

**LIÊN QUAN GIỮA MỨC ĐỘ NẶNG SUY DINH DƯỠNG CẤP
VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG,
KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI Ở TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI
TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ**

*Lu Tri Diên¹, Nguyễn Thanh Hải¹, Nguyễn Thị Nhân Mỹ²,
Nguyễn Thị Diễm My², Võ Văn Thi^{1*}*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ

*Email: vvthi@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27/5/2023

Ngày phản biện: 24/6/2023

Ngày duyệt đăng: 07/7/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi là một bệnh rất phổ biến ở trẻ em. Suy dinh dưỡng ảnh hưởng tới mức độ nặng và kết quả điều trị viêm phổi. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi trên trẻ suy dinh dưỡng cấp từ 2 tháng đến 5 tuổi. 2) Xác định mối liên quan giữa mức độ nặng suy dinh dưỡng cấp với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích thực trên 72 trẻ viêm phổi từ 2 tháng đến 5 tuổi có suy dinh dưỡng cấp. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất bao gồm thở nhanh (97,2%), rút lõm ngực (63,9%), bú kém hoặc ăn uống kém (58,3%), rale ở phổi (88,9%). Đặc điểm cận lâm sàng với bạch cầu $\geq 15.000/mm^3$ (66,7%), bạch cầu trung tính $\geq 60\%$ (41,7%), CRP ≥ 10 mg/L (61,1%). Mức độ nặng SDD cấp liên quan có ý nghĩa thống kê với bú kém ($p=0,002$), tím tái ($p=0,002$), phổi hợp kháng sinh ($p<0,0001$), hỗ trợ hô hấp ($p=0,028$), nuôi ăn nhân tạo ($p=0,001$), chuyển khoa HSTC ($p=0,001$), thời gian nằm viện >10 ngày ($p=0,005$). Chưa có sự liên quan giữa mức độ nặng SDD cấp với triệu chứng thở nhanh ($p=0,408$), rút lõm ngực ($p=0,777$), số lượng bạch cầu ($p=0,248$), tỷ lệ bạch cầu trung tính ($p=0,783$), CRP ($p=0,094$). **Kết luận:** Trẻ suy dinh dưỡng cấp nặng mắc viêm phổi nặng cao hơn trẻ suy dinh dưỡng cấp vừa ($p<0,0001$). Mức độ nặng suy dinh dưỡng cấp có liên quan với đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị. Do đó, cần đặt vấn đề đánh giá, phát hiện và điều trị kịp thời suy dinh dưỡng cấp có thể làm giảm tình trạng nghiêm trọng của bệnh.

Từ khóa: Lâm sàng, cận lâm sàng, mối liên quan, viêm phổi, suy dinh dưỡng cấp.

ABSTRACT

**RELATIONSHIP AMONG THE SEVERITY OF MALNUTRITION AND
CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES, TREATMENT RESULTS OF
PEDIATRIC PNEUMONIA FROM 2 MONTHS TO 5 YEARS OLD
AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL**

*Lu Tri Dien¹, Nguyen Thanh Hai¹, Nguyen Thi Nhan My²,
Nguyen Thi Diem My², Vo Van Thi^{1*}*

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Pediatric Hospital

Background: Pneumonia is a very common disease in children. Malnutrition affects the severity and outcome of pneumonia treatment. **Objectives:** 1) To describe clinical and subclinical characteristics, treatment results of pneumonia in acutely malnourished children from 2 months to 5 years old. 2) To determine the relationship between the severity of acute malnutrition with some clinical and subclinical characteristics, the results of pneumonia treatment in children from 2

months to 5 years old. **Materials and method:** A cross-sectional descriptive study with real analysis on 72 children with pneumonia from 2 months to 5 years of age with acute malnutrition. **Results:** The most common clinical symptoms include tachypnea (97.2%), chest indrawing (63.9%), poor feeding or feeding (58.3%), pulmonary rales (88.9%). Subclinical characteristics with leukocytes $\geq 15,000/\text{mm}^3$ (66.7%), neutrophils $\geq 60\%$ (41.7%), CRP $\geq 10 \text{ mg/L}$ (61.1%). The severity of acute malnutrition was significantly associated with poor feeding ($p=0.002$), cyanosis ($p=0.002$), antibiotic combination ($p<0.0001$), respiratory support ($p=0.028$), artificial feeding ($p=0.001$), transfer to the ICU ($p=0.001$), hospital stay >10 days ($p=0.005$). There was no association between the severity of acute malnutrition with symptoms of tachypnea ($p=0.408$), chest indrawing ($p=0.777$), white blood cell count ($p=0.248$), neutrophil percentage ($p=0.783$), CRP ($p=0.094$). **Conclusion:** Severe acute malnourished children had more severe pneumonia than moderate malnourished children ($p<0.0001$). The severity of acute malnutrition is related to clinical features and treatment outcomes. Therefore, it is important to assess, detect and promptly treat acute malnutrition that can reduce the severity of the disease.

Keywords: Clinical, subclinical, relevance, pneumonia, acute undernutrition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một bệnh rất phổ biến ở trẻ em, nhất là trẻ dưới 5 tuổi do hệ miễn dịch chưa đủ khả năng chống lại các tác nhân gây bệnh ngoài môi trường [1], [2]. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em Việt Nam dưới 5 tuổi năm 2017 theo thông kê của Viện Dinh dưỡng là thể nhẹ cân là 13,4%, thấp còi 23,8% và gầy còm 7%. Tỷ lệ này ở thành phố Cần Thơ lần lượt là 10,1%, 20,6%, 3,8% [3]. Suy dinh dưỡng ảnh hưởng tới mức độ nặng và kết quả điều trị viêm phổi. Trẻ suy dinh dưỡng mắc viêm phổi gấp 3,8 lần trẻ bình thường [1], [4]. Thực tế cho thấy tỷ lệ trẻ mắc suy dinh dưỡng và viêm phổi vẫn còn cao và có liên quan với nhau [5]. Từ những cơ sở nêu trên nghiên cứu được thực hiện với các mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ suy dinh dưỡng cấp từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2022-2023. (2) Xác định mối liên quan giữa mức độ nặng suy dinh dưỡng cấp với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2022-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả trẻ viêm phổi (VP) có suy dinh dưỡng (SDD) cấp 2 tháng đến 5 tuổi đang điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Trẻ được chẩn đoán VP theo Bộ Y tế 2014: Trẻ ho, sốt kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu thở nhanh theo tuổi, rút lõm lồng ngực (phần dưới lồng ngực lõm vào ở thì hít vào) hoặc ran phổi bất thường (ran ẩm, ran phế quản, ran nổ,...) [6].

Trẻ được chẩn đoán SDD cấp theo Bộ Y tế 2016: Trẻ có 1 trong 2 điều kiện về nhân trắc là chu vi vòng cánh tay (MUAC) hoặc cân nặng theo chiều cao (CN/CC) thấp hơn ngưỡng bình thường theo tuổi và giới (trong đó, SDD cấp nặng với $\text{MUAC}<115 \text{ mm}$ hoặc $\text{CN/CC}<-3\text{SD}$, SDD cấp vừa với $115\text{mm}\leq\text{MUAC}<125\text{mm}$ hoặc $-3\text{SD}\leq\text{CN/CC}<-2\text{SD}$) [7].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Trẻ VP kèm dị tật bẩm sinh, đặc biệt là dị tật ở phổi (như thiếu sản phổi...); VP kèm bệnh mạn tính trước: hội chứng thận hư, bệnh lý mạn tính về máu...; VP kèm tiêu chảy; người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích.

- **Địa điểm, thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, 07/2022-05/2023.

- **Cỡ mẫu:** Tính theo công thức $n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$ với $\alpha=0,05$, thì $Z_{0,975}=1,96$, $d=0,09$ và $p=0,17$ (tỷ lệ VP nặng trên trẻ SDD theo Võ Minh Tân năm 2018 [8]). Chúng tôi ước tính cỡ mẫu tối thiểu là 67 mẫu. Thực tế chúng tôi thu được 72 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm lâm sàng (rút lõm ngực, tím tái, bú kém), đặc điểm cận lâm sàng (số lượng bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính, nồng độ CRP), kết quả điều trị (phối hợp kháng sinh, hỗ trợ hô hấp, nuôi ăn nhân tạo, chuyên khoa hồi sức tích cực, thời gian nằm viện) và mối liên quan giữa các đặc điểm này với mức độ nặng SDD cấp.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Tất cả trẻ đủ tiêu chuẩn được hỏi bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng và thực hiện cận lâm sàng. Số liệu thu thập trên phiếu điều tra thống nhất.

- **Xử lý số liệu:** Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0. Phương pháp chủ yếu là phân tích mô tả tần số và tỷ lệ phần trăm; xác định mối liên quan dưới dạng tần số, tỷ lệ %, tỷ số chênh (OR), khoảng tin cậy (KTC) 95% OR, kiểm định χ^2 và kiểm định Fisher's Exact Test với mức ý nghĩa $\alpha=0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=72)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	44	61,1
	Nữ	28	38,9
Nhóm tuổi	2 - <12 tháng	18	25,0
	12 - 60 tháng	54	75,0

Nhận xét: Về giới tính, nam nhiều hơn nữ (nam 61,1%, nữ 38,9%). Về nhóm tuổi, 75% đối tượng thuộc nhóm 12-60 tháng. Sốt là lý do vào viện chiếm tỷ lệ cao nhất (61,1%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi viêm phổi có suy dinh dưỡng cấp

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng (n=72)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Sốt	44	61,1
	Ho	14	19,4
	Thở nhanh	14	19,4
Rút lõm ngực	Có	46	63,9
	Không	26	36,1
Tím tái	Có	8	11,1
	Không	64	89,9
Bú kém hoặc ăn uống kém	Có	42	58,3
	Không	30	41,7

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất bao gồm thở nhanh (97,2%), rale phổi (88,9%), rút lõm ngực (63,9%), bú kém hoặc ăn uống kém (58,3%), tím tái (11,1%).

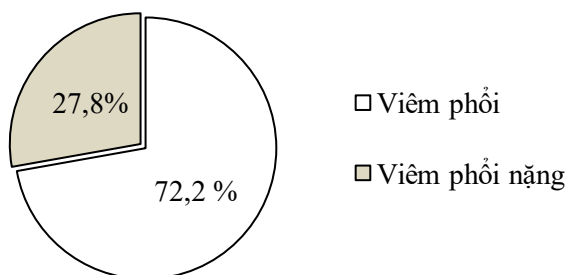
Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng (n=72)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu (tế bào/mm ³)	<15.000	24	33,3

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 61/2023

	≥15.000	48	66,7
Bạch cầu trung tính (%)	<60%	42	58,3
	≥60%	30	41,7
CRP (mg/L)	<10	28	38,9
	≥10	44	61,1

Nhận xét: Một số triệu chứng cận lâm sàng gồm bạch cầu ≥15.000/mm³ (66,7%), bạch cầu trung tính ≥60% (41,7%), CRP ≥10 mg/L (61,1%).



Biểu đồ 1. Mức độ nặng viêm phổi

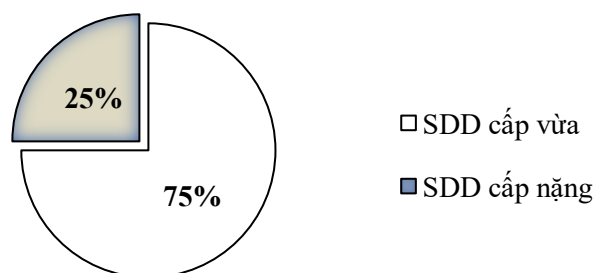
Nhận xét: Tỷ lệ viêm phổi và viêm phổi nặng lần lượt là 72,2% và 27,8%.

Bảng 4. Kết quả điều trị (n=72)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Phối hợp kháng sinh	Có	36	50
	Không	36	50
Hỗ trợ hô hấp	Có	32	44,4
	Không	40	55,6
Nuôi ăn nhân tạo	Có	12	16,7
	Không	60	83,3
Chuyển khoa hồi sức tích cực	Có	12	16,7
	Không	60	83,3
Thời gian nằm viện	>10 ngày	28	38,9
	≤10 ngày	44	61,1

Nhận xét: Có 50% trường hợp cần phối hợp kháng sinh; 44,4% trường hợp cần hỗ trợ hô hấp; 16,7% trường hợp cần nuôi ăn nhân tạo; 16,7% trường hợp phải chuyển khoa hồi sức tích cực điều trị và 38,9% trường hợp có thời gian nằm viện trên 10 ngày.

3.3. Mối liên quan giữa mức độ nặng suy dinh dưỡng cấp với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi



Biểu đồ 2. Mức độ nặng suy dinh dưỡng cấp

Nhận xét: Tỷ lệ suy dinh dưỡng cấp vừa và nặng lần lượt là 75% và 25%.

Bảng 5. Liên quan giữa mức độ nặng suy dinh dưỡng cấp với một số đặc điểm lâm sàng

Mức độ nặng SDD	Rút lõm ngực		Tím tái		Bú kém hoặc ăn uống kém	
	Có n (%)	Không n (%)	Có n (%)	Không n (%)	Có n (%)	Không n (%)
Nặng	12 (66,7)	6 (33,3)	6 (33,3)	12 (66,7)	16 (88,9)	2 (11,1)
Vừa	34 (63,0)	20 (37,0)	2 (3,7)	52 (96,3)	26 (48,1)	28 (51,9)
OR (95%CI)	1,2 (0,38-3,62)		13 (2,33-72,52)		8,6 (1,80-41,16)	
p	0,777**		0,002*		0,002**	

* Fisher's Exact Test, ** χ^2 Test

Nhận xét: 66,7% trẻ SDD cấp nặng mắc VP có triệu chứng rút lõm ngực, cao gấp 1,176 lần so với trẻ SDD cấp vừa mắc VP (p=0,777). 33,3% trẻ SDD cấp nặng mắc VP có triệu chứng tím tái, cao gấp 13 lần so với trẻ SDD cấp vừa mắc VP (p=0,002). 88,9% trẻ SDD cấp nặng mắc VP có triệu chứng bú kém hoặc ăn uống kém, cao gấp 8,615 lần trẻ SDD cấp vừa mắc VP (p=0,002).

Bảng 6. Liên quan giữa mức độ nặng suy dinh dưỡng cấp với một số đặc điểm cận lâm sàng

Mức độ nặng SDD	Bạch cầu (tế bào/mm ³)		Bạch cầu trung tính (%)		CRP (mg/L)	
	<15.000 n (%)	≥15.000 n (%)	<60 n (%)	≥60 n (%)	<10 n (%)	≥10 n (%)
Nặng	4 (22,2)	14 (77,8)	10 (55,6)	8 (44,4)	4 (22,2)	14 (77,8)
Vừa	20 (37,0)	34 (63,0)	32 (59,3)	22 (40,7)	24 (44,4)	30 (55,6)
OR (95%CI)	0,5(0,14-1,68)		0,9(0,29-2,52)		0,4(0,10-1,23)	
p	0,248*		0,783**		0,094**	

* Fisher's Exact Test, ** χ^2 Test

Nhận xét: Không có sự liên quan giữa mức độ nặng SDD cấp với số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu trung tính, nồng độ CRP.

Bảng 7. Liên quan giữa mức độ nặng suy dinh dưỡng cấp với một số kết quả điều trị

Mức độ nặng SDD	Phối hợp kháng sinh		Hỗ trợ hô hấp		Nuôi ăn nhân tạo		Chuyên khoa HSTC		Thời gian nằm viện (ngày)	
	Có n (%)	Không n (%)	Có n (%)	Không n (%)	Có n (%)	Không n (%)	Có n (%)	Không n (%)	>10 n (%)	≤10 n (%)
Nặng	16 (88,9)	2 (11,1)	12 (66,7)	6 (33,3)	8 (44,4)	10 (55,6)	8 (44,4)	10 (55,6)	12 (66,7)	6 (33,3)
Vừa	20 (37,0)	34 (63,0)	20 (37,0)	34 (63,0)	4 (7,4)	50 (92,6)	4 (7,4)	50 (92,6)	16 (29,6)	38 (70,4)
OR	13,6		3,4		10,0		10,0		4,8	
95%CI	(2,83-65,39)		(1,10-10,47)		(2,52-39,70)		(2,52-39,71)		(1,52-14,87)	
p	<0,0001*		0,028**		0,001*		0,001*		0,005**	

* Fisher's Exact Test, ** χ^2 Test

Nhận xét: So với trẻ SDD cấp vừa mắc VP, có 88,9% trẻ SDD cấp nặng mắc VP cần phối hợp kháng sinh, cao gấp 13,6 (p<0,0001); 66,7% trẻ SDD cấp nặng cần hỗ trợ hô hấp, cao gấp 3,4 lần (p=0,028); 44,4% trẻ SDD cấp nặng cần nuôi ăn nhân tạo, cao gấp 10 lần (p=0,001); 44,4% trẻ SDD cấp nặng cần chuyên khoa HSTC, cao gấp 10 lần (p=0,001); 66,7% trẻ SDD cấp nặng có thời gian nằm viện >10 ngày, cao gấp 4,8 lần (p=0,005).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Về giới tính, nam chiếm 61,1%, nữ chiếm 38,9% và tỷ số nam/nữ là 1,57/1. Tương đồng với Lương Ngọc Khải Hoàn có tỷ lệ nam 67,1%, nữ 32,9% và nam/nữ 2,04/1 [9]. Về nhóm tuổi, 25% thuộc nhóm 2-<12 tháng và 75% thuộc nhóm 12-60 tháng. Kết quả tương đồng với Võ Minh Tân có trẻ SDD mắc VP có tuổi từ 2-<12 tháng chiếm 27,7% và 12-60 tháng tuổi chiếm 72,3% [8].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi VP có SDD cấp

Về lý do vào viện, chúng tôi ghi nhận sốt chiếm tỷ lệ cao nhất (61,1%). Tương tự, sốt chiếm 74,5% lý do vào viện theo nghiên cứu của Võ Minh Tân [8]. Về rút lõm ngực, chúng tôi ghi nhận có 63,9% trường hợp. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Lương Ngọc Khải Hoàn với tỷ lệ rút lõm ngực chiếm 41,8% [9] và Thạch Xuân là 55,1% [10]. Theo Goyal J. P., thở nhanh và rút lõm ngực là yếu tố nguy cơ phát triển bệnh viêm phổi nặng [11]. Về tím tái, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ 11,1%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà ghi nhận tỷ lệ tím tái là 0% [12]. Về bú kém hoặc ăn uống kém, có 58,3% trường hợp được chúng tôi ghi nhận. Tỷ lệ này cao hơn 24,5% bú kém/ăn uống kém trong nghiên cứu của Thạch Xuân [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt so với các nghiên cứu đã trình bày có thể do khác biệt trong tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu, phương pháp nghiên cứu và quần thể nghiên cứu.

Chúng tôi ghi nhận 66,7% bạch cầu $\geq 15.000/\text{mm}^3$, 41,7% bạch cầu trung tính $\geq 60\%$. Theo Võ Minh Tân, hai tỷ lệ này lần lượt là 39,4% và 23,4% [8]. Nồng độ CRP $\geq 10\text{mg/L}$ của chúng tôi là 61,1%. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Thạch Xuân với 31,2% CRP $\geq 10\text{mg/L}$ [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt so với các nghiên cứu đã trình bày có thể do khác biệt về quần thể nghiên cứu và phòng xét nghiệm.

4.3. Mối liên quan giữa mức độ nặng SDD cấp với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị VP ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi

Tỷ lệ SDD cấp vừa và nặng lần lượt là 75% và 25%. So với trẻ SDD cấp vừa mắc VP, trẻ SDD cấp nặng mắc VP có triệu chứng, rút lõm ngực, tím tái, chứng bú kém hoặc ăn uống kém cao hơn. Theo Võ Minh Tân ghi nhận có 60% trẻ SDD nặng mắc VP nặng, cao gấp 11,1 lần trẻ SDD nhẹ mắc VP nặng (11,9%) với $p=0,01$ [8]. Nhìn chung, mức độ nặng SDD cấp liên quan có ý nghĩa thống kê với tím tái, bú kém hoặc ăn uống kém. Sự tương đồng này có được do đối tượng nghiên cứu chúng tôi tương tự với tác giả Võ Minh Tân [8]. Chúng tôi chưa ghi nhận sự liên quan giữa mức độ nặng SDD cấp với số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu trung tính và nồng độ CRP. Tương đồng với tác giả Võ Minh Tân [8]. Kết quả của chúng tôi và tác giả Võ Minh Tân cho thấy SDD cấp không phải là yếu tố nguy cơ làm thúc đẩy mức độ nặng của VP nếu chỉ dựa vào các triệu chứng cận lâm sàng. Do đó, cần theo sát diễn tiến lâm sàng và đánh giá tổng quát trẻ VP khi có SDD đi kèm để kịp thời phát hiện và xử trí khi bệnh nặng [11].

Chúng tôi ghi nhận so với trẻ SDD cấp vừa mắc VP, trẻ SDD cấp nặng mắc VP cần phối hợp kháng sinh, hỗ trợ hô hấp, nuôi ăn nhân tạo, chuyên khoa HSTC, thời gian nằm viện >10 ngày cao hơn. Võ Minh Tân ghi nhận thời gian điều trị nội trú trung vị 7 ngày, trẻ VP nặng có thời gian điều trị, thời gian sử dụng kháng sinh kéo dài hơn so với trẻ VP [8]. Có sự khác biệt về kết quả điều trị do phụ thuộc nhiều vào đối tượng nghiên cứu là những trẻ VP nặng, có suy hô hấp kèm SDD làm giảm khả năng miễn dịch [1], [2].

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, do cỡ mẫu nhỏ nên không đủ đại diện cho quần thể trẻ viêm phổi có suy dinh dưỡng cấp. Thứ hai, do chúng tôi khảo sát các yếu tố liên quan giữa mức độ SDD cấp với các đặc điểm của viêm phổi nhưng không có nhóm đối chứng nên mối liên quan chỉ có độ tin cậy nhất định. Do đó, cần các nghiên cứu trong tương lai với cỡ mẫu đủ lớn và thiết kế chặt chẽ hơn.

V. KẾT LUẬN

Mức độ nặng SDD cấp liên quan với triệu chứng bú kém hoặc ăn uống kém, tím tái, phổi hợp kháng sinh, hỗ trợ hô hấp, nuôi ăn nhân tạo, chuyển khoa HSTC, thời gian nằm viện >10 ngày. Do đó, cải thiện dinh dưỡng có thể làm giảm mức độ nặng của viêm phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Matthew S. K. and Thomas J. S. Community-acquired pneumonia. Nelson Textbook of Pediatrics. Elsevier. 2020. 8956-8960.
 2. Maralegu D. and Zar H. J. Childhood pneumonia in low-and-middle-income countries: An update. *Paediatr Respir Rev.* 2019. 32, 3-9, doi: 10.1016/j.prrv.2019.06.001.
 3. Viện dinh dưỡng quốc gia. Bộ Y tế công bố kết quả điều tra dinh dưỡng 2019-2020. Bộ Y tế. 2021.
 4. Tăng Chí Thượng, Nguyễn Thanh Hùng và Phạm Văn Quang. Viêm phổi cộng đồng trẻ em. Bài giảng Nhi Khoa: Giáo trình Đại học-Sau đại học. NXB ĐHQG TP. HCM. 2021.306-321.
 5. McAllister D. A. Global, regional, and national estimates of pneumonia morbidity and mortality in children younger than 5 years between 2000 and 2015. *Lancet Glob Health.* 2019, 7, 47-57, doi: 10.1016/S2214-109X (18)30408-X.
 6. Bộ Y tế. Hướng dẫn xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em. Bộ Y Tế. 2014.
 7. Bộ Y tế. Chẩn đoán và điều trị suy dinh dưỡng cấp tính ở trẻ em từ 0-72 tháng tuổi. Bộ Y tế. 2016.
 8. Võ Minh Tân. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi trên trẻ suy dinh dưỡng từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ 2017-2018. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2018.
 9. Lương Ngọc Khải Hoàn. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến bệnh viêm phổi ở trẻ em từ 2 tháng-5 tuổi nhập viện bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2017-2018. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2018.
 10. Thạch Xuân. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các yếu tố liên quan và đánh giá kết quả điều trị bệnh viêm phổi trẻ em từ 2 tháng-5 tuổi nhập viện tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2016.
 11. Goyal J. P., Kumar P., Mukherjee A., Das R. R., Bhat J. I. et al. Risk Factors for the Development of Pneumonia and Severe Pneumonia in Children. *Indian Pediatrics.* 2021. 58, 1036-1039, doi: 10.1007/s13312-021-2369-1.
 12. Nguyễn Thị Hà, Đoàn Mai Thanh và Nguyễn Thị Yến. Đặc điểm lâm sàng và căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng trẻ em tại khoa Quốc tế bệnh viện Nhi Trung Ương. *Tạp chí nghiên cứu y học.* 2020. 131(7), 67-73, <https://doi.org/10.51298/vmj.v505i2.1131>.
-