

thương hệ động mạch chi dưới.

Chỉ số ABI có giá trị trong chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới tuy giá trị chỉ số ABI <0,9 có độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 95%, giá trị dự báo dương tính 85%, độ chính xác chung 90% nhưng đây là kỹ thuật chẩn đoán không xâm nhập, rẻ tiền phù hợp với điều kiện các trung tâm y tế tuyến huyện khi không có phương tiện chụp MSCT, đồng thời không độc hại, không nhiễm tia có thể sử dụng cho quần thể lớn có nguy cơ cao như người lớn hơn 70 tuổi, hút thuốc lá, cao huyết áp, đái đường...

Tỷ lệ chỉ số ABI giữa chân phải và chân trái không có sự khác biệt.

Đo chỉ số ABI có giá trị không những giúp chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới mà còn tiên lượng mắc bệnh mạch vành cũng như đột quỵ. Giá trị ABI càng thấp thì mức độ BDMCD càng nặng và nguy cơ các biến cố tim mạch càng cao.

VI. KIẾN NGHỊ

Trang bị máy đo ABI tự động cho các trung tâm y tế, phòng khám đa khoa khu vực và tuyến xã vì đây là một kỹ thuật dễ thực hiện nhưng có giá trị cao trong công tác điều trị, chăm sóc, theo dõi và quản lý đái tháo đường và tăng huyết áp hiện nay.

Tất cả bệnh nhân có yếu tố nguy cơ đều phải đo ABI mỗi năm 1 lần như người nghiện thuốc lá, rối loạn lipid máu, cao huyết áp, đái tháo đường,...

Các bệnh nhân có chỉ số ABI từ 0.9-1 cần đo 6 tháng/lần.

Các bệnh nhân có chỉ số ABI từ 0.8-0.9 cần theo dõi và điều trị tại tuyến huyện.

Các bệnh nhân có chỉ số ABI từ <0.8 cần chuyển tuyến điều trị chuyên khoa.

Quản lý, điều trị tốt các bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khuyến cáo ACC/AHA** về THA có bệnh mạch vành 2015.
2. **Khuyến cáo chẩn đoán và xử trí THA**, Phân hội THA/Hội Tim Mạch học Việt Nam 2018.
3. **Đào Thị Dừa, Hoàng Thị Lan Hương** (2011), "Khảo sát tổn thương động mạch 2 chi dưới ở bệnh nhân ĐTD bằng chỉ số áp lực cổ chân cánh tay ABI", Tạp chí Nội tiết Đái tháo đường.
4. **Nguyễn Thị Bích Đào, Nguyễn Thị Bích Liên** (2014), "Khảo sát bệnh mạch máu ngoại biên chi dưới bằng chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay (chỉ số ABI) ở bệnh nhân ĐTD type 2", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 18, phụ bản của số 1, 2014.
5. **Phạm Chí Hiền; Lê Phi Thanh Quyên; Huỳnh Thị Huyền Trang; Đỗ Minh Thái** (2017), "Khảo sát chỉ số ABI trên bệnh đái tháo đường tuýp 2".
6. **Trần Đức Hùng, Đoàn Văn Độ, và cộng sự** (2010), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh động mạch chi dưới tại bệnh viện 103", Tạp chí Y học Việt Nam. tr. 8 – 12.
7. **Trần Bảo Nghi, Hồ Thương Dũng** (2011), "Giá trị chẩn đoán của chỉ số ABI và các yếu tố nguy cơ trong bệnh lý động mạch ngoại biên chi dưới trên bệnh nhân ĐTD", Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 15, phụ bản số 1, 2011.
8. **Vũ Thùy Thanh, Nguyễn Khoa Diệu Vân, Lê Bá Ngọc** (2014), "Chỉ số cổ chân – cánh tay trong đánh giá mức độ tổn thương bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân ĐTD typ 2 có tổn thương bàn chân", Khoa Nội tiết - Bệnh viện Bạch Mai.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VIÊM PHỔI NẶNG Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI HƯNG YÊN NĂM 2023 – 2024

Nguyễn Thị Nga^{1,3}, Trần Phan Ninh², Nguyễn Thị Diệu Thúy¹

TÓM TẮT

Tiến hành nghiên cứu các bệnh nhân viêm phổi nặng tại Bệnh viện Sản nhi tỉnh Hưng Yên. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh ở trẻ dưới 5 tuổi mắc viêm phổi nặng. **Đối tượng nghiên cứu:** 46 bệnh nhân từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn

đoán viêm phổi nặng từ 1/4/2023-30/3/2024.

Phương pháp: Mô tả loạt ca bệnh. **Kết quả:** Nhóm nhập viện nhiều nhất là nhóm dưới 1 tuổi (28,3%), nam chiếm 63%. Các dấu hiệu cơ năng thường gặp là sốt (91,3%), ho (91,3%), khó khè (78,3%), chảy mũi (78,3%). Dấu hiệu thực thể là rút lõm lồng ngực (80,4%), ran ẩm (93,5%), ran rít (76,1%). Hình ảnh X-quang phổi cho thấy tổn thương phổi chủ yếu là đám mờ (13,0%), nốt mờ rải rác (15,2%), kết hợp (50, 0%). Độ đậm tổn thương chiếm tới 76,1% là tổn thương đồng đặc, kính mờ (17,4%) với bờ tổn thương rõ chiếm 93,5%. **Khuyến nghị:** Cần phải kết hợp các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán sớm viêm phổi nặng ở trẻ em, từ đó có định hướng điều trị bệnh phù hợp.

Từ khóa: Bệnh viêm phổi nặng; trẻ em dưới 5 tuổi; lâm sàng; chẩn đoán hình ảnh

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện nhi Trung ương

³Bệnh Viện sản Nhi Hưng Yên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thúy

Email: nguyendieuthuyhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

SUMMARY**CLINICAL AND CHEST IMAGES OF SEVERE PNEUMONIA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT HUNG YEN OBSTETRICS AND CHILDREN'S HOSPITAL IN 2023-2024**

A study of children with severe pneumonia was conducted at Hung Yen Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Objective:** To describe the clinical and chest X-ray images and CT scan of children under 5 years old with severe pneumonia. **Study subjects:** 46 patients aged 2 months to 5 years diagnosed with severe pneumonia from April 1, 2023 to March 30, 2024. **Methods:** There were a case series study. **Results:** The highest cases of hospitalized children were under 1 year old (28.3%), with males accounting for 63%. The common functional signs were fever (91.3%), cough (91.3%), wheezing (78.3%), and runny nose (78.3%). Physical signs were chest retraction (80.4%), moist rales (93.5%), and wheezing (76.1%). Chest X-ray images showed lesions mainly in the upper and lower lung lobes, with opacities (13.0%), scattered opacities (15.2%), and combinations (50.0%). The lesion density accounted for 76.1%, which were consolidation lesions, ground-glass opacities (17.4%) with clear lesion margins accounting for 93.5%. **Recommendation:** It is necessary to assess both clinical symptoms and chest images to early diagnose severe pneumonia in children in order to recommend an appropriate treatment. **Keywords:** Severe pneumonia; children under 5 years old; clinical; chest images.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một bệnh hô hấp thường gặp nhất ở trẻ nhỏ và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi ở các nước đang phát triển.¹ Theo Tổ chức Y tế Thế giới và Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc mỗi năm thế giới có khoảng 700.000 trẻ em dưới 5 tuổi tử vong vì viêm phổi.¹ Viêm phổi trẻ em có diễn biến nhanh và tỷ lệ tử vong cao nhưng hầu hết các trường hợp tử vong có thể phòng tránh nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Chẩn đoán mức độ nặng viêm phổi chủ yếu dựa vào các dấu hiệu lâm sàng khi có kèm theo các dấu hiệu toàn thân hay suy hô hấp nặng. Tuy nhiên hiện nay, các triệu chứng và dấu hiệu nặng trong viêm phổi thường thiếu độ nhạy và độ đặc hiệu do xuất hiện các căn nguyên gây bệnh mới như SARS, cúm A/H5N1, cúm A/H1N1, COVID-19 và xảy ra trên một số cơ địa đặc biệt. Chụp X-quang ngực là quy trình thường quy nhưng có thể dẫn đến việc chẩn đoán muộn một số tình trạng viêm phổi nặng. Một số nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra nhiều ca bệnh viêm phổi nặng mắc phải tại cộng đồng được thể hiện rõ trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT) mà không phải trên phim X-quang ngực.² Chụp CLVT là kỹ thuật cao, giúp

xác định sớm các tổn thương nhỏ, không điển hình, cung cấp hình ảnh chi tiết về nhu mô phổi và các cấu trúc xung quanh, giúp xác định rõ vị trí và phạm vi của viêm phổi, giúp chẩn đoán sớm và phát hiện các biến chứng, theo dõi đáp ứng điều trị và tiên lượng. Do đó cần có sự kết hợp giữa kinh nghiệm lâm sàng của bác sỹ và kết quả cận lâm sàng như xét nghiệm máu, chụp X-quang ngực và chụp CLVT để chẩn đoán sớm bệnh cảnh viêm phổi nặng ở trẻ em. Bệnh viện Sản nhi Hưng Yên đã được trang bị máy chụp CLVT. Chụp CLVT được chỉ định trong các trường hợp viêm phổi nặng hoặc viêm phổi có biến chứng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ viêm phổi nặng dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Sản nhi Hưng Yên năm 2023 – 2024*" nhằm làm rõ hơn giá trị của CLVT trong chẩn đoán viêm phổi nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân viêm phổi nặng được điều trị tại Khoa Nhi, Bệnh viện Sản nhi Hưng Yên, từ 01/04/2023 đến 30/03/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi

Trẻ được chẩn đoán viêm phổi nặng theo tiêu chuẩn của Bộ Y Tế (2014)

Trẻ được chụp CLVT ngực

Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, có phim chụp cắt lớp vi tính phổi

Người giám hộ (cha, mẹ, ông bà...) đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Trẻ có các bệnh nền nặng kèm theo như bại não, tim bẩm sinh, bất thường đường thở...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt trường hợp bệnh

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Toàn bộ 46 trường hợp viêm phổi nặng có chụp CLVT được ghi nhận trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu nghiên cứu được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhóm tuổi	Số BN (n)	Tỷ lệ %
2 - < 12 tháng	13	28,3
12 - < 24 tháng	10	21,7
24 - < 36 tháng	2	4,3

36 - <48 tháng	9	19,6
48 - <60 tháng	12	26,1
Tổng	46	100
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	28,01 $\pm$ 19,6 tháng (2-59 tháng)	

Nhận xét: Nhóm tuổi mắc bệnh viêm phổi nặng nhiều nhất là < 12 tháng chiếm 28,3%, Tuổi mắc bệnh lớn nhất là 59 tháng, tuổi mắc bệnh thấp nhất 2 tháng tuổi, tuổi mắc bệnh trung bình là 28,01 tháng.

Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng viêm phổi của đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng cơ năng	Số BN (n=46)	Tỷ lệ %
Sốt		
Sốt nhẹ	17	37,0
Sốt vừa	21	45,7
Sốt cao	4	8,7
Không sốt	4	8,7
Ho		
Ho đờm	42	91,3
Không ho	4	8,7
Khò khè	36	78,3
Chảy mũi	36	78,3
Bỏ bú/Bỏ ăn	21	45,7
Nôn/buồn nôn	30	65,2
Tiêu chảy/Rối loạn tiêu hóa	18	39,1

Nhận xét: Hơn 90% trường hợp viêm phổi nặng có biểu hiện sốt, trong đó sốt vừa và sốt cao chiếm tỷ lệ cao (54,4%). Hầu hết (91,3%) trường hợp bệnh ho có đờm. Ngoài ra các biểu hiện lâm sàng khác cũng thấy trên bệnh nhân viêm phổi nặng như: Khò khè 78,3%; Chảy mũi 78,3%; Nôn/buồn nôn 65,2%.

Bảng 3.3. Triệu chứng thực thể tại phổi của trẻ viêm phổi

Triệu chứng thực thể tại phổi	Số BN (n=46)	Tỷ lệ %
Rút lõm lồng ngực	37	80,4
Ran phổi		
Ran ẩm	43	93,5
Ran nổ	4	8,7
Ran rít	35	76,1
Không ran	0	0,0
Thở nhanh	43	93,5
SPO₂ giảm < 90%	42	91,3

Nhận xét: Các triệu chứng thực thể tại phổi cho thấy 80,4% các trường hợp có biểu hiện rút lõm lồng ngực. Chiếm đến 93,5% trường hợp viêm phổi nặng có ran ẩm, 76,1% trường hợp có ran rít. Hầu hết các trường hợp có thở nhanh (93,5%) và tỷ lệ SPO₂ giảm <90% chiếm 91,3%.

Bảng 3.4. Đặc điểm X-quang phổi

Đặc điểm X-quang phổi	Số BN (n=46)	Tỷ lệ %
-----------------------	--------------	---------

Vị trí tổn thương	Bên trái	Thùy trên	16	55,2
		Thùy dưới	13	44,8
		Từ 2 thùy trở lên	0	0,0
	Bên phải	Thùy trên	15	50,0
		Thùy dưới	6	20,0
		Thùy giữa	4	13,3
		Từ 2 thùy trở lên	5	16,7
Hình ảnh tổn thương	Đám mờ		6	13,0
	Nốt mờ rải rác		7	15,2
	Tổn thương mô kẽ		1	2,2
	Thâm nhiễm		0	0,0
	Kết hợp (đám mờ + nốt mờ)		23	50,0
Tràn khí màng phổi			1	2,2
Đày thành phế quản			3	6,5

Nhận xét: Vị trí tổn thương trên hình ảnh X-quang cho thấy hình ảnh tổn thương bên phổi trái tại thùy trên chiếm 55,2%; thùy dưới 44,8%, đối với bên phổi phải hình ảnh tổn thương tại thùy trên chiếm 50%; thùy dưới 20% và thùy giữa 13,3%. Hình ảnh tổn thương dưới dạng đám mờ, nốt rải rác hoặc kết hợp với tỷ lệ lần lượt (13%; 15,2%; 50%).

Bảng 3.5. Đặc điểm tổn thương trên phim CLVT

Đặc điểm tổn thương	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đậm độ tổn thương		
Nốt mờ	3	6,5
Kính mờ	8	17,4
Đồng đặc	35	76,1
Vị trí tổn thương		
Thùy phổi	39	84,8
Phân thùy	7	15,2
Đường bờ		
Rõ	43	93,5
Không rõ	3	6,5
Một số đặc điểm khác		
Phế quản chứa khí	35	76,1
Tràn khí màng phổi	1	2,2
Khác	4	8,7

Nhận xét: Về đậm độ tổn thương chiếm tới 76,1% là tổn thương đồng đặc, 17,4% tổn thương kính mờ và 6,5% là nốt mờ. Hầu hết các tổn thương có đường bờ rõ (93,5%). Các tổn thương tập chung chủ yếu ở thùy phổi (84,8%).

IV. BÀN LUẬN

Trong năm 2023-2024, có 46 bệnh nhân viêm phổi nặng được chụp cắt lớp vi tính ngực.

Nhóm tuổi mắc bệnh viêm phổi nặng nhiều nhất là < 1 tuổi chiếm 28,3%, nhóm tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ thấp nhất là 2 - < 3 tuổi chiếm 4,3%. Tuổi mắc bệnh lớn nhất là 59 tháng, tuổi mắc bệnh thấp nhất 2 tháng tuổi, tuổi mắc bệnh

trung bình là 28,01 tháng. Kết quả này tương đồng với một nghiên cứu tại các bệnh viện tại Việt Nam về các yếu tố ảnh hưởng đến viêm phổi nặng do SARS-CoV-2 ở bệnh nhi cho thấy, trẻ em dưới 1 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (37,4%). Một nghiên cứu tại Indonesia từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2018 cho thấy 49,4% bệnh nhân viêm phổi nặng là trẻ từ 2-5 tháng tuổi, và chủ yếu xảy ra ở trẻ dưới 1 tuổi.³ Kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của Bệnh Viện Bạch Mai, khi nhóm trẻ dưới 1 tuổi mắc viêm phổi nặng chiếm 48,2%.⁴ Tuy nhiên, nhóm dưới 1 tuổi vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi với 28,3%.

Triệu chứng cơ năng: Nghiên cứu cho thấy hơn 90% trường hợp viêm phổi nặng có biểu hiện sốt, trong đó sốt vừa và sốt cao chiếm tỷ lệ 54,4%. 91,3% trường hợp bệnh có ho đờm. Ngoài ra các biểu hiện lâm sàng khác cũng thấy trên bệnh nhân viêm phổi nặng như: Khò khè 78,3%; Chảy mũi 78,3%; Nôn/buồn nôn 65,2%. Nghiên cứu của Lưu Thị Thùy Dương và cộng sự về mức độ nặng của viêm phổi trẻ em cho thấy 50,6% trẻ bị viêm phổi nặng. Triệu chứng điển hình là ho (98,3%), sốt (64,4%), ran phổi (91,4%), thở nhanh (73%).⁵ Như vậy triệu chứng cơ năng hay gặp ở trẻ viêm phổi nặng không đặc hiệu là ho, sốt, khò khè.

Triệu chứng thực thể: Ở trẻ viêm phổi nặng, 80,4% có rút lõm lồng ngực, 93,5% có ran ẩm, 76,1% trường hợp có ran rít. Hầu hết các trường hợp có thở nhanh (93,5%) và tỷ lệ SPO₂ giảm <90% chiếm 91,3%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai khi thấy rằng nghe thấy rale ẩm 81,6%, suy hô hấp 80,5%.⁴ Hầu hết các trường hợp viêm phổi nặng đều có biểu hiện tổn thương tại phổi. Nghiên cứu tại Trung Quốc (2019) cho thấy các trường hợp viêm phổi nặng nhiễm Corona virus có triệu chứng thường gặp nhất là ho (73,7%). Hầu hết các trường hợp đều có tổn thương hai bên phổi (96,4%) với hình ảnh kính mờ (69,1%) và hình lưới (21,8%). Nghe phổi có (98,8%) xuất hiện ran nổ. Dấu hiệu toàn thân với li bì hoặc kích thích gặp ở 58,7% trẻ viêm phổi nặng. 91,3% có dấu hiệu tím trên lâm sàng.

Đặc điểm X-quang phổi: Kết quả nghiên cứu cho thấy vị trí tổn thương trên X-quang, với tổn thương phổi trái tại thùy trên chiếm 55,2%; thùy dưới 44,8%, đối với phổi phải hình ảnh tổn thương tại thùy trên chiếm 50%; thùy dưới 20% và thùy giữa 13,3%. Hình ảnh tổn thương dưới dạng đám mờ, mờ rải rác hoặc kết hợp với tỷ lệ lần lượt (13%; 15,2%; 50%). Rất ít khi phát hiện được tổn thương mô kẽ (2,2%). Trường

hợp dày thành phế quản chiếm (6,5%), tràn khí màng phổi (2,2%) và không ghi nhận trường hợp tràn dịch màng phổi nào. Theo nghiên cứu của Franquet, hầu hết các trường hợp viêm phổi nặng đều có những tổn thương được biểu hiện trên phim chụp X quang ngực. Các hình ảnh phổ biến trên X quang ngực bao gồm đông đặc phân thùy hoặc thùy phổi và tổn thương kẽ. Các hình ảnh X quang ít phổ biến hơn bao gồm hạch trung thất, tràn dịch màng phổi và hình hang. Tuy nhiên, chỉ có khoảng trong 5-10% trường hợp có hình ảnh đông đặc, các nốt mờ, các đám mờ và tràn dịch màng phổi trên X quang ngực, có khoảng 10% bệnh nhân viêm phổi không có hình ảnh tổn thương trên X quang ngực.⁶

Đặc điểm phim chụp CLVT: Kết quả nghiên cứu về đậm độ tổn thương cho thấy chiếm tới 76,1% là tổn thương đông đặc, 17,4% tổn thương kính mờ và 6,5% là nốt mờ. Hầu hết các tổn thương có đường bờ rõ (93,5%). 84,8% các tổn thương ở thùy phổi. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Demirkazik khi nghiên cứu bệnh nhân viêm phổi được chụp CLVT có 68,4% có hình ảnh kính mờ và 31,6% có hình ảnh nốt mờ.⁷ Nghiên cứu của Qiang Lei về kết quả chụp CLVT ở 46 bệnh nhân mắc viêm phổi nặng tại Trung Quốc cho thấy 58,7% bệnh nhân có hình kính mờ, 41,3% có hình kính mờ và đông đặc. Hầu hết bệnh nhân có tổn thương ngoài màng phổi (89,0%) cũng như tổn thương thùy phổi hai bên (87,0%).⁸ Đặc điểm hình ảnh CLVT có liên quan đến thời điểm khởi phát triệu chứng và diễn biến của bệnh. Hiểu được đặc điểm hình ảnh của từng giai đoạn sẽ rất hữu ích cho việc hiểu được sự tiến triển của bệnh. Trong một nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh CLVT trong quá trình phát triển bệnh của bệnh viêm phổi cho thấy rằng hình ảnh CLVT ban đầu thu được trong 1 - 3 ngày sau khi khởi phát triệu chứng là một hình ảnh kính mờ (35%) hoặc nhiều hình ảnh kính mờ (35%). Vào thời điểm 4 - 7 ngày sau khi khởi phát triệu chứng, đặc điểm hình ảnh chính là hình ảnh đông đặc một phần (47%). Vào thời điểm 8 - 11 ngày sau khi khởi phát triệu chứng, ảnh CLVT cho thấy hình ảnh đông đặc (50%).⁹

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm tuổi mắc viêm phổi nặng nhiều nhất là dưới 1 tuổi. Các dấu hiệu về cơ năng của viêm phổi nặng không điển hình như sốt, ho đờm, khò khè, chảy mũi. Các dấu hiệu thực thể là rút lõm lồng ngực, ran ẩm, ran rít. Vị trí tổn thương trên X quang ngực phân lớp gặp ở thùy phổi với

76,1% là tổn thương đông đặc, 17,4% kính mờ với bờ tổn thương rõ chiếm 93,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pneumonia in children: Everything you need to know | UNICEF.** Accessed March 22, 2024. <https://www.unicef.org/stories/childhood-pneumonia-explained>.
2. **Upchurch CP, Grijalva CG, Wunderink RG, et al.** Community-Acquired Pneumonia Visualized on CT Scans but Not Chest Radiographs: Pathogens, Severity, and Clinical Outcomes. *Chest*. 2018; 153(3): 601-610. doi:10.1016/j.chest.2017.07.035.
3. **Hedi Mustiko, Retno Asih Setyoningrum.** Clinical and Epidemiological Characteristics of Severe and Very Severe Pneumonia in Infants. *MEDICINUS*. 2020; 33(2):25-29. doi:10.56951/medicinus.v33i2.55.
4. **Phạm Văn Đэм, Nguyễn Thành Nam.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi khuẩn trên trẻ mắc viêm phổi tại Khoa Nhi, Bệnh viện Bạch Mai. *Medical and Pharmaceutical Sciences*. 2020;36(2):55-63.
5. **Lưu Thị Thuý Dương, Khổng Thị Ngọc Mai.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em từ 2-36 tháng tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên. *TNU Journal of science and Technology*. 2019; 207(14): 67-72.
6. **Franquet T.** Imaging of pneumonia: trends and algorithms. *European Respiratory Journal*. 2001; 18(1): 196-208. doi:10.1183/09031936.01.00213501.
7. **Demirkazik FB, Akin A, Uzun O, Akpınar MG, Ariyürek MO.** CT findings in immunocompromised patients with pulmonary infections. *Diagn Interv Radiol*. 2008 Jun;14(2): 75-82. PMID: 18553280.
8. **Lei Q, Li G, Ma X, et al.** Correlation between CT findings and outcomes in 46 patients with coronavirus disease 2019. *Sci Rep*. 2021;11(1): 1103. doi:10.1038/s41598-020-79183-4.
9. **Yu N, Yu Y, Cai S, Shen C, Guo Y.** CT Imaging Features During Disease Progression of 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Pneumonia. *I J Radiol*. 2020;17(4). doi:10.5812/iranjradiol. 102925.

CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM PHỔI TẠI BỆNH VIỆN PHẠM NGỌC THẠCH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2023

Đoài Thị Lý^{1,2}, Nguyễn Quỳnh Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chi phí một đợt điều trị nội trú của người bệnh viêm phổi tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch TP Hồ Chí Minh năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang với phương pháp thu thập số liệu định lượng. Sử dụng bảng kiểm có sẵn để thu thập dữ liệu khám, chữa bệnh và chi phí điều trị trực tiếp được lấy từ hồ sơ bệnh án và phiếu thanh toán người bệnh. Sử dụng bộ câu hỏi cấu trúc để phỏng vấn người bệnh/người nhà người bệnh trước khi xuất viện để thu thập thông tin liên quan đến chi phí trực tiếp ngoài y tế và chi phí gián tiếp. Chúng tôi sử dụng phần mềm SPSS 20 và Microsoft Excel để thực hiện phân tích thống kê dữ liệu khảo sát. **Kết quả và kết luận:** Kết quả cho thấy tổng chi phí trung bình cho một đợt điều trị bệnh viêm phổi là 9.774,98 nghìn đồng (ĐLC là 8.984,88 nghìn đồng), trong đó cao nhất là chi phí gián tiếp với 3.669,35 nghìn đồng (ĐLC: 3.510,49 nghìn đồng), thứ hai là chi phí trực tiếp cho y tế với 3.495,82 nghìn đồng (ĐLC: 5.642,09 nghìn đồng) và thấp nhất là chi phí trực tiếp không cho y tế với 2.609,81 nghìn đồng (ĐLC: 1.770,87 nghìn đồng). Trong chi phí điều trị trực tiếp dành cho y tế thì chi

phí dành cho thuốc, máu, dịch truyền trung bình là chiếm tỷ lệ cao nhất (44,7%). Trong chi phí trực tiếp không dành cho y tế thì chi phí ăn uống chiếm tỷ lệ cao nhất với 50,46%. Chi phí gián tiếp tức thu nhập mất đi cho một đợt điều trị viêm phổi cao hơn ở người nhà người bệnh với 54,88%. Ngày điều trị trung bình của người bệnh viêm phổi nội trú là 13,76 ngày (ĐLC: 9,54). **Từ khóa:** Chi phí điều trị nội trú; Viêm phổi; Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.

SUMMARY

INPATIENT TREATMENT COSTS FOR PNEUMONIA PATIENTS AT PHẠM NGỌC THẠCH HOSPITAL, HO CHI MINH CITY, 2023

Objective: To describe the costs of a single inpatient treatment for pneumonia patients at Phạm Ngọc Thạch Hospital, Ho Chi Minh City, in 2023. **Method:** A cross-sectional study with quantitative data collection methods. A pre-designed checklist was used to collect clinical and treatment cost data directly from patients' medical records and payment receipts. A structured questionnaire was used to interview patients or their family members before discharge to gather information on non-medical direct costs and indirect costs. We utilized SPSS 20 and Microsoft Excel for statistical analysis of the survey data. **Results and conclusion:** The results showed that the average total cost for one pneumonia treatment was 9,774.98 thousand VND (SD: 8,984.88 thousand VND), with the highest being indirect costs at 3,669.35 thousand VND (SD: 3,510.49 thousand VND), followed by direct medical costs at 3,495.82 thousand VND (SD:

¹Trường Đại học Y tế Công cộng

²Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Đoài Thị Lý

Email: mhm2131054@studenthuph.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024