

Thời gian nằm viện (ngày)	12 (10-17)	12 (9-16)
Hệ số tương quan (r)	0,752	0,77

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng, tình trạng của các BN khi nhập viện đa phần là tỉnh, tiếp xúc được, chỉ 2,6% là lơ mơ, mất ý thức.

Với trung vị SpO₂ của BN COVID-19 là 90% (85 – 94) nên trong suốt quá trình điều trị có 113 BN (59,8%) cần liệu pháp oxy hỗ trợ. Tỷ lệ BN COVID-19 thở máy xâm lấn là 3,2%, thở canula là 18,5%, thở mask là 35,5%. Tỷ lệ tử vong ở BN COVID-19 thở máy xâm lấn là 23,1%. Tỷ lệ xuất viện ở BN không dùng oxy trị liệu là 46,6%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Fei Zhou ⁽⁶⁾ khi tỷ lệ tử vong ở BN thở máy xâm lấn (57%) cao hơn nhiều so với nhóm xuất viện (1%) với $p < 0,001$.

Về đặc điểm cận lâm sàng, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ có tổn thương trên phổi cao, cụ thể tỷ lệ tổn thương 1 bên phổi và tổn thương 2 bên phổi lần lượt là 18% và 71,4%. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tử vong và nhóm xuất viện có tổn thương phổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bùi Thanh Huyền và cộng sự thực hiện tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai ghi nhận tỷ lệ có tổn thương trên phổi chiếm 84,6% ⁽⁷⁾ Các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng về huyết học và sinh hóa bất thường ở bệnh nhân COVID-19 trung bình đến nguy kịch gồm WBC (>10 K/ μ L) chiếm 25,9%, PLT (<130 K/ μ L) chiếm 24,3%, ALT (> 42 U/L) chiếm 45%, AST (> 40 U/L) chiếm 57,1%, CRP (> 10 mg/L) chiếm 80,4%. Những chỉ số bất thường này có thể giúp các bác sĩ trong việc phát hiện và tiên lượng kết quả điều trị ở giai đoạn đầu điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Asghar ⁽⁸⁾. Hầu hết bệnh nhân nặng đều có biểu hiện tiến triển nhanh và rối loạn chức năng đa cơ quan.

Về đặc điểm sử dụng thuốc trong điều trị COVID-19, trên 90% BN được chỉ định sử dụng thuốc chống đông dự phòng. Trong đó thuốc chống đông được sử dụng nhiều nhất là enoxaparin ở dạng tiêm truyền, sau đó là rivaroxaban dạng uống. Thuốc corticoid được sử dụng chủ yếu là methylprednisolon ở dạng tiêm và uống. Đa số BN được chỉ định corticoid nằm trong nhóm bệnh nặng. Thời gian sử dụng thuốc corticoid và thuốc chống đông với thời

gian nằm viện có mối quan hệ tuyến tính mạnh ($r > 0,7$). Việc sử dụng corticoid và thuốc chống đông trên 10 ngày dựa theo hướng dẫn của BYT, ngoài ra còn phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng của BN và các bệnh mắc kèm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã đánh giá tình hình sử dụng thuốc điều trị cho BN COVID-19 tại bệnh viện Đa khoa Mỹ Phước. Thời gian nằm viện kéo dài từ 8 ngày trở lên có liên quan đến sử dụng thuốc chống đông ở BN COVID-19. Nghiên cứu được thực hiện dưới sự giúp đỡ của Bệnh viện Đa khoa Mỹ Phước và Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- WHO.** Timeline: WHO's COVID-19 response. URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline> (ngày truy cập 08/04/2025).
- Cục Y tế dự phòng.** Bản tin cập nhật COVID-19 tính đến 18h00 ngày 18/11/2021. 2021. URL: <https://vncdc.gov.vn/ban-tin-cap-nhat-covid-19-tinh-den-18h00-ngay-18112021> (ngày truy cập 08/04/2025).
- Bộ Y tế.** Quyết định số 250/QĐ-BYT. Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19. 2022: 1-143
- Bộ Y tế.** Quyết định số 4689/QĐ-BYT. Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19. 2021.
- Bộ Y tế.** Quyết định số 5666/QĐ-BYT. Quyết định về việc sửa đổi, bổ sung một số điểm của hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19. 2021.
- Fei Zhou, Ting Yu et al.** Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2020;395(10229): 1054–1062.
- Bùi Thanh Huyền, Nguyễn Tất Trung, Ngô Đức Tuấn.** Hiệu quả của Remdesivir trên bệnh nhân điều trị COVID-19 tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai năm 2021. *Tạp Chí Y học TP. Hồ Chí Minh.* 2022;26(1): 292-298.
- Asghar MS, Khan NA, Haider Kazmi SJ, Ahmed A, Hassan M, Jawed R, Akram M, Rasheed U, Memon GM, Ahmed MU, Tahniyat U.** Hematological parameters predicting severity and mortality in COVID-19 patients of Pakistan: a retrospective comparative analysis. *Journal of community hospital internal medicine perspectives.* 2020;10(6):514-20.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC - LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRẺ VIÊM PHỔI DO ADENOVIRUS NẶNG VÀ NGUY KỊCH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2022

Nguyễn Văn Lâm¹, Nguyễn Thị Thùy²,
Trần Thị Thu Hương¹, Nguyễn Thị Thu Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học - lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ viêm phổi nặng và nguy kịch do Adenovirus. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thuần tập hồi cứu trên 178 trẻ viêm phổi do Adenovirus (PCR dương tính), điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong năm 2022. Tiêu chuẩn phân loại nặng/nguy kịch áp dụng theo hướng dẫn Bộ Y tế.¹ **Kết quả:** Dịch tập trung các tháng cuối năm (T8-T12), đỉnh tháng 10 (43,8%). Nam chiếm 64,6%. Trẻ 12 tháng đến dưới 5 tuổi chiếm 60,7%. Triệu chứng thường gặp: sốt (98,9%), ho (98,9%), khó thở (90,4%). 69,1% thở oxy và 26,4% thở máy xâm nhập. Tỷ lệ biến chứng 27,5%; thường gặp tổn thương gan (10,7%), sốc nhiễm trùng (9,0%), ARDS (7,3%), PIBO (9,0%). So với nhóm nặng, nhóm nguy kịch có bạch cầu, lympho, huyết sắc tố và tiểu cầu thấp hơn; CRP, LDH, AST cao hơn; protein/albumin thấp hơn, APTT kéo dài và fibrinogen thấp hơn ($p < 0,05$). **Kết luận:** Viêm phổi do Adenovirus ở trẻ có gánh nặng suy hô hấp cao và tính mùa rõ. Các chỉ dấu xét nghiệm gợi ý nguy kịch gồm giảm các dòng tế bào máu, tăng CRP/LDH/AST và rối loạn đông máu. **Từ khóa:** Adenovirus; viêm phổi; trẻ em; mức độ nặng; suy hô hấp.

ABSTRACT

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF SEVERE AND CRITICAL ADENOVIRUS PNEUMONIA IN CHILDREN AT THE NATIONAL PEDIATRIC HOSPITAL IN 2022

Objectives: Description of epidemiological, clinical, and paraclinical characteristics in children with severe and critical pneumonia due to Adenovirus. **Methods:** A retrospective cohort study including 178 PCR-confirmed adenovirus pneumonia cases treated in 2022. Severe/critical classifications followed the Vietnamese Ministry of Health guideline.¹ **Results:** Admissions peaked in October (43.8%), with male predominance (64.6%). The 12- <60 months group accounted for 60.7%. Common symptoms were fever (98.9%), cough (98.9%), and dyspnea (90.4%). Oxygen therapy was required in 69.1% and invasive

ventilation in 26.4%. Complications occurred in 27.5%. Compared with severe cases, critical cases showed lower blood cell indices and higher CRP/LDH/AST, lower protein/albumin, prolonged APTT and lower fibrinogen ($p < 0.05$). **Conclusions:** Pediatric adenovirus pneumonia demonstrated high respiratory support needs and marked seasonality. Cytopenias, elevated inflammatory/organ injury markers, and coagulopathy were associated with critical illness and may assist early risk stratification.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Adenovirus là căn nguyên quan trọng gây nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ em và có thể gây viêm phổi nặng, suy hô hấp, biến chứng đa cơ quan và để lại di chứng đường thở (ví dụ PIBO).^{2,3} Năm 2022, Bệnh viện Nhi Trung ương đã ghi nhận dịch Adenovirus với nhiều trường hợp bệnh nhân diễn biến nặng nhanh, khác hẳn so những năm trước. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và nhận diện các chỉ dấu xét nghiệm liên quan mức độ nguy kịch, định hướng trong việc phân tầng và tối ưu hóa điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Thiết kế nghiên cứu: thuần tập hồi cứu.
Địa điểm và thời gian: Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Nhi Trung ương, từ 01/01/2022 đến 31/12/2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Trẻ chẩn đoán viêm phổi do Adenovirus với PCR Adenovirus dương tính từ bệnh phẩm đường hô hấp (dịch tự hầu, dịch nội khí quản hoặc dịch rửa phế quản). Trong đó, tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi gồm trẻ ho, sốt, kèm ít nhất một trong các dấu hiệu: thở nhanh theo tuổi, rút lõm lồng ngực, nghe phổi có tiếng bất thường (ran ẩm nhỏ hạt, ran phế quản, ran nổ, giảm thông khí,..). Xquang ngực thẳng có thể thấy tổn thương đám mờ phế nang khu trú một hoặc nhiều thùy hay lan tỏa hai phế trường, ứ khí xen kẽ đám mờ rải rác, tràn dịch màng phổi khu trú, mờ rãnh liên thùy.

Phân loại mức độ nặng: Theo hướng dẫn Bộ Y tế (Quyết định 3451/QĐ-BYT, 26/12/2022).¹

- Tiêu chuẩn nặng bao gồm:

Viêm phổi nặng nhưng chưa có dấu hiệu nguy hiểm đe dọa tính mạng

+Thở nhanh theo tuổi kèm dấu hiệu thở gắng sức

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Nga

Email: thungabs@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2026

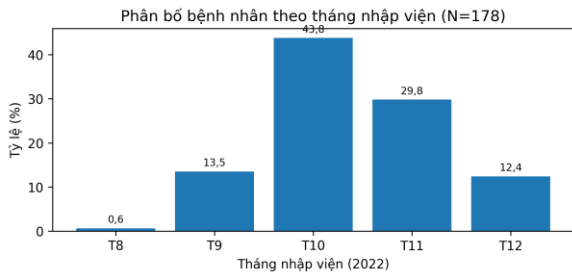
Ngày duyệt bài: 18.3.2026

- +Thần kinh: Trẻ khó chịu, quấy khóc, kích thích.
- + Ăn bú kém
- SpO2: 90-94% với khí trời
- X-quang phổi: tổn thương ít nhất 2 thùy phổi trở lên hoặc có tràn dịch màng phổi.
- Tiêu chuẩn nguy kịch gồm:
 - +Suy hô hấp nặng, SpO2 < 90 % với khí trời, cần thông khí xâm nhập.
 - +Có dấu hiệu đe dọa tính mạng: tím trung tâm, rối loạn nhịp thở, giảm trí giác, hôn mê, bỏ ăn hoặc không uống được.
 - +Có hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS)
 - +Sốc nhiễm trùng
 - +Suy đa tạng
 - +Cơn bão cytokin.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tất cả các bệnh nhân không thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và các hồ sơ, bệnh án không đầy đủ thông tin.

Phân tích thống kê: mô tả bằng tần số, tỷ lệ; biến liên tục trình bày trung vị (IQR) hoặc TB±SD theo phân phối chuẩn. So sánh 2 nhóm nặng và nguy kịch bằng kiểm định phù hợp; p<0,05 có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ



Hình 1. Phân bố bệnh nhân theo tháng nhập viện năm 2022 (N=178)

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính, nhóm tuổi

Phân bố bệnh nhân		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	115	64,6
	Nữ	63	35,4
Nhóm tuổi	Dưới 6 tháng	17	9,6
	Từ 6 đến dưới 12 tháng	49	27,7
	Từ 12 tháng đến dưới 5 tuổi	108	60,7
	Trẻ từ 5 tuổi trở lên	4	2,2
	Tổng	178	100

Bảng 2. Các triệu chứng cơ năng tại thời điểm nhập viện

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt		
Thời gian sốt (TB±SD)	176	98,9
9,4 ± 5,52 ngày		
Ho	176	98,9
Khó thở	161	90,4
Viêm long đường hô hấp trên	147	82,6
Viêm kết mạc	22	12,4
Ban da	13	7,3
Nôn	39	21,9
Tiêu chảy	77	43,3
Co giật	14	7,9

Bảng 3. Đặc điểm suy hô hấp

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Bệnh nhân thở oxy	123	69,1
Bệnh nhân thở máy không xâm nhập	8	4,5
Bệnh nhân thở máy xâm nhập	47	26,4
Thời điểm xuất hiện suy hô hấp (TB±SD)	6,2 ± 3,9 ngày	
Thời gian thở oxy trung bình (BN thở oxy)	5,9 ± 3,5 ngày	
Thời gian thở máy trung bình	8,7 ± 5,1 ngày	

Bảng 4. Đặc điểm biến chứng của đối tượng nghiên cứu

Biến chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có biến chứng	49	27,5
ARDS	13	7,3
Sốc nhiễm trùng	16	9,0
Suy đa tạng	11	6,17
Viêm não	3	1,7
Tổn thương gan	19	10,7
Co giật do sốt	2	1,1
PIBO	16	9,0

Bảng 5. Đặc điểm tổn thương phổi trên phim X-quang ngực

Đặc điểm trên X-quang	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thâm nhiễm từng đám tập trung	92	51,68
Tổn thương phổi kẽ	12	6,75
Đông đặc một thùy phổi	14	7,9
Đông đặc từ 2 thùy trở lên	31	17,4
Mờ lan tỏa cả 2 phổi	29	16,3
Ứ khí	52	29,2
Tràn dịch màng phổi	11	6,17
Tràn khí màng phổi	1	0,56

Bảng 6. Công thức máu giữa 2 nhóm nặng và nguy kịch

Xét nghiệm	Nặng (N=123)	Nguy kịch (N=55)	P
Bạch cầu (G/L), trung vị (IQR)	11,7 (7,9–18,9)	7,4 (5,5–11,72)	<0,05
BCĐNTT (G/L), trung vị (IQR)	6,9 (4,1–10,3)	4,24 (2,76–9,58)	<0,05
Lympho (G/L), trung vị (IQR)	3,4 (2,4–5,5)	1,89 (1,25–2,93)	<0,05
Huyết sắc tố (g/L), trung vị (IQR)	108 (98,8–117)	99 (87–111)	<0,05
Tiểu cầu (G/L), trung vị (IQR)	325 (245–441)	226 (138–335)	<0,05

(kiểm định Mann-whitney U).

Bảng 7. Sinh hóa máu giữa 2 nhóm nặng và nguy kịch

Xét nghiệm	Nặng (N=123)	Nguy kịch (N=55)	p
CRP (mg/L), trung vị (IQR)	25,8 (12,7–60,2)	39 (18,8–77,7)	<0,05
PCT (ng/mL), trung vị (IQR)	1,48 (0,3–6)	4,31 (1,07–10,9)	>0,05
Ferritin (µg/L), trung vị (IQR)	415 (152–1363)	671 (288,5–1842)	>0,05
LDH (U/L), trung vị (IQR)	702 (430–1166)	980 (483–1850)	<0,05
Ure (mmol/L), trung vị (IQR)	2,5 (2–3,1)	2,9 (1,9–4,1)	>0,05
Creatinin (µmol/L), trung vị (IQR)	21 (17–25,8)	21 (15–36)	>0,05
AST (U/L), trung vị (IQR)	60,2 (39,7–89,7)	84,2 (48,5–159,3)	<0,05
ALT (U/L), trung vị (IQR)	22,4 (14,8–34,5)	29,3 (18,3–54)	>0,05
ProBNP (pg/mL), trung vị (IQR)	33 (17–1005)	137 (24–548)	>0,05
Protein (g/L), TB±SD	63,5 ± 7,1	55 ± 9,7	<0,05
Albumin (g/L), TB±SD	35,1 ± 4	29,4 ± 5,4	<0,05
Lactat (mmol/L), TB±SD	1,5 ± 0,7	1,4 ± 0,8	>0,05

(kiểm định Mann-Whitney U).

Bảng 8. Đông máu giữa 2 nhóm nặng và nguy kịch

Xét nghiệm	Nặng (N=123)	Nguy kịch (N=55)	p
PT (%), trung vị (IQR)	89,5 (82–103)	85 (69–98,5)	>0,05
APTT (s), trung vị (IQR)	34,8 (30,4–37,3)	39,2 (32,2–45,5)	<0,05
Fibrinogen (g/L), trung vị (IQR)	3,48 (2,96 – 3,9)	3,01 (2,29–3,64)	<0,05
D-dimer, trung vị (IQR)	1512 (1058–3528)	1790 (1160–4201)	>0,05

(kiểm định Mann-Whitney U).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tính mùa rõ rệt với số ca nhập viện tăng từ tháng 8 và đạt đỉnh vào tháng 10 chiếm 43,8%. Kết quả này cũng cũng như mô tả của tác giả Phùng Thị Bích Thủy, chủ yếu bệnh nhân nhập viện vào tháng mùa thu đông⁴. Các báo cáo khác trên thế giới cũng cho thấy Adenovirus có thể gây bùng phát theo chu kỳ và lây lan mạnh trong cộng đồng trẻ em.⁵ Trong 178 bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu, tỷ lệ nam/ nữ xấp xỉ khoảng 2/1. Về phân bố theo nhóm tuổi, nhóm 12 tháng- 5 tuổi chiếm tỷ

lệ cao nhất (60.7%). Lứa tuổi từ 5 tuổi trở lên ít nhiễm Adenovirus nặng và nguy kịch nhất (chỉ chiếm 2.2%).

Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân nổi bật với tình trạng sốt (98, 9%) và các biểu hiện đường hô hấp như ho (98,9%), viêm long đường hô hấp trên (82,6%), khó thở (90,4%). Các triệu chứng ít gặp hơn bao gồm các triệu chứng đường tiêu hóa (43, 3%), nôn (21,9%), viêm kết mạc (12,4%), ban da (7,3%). Triệu chứng co giật gặp ở 14 bệnh nhân. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thủy ghi nhận phần lớn trẻ khi

vào khoa Điều trị tích cực nội đều có hội chứng viêm long đường hô hấp trên (99,2%), các triệu chứng nôn và tiêu chảy lần lượt là 78% và 61,4%, các triệu chứng khác cũng gặp nhưng với tỷ lệ ít hơn bao gồm viêm kết mạc (29,1%), ban da (21,3%)⁶. Nghiên cứu của Yan Hong cũng ghi nhận kết quả tương tự với sốt (100%), thở nhanh (100%), ho (100%), trong đó có 5,2% bệnh nhân suy hô hấp. Các triệu chứng ngoài phổi như triệu chứng tiêu hóa quan sát thấy ở 46,82% bệnh nhân, bao gồm 15,6% bệnh nhân có đại tiện phân lỏng⁷. Về đặc điểm sốt, hầu hết bệnh nhân sốt cao trên 39 độ, và sốt trung bình khoảng $9,4 \pm 5,5$ ngày. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thùy cũng ghi nhận bệnh nhân chủ yếu sốt cao trên 39 độ (56,7%), và sốt dài trên 7 ngày (60%), thời gian sốt trung bình khoảng $8,3 \pm 4,4$ ngày trong đó bệnh nhân sốt dài nhất là 21 ngày⁶. Về đặc điểm suy hô hấp của đối tượng nghiên cứu, thời gian bệnh kể từ khi bệnh nhân biểu hiện triệu chứng lâm sàng đến khi có suy hô hấp là khoảng $6,19 \pm 3,9$ ngày. 100% bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp và tổn thương phổi, trong đó 123 bệnh nhân viêm phổi nặng cần thở oxy (69,1%), 55 trường hợp viêm phổi rất nặng (30,9%) gồm 8 bệnh nhân cần hỗ trợ thở máy mũi (chiếm 4,5%) và 47 bệnh nhân cần hỗ trợ thông khí xâm nhập (26,4%). Thời gian thở oxy trung bình của nhóm chỉ thở oxy là $5,9 \pm 3,5$ ngày, thời gian thở máy trung bình của nhóm thở máy xâm nhập là $8,7 \pm 5,1$ ngày. Trong 178 bệnh nhân nghiên cứu, 49 bệnh nhân (27,5%) xuất hiện biến chứng trong quá trình điều trị, bao gồm: hội chứng suy hô hấp cấp tính (ARDS), suy đa tạng, tổn thương gan, co giật do sốt lần lượt là 7,3%, 6,17%, 10,7%, 1,1%, đặc biệt ghi nhận 3 trường hợp có biến chứng viêm não với xét nghiệm PCR Adenovirus dương tính trong dịch não tủy chiếm 1,7%, trong đó có 2 trẻ xuất hiện triệu chứng co giật và 1 trẻ lâm sàng có triệu chứng li bì. Biến chứng xa như PIBO quan sát thấy ở 16 trường hợp chiếm 9%. Cùng nghiên cứu về nhóm bệnh nhân viêm phổi nặng, nguy kịch nhiễm Adenovirus, tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mai Thùy mô tả gồm sốc nhiễm trùng 52,2%, suy đa tạng (78,9%) và không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng viêm não-màng não⁶.

So sánh các xét nghiệm cận lâm sàng của 2 nhóm bệnh nhân nặng và nguy kịch chúng tôi thấy rằng: nhóm bệnh nhân nguy kịch có số lượng các tế bào máu như bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính, bạch cầu lympho, huyết sắc tố, tiểu cầu đều thấp hơn so với nhóm bệnh nhân nặng ($p < 0,05$). Bên cạnh đó, các chỉ số viêm như CRP, LDH ở nhóm bệnh nhân nguy kịch cao hơn nhóm bệnh nhân nặng ($p < 0,05$),

các chỉ số viêm PCT, ferritin ở nhóm nguy kịch cũng quan sát thấy cao hơn nhóm nặng tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Theo tác giả Lê Thị Hồng Hanh và cộng sự, mức LDH > 430 UI/l (độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 87,6%), và ferritin > 307 mg/l (độ nhạy: 70,7%, độ đặc hiệu 84,6%) có ý nghĩa tiên lượng mức độ nặng bệnh nhân viêm phổi nhiễm adenovirus⁸. Nhóm bệnh nhân nguy kịch cũng ghi nhận có sự tăng men gan AST cao hơn ở nhóm nặng ($p < 0,05$) và giảm protein, albumin hơn so với nhóm nặng ($p < 0,05$). Về mặt rối loạn đông máu, bệnh nhân nhóm nguy kịch có thời gian APTT kéo dài và fibrinogen thấp hơn so với nhóm nặng ($p < 0,05$). Sự khác biệt về mặt xét nghiệm giữa 2 nhóm bệnh nhân này có thể dễ dàng lý giải bởi nhóm bệnh nhân nguy kịch đều là những bệnh nhân có tổn thương phổi rất nặng cần hỗ trợ thông khí nhân tạo và xuất hiện các biến chứng như suy đa tạng, ARDS, có tổn thương gan, tổn thương thần kinh trung ương.

Về đặc điểm Xquang của đối tượng nghiên cứu, đa số bệnh nhân có tổn thương phổi thâm nhiễm từng đám tập trung (51,68%), ứ khí (29,2%), các tổn thương khác bao gồm tổn thương phổi kẽ (12%), đông đặc một thùy phổi (7,9%), đông đặc từ 2 thùy trở lên (17,4%), tổn thương mờ lan tỏa cả 2 phổi (16,3%), tràn dịch màng phổi một trong những đặc điểm từng được ghi nhận có giá trị tiên lượng nặng ở bệnh nhân nhiễm Adenovirus chiếm 6,17%, và ghi nhận 1 trường hợp tràn khí màng phổi. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thùy cũng có sự tương đồng với hình ảnh xquang mờ lan tỏa 2 phổi chiếm 46,7%, thâm nhiễm từng đám tập trung chiếm 42,2%⁶.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi do Adenovirus ở trẻ tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022 có tính mùa rõ, chủ yếu gặp ở trẻ 12 tháng đến dưới 5 tuổi và có gánh nặng suy hô hấp cao, tổn thương phổi nặng, có biến chứng. Nhóm nguy kịch liên quan các bất thường xét nghiệm gồm giảm dòng tế bào máu, tăng CRP/LDH/AST, giảm protein/albumin và rối loạn đông máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO (AMA)

1. **Bộ Y tế.** Quyết định 3451/QĐ-BYT năm 2022: Phòng và kiểm soát lây nhiễm bệnh do vi rút Adeno ở trẻ em.
2. **Cherry JD.** Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases (Sixth Edition). W.B. Saunders; 2009:1949-1972.
3. **Lynch JP, Fishbein M, Echavarría M.** Adenovirus. Semin Respir Crit Care Med. 2011;32(4):494-511.