

DOI: 10.58490/ctump.2025i88.3578

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ
ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CÓ THIẾU MÁU THIẾU SẮT Ở TRẺ
TỪ 02 THÁNG ĐẾN 05 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA SẢN NHI
TỈNH SÓC TRĂNG NĂM 2024 - 2025**

**Nguyễn Sơn Khoa^{1,2*}, Trương Ngọc Phước², Nguyễn Tấn Tài³,
Chung Tấn Định¹, Lý Quốc Trung¹**

1. Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

3. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Cần Thơ

*Email: ngskhoa0205@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/3/2025

Ngày phản biện: 31/5/2025

Ngày duyệt đăng: 25/6/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi là một bệnh rất phổ biến ở trẻ em, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi và là nguyên nhân gây nhập viện và tử vong trẻ em nhiều nhất trên thế giới, kể cả Việt Nam. Thiếu máu thiếu sắt là yếu tố nguy cơ của nhiễm trùng đường hô hấp, có liên quan đến mức độ nặng và kết cục lâm sàng bệnh viêm phổi ở trẻ em. Hiểu rõ về sự ảnh hưởng của thiếu máu thiếu sắt đến viêm phổi ở trẻ em sẽ giúp các bác sĩ đưa ra quyết định điều trị phù hợp và cải thiện tỷ lệ tử vong trong viêm phổi.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ có thiếu máu thiếu sắt từ 02 tháng đến 05 tuổi tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng năm 2024-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu bệnh chứng trên 224 trẻ từ 2 tháng tuổi đến 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi đang điều trị tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng. Thu thập thông tin gồm thông tin chung của trẻ, đặc điểm lâm sàng viêm phổi, cận lâm sàng, mức độ viêm phổi, kết quả điều trị. **Kết quả:** Các triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là ho, thở nhanh, sốt, ran phổi, khô khè, rút lõm lồng ngực, trẻ viêm phổi có thiếu máu thiếu sắt có tỷ lệ bú kém hoặc ăn uống kém; tỷ lệ viêm phổi nặng; tỷ lệ đối kháng sinh, chuyển hồi sức tích cực, hỗ trợ hô hấp, nuôi ăn nhân tạo, thời gian sử dụng kháng sinh và thời gian nằm viện cao hơn nhóm trẻ viêm phổi không có thiếu máu thiếu sắt ($p < 0,05$). **Kết luận:** Trẻ viêm phổi có thiếu máu thiếu sắt có đặc điểm lâm sàng, mức độ viêm phổi nặng và quá trình điều trị nặng nề hơn.

Từ khóa: Viêm phổi, thiếu máu thiếu sắt, viêm phổi ở trẻ thiếu máu thiếu sắt.

ABSTRACT

**A STUDY ON CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS
AND TREATMENT OUTCOMES OF PNEUMONIA WITH IRON
DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN AGED 2 MONTHS TO 5 YEARS
AT SOC TRANG OBSTETRICS AND PEDIATRICS SPECIALIZED
HOSPITAL IN 2024 - 2025**

**Nguyen Son Khoa^{1,2*}, Truong Ngoc Phuoc², Nguyen Tan Tai³,
Chung Tan Dinh¹, Ly Quoc Trung¹**

1. Soc Trang Hospital for Women and Children

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

3. Can Tho City Center for Disease Control

Background: Pneumonia is a very common disease in children, especially children under 5 years old, and is the leading cause of hospitalization and death in children in the world, including Vietnam. Iron deficiency anemia is a risk factor for respiratory infections, associated with the severity and clinical outcome of pneumonia in children. Understanding the impact of iron deficiency anemia on pneumonia in children will help doctors make appropriate treatment decisions and improve mortality rates in pneumonia. **Objectives:** Describe clinical and paraclinical characteristics and evaluate the treatment outcomes of pneumonia in children with iron deficiency anemia from 2 months to 5 years old at Soc Trang Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2024-2025. **Materials and methods:** Using a case-control study method on 224 children aged 2 months to 5 years old diagnosed with pneumonia being treated at Soc Trang Obstetrics and Pediatrics Hospital. Information collected included general information of the child, clinical characteristics of pneumonia, paraclinical characteristics, severity of pneumonia, treatment results. **Results:** The most common clinical symptoms were cough, rapid breathing, fever, lung crackles, wheezing, chest indrawing, children with pneumonia with iron deficiency anemia had a higher rate of poor feeding or poor eating; the rate of severe pneumonia; the rate of antibiotic change, intensive care transfer, respiratory support, artificial feeding, duration of antibiotic use and length of hospital stay were higher than those of children with pneumonia without iron deficiency anemia ($p < 0.05$). **Conclusion:** Children with pneumonia with iron deficiency anemia had more clinical characteristics, severity of pneumonia and more severe treatment.

Keywords: Pneumonia, iron deficiency anemia, pneumonia in children with iron deficiency anemia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi (VP) là một bệnh rất phổ biến ở trẻ em, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi do hệ miễn dịch còn non kém chưa đủ khả năng chống lại các tác nhân gây bệnh ngoài môi trường [1]. VP là nguyên nhân gây tử vong trẻ em nhiều nhất trên thế giới [1]. Ở Việt Nam, mỗi ngày có tới 11 trẻ em dưới 5 tuổi chết vì VP và là nguyên nhân hàng đầu khiến bệnh nhi nhập viện với 7-13% trẻ có dấu hiệu nặng hoặc đe dọa tính mạng, tạo gánh nặng lớn cho hệ thống y tế [1]. Thiếu máu thiếu sắt (TMTS) là nguyên nhân thiếu máu do dinh dưỡng thường gặp nhất ở trẻ em, là mối quan tâm của y tế toàn cầu [1]. Một số nghiên cứu cho thấy TMTS là yếu tố nguy cơ của nhiễm trùng đường hô hấp, có liên quan đến mức độ nặng và kết cục lâm sàng bệnh VP ở trẻ em [2], [3], [4]. Phát hiện sớm các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng của VP giúp chẩn đoán và điều trị sớm, là biện pháp dự phòng hiệu quả giúp làm giảm tiến triển nặng và tử vong của VP [5], [6]. Bên cạnh đó, việc hiểu rõ hơn về mối liên quan và sự ảnh hưởng của TMTS trong VP ở trẻ em sẽ giúp các bác sĩ đưa ra quyết định điều trị phù hợp và cải thiện tỷ lệ tử vong trong VP trẻ em. Chính vì vậy nghiên cứu này được thực hiện với 2 mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng VP ở trẻ từ 02 tháng đến 05 tuổi tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng năm 2024-2025. (2) Đánh giá kết quả điều trị VP ở trẻ có TMTS từ 02 tháng đến 05 tuổi tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng năm 2024-2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả trẻ từ 2 tháng tuổi đến 5 tuổi được chẩn đoán VP đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng, từ tháng 9/2024 đến tháng 2/2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Tiêu chuẩn chọn nhóm bệnh: Trẻ từ 2 tháng tuổi đến 5 tuổi được chẩn đoán VP có TMTS theo hai tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn chẩn đoán VP theo IMCI (WHO): Trẻ có triệu chứng ho hoặc khó thở được phân loại là VP khi có triệu chứng thở nhanh (trẻ từ 2- <12 tháng: ≥ 50 lần/phút và trẻ từ 1-5 tuổi: ≥ 40 lần/phút). Trẻ được phân loại VP nặng hoặc bệnh rất nặng khi có bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào hoặc rút lõm lồng ngực hoặc thở rít khi nằm yên [7], [8].

Tiêu chuẩn chẩn đoán TMTS theo hướng dẫn của Bộ Y tế: Trẻ có biểu hiện lâm sàng của thiếu máu (da xanh, niêm mạc nhợt nhạt, móng nhợt nhạt có khía dễ gãy, mệt mỏi, ít vận động, kém tập trung) và có kết quả xét nghiệm Hemoglobin giảm (trẻ từ 2 tháng đến 6 tháng tuổi: $Hb < 9,5g/dl$; trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi: $Hb < 11g/dl$), Ferritin huyết thanh $< 30ng/ml$ và sắt huyết thanh $< 9 \mu mol/l$ [9].

+ Tiêu chuẩn chọn nhóm chứng: Trẻ từ 2 tháng tuổi đến 5 tuổi được chẩn đoán VP không có TMTS theo hai tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn chẩn đoán VP theo chương trình IMCI (WHO) [8].

Tiêu chuẩn xác định không TMTS theo hướng dẫn của Bộ Y tế: Không có biểu hiện lâm sàng của thiếu máu (da xanh, niêm mạc nhợt nhạt, móng nhợt nhạt có khía dễ gãy, mệt mỏi, ít vận động, kém tập trung) và có kết quả xét nghiệm Hemoglobin bình thường (trẻ từ 2 tháng đến 6 tháng tuổi: $Hb \geq 9,5g/dl$; trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi: $Hb \geq 11g/dl$), Ferritin huyết thanh $\geq 30ng/ml$ và sắt huyết thanh $\geq 9 \mu mol/l$ [9].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** VP kèm bệnh nền mạn tính đã được chẩn đoán trước đó như hội chứng thận hư, tim bẩm sinh, bệnh Thalassemia, bệnh không có transferrin bẩm sinh; gia đình trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc xin dừng điều trị, chuyển tuyến nên không theo dõi được trẻ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng.

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ước lượng một tỷ lệ:

$$n_1 = n_2 \geq \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

Trong đó: n_1 : cỡ mẫu tối thiểu của nhóm nghiên cứu; n_2 : cỡ mẫu tối thiểu của nhóm đối chứng; α : Sai lầm loại I. Với mức tin cậy $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; β : Sai lầm loại II. Với $\beta = 0,1$ thì $Z_{1-\beta} = 1,28$; p_1 : tỷ lệ VP nặng ở trẻ VP có TMTS, theo kết quả nghiên cứu của Trần Thị Như Ý năm 2023 là 20,3%, nên chúng tôi chọn $p_1 = 0,203$ [10]; p_2 : tỷ lệ VP nặng ở trẻ VP không có TMTS, theo kết quả nghiên cứu của Trần Thị Như Ý năm 2023 là 5,8%, nên chúng tôi chọn $p_2 = 0,058$ [10]; $p = (p_1 + p_2)/2$.

Áp dụng công thức tính được $n_1 = n_2 \geq 112$. Như vậy, cỡ mẫu ước tính tối thiểu cần thiết ở mỗi nhóm là 112 trẻ.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả trẻ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu nhập viện trong thời gian nghiên cứu. Trong ngày nếu có một bệnh nhi nhập viện vì VP có TMTS thì chọn ngay một bệnh nhi VP không có TMTS cho đến khi cỡ mẫu đạt 112 mẫu ở mỗi nhóm.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung của trẻ: Tuổi, giới, dân tộc, nơi sống.

+ Đặc điểm lâm sàng VP: Triệu chứng toàn thân (tri giác, bú kém, co giật, nôn ói, tím tái, sốt) và triệu chứng hô hấp (ho, khò khè, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, ran phổi).

+ Đặc điểm cận lâm sàng: Bạch cầu, CRP, X-quang ngực.

+ Mức độ VP: chia thành 2 nhóm “viêm phổi” và “viêm phổi nặng” theo tiêu chuẩn của IMCI [8].

+ Kết quả điều trị: Tổng thời gian nằm viện; kết quả điều trị chung (khỏi bệnh, xuất viện; biến chứng nặng chuyển viện; tử vong).

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích số liệu. Số liệu thống kê mô tả được trình bày theo tần số, tỷ lệ. Thống kê phân tích sử dụng kiểm định χ^2 để so sánh tỷ lệ giữa 2 nhóm nghiên cứu, mức ý nghĩa thống kê 5%.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ theo Quyết định số 24.293.HV/PCT-HĐĐĐ, được sự cho phép của Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng. Nghiên cứu cam kết bảo mật thông tin cá nhân và không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của trẻ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 9/2024 đến tháng 12/2024 với 112 trẻ VP có TMTS và 112 trẻ VP không có TMTS tham gia nghiên cứu, kết quả thu được như sau:

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		VP có TMTS n=112 n (%)	VP không TMTS n=112 n (%)	Chung n=224 n (%)	p
Giới tính	Nam	71 (63,4)	61 (54,5)	132 (58,9)	0,174
	Nữ	41 (36,6)	51 (45,5)	92 (41,1)	
Tuổi	2 đến <12 tháng	28 (25,0)	37 (33,0)	65 (29,0)	0,185
	12 đến 60 tháng	84 (75,0)	75 (67,0)	159 (71,0)	
Dân tộc	Kinh	45 (40,2)	64 (57,1)	109 (48,7)	0,054
	Khmer	66 (58,9)	43 (38,4)	109 (48,7)	
	Hoa	1 (0,9)	5 (4,5)	06 (2,6)	
Lý do vào viện	Sốt	103 (92,0)	98 (87,5)	201 (89,7)	0,271
	Ho	96 (85,7)	100 (89,3)	196 (87,5)	0,419
	Co giật	4 (3,6)	1 (0,9)	5 (2,2)	0,175
	Thở nhanh	65 (58,0)	66 (58,9)	131 (58,5)	0,892

Nhận xét: Có 58,9% trẻ tham gia nghiên cứu là nam giới. Chỉ có 29% trẻ dưới 12 tháng tuổi. Dân tộc Kinh và Khmer chiếm tỷ lệ tương đồng nhau với 48,7%. Lý do vào viện phổ biến nhất là sốt (89,7%), ho (87,5%) và thở nhanh (58,5). Không có sự khác biệt về đặc điểm chung giữa 2 nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của VP ở trẻ 2 tháng đến 5 tuổi nhập viện tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi

Đặc điểm		VP có TMTS (n=112)		VP không TMTS (n=112)		p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Tri giác	Tỉnh táo	86	76,8	99	88,4	0,065
	Vật vã, kích thích	25	22,3	12	10,7	
	Li bì, khó đánh thức	1	0,9	1	0,9	
Bú kém hoặc ăn uống kém		69	61,6	49	43,8	0,007
Co giật		4	3,6	1	0,9	0,175
Nôn ổi		29	25,9	20	17,9	0,146
Tím tái		6	5,4	2	1,8	0,150
Sốt		110	98,2	109	97,3	0,651

Đặc điểm		VP có TMTS (n=112)		VP không TMTS (n=112)		p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Ho		112	100	110	98,2	0,155
Khò khè		61	54,5	52	46,4	0,229
Thở nhanh		111	99,1	110	98,2	0,561
Rút lõm lồng ngực		68	60,7	67	59,8	0,891
Ran phổi		108	96,4	101	90,2	0,061
Mức độ VP	Viêm phổi	93	83,0	105	93,8	0,012
	Viêm phổi nặng	19	17,0	7	6,2	

Nhận xét: Hầu hết trẻ đều tỉnh táo. Các triệu chứng phổ biến nhất là ho, thở nhanh, sốt, ran phổi, khò khè, rút lõm lồng ngực. Nhóm trẻ có TMTS có tỷ lệ biểu hiện lâm sàng cao hơn nhóm chứng, nhưng sự khác biệt chưa đáng kể. Trẻ VP có TMTS có tỷ lệ bú kém hoặc ăn uống kém cao hơn nhóm chứng ($p<0,05$). Nhóm trẻ VP có TMTS có tỷ lệ VP nặng (17%) cao hơn so với nhóm chứng (6,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của viêm phổi

Đặc điểm		VP có TMTS (n=112)		VP không TMTS (n=112)		p
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
X-quang	Hội chứng phế nang	51	45,5	56	50,0	0,670
	Hội chứng phế quản	59	52,7	53	47,3	
	Hội chứng mô kẽ	2	1,8	2	1,8	
	Phối hợp cả 3	0	0,0	1	0,9	
Tăng bạch cầu ($\geq 15.000/\text{mm}^3$)		72	64,3	70	62,5	0,781
Số lượng bạch cầu: Trung bình (Nhỏ nhất – lớn nhất)		$16.950 \pm 6.004/\text{mm}^3$ (6.000 – 37.000)		$16.810 \pm 6.230/\text{mm}^3$ (4.000 – 35.000)		
Tăng bạch cầu trung tính ($\geq 60\%$)		64	57,1	61	54,5	0,686
Bạch cầu trung tính: Trung vị (Nhỏ nhất – lớn nhất)		63,1 (23 – 90)		63,3 (24 – 90)		
Tăng CRP ($\geq 10\text{mg/L}$)		90	80,4	85	75,9	0,419
Nồng độ CRP: trung vị (Nhỏ nhất – lớn nhất)		27 (1 – 195)		31 (1-185)		

Nhận xét: Chưa ghi nhận sự khác biệt về đặc điểm cận lâm sàng giữa 2 nhóm nghiên cứu ($p>0,05$).

3.3. Kết quả điều trị viêm phổi

Bảng 4. Đặc điểm quá trình điều trị

Đặc điểm		VP có TMTS (n=112)		VP không TMTS (n=112)		p	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
Phối hợp kháng sinh		35	31,2	32	28,6	0,662	
Đơn kháng sinh		36	32,1	20	17,9	0,014	
Chuyên khoa Hồi sức tích cực		26	23,2	11	9,8	0,007	
Hỗ trợ hô hấp		38	33,9	18	16,1	0,002	
Nuôi ăn nhân tạo		17	15,2	5	4,5	0,007	
Thời gian sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch	>14 ngày	2	1,8	0	0,0	<0,001	
	7 - 14 ngày	70	62,5	42	37,5		
	<7 ngày	40	35,7	70	62,5		
Thời gian nằm viện		>10 ngày	9	8,0	6	5,4	<0,001

Đặc điểm	VP có TMTS (n=112)		VP không TMTS (n=112)		p
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
	7 - 10 ngày	68	60,7	39	34,8
	<7 ngày	35	31,2	67	59,8

Nhận xét: Không có sự khác biệt về phối hợp kháng sinh giữa 2 nhóm nghiên cứu. Nhóm trẻ VP có TMTS có tỷ lệ đổi kháng sinh, chuyển hồi sức tích cực, hỗ trợ hô hấp, nuôi ăn nhân tạo, thời gian sử dụng kháng sinh và thời gian nằm viện cao hơn so với nhóm trẻ VP không có TMTS ($p<0,05$).

Bảng 5. Kết quả điều trị viêm phổi

Mức độ viêm phổi	VP có TMTS (n=112)		VP không TMTS (n=112)		p
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Khỏi bệnh, xuất viện	112	100,0	112	100,0	-
Tăng nặng/chuyển viện/tử vong	0	0,0	0	0,0	

Nhận xét: Cả 2 nhóm nghiên cứu đều có tỷ lệ điều trị thành công là 100%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Có hơn một nửa trẻ tham gia nghiên cứu là nam giới, trong đó chỉ có 29% trẻ dưới 12 tháng tuổi, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Trần Thị Như Ý với tỷ lệ trẻ là nam là 56,5% và từ 2 tháng đến 1 tuổi là 29,9% [10]. Dân tộc Kinh và Khmer chiếm tỷ lệ tương đương nhau với 48,7%. Lý do vào viện phổ biến nhất là sốt (89,7%), ho (87,5%) và thở nhanh (58,5), kết quả này cao hơn so với tỷ lệ các triệu chứng ghi nhận trong nghiên cứu của Lưu Trí Diễm với 63,2% trẻ được đưa nhập viện vì lý do sốt, 16,2% thở nhanh, 14,9% ho [5]. Qua đó cho thấy, ho và sốt là hai lý do hàng đầu mà người nhà đưa trẻ đến khám và nhập viện. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy các đặc điểm chung là tương đồng ở 2 nhóm nghiên cứu.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi

Hầu hết trẻ vào viện đều có tri giác tỉnh táo, với các triệu chứng hô hấp phổ biến nhất là ho, thở nhanh, ran phổi, khô khè, rút lõm lồng ngực, bên cạnh đó triệu chứng sốt cũng rất thường gặp, các nghiên cứu trước đó cũng cho kết quả tương tự với các triệu chứng lâm sàng đặc trưng của VP rất phổ biến [6]. Nhóm trẻ có TMTS có tỷ lệ biểu hiện lâm sàng cao hơn nhóm chứng, nhưng sự khác biệt chưa đáng kể. Trẻ VP có TMTS có tỷ lệ bú kém hoặc ăn uống kém cao hơn nhóm chứng ($p<0,05$), tình trạng này cần được lưu ý trong điều trị và phục hồi cho trẻ vì trong nghiên cứu của Lương Ngọc Khải Hoàn cũng đã chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa giữa mức độ nặng của VP và tình trạng dinh dưỡng của trẻ [6].

Nhóm trẻ VP có TMTS có tỷ lệ VP nặng (17%) cao hơn so với nhóm chứng (6,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$), kết quả này hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu trước đó của Trần Thị Như Ý cũng chỉ ra mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng VP nặng và TMTS [10].

Hội chứng phế nang, hội chứng phế quản và hội chứng mô kẽ được phát hiện trên phim X-quang của 2 nhóm với tỷ lệ như nhau. Đa số các trường hợp trong 2 nhóm đều có tăng bạch cầu, tăng bạch cầu trung tính, tăng CRP với tỷ lệ không quá khác biệt. Nghiên cứu chưa ghi nhận sự khác biệt về đặc điểm cận lâm sàng giữa 2 nhóm nghiên cứu ($p>0,05$).

4.3. Kết quả điều trị viêm phổi

Không có sự khác biệt về phối hợp kháng sinh giữa 2 nhóm nghiên cứu. Nhóm trẻ VP có TMTS có tỷ lệ đổi kháng sinh, chuyển hồi sức tích cực, hỗ trợ hô hấp, nuôi ăn nhân

tạo, thời gian sử dụng kháng sinh và thời gian nằm viện cao hơn so với nhóm trẻ VP không có TMTS ($p<0,05$), kết quả này là gần giống với nghiên cứu trước đó, Ajaykumar và cộng sự đã tìm ra mối liên quan đáng kể giữa mức độ VP và tình trạng thiếu máu, nhóm trẻ VP có TMTS có tỷ lệ thở máy cao hơn, thời gian nằm viện lâu hơn và tỷ lệ tử vong cao hơn [4].

Cả 2 nhóm nghiên cứu đều có tỷ lệ điều trị thành công là 100%, tương đồng với nghiên cứu của Cao Trí Diễn và cao hơn so với nghiên cứu trước đó với 99,4% trẻ khỏi bệnh và 0,6% trường hợp phải chuyển viện [5], [10]. Sự thành công trong điều trị có thể được giải thích bởi địa điểm nghiên cứu là bệnh viện chuyên khoa, có phân tuyến kỹ thuật cao với đầy đủ trang thiết bị và chuyên môn đảm bảo điều trị.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu khảo sát trên 112 trẻ VP có TMTS và 112 trẻ VP không có TMTS điều trị tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng năm 2024-2025. Kết quả nghiên cứu ghi nhận trẻ VP có TMTS có tỷ lệ các đặc điểm lâm sàng, mức độ viêm phổi nặng cao hơn và quá trình điều trị nặng nề, phức tạp hơn nhóm trẻ VP không có TMTS. Do đó, cần đặc biệt quan tâm nhóm đối tượng này trong quá trình chẩn đoán, điều trị và theo dõi. Khuyến nghị lồng ghép sàng lọc TMTS xử trí viêm phổi ở trẻ nhỏ, cải thiện tình trạng TMTS của trẻ có thể làm giảm gánh nặng điều trị khi trẻ bị VP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Môn Nhi. Nhi khoa. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. 2020. 730. Tập 1.
 2. Vũ Thị Như Luyện, Lê Thị Hồng Hanh. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính kháng kháng sinh của *Moraxella Catarrhalis* gây viêm phổi ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 533(1B), 63-66, doi: 10.51298/vmj.v533i1B.7810.
 3. F Chang, WL Shih, et al. The association of anemia with the clinical outcomes of community-acquired pneumonia in children. *Pediatric Pulmonology*. 2022.57 (6), 1416 - 1424, doi: 10.1002/ppul.25892
 4. Ajaykumar G. Desai, Manjunatha Sarthi, Muganagouda Patil, Suchetha S. morabad & Jeeva T Mathew. Relationship between severity of anemia and outcome in children younger than 5 years with pneumonia. *Indian Journal of Basic & Applied Medical Research*. 2023. 12 (3), 35 - 40, doi: 10.36855/IJBAMR/2022/98215.5780.
 5. Lư Trí Diễn. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi trên trẻ suy dinh dưỡng cấp từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2022 – 2023. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2023. 83. doi: 10.58490/ctump.2023i61.1279
 6. 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. 52.
 7. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em, ban hành kèm theo Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Bộ Y tế. 2015. 807.
 8. Bộ Y tế. Hướng dẫn xử trí lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh – Ban hành kèm theo Quyết định số 2341/QĐ-BYT ngày 07/8/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Bộ Y tế. 2024. 28.
 9. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học. Bộ Y tế. 2022. 529.
 10. Trần Thị Như Ý. Đánh giá tình trạng thiếu máu thiếu sắt và giảm albumin máu trên bệnh viêm phổi ở trẻ em từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau năm 2022-2023. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2023. 77.
-