

ở 120 BN nam. AUC thậm chí còn cao hơn khi người đọc là chuyên gia CHT (AUC=0.91). Morlacco và cộng sự⁴ cho thấy AUC lớn hơn khi kết hợp bảng Partin với mô hình CHT so với bảng Partin đơn thuần (AUC, 0.73 so với 0.61) trên 501 bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng khẳng định các nhận xét trên. Tuy nhiên, ở đây chúng tôi cung cấp một bộ tiêu chí CHT cụ thể để phân loại khả năng ung thư phát triển ra ngoài, có khả năng chuẩn hóa tốt hơn và giảm tính chủ quan của chẩn đoán ung thư phát triển ra ngoài nếu được xác thực trong các nghiên cứu về sau với nhiều người đọc.

V. KẾT LUẬN

Tron nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá một hệ thống phân bậc được tiêu chuẩn hóa để phát hiện sự phát triển ra ngoài TTL trên CHT đa thông số. Hệ thống này cung cấp giá trị chẩn đoán bổ sung cho các thông số lâm sàng và đánh giá rủi ro có thể định lượng được phân bậc đối với ung thư phát triển ra ngoài. Hệ thống này dựa trên một số đặc điểm hình ảnh CHT tương đối dễ truyền đạt và dễ thực hiện. Tuy nhiên cần phải xác thực hệ thống này trong tương lai bằng các nghiên cứu nhiều người đọc để có đánh giá khái quát hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mikel Hubanks J, Boorjian SA, Frank I, et al.** The presence of extracapsular extension is associated with an increased risk of death from prostate cancer after radical prostatectomy for patients with seminal vesicle invasion and negative lymph nodes. *Urol Oncol* 2014;32(1):26.e1–26.e7.

2. **Roethke MC, Lichy MP, Kniess M, et al.** Accuracy of preoperative endorectal MRI in predicting extracapsular extension and influence on neurovascular bundle sparing in radical prostatectomy. *World J Urol* 2013;31(5):1111–1116.
3. **Loeb S, Smith ND, Roehl KA, Catalona WJ.** Intermediate-term potency, continence, and survival outcomes of radical prostatectomy for clinically high-risk or locally advanced prostate cancer. *Urology* 2007;69(6):1170–1175.
4. **Morlacco A, Sharma V, Viers BR, et al.** The incremental role of magnetic resonance imaging for prostate cancer staging before radical prostatectomy. *Eur Urol* 2017;71(5):701–704.
5. **Feng TS, Sharif-Afshar AR, Wu J, et al.** Multiparametric MRI improves accuracy of clinical nomograms for predicting extracapsular extension of prostate cancer. *Urology* 2015;86(2):332–337.
6. **Partin AW, Borland RN, Epstein JI, Brendler CB.** Influence of wide excision of the neurovascular bundle(s) on prognosis in men with clinically localized prostate cancer with established capsular penetration. *J Urol* 1993;150(1):142–146; discussion 146–148.
7. **Yu KK, Hricak H, Alagappan R, Chernoff DM, Bacchetti P, Zaloudek CJ.** Detection of extracapsular extension of prostate carcinoma with endorectal and phased-array coil MR imaging: multivariate feature analysis. *Radiology* 1997;202(3):697–702.
8. **de Rooij M, Hamoen EHJ, Witjes JA, Barentsz JO, Rovers MM.** Accuracy of magnetic resonance imaging for local staging of prostate cancer: a diagnostic meta-analysis. *Eur Urol* 2016;70(2):233–245.
9. **Krishna S, Lim CS, McInnes MDF, et al.** Evaluation of MRI for diagnosis of extraprostatic extension in prostate cancer. *J Magn Reson Imaging* 2018;47(1):176–185.
10. **Gupta RT, Faridi KF, Singh AA, et al.** Comparing 3-T multiparametric MRI and the Partin tables to predict organ-confined prostate cancer after radical prostatectomy. *Urol Oncol* 2014;32(8):1292–1299.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI MỨC ĐỘ VIÊM PHỔI Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ HÀ TĨNH

Ngô Anh Vinh¹, Mai Thị Lệ Quyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố liên quan với mức độ viêm

phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Hà Tĩnh năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 156 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Hà Tĩnh từ tháng 1/2021 đến ngày tháng 9/2021. **Kết quả:** Các triệu chứng thường gặp là thở nhanh (100%) và nghe ran ở phổi (99,4%). Các triệu chứng ăn uống/bú kém và thở nhanh có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chỉ số CRP khác nhau giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), trong khi đó không có sự tương quan giữa số lượng bạch

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Đa khoa Thành phố Hà Tĩnh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 30.11.2023

cầu với nhóm tuổi ($p > 0,05$). Tỷ lệ viêm phổi nặng ở nhóm 1 tháng - <12 tháng cao hơn nhóm 1 tuổi - 5 tuổi (87,3% và 65,6%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** thở nhanh và ran ở phổi là các dấu hiệu thường gặp. Nhóm tuổi là yếu tố liên quan có ý nghĩa với mức độ nặng của viêm phổi, lứa tuổi càng nhỏ thì càng có nguy cơ viêm phổi càng nặng. **Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố liên quan, viêm phổi, trẻ em dưới 5 tuổi

SUMMARY

SOME CLINICAL, PARACLINICAL AND FACTORS RELATED TO THE PNEUMONIA SEVERITY A IN CHILDREN UNDER 5 AT HA TINH CITY GENERAL HOSPITAL

Objectives: To investigate the clinical, paraclinical characteristics and associated factors relating to the pneumonia severity in children under five years of age at Ha Tinh City General Hospital in 2021. **Subjects and methods:** Cross-sectional study on 156 pediatric patients diagnosed with pneumonia at Ha Tinh City General Hospital, from January 1st to September 30th, 2021. **Results:** Common symptoms were tachypnea (100%) and rales (99.4%). Poor suckling/eating and tachypnea had statistically significant difference between age groups ($p < 0.05$). Different CRP was statistically significant difference between age groups ($p < 0.05$), while there was no correlation between White blood cell count and age group ($p > 0.05$). Prevalence of severe pneumonia in the children group of one to younger than 12 months was higher than that of one to five years old, respectively 87,3% and 65,6% ($p < 0.05$). **Conclusion:** Tachypnea and rales are common signs. Age group is a significant factor associated with the severity of pneumonia. The younger the age is, the greater the severe of pneumonia.

Keywords: clinical, paraclinical, related factors, pneumonia, children under 5 years old

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên Thế giới, mỗi năm có khoảng 156 triệu trường hợp mới mắc viêm phổi (VP) và 14,9 triệu ca nhập viện mỗi năm [1]. Ở Việt Nam, viêm phổi chiếm 30-34% các trường hợp khám và điều trị tại các cơ sở Y tế [2], [3]. Viêm phổi ở trẻ em có thể do nhiều nguyên nhân gây nên như vi khuẩn, virus, ký sinh trùng, nấm,... Bệnh thường tiến triển nhanh và có thể gây ra nhiều biến chứng nặng nề như suy hô hấp, thậm chí tử vong. Ở Việt Nam, hàng năm có khoảng 4000 trẻ em dưới 5 tuổi tử vong vì viêm phổi [2], [3]. Theo Tổ chức y tế Thế giới, viêm phổi là nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi, chiếm 19% trong các nguyên nhân [1].

Ở trẻ em, tỷ lệ mắc viêm phổi chủ yếu gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt là dưới 1 tuổi [4], [5]. Trẻ em dưới 5 tuổi là giai đoạn hệ miễn dịch chưa đầy đủ và khi tiếp xúc với môi

trường bên ngoài thì trẻ rất dễ bị mắc bệnh lý về hô hấp đặc biệt là viêm phổi. Các triệu chứng viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi đôi khi không đặc hiệu nên chẩn đoán ban đầu có thể bị bỏ sót nếu không thăm khám và đánh giá một cách toàn diện. Tiên lượng bệnh phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: tuổi, suy dinh dưỡng, đẻ non tháng, cân nặng khi đẻ thấp, thiếu sữa mẹ, môi trường sống ô nhiễm... [5], [6], [7].

Bệnh viện đa khoa Thành phố Hà Tĩnh được thành lập năm 2008 với nhiều chuyên khoa khác nhau. Tại đây, mỗi năm số trẻ nằm viện do viêm phổi chiếm 40-50% tổng số bệnh nhân trẻ em. Tuy nhiên, hiện nay chưa có những thống kê và đánh giá về đặc điểm lâm sàng cũng như các yếu tố tiên lượng mức độ nặng viêm phổi. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố liên quan với mức độ viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Hà Tĩnh". Kết quả sẽ giúp cho các bác sĩ chẩn đoán viêm phổi chính xác hơn và tiên lượng cũng như nâng cao hiệu quả điều trị hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Hà Tĩnh.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi: trẻ dưới 5 tuổi
- Trẻ được chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức y tế thế giới [8].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có các bệnh lý tim mạch và thần kinh kèm theo.
- Gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = Z^2(1-\alpha/2) \frac{pxq}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu cần có

$\alpha = 0,05$: mức ý nghĩa thống kê

$Z(1-\alpha/2) = 1,96$: hệ số giới hạn tin cậy

$d = 0,05$: độ chính xác mong muốn

Theo nghiên cứu Lưu Thị Thùy Dương, tỉ lệ ran ở phổi trong viêm phổi trẻ em là 0,914 [6]. Với $p = 0,914$, $q = 1-p = 0,086$. Áp dụng công thức trên ta có $n = 120,78$. Như vậy, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 121 bệnh nhân. Trên thực tế, chúng tôi thu thập được 156 bệnh nhân, đảm bảo tiêu chuẩn về cỡ mẫu.

2.2.3. Các thông số đôi tượng nghiên cứu

- Các triệu chứng lâm sàng viêm phổi: nhịp thở, rút lõm lồng ngực, tím tái, SpO₂, tình trạng suy hô hấp,...

- Các mức độ viêm phổi: viêm phổi, viêm phổi nặng, viêm phổi rất nặng.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu thực hiện tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Thành phố Hà Tĩnh từ tháng 1/2021 đến tháng 9/2021.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu.

Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 16. Số liệu được trình bày dưới dạng n (số lượng), tỷ lệ %. Sử dụng test thống kê chi bình phương khi so sánh các tỷ lệ.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu.

Nghiên cứu được sự cho phép của Hội đồng y đức Bệnh viện Đa khoa Thành phố Hà Tĩnh. Nghiên cứu nhằm mục đích giúp chẩn đoán chính xác và nâng cao hiệu quả điều trị viêm phổi. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh và các thông tin của người bệnh đều được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thu thập được 156 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung

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

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Dưới 2 tháng	19	12,2

Bảng 3. Các triệu chứng lâm sàng theo nhóm tuổi

Triệu chứng lâm sàng	Dưới 2 tháng		2 - < 12 tháng		1 - 5 tuổi		p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ho	19	100	43	100	85	90,4	>0,05
Sốt	13	68,4	35	81,4	77	81,9	>0,05
Ăn uống/bú kém	19	100	42	97,7	75	79,9	<0,05
Viêm long đường hô hấp	19	100	34	79,1	70	74,5	>0,05
Khò khè	19	100	38	88,4	74	78,7	>0,05
Thở nhanh	19	100	43	100	94	100	<0,05
Ran ở phổi	19	100	43	100	88	83,6	>0,05

Nhận xét: Tỷ lệ các triệu chứng ăn uống/bú kém và thở nhanh có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Các triệu chứng lâm sàng khác như sốt, viêm long đường hô hấp trên, khò khè chiếm tỷ lệ cao, tuy nhiên không có mối tương quan ý nghĩa thống kê giữa triệu chứng lâm sàng và nhóm tuổi (p > 0,05).

Bảng 4. Một số đặc điểm cận lâm sàng với nhóm tuổi

Chỉ số	< 2 tháng	2 - < 12 tháng	1-5 tuổi	Tổng	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Bạch cầu (G/L)	> 15	5 (26,3)	14 (32,6)	18 (19,1)	37
	>10 -15	11 (57,9)	19 (44,2)	36 (38,3)	66 (100)

	2 tháng - 12 tháng	43	27,6
	1 tuổi - 5 tuổi	94	60,3
Giới tính	Nam	92	59
	Nữ	64	41
Mức độ	Viêm phổi	40	25,6
	Viêm phổi nặng	116	74,4

Nhận xét: Nhóm từ 1 tuổi đến 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (60,3%) và thấp nhất là nhóm dưới 2 tháng tuổi (12,2%). Nam gặp nhiều hơn nữ (59% và 41%). Mức độ viêm phổi chủ yếu là mức độ nặng (74,4%).

3.2. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm của viêm phổi

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thở nhanh	156	100
Ran ở phổi	150	96,2
Ho	147	94,2
Sốt	129	82,7
Khò khè	129	82,7
An, bú kém	136	87,2
Suy hô hấp	17	10,9
Cận lâm sàng		
Huyết sắc tố giảm	57	36,5
Số lượng bạch cầu tăng	88	56,4
CRP tăng (mg/l)	94	60,3
Tổn thương trên phim XQuang	128	82,1

Nhận xét: Về lâm sàng, phần lớn đều có thở nhanh (100%) và nghe ran ở phổi (96,2%). Về cận lâm sàng, có 36,5% bệnh nhân có thiếu máu. Phần lớn bệnh nhân đều có tăng bạch cầu chiếm tỷ lệ 56,4% và 60,3% bệnh nhân có CRP tăng.

	4 - 10	3 (15,8)	11 (25,6)	39 (41,5)	90 (100)	
CRP (mg/ml)	> 50	4 (21,1)	3 (6,9)	9 (9,6)	16 (100)	<0,05
	6-50	8 (42,1)	16 (37,2)	65 (69,1)	89 (100)	
	< 6	7 (36,8)	25 (56,1)	19 (20,2)	51 (100)	

Nhận xét: Có sự khác nhau về chỉ số CRP khác nhau giữa các nhóm tuổi ($p < 0,05$), trong khi đó không có sự tương quan giữa số lượng bạch cầu với nhóm tuổi ($p > 0,05$).

3.3. Một số yếu tố liên quan với mức độ nặng của viêm phổi

Bảng 5. Mối liên quan giữa tuổi, giới với mức độ bệnh

Đặc điểm	Viêm phổi	Viêm phổi nặng	Tổng	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
1 tháng - <12 tháng	8 (12,9)	54 (87,1)	62 (100)	<0,05
1 tuổi - 5 tuổi	32 (34)	62 (66)	94 (100)	
Nam	16 (40)	76 (65,5)	92 (100)	>0,05
Nữ	24 (60)	40 (34,5)	64 (100)	

Nhận xét: Tỷ lệ viêm phổi nặng ở nhóm 1 tháng - <12 tháng cao hơn nhóm 1 tuổi đến 5 tuổi (87,1% và 66%) với sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trẻ nam mắc viêm phổi nặng nhiều hơn nữ, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6. Mối liên quan của triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng theo mức độ bệnh

Triệu chứng lâm sàng	Viêm phổi n (%)	Viêm phổi nặng n (%)	Tổng n (%)	p
Sốt	14 (35)	36 (31)	50 (100)	>0,05
Viêm long đường hô hấp	34 (85)	95 (81,9)	129 (100)	>0,05
Khò khè	32 (80)	102 (87,9)	134 (100)	>0,05
Ran ở phổi	34 (85)	107 (90,5)	141 (100)	>0,05
Ăn/bú kém	29 (72,5)	105 (86,1)	134 (100)	>0,05
Tổn thương trên X-quang phổi				
Có	38 (95)	101 (87,1)	139 (100)	>0,05
Không	2 (5)	15 (12,9)	17 (100)	>0,05
Tỷ lệ % bạch cầu đa nhân trung tính				
≥ 74	16 (13,1)	2 (11,1)	18 (100)	>0,05
<74	106 (86,9)	16 (88,9)	122 (100)	

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng không có sự khác biệt với mức độ viêm phổi ($p > 0,05$). Tỷ lệ % bạch cầu đa nhân trung tính và tổn thương trên phim X-quang phổi không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với mức độ viêm phổi ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Trong nghiên cứu, tất cả các trẻ đều có triệu chứng ho (chiếm 94,2%). Các nghiên cứu khác cũng cho thấy ho là triệu chứng phổ biến [3], [4], [5]. Đây là triệu chứng chung của viêm đường hô hấp trên ở trẻ em đặc biệt là trẻ nhỏ. Khò khè cũng là một triệu chứng ghi nhận với tỷ lệ cao (82,7%) trong nghiên cứu. Bên cạnh đó, số trẻ ăn uống/bú kém hơn bình thường chiếm tỷ lệ cao 87,2%. Sốt là một trong những triệu chứng thường gặp trong bệnh viêm phổi, chiếm 82,7% (Bảng 2). Một số nghiên cứu cũng đưa ra đánh giá tương tự chúng tôi khi cho thấy các triệu chứng ho, khò khè, ăn/bú kém là các triệu chứng thường gặp trong viêm phổi ở

trẻ em [4], [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thở nhanh là triệu chứng thực thể chiếm tỷ lệ cao nhất (100%). Tỷ lệ trẻ có ran ở phổi là triệu chứng chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi (96,2%) (Bảng 2). Điều này phù hợp với các tác giả Lưu Thị Thùy Dương và Trịnh Thị Ngọc [6], [9]. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Tuyển về viêm phổi ở trẻ em đã cho thấy: thở nhanh là triệu chứng thường gặp nhất với tỷ lệ 100% trong khi đó các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân như co giật, li bì hôn mê rất ít gặp. Trong nghiên cứu này, các triệu chứng cơ năng như ho gặp 98,3%, tiếp sau đó là khò khè với 74,7%, sốt (64,4%). Trong khi đó, triệu chứng thực thể như ran ẩm hoặc ran nổ cũng thường gặp 91,4% [2]. Khi phân tích các triệu chứng lâm sàng viêm phổi theo nhóm tuổi, chúng tôi nhận thấy, tỷ lệ trẻ viêm phổi có biểu hiện ăn/bú kém và thở nhanh có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các triệu chứng lâm sàng khác như sốt, viêm long đường hô hấp trên, khò khè chiếm tỷ lệ cao, tuy nhiên không có

mối tương quan ý nghĩa thống kê giữa triệu chứng lâm sàng và nhóm tuổi ($p > 0,05$) (Bảng 3).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 37 bệnh nhân tăng số lượng bạch cầu >10 G/L (chiếm 23,7%), 66 bệnh nhân tăng số lượng bạch cầu từ 10-15G/L (chiếm 35,9%) tuy nhiên không có sự tương quan giữa số lượng bạch cầu với nhóm tuổi ($p > 0,05$). Trong khi đó, có sự khác nhau về chỉ số CRP khác nhau giữa các nhóm tuổi ($p < 0,05$) (Bảng 4). Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Tuyển, hầu hết bệnh nhân viêm phổi có số lượng bạch cầu máu ngoại vi và nồng độ CRP huyết thanh tăng cao [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thiếu máu ở trẻ viêm phổi là 36,5%, thấp hơn nghiên cứu của Phạm Thu Hiền và Vương Thị Huyền Trang thực hiện tại Bệnh viện Nhi Trung ương [3], [4]. Sự khác biệt này có thể là do 2 nghiên cứu này được thực hiện tại Bệnh viện Nhi Trung ương, nơi có tỷ lệ bệnh nhân nặng hơn nên thường có tỷ lệ thiếu máu cao so với nghiên cứu chúng tôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 82,1% trường hợp viêm phổi có tổn thương phổi trên phim X-quang. Tổn thương phổi trên X - Quang là tiêu chuẩn rất có giá trị để chẩn đoán viêm phổi. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Tuyển, tổn thương thâm nhiễm phế nang là dấu hiệu thường gặp nhất trên X-quang phổi [2].

4.2. Một số yếu tố liên quan với mức độ nặng viêm phổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy không có sự khác biệt về giới tính với mức độ viêm phổi. Tuy nhiên nhóm tuổi là yếu tố liên quan có ý nghĩa với mức độ nặng của viêm phổi. Cụ thể, lứa tuổi càng nhỏ thì càng có nguy cơ viêm phổi càng nặng với $p < 0,05$ (Bảng 5). Các nghiên cứu khác cũng đưa ra nhận định tương tự khi cho rằng, độ tuổi có liên quan chặt chẽ với mức độ nặng của viêm phổi. Cụ thể trong nghiên cứu của Lưu Thị Thùy Dương, tỷ lệ viêm phổi nặng ở trẻ từ 2 - 12 tháng tuổi chiếm ưu thế so với trẻ từ 12 - 36 tháng (75% so với 25%) và nguy cơ viêm phổi nặng ở trẻ dưới 12 tháng tuổi cao gấp 2,5 lần so với trẻ từ 12 - 36 tháng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong nghiên cứu của tác giả này, độ tuổi của bệnh nhân tăng lên 1 tháng tuổi thì nguy cơ viêm phổi nặng giảm xuống 1,053 lần [5]. Điều này được lý giải ở trẻ nhỏ sức đề kháng giảm, hệ thống miễn dịch còn yếu và đường thở nhỏ và hẹp nên dễ bị viêm phổi và có nguy cơ trở thành viêm phổi nặng. Tương tự, trong nghiên cứu của tác giả Vương Thị Huyền Trang, tuổi có liên quan chặt chẽ với mức độ nặng của bệnh ($p < 0,01$) [4]. Trong nghiên cứu của

chúng tôi, không có sự khác biệt giữa giới tính với mức độ viêm phổi ($p > 0,05$).

Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Tuyển khi phân tích các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi đã cho thấy, các yếu tố độc lập liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi gồm tiền sử tiếp xúc người nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, suy dinh dưỡng, thời gian khởi bệnh ≥ 3 ngày có mối liên quan với viêm phổi nặng với $p < 0,05$. Nghiên cứu này cho thấy nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính rất dễ lây truyền từ người chăm sóc sang trẻ và có nguy cơ làm cho tình trạng viêm phổi của cháu nặng lên. Trong khi đó, suy dinh dưỡng là một trong những yếu tố thuận lợi cho vi khuẩn gây bệnh nặng trong tất cả các trường hợp nói chung và viêm phổi nói riêng. Tác giả cũng cho rằng sự chậm trễ đưa trẻ đi khám và điều trị làm tăng mức độ nặng của viêm phổi, thậm chí có thể tử vong. Trong nghiên cứu của Lưu Thị Thùy Dương khi nghiên cứu ở nhóm đối tượng ở trẻ em từ 2-36 tháng đã cho thấy ngoài tuổi, các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi là suy dinh dưỡng, thiếu sữa mẹ, tiêm chủng không đầy đủ [5].

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ nhỏ mắc viêm phổi điều trị tại khoa Nhi - Bệnh viện đa khoa thành phố Hà Tĩnh, chúng tôi kết luận: thở nhanh và ran ở phổi là các dấu hiệu thường gặp. Nhóm tuổi là yếu tố liên quan có ý nghĩa với mức độ nặng của viêm phổi, lứa tuổi càng nhỏ thì càng có nguy cơ viêm phổi càng nặng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Garenne M, Ronsmans C, Campbell H** (1992). The magnitude of mortality from acute respiratory infections in children under 5 years in developing countries. *World health statistics quarterly*, 45, pp 180-191.
2. **Nguyễn Đình Tuyển, Nguyễn Tấn Bình, Võ Thị Kim Dung** (2021). Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan của viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến 60 tháng tại Bệnh viện Sản nhi tỉnh Quảng Ngãi. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 501 (1), 211- 215.
3. **Phạm Thu Hiền** (2009). Nghiên cứu nguyên nhân, lâm sàng, dịch tễ học viêm phổi nặng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Khoa Hô hấp - Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2008. *Tạp chí Y học thực hành*, 666 (6), 102-103.
4. **Vương Thị Huyền Trang** (2011). Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm phế quản phổi của trẻ dưới 1 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 80 (3A), tr 142-147.

5. Lưu Thị Thùy Dương (2019). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của Viêm phổi ở trẻ từ 2 đến 36 tháng tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Khoa học và công nghệ Đại học Thái Nguyên, 207(14), 67-72.
6. GBD 2016 Lower Respiratory Infections Collaborators (2018). Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory infections in 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Infect Dis. 18(11):1191-1210.
7. Howie SRC, Murdoch DR (2019). Global childhood pneumonia: the good news, the bad news, and the way ahead. Lancet Glob Health. 7(1):e4-e5.
8. Heather J Zar, Savvas Andronikou, Mark P Nicol (2017). Clinical Review State of the Art Review. Advances in the diagnosis of pneumonia in children. BMJ, 37(2), 358:361.
9. Trịnh Thị Ngọc (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị Viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi tại khoa Hô hấp - Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. Tạp chí nghiên cứu và thực hành Nhi khoa, tr 65-72.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ MICROALBUMIN, CREATININ VÀ CHỈ SỐ MICROALBUMIN/CREATININ Ở MẪU NƯỚC TIỂU NGẪU NHIÊN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

Lê Công Trứ¹, Trần Thị Nga², Trần Thị Thu Thảo¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính phổ biến, gây ra nhiều biến chứng tiên lượng thường nặng. Microalbumin niệu và Microalbumin/Creatinin niệu (ACR) trong mẫu nước tiểu ngẫu nhiên cho kết quả nhanh và thuận tiện, nhằm cung cấp thêm cho bác sĩ lâm sàng cơ sở để đánh giá tình trạng chức năng thận của bệnh nhân đái tháo đường. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát nồng độ Microalbumin, Creatinin và chỉ số Microalbumin/Creatinin ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Cà Mau năm 2019 – 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 245 mẫu, thu thập tại Khoa Nội Tiết Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Cà Mau từ 3/2019 đến 8/2020. Tiến hành xét nghiệm các chỉ số: albumin, creatinin, glucose, HbA1c trên mẫu máu và microalbumin, creatinin trên mẫu nước tiểu ngẫu nhiên của đối tượng nghiên cứu, được thực hiện trên máy xét nghiệm sinh hóa AU680 hãng Beckman Coulter. **Kết quả:** Nồng độ Microalbumin, Creatinin và chỉ số Microalbumin/Creatinin ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên tăng cao ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 > 5 năm, HbA1c ≥ 7%, tuổi > 50 tuổi. **Kết luận:** Chỉ số ACR ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên giúp chẩn đoán sớm bệnh thận đái tháo đường, đặc biệt ở những bệnh nhân đái tháo đường type 2 > 5 năm, HbA1c ≥ 7%, tuổi > 50 tuổi. **Từ khóa:** Microalbumin, microalbumin/creatinin, đái tháo đường, biến chứng.

SUMMARY

SURVEY OF MICROALBUMIN, CREATININ CONCENTRATIONS AND MICROALBUMIN/CREATININ INDEX IN RANDOM URINE SAMPLES OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Background: Diabetes is a common chronic metabolic disorder, causing many complications and often severe prognosis. Microalbuminuria and microalbumin/creatinine index are harbingers of progressive renal disease and cardiovascular complications in patients with diabetes mellitus. **Objectives:** To investigate microalbumin, creatinin concentrations and microalbumin/creatinin index in random urine samples of patients with type 2 diabetes at Ca Mau Provincial General Hospital in the year 2019 - 2020. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 245 samples, collected at the Department of Endocrinology, Ca Mau Province General Hospital from 3/2019 to 8/2020. Tests for the following indicators: albumin, creatinine, glucose, HbA1c on blood samples and microalbumin, creatinine on random urine samples in the study subjects, were performed on the Beckman Coulter AU680 biochemical analyzer. **Result:** Microalbumin, Creatinine concentrations and ACR index in random urine samples of patients with type 2 diabetes have median respectively are 24,0 mg/L; 52,6 mmol/L and 0,73 mg/mmol. **Conclusion:** ACR in random urine samples helps early diagnosis of Diabetic nephropathy. Especially, early diagnosis of Diabetic nephropathy in patients with type 2 diabetes > 5 years, HbA1c ≥ 7%, age > 50 years old.

Keywords: Microalbumin, microalbumin/creatinine, diabetes, complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính phổ biến, gây ra nhiều

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu Thảo

Email: tttthao@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 29.11.2023