt ≥ 39°C	177 (90,3)	18 (90,0)	0,966	0,208 – 4,487	0,965
SHH độ III	23 (11,7)	7 (35)	4,050	1,465 – 11,194	0,007
Thở máy	65 (33,2)	20 (100)	0,332	0,272 – 0,405	0,000
Thời gian thở máy ≥ 7 ngày	40 (20,4)	11 (55)	4,767	1,849 – 12,228	0,001
Thời gian thở Oxy ≥ 30 ngày	5 (2,6)	0 (0)	0,974	0,953 – 0,997	0,999
Thời gian ĐT ≥ 30 ngày	48 (24,5)	2 (10)	0,343	0,077 – 1,530	0,161
Suy đa tạng	0	10 (50)	2	1,290 – 3,100	0,000

**Nhận xét:** - Bệnh nhi có thời gian mắc bệnh > 7 ngày có nguy cơ tử vong cao gấp 2,688 lần so với nhóm có thời gian mắc bệnh ≤ 7 ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI: 1,041 – 6,836, p = 0,041.

Adenovirus

**Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng của viêm phổi nặng do Adenovirus**

Triệu chứng cơ năng	Số bệnh nhi (n=216)	Tỷ lệ (%)
Ho	213	98,6
Viêm long hô hấp trên	193	89,4
Viêm kết mạc	30	13,9
Ban ngoài da	19	8,8
Ăn kém/bú ít	185	85,6
Nôn	54	25
Tiêu chảy	95	44
Cơ giật	20	9,3

**Nhận xét:** Các triệu chứng cơ năng thường gặp của viêm phổi nặng do Adeno virus là: Ho (98,6%), viêm long đường hô hấp trên (89,4%), ăn kém (85,6%), tiêu chảy (44%), viêm kết mạc (13,9%), ban ngoài da (8,8%).

Triệu chứng thực thể của viêm phổi nặng do Adenovirus

**Bảng 3.3. Triệu chứng thực thể của viêm phổi nặng do Adenovirus**

Triệu chứng thực thể	Số bệnh nhi (n=216)	Tỷ lệ (%)	
Khó thở	216	100	
Ral phổi	216	100	
Suy hô hấp	Độ II	186	86,1
	Độ III	30	13,9
Thở Oxy	188	87	
Thở máy	85	39,4	

**Nhận xét:** Tất cả bệnh nhi đều có khó thở và có ral ở phổi (100%). 100% có suy hô hấp, trong đó suy hô hấp độ II chiếm tỷ lệ chủ yếu (86,1%). Tỷ lệ trẻ phải thở Oxy là 87%, thở máy 39,4%

**3.2.3. Yếu tố tiên lượng tử vong của viêm phổi nặng do Adenovirus**

- Bệnh nhi SHH độ III có nguy cơ tử vong cao gấp 4,05 lần so với nhóm SHH độ II. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI: 1,465 – 11,194, p = 0,007.

- Bệnh nhi thở máy có nguy cơ tử vong cao

gấp 0,032 lần so với nhóm không thở máy. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI: 0,272 – 0,405,  $p = 0,000$ .

- Bệnh nhi có thời gian thở máy  $\geq 7$  ngày có nguy cơ tử vong cao gấp 4,767 lần so với nhóm thở máy  $< 7$  ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI: 1,849 – 12,228,  $p = 0,001$ .

- Bệnh nhi có biến chứng suy đa tạng có nguy cơ tử vong cao gấp 2 lần so với nhóm không suy tạng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI: 1,290 – 3,100,  $p = 0,000$ .

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng

**4.1.1. Đặc điểm dịch tễ.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở nhóm tuổi 12 – 72 tháng (62%). Tuổi trung bình của bệnh nhi nghiên cứu là  $20,10 \pm 15,54$  tháng tuổi. Nhỏ nhất là 01 tháng tuổi, lớn nhất là 84 tháng tuổi. Kết quả này có sự tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu của Shih-Peng (2013) trên 80 trẻ em viêm phổi adenovirus nhập viện có tuổi trung bình là 2,97 năm, dao động từ 25 ngày đến 14 tuổi.<sup>7</sup> Nghiên cứu của Susana Esposito và cộng sự (2014) có tuổi trung bình là  $3,2 \pm 2,5$  tuổi.<sup>6</sup> Một số nghiên cứu trong nước có tuổi trung bình nhỏ hơn. Trần Thị Thủy (2018) nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi có nhiễm Adenovirus có tuổi từ 12 - 36 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (65,0%).<sup>3</sup> Trần Thanh Thức (2021) nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi nặng có kết quả PCR đàm dương tính với Adenovirus ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Đồng 1. Kết quả tuổi trung vị là 13 tháng, 50% trường hợp dưới 12 tháng.<sup>4</sup>

Tỷ lệ bệnh nhi nam gấp nhiều hơn bệnh nhi nữ. Nam chiếm 64,4%, nữ chiếm 35,2%. Tỷ lệ Nam/nữ  $\approx 1,8$ . Các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng cho kết quả tương tự như nghiên cứu của Đào Minh Tuấn (2017) tỷ lệ nam/nữ = 1,33, nghiên cứu của Trần Thị Thủy (2018) nam chiếm 72%,<sup>3</sup> nghiên cứu của Trần Thanh Thức (2021) có tỉ lệ nam/nữ là 3,2/1.<sup>4</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các ca bệnh xảy ra chủ yếu vào cuối thu và đông (từ tháng 8 - 12). Theo các tài liệu y văn, mùa thường gặp của nhiễm trùng đường hô hấp do adenovirus ở các nước nhiệt đới là mùa xuân và đầu hè, như nghiên cứu của Phùng Thị Bích Thủy, Hồ Sỹ Công.<sup>1</sup> Lý do của sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về thời tiết giữa các năm khác nhau.

**4.1.2. Đặc điểm lâm sàng.** Các triệu chứng lâm sàng thường gặp của viêm phổi nặng do Adeno virus là sốt (99,1%), thường sốt kéo

dài với thời gian sốt trung bình là  $9,01 \pm 5,06$  ngày và tỷ lệ sốt trên 7 ngày chiếm 64,4%. Kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu của Shih- Peng Cheng (năm 2013) có 96% bệnh nhân bị sốt và thời gian sốt trung bình là 7 ngày.<sup>7</sup> Trong nghiên cứu của Trần Thanh Thức (2021), tỷ lệ sốt là 94,5%.<sup>4</sup> Điều này đúng với y văn rằng 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.

Các triệu chứng cơ năng tương đối giống với các viêm phổi do siêu vi khác như: Ho (98,6%), viêm long đường hô hấp trên (89,4%), ăn kém (85,6%), tiêu chảy (44%). Ngoài ra có một số triệu chứng gợi ý do Adeno virus như viêm kết mạc (13,9%), ban ngoài da (8,8%). Nghiên cứu lựa chọn các bệnh nhi viêm phổi nặng nên triệu chứng thực thể thường gặp là khó thở và có rale ở phổi (100%). 100% có suy hô hấp, trong đó suy hô hấp độ II chiếm tỷ lệ chủ yếu (86,1%). Tỷ lệ trẻ phải thở Oxy là 87%, thở máy 39,4%. Đây cũng chính là một trong những đặc điểm lâm sàng sàng điểm hình của viêm phổi nặng do Adenovirus.

**4.2. Yếu tố tiên lượng tử vong của viêm phổi nặng do Adenovirus.** Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành xét mối liên quan giữa một số yếu tố dịch tễ, lâm sàng giữa hai nhóm bệnh nhân viêm phổi nặng do Adenovirus sống và tử vong. Qua phân tích đơn biến ta thấy: thời gian mắc bệnh  $> 7$  ngày (OR = 2,688 với 95% CI: 1,041 – 6,836), suy hô hấp độ III (OR = 4,05 với 95% CI: 1,465 – 11,194), thở máy (OR = 0,032 với 95% CI: 0,272 – 0,405,  $p = 0,000$ ), thở máy  $\geq 7$  (OR = 4,767 với 95% CI: 1,849 – 12,228), biến chứng suy đa tạng (OR = 1,290 với 95% CI: 1,290 – 3,100) là các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhi viêm phổi nặng do Adenovirus. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Đào Minh Tuấn (2017) tại Khoa Hô Hấp Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy thở máy (OR = 6,  $p < 0,1$ ) là yếu tố nguy cơ gây tử vong cho bệnh nhi.<sup>5</sup> Nghiên cứu của Xue Hua Xu và cộng sự (2023) trên 123 trẻ viêm phổi nặng do adenovirus nhập viện tại Bệnh viện Phụ nữ và Trẻ em Quảng Châu cho kết quả các yếu tố nguy cơ tử vong độc lập ở trẻ bị viêm phổi nặng do adenovirus là dưới 1 tuổi (OR = 18,513, 95% CI: 2,157-158,883,  $p = 0,008$ ), tình trạng thiếu oxy (OR = 62,335, 95% CI: 2,385 -1629,433,  $p = 0,013$ ) và giảm tiểu cầu ( $<100 \times 10^9/L$ ) (OR = 13,324, 95% CI: 1,232-144,075,  $p = 0,033$ ).<sup>9</sup>

## V. KẾT LUẬN

Viêm phổi nặng do Adenovirus gặp nhiều ở trẻ nam, lứa tuổi từ 12 – 72 tháng, mùa thu đông. Các triệu chứng nổi bật bao gồm sốt, ho, viêm long đường hô hấp, rai phổi, khó thở, suy hô hấp. Thời gian mắc bệnh > 7 ngày, suy hô hấp độ III, thở máy, suy đa tạng là các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhi viêm phổi nặng do Adenovirus.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Sỹ Công** (2019), Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, một số yếu tố tiên lượng nặng của viêm phổi nhiễm adenovirus tại bệnh viện nhi TƯ. Luận văn bác sĩ CKII. Trường Đại Học Y Hà Nội.
2. **Bộ Y Tế**. Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, phòng và kiểm soát lây nhiễm bệnh do vi rút Adeno ở trẻ em. Quyết định số 3451/QĐ-BYT ngày 26/12/2022.
3. **Trần Thị Thủy, Đào Minh Tuấn, Phạm Thu Hiền**. 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 Việt Nam. 2018; 471(1), 131 - 135.
4. **Trần Thanh Thức, Trần Anh Tuấn, Phùng Nguyễn Thế Nguyên**. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi nặng có kết quả PCR đàm dương tính với adenovirus ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện nhi đồng 1. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 504(2): 167-171.
5. **Đào Minh Tuấn, Nguyễn Thị Ngọc Trân**. Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của viêm phế quản phổi do Adenovirus tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2017. Tạp chí Y học thực hành. 2017; 239(10).
6. **Esposito S., Zampiero A., Bianchini S. et al.** Epidemiology and clinical characteristics of respiratory infections due to Adenovirus in children living in Milan, Italy, during 2013 and 2014. PLOS ONE. 2016. 11(4):e0152375. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152375>.
7. **Shih – Perng Chend**. Clinical features of radiologically confirmed pneumonia due to adenovirus in children. Clinical, January 2013. Vol 56 (1); 7-12
8. **William J Barson**. Pneumonia in children: Epidemiology, pathogenesis, and etiology. UpToDate. Updated Mar 14, 2022. <https://www.uptodate.com/contents/pneumonia-in-children-epidemiology-pathogenesis-and-etiology>.
9. **Xue Hua Xu, Hui Feng Fan, Ting Ting Shi et al.** Analysis of mortality risk factors in children with severe adenovirus pneumonia: A single-center retrospective study. Pediatric and Neonatology. 2023 May;64(3):280-287. doi: 10.1016/j.pedneo.2022.06.016. Epub 2022 Nov 15.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC THAI KỲ Ở THAI 24-34 TUẦN ỐI VỖ NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023-2024

Phạm Thị Thùy Linh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Văn Lâm<sup>1</sup>,  
Đỗ Thị Minh Nguyệt<sup>2</sup>, Lâm Đức Tâm<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ối vỡ non là tình trạng ối vỡ màng đệm và màng ối trước khi chuyển dạ, chưa có cơn co tử cung, chiếm khoảng 12% trong thai kỳ; thai kỳ đủ tháng có tỷ lệ vào khoảng 8%. Đây là tai biến thường gặp trong thai kỳ, đặc biệt là những trường hợp ối vỡ non ở thai kỳ non tháng (trước tuần lễ thứ 37 tuần), đặc biệt là tuần 32, có khoảng 1% xuất hiện trước 31 tuần. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ ở sản phụ có ối vỡ non trên thai non tháng nhập viện tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** sản phụ nhập viện và sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ từ tháng 04/2023 đến 04/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Đặc

điểm lâm sàng: Lý do vào viện là ra nước âm đạo bất thường chiếm 50,3%. Tuổi thai trung bình là 29,84 ± 2,98 tuần (24 tuần đến 34 tuần). Đặc điểm ối vỡ non: rỉ ối chiếm 89,72, với màu trắng trong chiếm 98,72%; đậm độ nước ối loãng chiếm 90,70; lượng trung bình 73,66% và lượng nhiều là 20,80%. Trung bình thời gian ối vỡ đến nhập viện là 79 ± 64,77 phút (9 đến 480 phút). Đặc điểm cận lâm sàng: thiếu máu (Hb dưới 11g/dl) chiếm 20,96%; lượng bạch cầu trung bình là 14,24 ± 4,22 (10,3 - 23,4 x10<sup>9</sup>/L) với 23,98% bạch cầu trên 15000/mm<sup>3</sup>. Kết cục thai kỳ ở sản phụ có ối vỡ non trên thai non tháng: 65,83% ối vỡ non sử dụng đủ liều corticosteroid trước sinh. Có 50 trường hợp trong 78 ca có ối vỡ non trên thai non tháng có chỉ định mổ lấy thai cấp cứu chiếm 64,10%; sinh thường ngã âm đạo chiếm 35,90%; lý do mổ lấy thai cấp cứu là suy thai trong chuyển dạ chiếm 48,43%; vết mổ lấy thai cũ có ối vỡ là 23,51, chuyển dạ ngưng tiến triển là 8,77%; có 5,66% trường hợp kèm ngối mông. Cân nặng trung bình của trẻ là 2213,49 ± 324,34 (760 gr đến 2900 gram); chỉ số Apgar bình thường chiếm 61,51% và có 38,49% trường hợp Apgar bất thường, đây là tỷ lệ trẻ phải hồi sức sơ sinh với lý do chủ yếu là do suy hô hấp. Các trường hợp hồi sức được xử trí thở NCPAP. **Kết luận:** Các trường

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2024

Ngày duyệt bài: 30.8.2024