

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI Ở TRẺ SƠ SINH NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ NĂM 2019 - 2020

Bùi Thị Bích Hà *, Nguyễn Minh Phương, Nguyễn Thị Thu Ba

Trường Đại học Y dược Cần Thơ

* Email: bichhadr@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi (VP) là hiện tượng viêm nhiễm của nhu mô phổi bao gồm viêm phế nang, túi phế nang, ống phế nang, tổ chức liên kết khe kẽ và viêm tiểu phế quản tận cùng. Thời kỳ sơ sinh tính từ lúc sinh đến hết 28 ngày đầu sau đẻ, viêm phổi sơ sinh được chia hai loại: VP khởi phát (≤ 3 ngày sau sanh) và VP khởi phát trễ (> 3 ngày sau sanh). **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm phổi sơ sinh (VPSS) non tháng. Đánh giá kết quả điều trị và yếu tố liên quan bệnh viêm phổi ở trẻ sơ sinh non tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang có mô tả ở 65 trẻ VPSS non tháng và 67 trẻ VPSS đủ tháng từ 02/2019 đến 06/2020. **Kết quả:** Trẻ VPSS non tháng và trẻ VPSS đủ tháng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về dấu hiệu nhiễm trùng bú kém bỏ bú ($p = 0,127 > 0,05$) tuy nhiên có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về dấu hiệu nhiễm trùng như ọc sữa, chướng bụng và sốt (hạ thân nhiệt) với $p < 0,05$. Dấu hiệu hô hấp trẻ VPSS non tháng và trẻ VPSS đủ tháng có khò khè (13,85% và 64,18%), thở rên 27,69% và 1,49%, cơn ngưng thở > 20 giây và tím tái chỉ xảy ra ở trẻ VPSS non tháng 43,08% và trẻ VPSS đủ tháng 4,48%. Nhóm VPSS non tháng có tỷ lệ đối kháng sinh cao hơn nhóm VPSS đủ tháng (35,38% so với 22,39%). Tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm VPSS ở trẻ đủ tháng 74,63% và VPSS ở trẻ non tháng 56,92%. Tử vong chỉ xảy ra ở trẻ VPSS non tháng 7,69%.

Từ khóa: viêm phổi sơ sinh (VPSS), viêm phổi (VP)

ABSTRACT

STUDY ON CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS, THE EVALUATION OF PNEUMONIA TREATMENT RESULTS IN PRETERM INFANTS AT CAN THO CHILDREN HOSPITAL IN 2019 – 2020

Bui Thi Bich Ha*, Nguyen Minh Phuong, Nguyen Thi Thu Ba

CanTho University of Medicine and Pharrmacy

Background: Pneumonia is an inflammatory phenomenon of the lung parenchyma including alveolar inflammation, alveolar sac, alveolar tube, interstitial connective organization and terminal bronchiolitis. The neonatal period is from birth to the first 28 days after giving birth, Neonatal pneumonia is divided into two categories: early-onset pneumonia (≤ 3 days after birth) and late-onset pneumonia (> 3 days) postpartum. **Objectives:** Survey of clinical and subclinical characteristics of disease Pneumonia in preterm infants. Assessment of treatment results and related factors Pneumonia in preterm infants. **Materials and research methods:** prospective, cross-sectional studies with descriptions of 65 preterm neonatal pneumonia infants and 67 children with neonatal pneumonia from 02/ 2019 to 06/2020. **Results:** The preterm infants and the term infants did not show statistically significant differences in the sign of infection with poor breastfeeding ($p = 0.127 > 0.05$), but there was a significant difference. statistical meanings for signs of infection such as vomiting, bloating and fever (hypothermia) with $p < 0.05$. Respiratory signs of preterm neonatal pneumonia and term neonatal pneumonia infants with wheezing (13.85% and 64.18%), whimpering breathing 27.69% and 1.49%, apnea of > 20 seconds and cyanosis only occurred in preterm neonatal pneumonia children 43.08% and infants pneumonia at term 4.48%, The rate of antibiotic change in preterm neonatal pneumonia group was higher than that of term neonatal pneumonia group (35.38% compared to 22.397%). The rate of successful treatment in both groups

of neonatal pneumonia in term children 56.92% and neonatal pneumonia in preterm infants 74.63%. Death only occurred in infants with premature neonatal pneumonia 7.69%.

Keywords: *Pneumonia of preterm neonates, pneumonia*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là hiện tượng viêm nhiễm của nhu mô phổi bao gồm viêm phế nang, túi phế nang, ống phế nang, tổ chức liên kết khe kẽ và viêm tiểu phế quản tận cùng. Viêm phổi sơ sinh được chia hai loại: viêm phổi khởi phát sớm (≤ 3 ngày sau sanh) và viêm phổi khởi phát trễ (> 3 ngày sau sanh). Tại bệnh viện nhi đồng Cần Thơ viêm phổi ở trẻ sơ sinh thống kê năm 2016 có 624 trẻ; 2017 là 1087 trẻ; 2018 là 1269 trẻ và chưa có nghiên cứu khoa học ở trẻ sơ sinh thiếu tháng mắc bệnh viêm phổi mặc dù tỉ lệ trẻ thiếu tháng ở Việt Nam còn rất cao. Do đó việc chẩn đoán và điều trị bệnh VPSS non tháng là rất cần thiết và quan trọng giúp trẻ có thể tồn tại và thích nghi được với môi trường mới một cách tốt nhất vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2019-2020”.

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm phổi ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2019 – 2020.

2. Đánh giá kết quả điều trị và yếu tố liên quan bệnh viêm phổi ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2019 – 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: trẻ sơ sinh được chẩn đoán viêm phổi điều trị tại khoa sơ sinh bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. Thời gian nghiên cứu: từ 02/2019 đến 06/2020.

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả trẻ thỏa các điều kiện sau:

- Trẻ sinh trong vòng 28 ngày đầu
- Trẻ được chẩn đoán viêm phổi có:
 - + Nhịp thở nhanh ≥ 60 lần/ phút hoặc ran phổi hoặc co lõm ngực nặng [6] hoặc
 - + Xquang: Hội chứng phế nang hoặc hình ảnh lưới hạt hoặc phế quản đồ hoặc mờ toàn bộ thùy phổi.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang có mô tả
Cỡ mẫu

$$n = \frac{\{Z_{2\alpha}\sqrt{2pq} + Z_{2\beta}\sqrt{p_1q_1 + p_2q_2}\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu; α : sai số mong muốn có ít hơn 5%; $\alpha = 0,05 \rightarrow Z_{2\alpha} = 1,96$
 $\beta = 0,2 \rightarrow Z_{2\beta} = 1,04$ (mong muốn có 80% cơ hội kết luận âm tính giả).

p_2 : Trẻ sơ sinh non tháng bệnh viêm phổi; $p_2 = 0,145$ [7]; $q_2 = 1 - p_2 = 0,855$
 $p_1 = 0,405 \rightarrow q_1 = 0,595\%$ [3]

$p = p_1 + p_2/2 = 0,3565$; $q = 1 - p = 0,6435$

Từ công thức trên chúng tôi tính ra cỡ mẫu là $n = 51,05$. Thực tế chúng tôi thu thập được 65 mẫu viêm phổi sơ sinh non tháng và viêm phổi sơ sinh đủ tháng là 67 mẫu.

2.4. Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu: cân nặng lúc sinh, hô hấp ngay sau sinh.

Lâm sàng: dấu hiệu nhiễm trùng, dấu hiệu hô hấp

Cận lâm sàng: công thức máu, khí máu, CRP, Xquang phổi.

Yếu tố liên quan đến viêm phổi ở trẻ sơ sinh: yếu tố liên quan từ mẹ, yếu tố liên quan từ môi trường,

Kết quả điều trị: chia 3 nhóm: đối kháng sinh, khỏi bệnh và tử vong.

2.5. Phương pháp chọn mẫu: bệnh nhân được chọn theo phương pháp thuận tiện.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 15.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

Trẻ VPSS có cân nặng dưới 1500 g thường có tuổi thai <28 tuần 01 (9,09%), trẻ VPSS tuổi thai 28 - 33 tuần 8 chiếm 72,73%, trẻ VPSS tuổi thai 34 - 36 tuần 2 chiếm 18,18%, trẻ VPSS có cân nặng >2500 g, trẻ VPSS có tuổi thai 34 - 36 tuần 20 (23,81%), trẻ VPSS có cân nặng >2500 g, trẻ VPSS có tuổi thai > 37 tuần 64 (76,19%).

Trẻ VPSS khóc ngay sau sinh đối với tuổi thai >37 tuần là 71,43% và 34 - 36 tuần là 24,18%, tuổi thai 28-33 tuần là 4,4%, trẻ có tuổi thai <28 tuần không khóc ngay mà ngay sau sinh 01(33,33%), khóc yếu 01(2,63%).

3.2. Lâm sàng và cận lâm sàng trẻ VPSS

Bảng 1. Dấu hiệu nhiễm trùng trẻ VPSS

Trẻ VPSS		Non tháng (n = 65)	Đủ tháng (n = 67)	P
Dấu hiệu nhiễm trùng				
Bú kém, bỏ bú	Không	58 (89,23%)	54 (80,60%)	0,127
	Có	7 (10,77%)	13 (19,40%)	
Ọc sữa	Không	56 (86,15%)	30 (44,78%)	<0,001
	Có	9 (13,85%)	37 (55,22%)	
Chướng bụng	Không	62 (95,38%)	56 (83,58%)	0,026
	Có	3 (4,62%)	11 (16,42%)	
Sốt hoặc hạ thân nhiệt	Không	26 (40,00%)	41 (61,19%)	0,012
	Có	39 (60,00%)	26 (38,81%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về dấu hiệu nhiễm trùng bú kém, bỏ bú với $p > 0,05$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về dấu hiệu nhiễm trùng ọc sữa, chướng bụng và sốt hoặc hạ thân nhiệt nhóm trẻ viêm phổi sơ sinh non tháng và viêm phổi sơ sinh đủ tháng với $p < 0,05$.

Bảng 2. Dấu hiệu hô hấp của trẻ viêm phổi sơ sinh

Trẻ VPSS		Non tháng (n, %)	Đủ tháng (n, %)	P
Dấu hiệu hô hấp				
Nhịp thở	< 60 lần/phút	11 (16,92%)	17 (25,37%)	0,165
	≥ 60 lần/phút	54 (83,08%)	50 (74,63%)	
Khò khè	Không	56 (86,15%)	24 (35,82%)	<0,001
	Có	9 (13,85%)	43 (64,18%)	
Ran phổi	Ran ẩm	10 (15,38%)	14 (20,90%)	0,186
	Ran nổ	2 (3,08%)	0 (0,00%)	
	Không ran	53 (81,54%)	53 (79,11%)	
Thở co lõm ngực nặng	Không	58 (89,23%)	65 (97,01%)	0,075

Trẻ VPSS		Non tháng (n, %)	Đủ tháng (n, %)	P
Dấu hiệu hô hấp				
	Có	7 (10,77%)	2 (2,99%)	
Thở rên	Không	47 (72,31%)	66 (98,51%)	<0,001
	Có	18 (27,69%)	1 (1,49%)	
Cơn ngưng thở >20 giây	Không	57 (87,69%)	67 (100,0%)	0,003
	Có	8 (12,31%)	0 (0,00%)	
Tím tái	Không	37 (56,92%)	64 (95,52%)	<0,001
	Có	28 (43,08%)	3 (4,48%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về dấu hiệu hô hấp nhịp thở, ran phổi, thở co lõm ngực nặng giữa nhóm trẻ VPSS non tháng và trẻ tháng với $p > 0,05$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về dấu hiệu hô hấp khò khè, thở rên, cơn ngưng thở >20 giây và tím tái với $p < 0,05$.

Bảng 3. Công thức máu của trẻ VPSS lúc mới nhập viện

Trẻ VPSS		Non tháng (n, %)	Đủ tháng (n, %)	P
Công thức máu				
Hemoglobin (g/dL)	$\geq 13,5$	65 (100,0%)	67 (100,0%)	
		0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Tiểu cầu (K/Ul)	<150	2 (3,08%)	0 (0,00%)	0,241
	≥ 150	63 (96,92%)	67 (100,0%)	
Bạch cầu (K/Ul)	Bạch cầu giảm	19 (76,00%)	19 (82,61%)	0,419
	Bạch cầu tăng	6 (24,00%)	4 (17,39%)	

Nhận xét: Trẻ viêm phổi sơ sinh hai nhóm đều có Hb $\geq 13,5$ g/dL. Tiểu cầu ≥ 150 K/uL gặp nhiều nhất cả 2 nhóm sinh non chiếm 96,92% và nhóm sinh đủ tháng 100,0%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Thay đổi bạch cầu ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,419 > 0,05$.

Bảng 4. Toan chuyển hóa của trẻ viêm phổi sơ sinh

Trẻ VPSS	Non tháng (n, %)	Đủ tháng (n, %)	P
Toan chuyển hóa			
Có	29 (44,62%)	4 (6,15%)	< 0,01
Không	36 (55,38%)	63 (96,92%)	
Tổng	65 (100%)	67 (100%)	

Toan chuyển hóa gặp nhiều nhất ở VPSS tháng chiếm 44,62% và trẻ VPSS đủ tháng chiếm 6,15%; không có toan chuyển hóa ở nhóm trẻ non tháng chiếm 55,38% và nhóm đủ tháng là 96,62%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 5: Kiểm Toan hô hấp của trẻ viêm phổi sơ sinh

Trẻ VPSS		Non tháng (n = 65)	Đủ tháng (n = 67)	P
Toan-kiểm hô hấp				
Kiểm hô hấp	Có	2 (3,07%)	1 (1,49%)	0,491
	Không	63 (96,92%)	66 (98,51%)	
Toan hô hấp	Có	7 (10,76%)	1 (1,49%)	
	Không	58 (89,24)	66 (98,51%)	

Nhận xét: Đa số trẻ VPSS sinh không có kiểm hô hấp: trẻ VPSS non tháng chiếm 96,92%, trẻ VPSS đủ tháng chiếm 98,51%; có kiểm hô hấp gặp ở trẻ non tháng 3,07%, trẻ đủ tháng 1,49%; Toan hô hấp gặp trẻ VPSS non tháng 10,76% cao hơn trẻ đủ tháng 1,49%; khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3. Yếu tố liên quan và kết quả điều trị

Bảng 6. Tiền sử của mẹ liên quan đến bệnh viêm phổi sơ sinh

Trẻ VPSS		Non tháng (n, %)	Đủ tháng (n, %)	P
Tiền sử của mẹ				
Sốt lúc sanh	Không	65 (100,0%)	64 (95,52%)	0,128
	Có	0 (0,00%)	3 (4,48%)	
Tiểu đường thai kỳ	Không	64 (98,46%)	67 (100,0%)	0,492
	Có	1 (1,54%)	0 (0,00%)	
Bệnh nhiễm trùng	Không	60 (92,31%)	57 (85,07%)	0,150
	Có	5 (7,69%)	10 (14,93%)	
Viêm nhiễm	Không	62 (95,38%)	63 (94,03%)	0,517
	Có	3 (4,62%)	4 (5,97%)	
Nhau tiền đạo	Không	65 (100,0%)	67 (100,0%)	
	Có	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Thời gian vỡ ối	Không	55 (84,62%)	64 (95,52%)	0,034
	Có	10 (15,38%)	3 (4,48%)	
Chuyển dạ kéo dài	Không	53 (81,54%)	39 (58,21%)	0,003
	Có	12 (18,46%)	28 (41,79%)	
Màu sắc ối phân su	Không	64 (98,46%)	66 (98,51%)	0,744
	Có	1 (1,54%)	1 (1,49%)	
Màu sắc ối khác	Không	65 (100,0%)	66 (98,51%)	0,508
	Có	0 (0,00%)	1 (1,49%)	
Nhau bong non	Không	65 (100,0%)	67 (100,0%)	
	Có	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Dây rốn quấn cổ	Không	65 (100,0%)	66 (98,51%)	0,508
	Có	0 (0,00%)	1 (1,49%)	
Sa dây rốn	Không	65 (100,0%)	67 (100,0%)	
	Có	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Suy thai	Không	64 (98,46%)	67 (100,0%)	0,492
	Có	1 (1,54%)	0 (0,00%)	
Tiền sản giật	Không	62 (95,38%)	67 (100,0%)	0,117
	Có	3 (4,62%)	0 (0,00%)	
Nằm viện dài ngày	Không	62 (95,38%)	62 (92,54%)	0,376
	Có	3 (4,62%)	5 (7,46%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tiền sử của mẹ về sốt lúc sanh, bệnh nhiễm trùng, viêm nhiễm, màu sắc ối phân su, màu sắc ối khác, nhau quấn cổ, suy thai, tiền sản giật, nằm viện dài ngày liên quan đến giữa hai nhóm trẻ VPSS non tháng và trẻ VPSS đủ tháng ($p > 0,05$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tiền sử của mẹ về thời gian vỡ ối và chuyển dạ kéo dài với $p < 0,05$.

Bảng 7: Các yếu tố môi trường liên quan đến bệnh viêm phổi sơ sinh

Trẻ VPSS		Non tháng (n, %)	Đủ tháng (n, %)	P
Liên quan đến môi trường				
Đặt nội khí quản, thở máy	Không	50 (76,92%)	66 (98,51%)	0,000
	Có	15 (23,08%)	1 (1,49%)	
Thời gian nằm viện	Không	52 (80,00%)	62 (92,54%)	0,032
	Có	13 (20,00%)	5 (7,46%)	

Trẻ VPSS		Non tháng (n, %)	Đủ tháng (n, %)	P
Liên quan đến môi trường				
Phòng bệnh đông đúc	Không	61 (93,85%)	51 (76,12%)	0,004
	Có	4 (6,15%)	16 (23,88%)	

Nhận xét: Đặt nội khí quản, thở máy ở VPSS non tháng gặp 23,08% và trẻ VPSS đủ tháng 1,49%; có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; Phòng bệnh đông đúc ở trẻ VPSS non tháng gặp 6,15% và trẻ VPSS đủ tháng chiếm 23,88%; có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ và thời gian nằm viện $p < 0,05$.

Bảng 8. Kháng sinh khởi đầu

Trẻ VPSS	Khởi phát sớm (n, %)	Khởi phát trễ (n, %)
Kháng sinh khởi đầu		
Cefotaxim + Ampicilin	63(95,45%)	3(4,55%)
Cefotaxim + Tobramycin	3(4,55%)	63(95,45%)
Tổng	66 (100,0%)	66 (100,0%)

Nhận xét: Trẻ VPSS sớm sử dụng cefotaxim + ampicilin và trẻ VPSS trễ sử dụng cefotaxim + tobramycin chiếm 95,45%.

Bảng 9. Đổi kháng sinh liên quan đến sinh non

Trẻ VPSS	Non tháng (n, %)	Đủ tháng (n, %)	P
Đổi kháng sinh			
Có	23 (35,38%)	15 (22,39%)	0,025
Không	42 (64,62%)	52 (77,61%)	
Tổng	65 (100,0%)	67 (100,0%)	

Nhận xét: Nhóm trẻ viêm phổi sơ sinh non tháng có tỷ lệ đổi kháng sinh cao hơn nhóm trẻ viêm phổi sơ sinh đủ tháng (35,38% so với 22,39%). Có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 10. Kết quả điều trị cho trẻ viêm phổi sơ sinh

Trẻ VPSS	Non tháng (n = 65)	Đủ tháng (n = 67)	P
Kết quả điều trị			
Chuyển viện	00 (00%)	2 (2,99%)	0,006
Khỏi bệnh	37 (56,92%)	50 (74,63%)	
Tử vong	5 (7,69%)	00 (00%)	
Đổi kháng sinh	23 (35,38%)	15 (22,39%)	
Tổng	65 (100,0%)	67 (100,0%)	

Nhận xét: Nhóm trẻ VPSS tháng khỏi bệnh chiếm 56,92 %, tử vong 7,69%, đổi kháng sinh 35,38%; Nhóm trẻ VPSS đủ tháng khỏi bệnh chiếm 74,63%, đổi kháng sinh là 22,39%, chuyển viện chiếm 2,99% và không có tử vong. Có ý nghĩa thống kê với $p = 0,006 < 0,05$.

Bảng 11. Tỷ lệ thành công điều trị viêm phổi sơ sinh

Trẻ VPSS	Non tháng (n = 65)	Đủ tháng (n = 67)	P
Tỷ lệ thành công			
Thành công	37(56,92%)	50(74,63%)	0,043
Không thành công	28(43,08%)	17(25,37%)	
Tổng	65 (100,0%)	67 (100,0%)	

Nhận xét: Thành công của trẻ nhóm trẻ viêm phổi sơ sinh non tháng 56,92%, không thành công 43,08%; Thành công của trẻ nhóm trẻ viêm phổi sơ sinh đủ tháng 74,63%, có ý nghĩa thống kê với OR = 0,49 (KTC 95%: 0,20 – 0,99) với $p = 0,043 < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về lâm sàng và cận lâm sàng viêm phổi ở trẻ sơ sinh:

Tỷ lệ trẻ VPSS non tháng có khó khê chiếm 13,85% và trẻ VPSS đủ tháng 64,18%, thở rên chủ yếu ở trẻ VPSS non tháng 27,69% trong khi đó trẻ VPSS đủ tháng chỉ có 1,49%. cơn ngưng thở chỉ xảy ra ở trẻ VPSS non tháng, trẻ VPSS có biểu hiện tím tái thì chủ yếu ở trẻ thiếu tháng 43,08% và trẻ đủ tháng 4,48%.

100% trẻ thuộc cả hai nhóm nhóm viêm phổi ở trẻ sơ sinh non tháng và trẻ sơ sinh đủ tháng đều có Hb $\geq 13,5$ g/dL và tiểu cầu ≥ 150 K/uL (nhóm viêm phổi sơ sinh non tháng 96,83%; nhóm sinh đủ tháng 100,0%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm sinh non và nhóm sinh thường với $p = 0,226 > 0,05$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm sinh non và nhóm sinh thường với $p = 0,362 > 0,05$.

Nhóm viêm phổi ở trẻ sơ sinh non tháng có tỷ lệ toan chuyển hóa cao so với nhóm viêm phổi trẻ sơ sinh đủ tháng (44,62% so với 6,15%), có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Theo Võ Văn Phúc thì kết quả khí máu cho 250 trường hợp viêm phổi thì toan chuyển hóa chiếm 27,8%, bình thường chiếm 44,4% [4]. Trẻ sơ sinh non đa số là VPSS khởi phát sớm (76,92%), nhóm trẻ sơ sinh đủ tháng là VPSS khởi phát trễ (76,12%).

4.2. Yếu tố liên quan và kết quả điều trị phổi ở trẻ sơ sinh

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tiền sử của mẹ bị sốt lúc sanh, bệnh nhiễm trùng, viêm nhiễm, màu sắc ối phân su, màu sắc ối khác, nhau quấn cổ, suy thai, tiền sản giật, nằm viện dài ngày liên quan đến giữa hai nhóm VPSS non tháng và nhóm VPSS đủ tháng ($p > 0,05$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tiền sử của mẹ về thời gian vỡ ối với $p = 0,034 < 0,05$ và chuyển dạ kéo dài với $p = 0,003 < 0,01$ giữa hai nhóm VPSS non tháng và nhóm VPSS đủ tháng.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các yếu tố liên quan đến môi trường giữa hai nhóm VPSS non tháng và nhóm VPSS đủ tháng cụ thể đặt nội khí quản, thở máy $p = 0,000 < 0,01$; Phòng bệnh đông đúc $p = 0,004 < 0,01$ và thời gian nằm viện $p = 0,032 < 0,05$.

Có 95,45% trẻ bệnh VPSS khởi phát sớm sử dụng cefotaxim + ampicilin và trẻ bệnh VPSS khởi phát trễ sử dụng cefotaxim + tobramycin. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Bùi Thanh Thùy về tình hình sử dụng kháng sinh viêm phổi cộng đồng cho trẻ < 2 tháng tuổi liều ampicillin là 100-150mg/kg và cefotaxim 100-150mg/kg [1], theo Võ Văn Phúc thì kết quả khí máu cho 250 trường hợp viêm phổi thì có 35% phổi hợp kháng sinh và phổi hợp cefotaxim + tobramycin chiếm 30,4% [2].

Chúng tôi ghi nhận viêm phổi sơ sinh ở nhóm trẻ viêm phổi sơ sinh non tháng có tỷ lệ đồi kháng sinh cao hơn so với nhóm viêm phổi sơ sinh đủ tháng cụ thể trẻ viêm phổi sơ sinh non tháng 23/65 trẻ chiếm 35,38% và viêm phổi sơ sinh đủ tháng là 15/66 trẻ chiếm 22,39%.

Đánh giá thành công của điều trị trẻ viêm phổi sơ sinh theo kháng sinh kinh nghiệm ở nhóm viêm phổi khởi phát sớm bằng kháng sinh cefotaxim+ ampicilin và viêm phổi khởi phát muộn kháng sinh khởi đầu sử dụng cefotaxim+ tobramycin, so sánh ở 2 nhóm trẻ sơ sinh đủ tháng và sơ sinh non tháng cho thấy kết quả thành công trong điều trị ở nhóm sinh

non là 56,92% và nhóm trẻ sinh đủ tháng là 74,63%, tỷ lệ này thấp hơn hơn so với kết quả điều trị viêm phổi bằng kháng sinh của Ngô Dương Tuấn Vũ có thay đổi kháng sinh trong điều trị 90,3% và tỷ lệ khỏi bệnh 81,3% [4].

V. KẾT LUẬN

Trẻ VPSS non tháng và nhóm trẻ VPSS đủ tháng có biểu hiện lâm sàng khác biệt rõ ràng, cận lâm sàng khác nhau chủ yếu ở xét nghiệm khí máu. Kết quả điều trị nhóm trẻ VPSS non tháng và nhóm trẻ VPSS đủ tháng thì viêm phổi sơ sinh khởi phát sớm sử dụng cefotaxim + ampicilin và viêm phổi sơ sinh khởi phát trễ sử dụng cefotaxim + tobramycin tỷ lệ đạt hiệu quả điều trị tốt tuy nhiên điều trị thất bại và tử vong hầu hết ở nhóm trẻ VPSS non tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Thanh Thùy (2019), *Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh điều trị Viêm phổi cộng đồng tại Khoa Nhi Bệnh viện Bạch Mai năm 2018*, Luận văn tốt nghiệp, Trường Đại Học Y Hà Nội.
2. Đỗ Thị Thúy (2017), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan suy hô hấp nặng ở trẻ sơ sinh mắc cơn khó thở nhanh thoáng qua, *Tạp chí Nhi khoa TP Hồ Chí Minh*. 10 (4), Tr. 45-49
3. Hà Mạnh Tuấn (2016), *Viêm phổi sơ sinh, Phác đồ điều trị Nhi khoa*, NXB Y Học, Bệnh viện Nhi Đồng 2.
4. Ngô Dương Tuấn Vũ (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi hít ối do phân su ở trẻ sơ sinh tại Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2015- 2016*, Luận văn tốt nghiệp, Trường ĐH Y Dược Cần Thơ.
5. Phạm Nhật An (2015), *Viêm phổi sơ sinh*, Bài giảng Nhi khoa (Sách đào tạo sau đại học), NXB Y học. Hà Nội.
6. Phạm Văn Linh, Đinh Thị Huệ (2010), *Phương pháp nghiên cứu khoa học sức khỏe*, Nhà xuất bản đại học Huế.
7. Trương Cẩm Trinh (2016), *Nghiên cứu tình hình tử vong sơ sinh và một số yếu tố liên quan tại khoa sơ sinh bệnh viện nhi đồng Cần Thơ 2016-2017*, Luận văn tốt nghiệp, Trường đại học y dược Cần Thơ.
8. Võ Thị Xuân Hương (2019), Đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh non tháng bằng biện pháp thở áp lực dương liên tục qua mũi tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2016-2018, *Tạp chí Y Dược Học Cần Thơ*, 17, 2019, tr. 14-19
9. Võ Văn Phúc (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình hình sử dụng kháng sinh ở trẻ viêm phổi tại khoa sơ sinh bệnh viện nhi đồng Cần Thơ 2016-2017*, Luận văn tốt nghiệp, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

(Ngày nhận bài: 04/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 13/09/2020)
