

Phân tích nhịp tim đầu tiên cho thấy nhịp có thể sốc điện chiếm tỷ lệ cao hơn trong nhóm sống sót so với nhóm tử vong (42,2% so với 25%). Trong khi đó, các dạng nhịp không thể sốc điện lại xuất hiện nhiều hơn ở nhóm có kết cục xấu (10,4% so với 2,6%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,17$). Một hạn chế đáng kể trong dữ liệu là tỷ lệ cao các trường hợp thiếu thông tin về nhịp tim ban đầu (60,5%) (Bảng 5).

IV. BÀN LUẬN

Dựa trên dữ liệu từ nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Chợ Rẫy, đặc điểm chung của bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện (OHCA) tại Việt Nam cho thấy phần lớn bệnh nhân ở độ tuổi trung niên và cao tuổi, với tuổi trung bình là $49,1 \pm 17,2$ tuổi, trong đó gần 60% từ 45 tuổi trở lên. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi bị OHCA thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Thuyền và cộng sự tại Bệnh viện E, miền Bắc Việt Nam với độ tuổi trung bình là $61,0 \pm 18,7$ tuổi và cao hơn nghiên cứu của tác giả Đỗ Ngọc Sơn và cộng sự năm 2021 là $39,27 \pm 16,38$.^{4,7} Điều này cho thấy độ tuổi ở mỗi khu vực trong một quốc gia cũng có thể khác biệt, điều này có thể đến từ mô hình bệnh lý tim mạch, tỉ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch khác nhau ở mỗi khu vực. Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm ưu thế rõ rệt (79,1%), với tỷ lệ nam/nữ là 3,8:1. Hơn một nửa số bệnh nhân có bệnh lý đi kèm, phổ biến nhất là bệnh lý tim mạch (38,4%) và tăng huyết áp (37,2%), tiếp theo là đái tháo đường (11,6%) và bệnh thận mạn (5,8%). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Thuyền và cộng sự cũng cho thấy tỉ lệ THA cao hơn với 46,2%, bệnh Đái tháo đường 17,9%.⁷ Các ca OHCA được phục hồi tuần hoàn tự nhiên chủ yếu xảy ra tại nhà hoặc nơi ở (56,9%) và trên đường phố (19,8%). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Thuyền tại Bệnh viện E khi ghi nhận đa số NTH ngoại viện xảy ra chủ yếu ở nhà với 53,9% và nghiên cứu tác giả Đỗ Ngọc Sơn lại cho thấy đa số NTH ngoại viện xảy ra ở đường phố hoặc cao tốc với tỉ lệ 62,2%.^{4,7} Cho thấy việc cấp cứu ban đầu phụ thuộc rất nhiều vào sự hiện diện và phản ứng của người dân tại cộng đồng.

Đối với mắt xích đầu tiên trong chuỗi sinh tồn – nhận biết và kích hoạt hệ thống cấp cứu sớm – nghiên cứu ghi nhận có đến 84,9% trường hợp OHCA xảy ra được chứng kiến bởi người xung quanh, tương tự tác giả Nguyễn Đình Thuyền và cộng sự là 82,1%.⁷ Tỷ lệ này tương đương với nhiều quốc gia phát triển, nơi mà mạng lưới cấp cứu ngoại viện đã được tổ chức

chặt chẽ và hiệu quả. Tuy nhiên, tại Việt Nam, việc kích hoạt hệ thống cấp cứu còn nhiều hạn chế cả về mặt thời gian tiếp cận và khả năng can thiệp sớm.

Mắt xích thứ hai, thực hiện hồi sức tim phổi (HSTP) bởi người chứng kiến lại bộc lộ rõ điểm yếu tại Việt Nam. Chỉ 15,1% bệnh nhân nhận được HSTP trước khi đến bệnh viện, trong đó đa phần chỉ là ép tim ngoài lồng ngực đơn thuần (12,8%), còn HSTP đầy đủ (kết hợp thông khí) chỉ chiếm 2,3%. Nghiên cứu trước đây tại Việt Nam trong khoảng 2017 đến 2019 của tác giả Hoàng Bùi Hải cũng chỉ ghi nhận 8,4% bệnh nhân được HSTP bởi người chứng kiến.⁵ Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với các quốc gia tiên tiến như Nhật Bản, Hàn Quốc hay các nước châu Âu, nơi tỷ lệ HSTP bởi người chứng kiến thường vượt 50% nhờ vào các chương trình huấn luyện cộng đồng quy mô lớn và phổ cập máy khử rung tim tự động (AED) tại nơi công cộng. Mặc dù phần lớn NTH ngoại viện tại Việt Nam xảy ra ở nhà hoặc nơi có người chứng kiến, rào cản trong việc triển khai HSTP bao gồm thiếu kiến thức sơ cứu cơ bản trong dân, tâm lý sợ sai, lo ngại trách nhiệm pháp lý và sự thiếu vắng hệ thống đào tạo CPR rộng rãi trong cộng đồng. Do đó, khoảng cách lớn giữa tỷ lệ HSTP thực tế và khuyến cáo quốc tế đang là thách thức cần được giải quyết nếu muốn cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện tại Việt Nam.

Để cải thiện thực trạng này, cần triển khai các chiến lược giáo dục cộng đồng một cách bài bản, như tích hợp huấn luyện HSTP cơ bản vào chương trình học phổ thông, tổ chức các khóa đào tạo HSTP miễn phí tại cộng đồng, và phổ biến chiến dịch truyền thông nâng cao nhận thức về tầm quan trọng của HSTP. Bên cạnh đó, việc xây dựng hệ thống tổng đài cấp cứu thống nhất, dễ nhớ và hoạt động hiệu quả cũng đóng vai trò quan trọng trong việc rút ngắn thời gian tiếp cận y tế. Các mô hình triển khai điểm có thể được thực hiện tại các đô thị lớn để đánh giá hiệu quả trước khi nhân rộng trên toàn quốc.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, là nghiên cứu hồi cứu do đó có thể sai lệch thông tin. Thứ hai là nghiên cứu đơn trung tâm do đó dân số chưa đại diện cho dân số chung. Cần có những nghiên cứu lớn đa trung tâm, tiến cứu với số lượng lớn sẽ đại diện cho dân số chung tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NTH ngoại viện tại Việt Nam thường xảy ra trên nam giới, đa phần xảy ra ở nhà ở và cao tốc. Phần lớn

NTH ngoại viện được chứng kiến tuy nhiên tỉ lệ được HSTP bởi người chứng kiến còn khá thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Perman SM, Elmer J, Maciel CB, et al.** 2023 American Heart Association Focused Update on Adult Advanced Cardiovascular Life Support: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2024/01/30 2024;149(5):e254-e273. doi:10.1161/CIR.0000000000001194
2. **Bray JE, Grasner J-T, Nolan JP, et al.** Cardiac Arrest and Cardiopulmonary Resuscitation Outcome Reports: 2024 Update of the Utstein Out-of-Hospital Cardiac Arrest Registry Template. *Circulation*. 2024/08/27 2024;150(9):e203-e223. doi:10.1161/CIR.0000000000001243
3. **Elhussain MO, Ahmed FK, Mustafa NM, et al.** The Role of Automated External Defibrillator Use in the Out-of-Hospital Cardiac Arrest Survival Rate and Outcome: A Systematic Review. *Cureus*. Oct 2023;15(10):e47721. doi:10.7759/cureus.47721
4. **Do SN, Luong CQ, Pham DT, et al.** Survival after traumatic out-of-hospital cardiac arrest in Vietnam: a multicenter prospective cohort study. *BMC emergency medicine*. Nov 23 2021; 21(1):148. doi:10.1186/s12873-021-00542-z
5. **Hoang BH, Do NS, Vu DH, et al.** Outcomes for out-of-hospital cardiac arrest transported to emergency departments in Hanoi, Vietnam: A multi-centre observational study. *Emergency medicine Australasia : EMA*. Jun 2021;33(3):541-546. doi:10.1111/1742-6723.13750
6. **Grossestreuer AV, Abella BS, Sheak KR, et al.** Inter-rater reliability of post-arrest cerebral performance category (CPC) scores. *Resuscitation*. Dec 2016; 109:21-24. doi:10.1016/j.resuscitation.2016.09.006
7. **Nguyễn Đình T, Nguyễn Thị L, Nguyễn Thị Kiều T, et al.** Nghiên cứu thực trạng cấp cứu ngừng tuần hoàn ngoại viện tại Bệnh viện E năm 2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 04/21 2025; 549(1)doi:10.51298/vmj.v549i1.13594

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở TRẺ EM NHIỄM ADENOVIRUS NẶNG, NGUY KỊCH

Nguyễn Văn Lâm¹, Đào Hữu Nam¹,
Đặng Phương Thúy¹, Vũ Văn An¹, Đỗ Thị Đài Trang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ nhiễm Adenovirus nặng, nguy kịch tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 372 trẻ được chẩn đoán xác định nhiễm Adenovirus mức độ nặng và nguy kịch điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023. **Kết quả:** Trẻ từ 12 - 60 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (56,5%), bệnh xảy ra nhiều vào mùa thu - đông. Trẻ có bệnh nền như suy dinh dưỡng, bệnh thần kinh-cơ và bệnh phổi mạn thường diễn biến nặng hơn. Triệu chứng thường gặp gồm viêm long hô hấp (92,7%), sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$ (62,3%), tiêu chảy (44,1%). Biến chứng phổ biến là PIBO (9,4%), suy đa tạng (8,9%) và ARDS (7,8%). Các rối loạn cận lâm sàng thường gặp là tăng CRP, Ferritin, LDH, D-Dimer và giảm lympho CD3, CD4, CD8. Tổn thương phổi trên X-quang chủ yếu là thâm nhiễm và mờ lan tỏa. **Kết luận:** Trẻ nhiễm Adenovirus nặng, nguy kịch thường là nhóm tuổi nhỏ với biểu hiện lâm sàng đa dạng, nguy cơ biến chứng cao, đặc biệt ở trẻ có bệnh nền, suy dinh dưỡng hoặc

rối loạn miễn dịch tế bào. Việc nhận diện sớm và can thiệp kịp thời là yếu tố then chốt cải thiện tiên lượng.

Từ khóa: Adenovirus, nặng và nguy kịch, trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN CHILDREN WITH SEVERE AND CRITICAL ADENOVIRUS INFECTION

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of children with severe and critical Adenovirus infection at Vietnam National Children's Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 372 children under 17 years old diagnosed with severe or critical Adenovirus infection and treated at Vietnam National Children's Hospital from July 2022 to July 2023. **Results:** Children aged 12–60 months accounted for the highest proportion (56.5%), with most cases occurring in the autumn–winter season. Children with underlying conditions such as malnutrition, neuromuscular diseases, and chronic lung disease tended to have more severe progression. Common symptoms included upper respiratory tract inflammation (92.7%), fever $\geq 39^{\circ}\text{C}$ (62.3%), and diarrhea (44.1%). Frequent complications were PIBO (9.4%), multiple organ failure (8.9%), and ARDS (7.8%). Common paraclinical abnormalities included elevated CRP, ferritin, LDH, D-dimer, and reduced CD3, CD4, and CD8 counts. Chest X-ray findings mainly showed infiltrates and diffuse opacities. **Conclusion:** Severe and critical Adenovirus infections often affect young children with diverse clinical

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lâm

Email: lamnv@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

presentations and a high risk of complications, especially in those with underlying diseases, malnutrition, or cellular immune dysfunction. Early recognition and timely intervention are key factors in improving prognosis. **Keywords:** Adenovirus, children, severe and critical illness.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Adenovirus có thể gây ra nhiều bệnh cảnh lâm sàng khác nhau tùy thuộc vào tít huyết thanh và lứa tuổi, thường có xu hướng xảy ra thành dịch lớn trong môi trường tập thể, nhà trẻ và bệnh viện. Adenovirus có thể gây bệnh tại đường hô hấp (viêm họng, viêm tai giữa, viêm thanh quản, viêm phổi...), gây bệnh ngoài đường hô hấp (viêm kết mạc, viêm dạ dày ruột, viêm gan...) và một số thể bệnh ít gặp khác (viêm não, viêm màng não, viêm cơ tim...). Nhiễm Adenovirus chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, tỷ lệ tử vong ở trẻ nhiễm Adenovirus nặng tương đối cao, dao động từ 3,4% đến 16,7% tùy từng nghiên cứu[1,3]. Năm 2022, tại Việt Nam đã bùng phát dịch Adenovirus tại miền Bắc và Bệnh viện Nhi Trung ương đã tiếp nhận một số lượng lớn bệnh nhân nhiễm Adenovirus, trong đó có nhiều trường hợp diễn biến nặng và tiến tới tử vong nhanh. Tại Việt Nam, chưa có các nghiên cứu được công bố về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị Adenovirus nặng và nguy kịch ở trẻ em. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ nhiễm Adenovirus nặng, nguy kịch tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

✓ **Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:** Trẻ đáp ứng tất cả các tiêu chí sau được đưa vào nghiên cứu:

- Tuổi: Từ 0 ngày tuổi đến < 17 tuổi
- Những trường hợp nặng và nguy kịch có nhiễm Adenovirus, trong đó:

- + Ca bệnh xác định: Có biểu hiện lâm sàng và có kết quả xét nghiệm dương tính với Adenovirus bằng phương pháp PCR (Polymerase Chain Reaction) trong dịch đường hô hấp (dịch tỵ hầu, dịch nội khí quản hoặc dịch rửa phế quản...).

- + Nhiễm Adenovirus mức độ nặng hoặc nguy kịch được phân độ theo Quyết định số 3451/QĐ-BYT ban hành ngày 26 tháng 12 năm 2022 "Về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, phòng và kiểm soát lây nhiễm bệnh do vi rút Adeno ở trẻ em"[2].

✓ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không thu được đầy đủ thông tin từ bệnh nhân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

✦ **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

✦ **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

✦ **Thời gian, địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 07 năm 2023 đến tháng 07 năm 2024.

✦ **Xử lý số liệu:** Thu thập số liệu theo biểu mẫu, số liệu thu được trong nghiên cứu được xử lý và phân tích theo phương pháp xác suất thống kê trong y sinh học. Phân tích số liệu bằng SPSS 22.0: Các biến định lượng được mô tả trung vị và tứ phân vị. Các biến định tính được mô tả bằng tần suất, phần trăm, bách phân vị.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành đảm bảo đầy đủ các nguyên tắc về đạo đức nghiên cứu. Được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Nhi Trung ương theo quyết định số 2731/BVNTW-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 372 bệnh nhân nhiễm Adenovirus nặng và nguy kịch nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

	Nhóm tuổi (tháng)	Số bệnh nhi (n=372)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	232	62,4
	Nữ	140	37,6
Nhóm tuổi	1 - < 6 tháng	56	15,1
	6 - < 12 tháng	94	25,2
	12 - < 60 tháng	210	56,5
	≥ 60 tháng	12	3,2
	Tổng	372	100
	Tuổi trung bình (tháng) $\bar{X} \pm SD$	19,9 ± 18,4 (min 01, max 144)	
Nguồn lây	Tại cơ sở y tế	197	53
	Ngoài cơ sở y tế	145	39
	Không rõ nguồn lây	30	8

Tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Lứa tuổi từ 12 đến dưới 60 tháng chiếm đa số 56,5%. Phần lớn trẻ lây nhiễm Adenovirus trong các cơ sở y tế (53%).



Biểu đồ 1. Phân bố ca bệnh theo tháng trong năm

Ca nhiễm Adenovirus hay gặp vào mùa thu đông, cao nhất từ tháng 9 đến tháng 12.

Bảng 2. Tình trạng mắc bệnh lý nền, tình trạng dinh dưỡng và các biến chứng ở trẻ nhiễm Adenovirus nặng và nguy kịch

Tình trạng mắc bệnh lý nền và biến chứng		n	%
Bệnh lý nền	Đẻ non	40	10,8
	Mắc Covid-19	115	30,9
	Bệnh phổi mạn	43	11,6
	Bệnh thần kinh - cơ	55	14,8
	Phẫu thuật	18	4,8
	Tim mạch	24	6,5
	Bệnh máu, ác tính	8	2,1
	Khác	19	5,1
Tổng		372	100
Tình trạng dinh dưỡng	Bình thường	287	77,2
	Suy dinh dưỡng	85	22,8
	Tổng	372	100
Biến chứng	Biến chứng ARDS	29	7,8
	Biến chứng Suy đa tạng	33	8,9
	Biến chứng tổn thương gan	13	3,5
	Viêm não	8	2,2
	Viêm cơ tim	1	0,3
	PIBO	35	9,4
	Tổng	119	100%

Khoảng 1/3 trẻ có tiền sử mắc Covid-19 và có các bệnh lý nền như bệnh lý thần kinh-cơ, bệnh phổi mạn, tiền sử đẻ non. 22,8% có tình trạng suy dinh dưỡng. Có 119/372 trẻ có các biến chứng, ba biến chứng gặp nhiều nhất là ARDS (7,8%), suy đa tạng (8,9%) và PIBO (9,4%).

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng ở trẻ nhiễm Adenovirus nặng, nguy kịch

Triệu chứng		n	%
Sốt	Mức độ		
	Không sốt	8	2,2
	Nhẹ (<38°C)	15	4,0
	Vừa (Từ 38°C đến <39°C)	117	31,5
	Cao (Từ 39°C đến <40°C)	217	58,3
	Rất cao (≥40°C)	15	4,0
Sốt	Nhiệt độ trung bình (°C) X±SD	39,4 ± 0,70	
	Thời gian		
	Sốt <7 ngày	150	40,3
	Sốt ≥7 ngày	222	59,7
Da, mắt	Thời gian sốt trung bình (ngày) X±SD	8,41 ± 5,2 (min 0, max 35)	
	Viêm kết mạc	43	11,6
	Ban ngoài da	32	8,6
Tiêu hóa	Ăn kém/bú kém	310	83,3
	Nôn	99	26,6
	Tiêu chảy	164	44,1
	Gan to	24	6,5
Hô hấp	Viêm long hô hấp	345	92,7

Khác	Ran ẩm	268	72
	Ran rít, ran ngáy	104	28
	Suy hô hấp độ II	265	71,2
	Suy hô hấp độ III	107	28,8
	Cơ giât	42	11,3
	Thiếu niệu	13	3,5

Sốt ở mức độ vừa (31,5%) và sốt rất cao (58,3%), nhiệt độ trung bình là $39,4 \pm 0,7^\circ\text{C}$ và 59,7% trẻ sốt ≥ 7 ngày. Triệu chứng viêm long hô hấp (92,7%), ăn kém/bú kém (83,3%) và tiêu chảy (44,1%) là 3 triệu chứng thường gặp nhất. Ran ẩm tại phổi (72%) và suy hô hấp độ 1 (71,2%).

Bảng 4. Biến đổi cận lâm sàng ở trẻ nhiễm Adenovirus nặng, nguy kịch

Cận lâm sàng			n	%
Công thức máu ngoại vi	Số lượng bạch cầu (G/l)	≤4	46	12,4
		4<BC ≤10	176	47,3
		>10	150	40,3
	Huyết sắc tố <10 g/l		114	30,6
Sinh hóa	Tiêu cầu <100 G/l		9	2,4
	Tăng CRP >10 mg/L		239/372	64,2
	Ferritin >750 ng/ml		111/247	44,9
	LDH >1000 U/L		90/253	35,6
	Protein ≤55 g/l		71/245	29
	Albumin ≤35 g/l		164/256	64,1
	Lactat >2,5 mmol/l		79/305	25,9
	AST ≥100 U/L/37°C		175/329	53,2
	ALT ≥100 U/L/37°C		44/329	13,4
	Ure ≥7,5 mmol/l		21/323	6,5
Đông máu	Prothrombin(PT) <70%		49/249	19,7
	APTT kéo dài >37s		100/249	40,2
	D-Dimer	Không tăng	8/227	3,5
		Tăng vừa (400-4000 ng/ml)	158/227	69,6
		Tăng cao >4000 ng/ml	61/227	26,9
Số lượng tế bào lympho CD	Fibrinogen >4g/l hoặc ≤1g/l		45/249	18,1
	Giảm CD3		55/98	56,1
	Giảm CD4		65/98	66,3
	Giảm CD8		49/98	50

52,7% trẻ nhiễm Adenovirus nặng, nguy kịch có bất thường số lượng bạch cầu (BC) máu ngoại vi với 40,3% tăng số lượng BC và 12,4% giảm số lượng BC; 30,6% trẻ có giảm huyết sắc tố và chỉ có 2,4% trẻ giảm tiểu cầu. Các chỉ số đáp ứng viêm hệ thống tăng bao gồm tăng CRP (64,2%), tăng Ferritin (44,9%) và tăng LDH (35,6%). Giảm Albumin máu (64,1%) và tăng AST (53,2%). Tăng D-Dimer (96,5%), trong đó 26,9% D-Dimer tăng rất cao và 69,6% tăng vừa. 98/372 trẻ được khảo sát tình trạng miễn dịch tế

bào, phần lớn trẻ có giảm số lượng tế bào CD3 (56,1%), CD4 (66,3%) và CD8 (50%).

Bảng 5. Đặc điểm tổn thương trên X-quang và CLVT lồng ngực ở trẻ viêm phổi nặng, nguy kịch do Adenovirus

	Dạng tổn thương	n	%
X-quang ngực	Thâm nhiễm từng đám tập trung	211	56,7
	Mờ lan tỏa hai phổi	112	30,1
	Ư khí	32	8,6
	Tràn dịch màng phổi	23	6,2
	Tràn khí màng phổi	6	1,6
	Tổng	372	100%
Cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực	Tràn khí màng phổi	2	3,2
	Tràn dịch màng phổi	7	11,1
	Đông đặc	57	90,5
	Kính mờ	32	50,8
	Xẹp phổi	4	6,3

Thâm nhiễm từng đám tập trung (56,7%) và mờ lan tỏa hai phổi (30,1%) là 2 dạng tổn thương thường gặp nhất trên phim X-quang ngực. Đông đặc (90,5%) và kính mờ (50,8%) là hai dạng tổn thương gặp nhiều nhất trên phim chụp CLVT lồng ngực.

IV. BÀN LUẬN

Adenovirus có thể gây bệnh ở mọi lứa tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ nhiễm Adenovirus nặng, nguy kịch trong độ tuổi 6 tháng đến 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (25,2% trẻ từ 6 đến 12 tháng và 56,5% trẻ từ 1 đến 5 tuổi). Nghiên cứu của Veena Rajkumar và cộng sự cho thấy trẻ bị nhiễm Adenovirus nặng thường gặp ở nhóm trẻ dưới 2 tuổi [4]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Mai Thùy và cộng sự (2016-2018) cho thấy 64% trẻ viêm phổi Adenovirus nặng ở lứa tuổi 12-36 tháng, trong đó 84,4% là trẻ dưới 12 tháng tuổi [1]. Tỷ lệ trẻ trên 5 tuổi nhiễm Adenovirus trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 3,2%, phù hợp với các nghiên cứu trước đây.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 53% các trường hợp nhiễm Adenovirus là do lây lan tại các cơ sở y tế. Số lượng trẻ nhiễm Adenovirus tăng cao nhất vào mùa thu-đông (tháng 9, 10, 11 và 12), sau đó giảm dần vào mùa xuân (tháng 1, 2, 3) và thấp nhất vào mùa hè (tháng 4, 5, 6, 7). Adenovirus bùng phát tại miền Bắc - Việt Nam bắt đầu vào khoảng thời gian tháng 9 năm 2022, đây là giai đoạn miền Bắc vừa trải qua đại dịch Covid-19, có lẽ vì vậy mà dịch tễ học theo mùa của Adenovirus có sự thay đổi so với các nghiên cứu trước đây.

Trong số 372 trẻ nhiễm Adenovirus nặng và nguy kịch trong nghiên cứu của chúng tôi, có

11,6% trẻ có bệnh phổi mạn tính; 6,5% trẻ có bệnh tim bẩm sinh; 14,8% trẻ có bệnh thần kinh-cơ và 10,8% trẻ tiền sử đẻ non (Bảng 2). 30,9% trẻ nhiễm Adenovirus nặng và nguy kịch có tiền sử mắc Covid-19 trước đó phù hợp với dịch tễ Việt Nam vừa trải qua đại dịch Covid-19 giai đoạn trước khi bùng phát vụ dịch Adenovirus. 22,8% trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng suy dinh dưỡng. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thùy cũng cho thấy 26,7% trẻ viêm phổi nặng do Adenovirus có tình trạng suy dinh dưỡng [1].

Các biến chứng sớm ở trẻ nhiễm Adenovirus thường gặp trong giai đoạn cấp, đặc biệt là trong một tuần đầu, bao gồm hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS), bão cytokine, sốc nhiễm trùng và suy đa tạng. Các biến chứng muộn thường xảy ra sau viêm phổi do Adenovirus gồm: giãn phế quản, xơ hoá phổi và viêm phổi kẽ bong vảy biểu mô, viêm tiểu phế quản tắc nghẽn (PIBO). Trong nghiên cứu của chúng tôi, hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển, suy đa tạng và PIBO là ba biến chứng thường gặp nhất ở trẻ nhiễm Adenovirus nặng, nguy kịch.

Nghiên cứu của chúng tôi có 92,7% trẻ có triệu chứng viêm long hô hấp và 83,3% trẻ ăn kém/bú kém. Nghiên cứu của Na Xu và cộng sự cho thấy sốt cao, khó thở, suy hô hấp, thiếu oxy máu, triệu chứng tiêu hóa (nôn, tiêu chảy) và các triệu chứng thần kinh (co giật, rối loạn tri giác, kích thích) là triệu chứng thường gặp ở nhóm trẻ bị viêm phổi nặng do Adenovirus [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số trẻ nhiễm Adenovirus nặng, nguy kịch có biểu hiện sốt cao (từ 39°C đến < 40°C) chiếm 58,3% với nhiệt độ trung bình là 39,4 ± 0,70°C và thời gian sốt kéo dài ≥ 7 ngày chiếm 59,7% (Bảng 3). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thùy cho thấy 56,7% trẻ viêm phổi nặng do Adenovirus có tình trạng sốt cao và 54% trẻ sốt ≥ 7 ngày [1]. Triệu chứng thực thể tại phổi hay gặp nhất ở trẻ nhiễm Adenovirus nặng, nguy kịch là ran ẩm (72%); 71,2% trẻ suy hô hấp độ II và 28,8% trẻ suy hô hấp độ III.

CTM thấy 40,3% trẻ có tình trạng tăng số lượng bạch cầu máu ngoại vi và 12,4% trẻ có giảm số lượng BC máu ngoại vi; tỷ lệ giảm tiểu cầu và thiếu máu chiếm tỷ lệ thấp (Bảng 4). Các biến đổi về sinh hóa thường gặp nhất ở trẻ nhiễm Adenovirus nặng và nguy kịch trong nghiên cứu của chúng tôi là giảm albumin máu (64,1%) và tăng các chỉ số đáp ứng viêm hệ thống như tăng D-Dimer (69,6% tăng vừa và 26,9% tăng cao), tăng CRP > 10 mg/L (65,2%),