

7. Wolfsdorf JI, Glaser N, Agus M, *et al.* (2018), “ISPAD clinical practice consensus guidelines 2018: diabetic ketoacidosis and the hyperglycemic hyperosmolar state”, *Pediatr Diabetes*, 19 Suppl 27, 155-177.

(Ngày nhận bài: 19/4/2022 – Ngày duyệt đăng: 09/5/2022)

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BIẾN CHỨNG VIÊM PHỔI Ở TRẺ MẮC SỞI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ

*Phan Đặng Trang Đài, Nguyễn Ngọc Rang, Nguyễn Thị Thu Ba, Trần Công Lý, Nguyễn Minh Hiếu**

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: minhhieukg1998@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh sởi là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, lây lan qua đường hô hấp, gây ra do vi rút sởi. Viêm phổi là một trong những biến chứng phổ biến nhất và là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở các bệnh nhân mắc sởi, đặc biệt là trẻ em. **Mục tiêu nghiên cứu:** Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến biến chứng viêm phổi ở trẻ mắc sởi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ năm 2019-2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 158 trẻ được chẩn đoán sởi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ năm 2019-2021. **Kết quả:** Tuổi nhỏ, sống ở thành thị, chưa được chủng ngừa sởi, trẻ có các dấu hiệu như vết vằn da hổ, tăng bạch cầu và CRP là các yếu tố liên quan đến biến chứng viêm phổi trong bệnh sởi với $p < 0,05$. Trong mô hình phân tích đa biến ghi nhận 5 yếu tố: nơi cư ngụ, tiền sử chủng ngừa sởi của trẻ, vết vằn da hổ, tiêu chảy, tăng CRP là các yếu tố nguy cơ độc lập có liên quan đến biến chứng viêm phổi trong bệnh sởi ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tuổi nhỏ, sống ở thành thị, chưa được chủng ngừa sởi, trẻ có các dấu hiệu như vết vằn da hổ, tăng bạch cầu và CRP là các yếu tố liên quan đến biến chứng viêm phổi ở trẻ mắc sởi.

Từ khóa: Sởi, biến chứng, viêm phổi, yếu tố liên quan, trẻ em.

ABSTRACT

SOME FACTORS ASSOCIATED WITH PNEUMONIA IN CHILDREN WITH MEASLES AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL

*Phan Dang Trang Dai, Nguyen Ngoc Rang, Nguyen Thi Thu Ba, Tran Cong Ly, Nguyen Minh Hieu**

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Measles is an acute contagious disease caused by the measles virus which is transmitted via airborne respiratory droplets. Pneumonia is one of the most common complications and the leading cause of death in patients with measles, especially in children. **Objectives:** To determine some factors associated with pneumonia in children with measles at Can Tho Children's Hospital from 2019 to 2021. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 158 children diagnosed with measles at Can Tho Children's Hospital from 2019 to 2021. **Results:** Young age, living in urban areas, not being vaccinated against measles, having coppery macules and a fine desquamation, leukocytosis and increased CRP were factors associated with pneumonia in measles with $p < 0.05$. In the multivariate analysis, 5 factors were recorded: residence, child's history of measles vaccination, coppery macules and a fine desquamation, diarrhea, increased CRP were independent risk factors associated with pneumonia in measles ($p < 0.05$). **Conclusions:** Young age, living in urban areas, not being vaccinated against

measles, having coppery macules and a fine desquamation, leukocytosis and increased CRP were factors associated with pneumonia in children with measles.

Keywords: Measles, complications, pneumonia, associated factors, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sởi là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, lây lan qua đường hô hấp, gây ra do vi rút sởi, biểu hiện bằng hội chứng nhiễm trùng cấp tính, viêm long đường hô hấp, tiêu hóa, kết mạc mắt, phát ban theo trình tự nhất định, sau đó ban bay để lại vết vằn da hổ và hồi phục hoàn toàn. Bệnh thường tự khỏi nhưng có khả năng gây ra các biến chứng như viêm tai giữa, viêm phổi, tiêu chảy, viêm loét miệng, viêm loét giác mạc mắt và viêm não-màng não... Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới, viêm phổi là một trong những biến chứng phổ biến nhất và là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở các bệnh nhân mắc sởi, đặc biệt là trẻ em. Viêm phổi kèm theo sởi có thể do chính vi rút sởi hoặc do bội nhiễm vi trùng. Các yếu tố nguy cơ biến chứng viêm phổi ở trẻ mắc sởi bao gồm tuổi nhỏ, không chủng ngừa sởi, sống ở nơi mật độ dân số cao, điều kiện kinh tế xã hội thấp, tăng bạch cầu và CRP máu...

Cuối năm 2018, đầu năm 2019, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF) đã đưa ra cảnh báo dịch sởi đang bùng phát trở lại trên toàn thế giới ở mức độ báo động, kể cả những quốc gia tuyên bố đã loại trừ bệnh sởi. Có đến 170 quốc gia ghi nhận dịch sởi và 140.000 người chết vì bệnh sởi trong năm 2018. Tại Việt Nam, vắc xin sởi đã được đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng từ năm 1985, tuy nhiên theo chu kỳ cứ khoảng 3-4 năm lại có một vụ dịch. Năm 2018 đã có 2256 ca nhiễm sởi với nhiều biến chứng và xu hướng bùng phát mạnh mẽ. Tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ trong 3 tháng đầu năm 2019 có 258 trường hợp chẩn đoán sởi. Trong những năm gần đây, Cần Thơ có ít nghiên cứu về sởi được công bố. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nghiên cứu: một số yếu tố liên quan đến biến chứng viêm phổi ở trẻ mắc sởi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ năm 2019-2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân dưới 16 tuổi được chẩn đoán sởi và điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ năm 2019-2021.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Tuổi của trẻ: dưới 16 tuổi.

+ Trẻ được chẩn đoán xác định mắc bệnh sởi dựa trên lâm sàng (bệnh nhân có sốt, phát ban dạng sởi và ít nhất một trong các triệu chứng viêm long đường hô hấp, tiêu hóa, kết mạc mắt) và cận lâm sàng (xét nghiệm IgM sởi bằng phương pháp MAC ELISA dương tính).

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Trẻ được chẩn đoán đang mắc bệnh viêm phổi, hen suyễn, viêm tai giữa, viêm não, viêm loét giác mạc... trước khi có biểu hiện sởi.

+ Gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Khoa Nhiễm – Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ 12/2019-3/2021.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Áp dụng công thức ước tính một tỉ lệ với $p=0,176$ (theo nghiên cứu của Đặng Thị Thanh Huyền năm 2013-2014 ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân sỏi có biến chứng viêm phổi là 17,6%) và $d=0,06$ chúng tôi tính được $n=154,75$, như vậy cỡ mẫu là 155 mẫu. Chọn mẫu thuận tiện bệnh nhân bệnh sỏi thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Mẫu phiếu thu thập soạn sẵn thu nhận các biến giới, tuổi, tiền sử chùng ngừa, các chỉ số kinh tế xã hội, ghi nhận các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng, công thức máu và CRP máu. Chụp X-quang để xác định biến chứng viêm phổi, theo dõi các biến chứng khác nếu có. Định nghĩa biến: tăng bạch cầu khi bạch cầu $>10000/\text{mm}^3$, tăng CRP khi $\text{CRP}>10\text{mg/L}$.

- **Xử lý số liệu:** Các biến phân loại được trình bày bằng tỉ lệ %, các biến số được trình bày bằng trung bình (độ lệch chuẩn) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) tùy theo có phân phối chuẩn hoặc không. So sánh các biến phân loại bằng phép kiểm χ^2 . So sánh các biến số bằng phép kiểm T hoặc Mann-Whitney tùy theo có phân phối chuẩn hoặc không. Dùng mô hình hồi qui logistic đa biến xác định tỉ số chênh và khoảng tin cậy 95% xác định các biến độc lập có liên quan đến bệnh sỏi có biến chứng viêm phổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cho các test khi $p<0,05$. Dùng phần mềm SPSS 22.0 để xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

	Biến số	Tần số	Tỷ lệ
Nhóm tuổi	Dưới 1 tuổi	71	45
	1-2 tuổi	40	25,3
	Trên 2 tuổi	47	29,7
Giới tính	Nam	96	60,8
	Nữ	62	39,2
Nơi cư ngụ	Thành thị	81	51,3
	Nông thôn	77	48,7
Tiền sử chùng ngừa sỏi	Có chùng ngừa sỏi	32	20,3
	Không chùng ngừa sỏi/không nhớ rõ	126	79,7
Tình trạng dinh dưỡng	Có suy dinh dưỡng	19	12
	Không có suy dinh dưỡng	139	88
Nguồn lây	Có nguồn lây	29	18,4
	Không có/không rõ nguồn lây	129	81,6
Tiền sử chùng ngừa của mẹ	Có chùng ngừa/ từng mắc sỏi	24	15,2
	Không chùng ngừa/không nhớ rõ	134	84,8

Nhận xét: Trẻ mắc sỏi nhập viện nhiều nhất ở nhóm dưới 1 tuổi (45%) với tỉ lệ nam/nữ là 1,5/1. Có 51,3% trẻ sống ở thành thị và 12% trẻ bị suy dinh dưỡng trong tổng số 158 trẻ. Phần lớn trẻ mắc sỏi phải nhập viện chưa được chùng ngừa sỏi (71,5%) và đều không xác định rõ được tiền sử tiếp xúc với bệnh nhân nghi ngờ sỏi (81,6%). Tỉ lệ người mẹ đã mắc và chùng ngừa sỏi thấp (15,2%).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng viêm phổi ở trẻ mắc sởi

Bảng 2. Một số yếu tố dịch tễ, dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng liên quan đến sởi biến chứng viêm phổi

Các yếu tố		Viêm phổi (n=33)	Không viêm phổi (n=125)	p
Tuổi (tháng)		10 (6-22)	14 (9-36)	0,039
Giới tính	Nam	21	75	0,704
	Nữ	12	50	
Nơi cư ngụ	Thành thị	22	66	0,047
	Nông thôn	11	59	
Tiền sử chủng ngừa sởi của mẹ	Có/Đã từng mắc sởi	4	20	0,581
	Không/Không rõ	29	105	
Tiền sử chủng ngừa sởi của trẻ	Có	1	31	0,006
	Không/Không rõ	32	94	
Tình trạng dinh dưỡng	Suy dinh dưỡng	7	12	0,068
	Không suy dinh dưỡng	26	113	
Vết vằn da hổ	Có	21	51	0,019
	Không	12	74	
Bạch cầu (nghìn/mm ³)		9,77 (7-12,8)	6,97 (5,7-9)	0,008
CRP (mg/L)		12,8 (4,7-18,4)	5,5 (3,1-13)	0,024

Nhận xét: So sánh giữa hai nhóm bệnh nhân sởi có biến chứng viêm phổi với sởi không có biến chứng viêm phổi nhận thấy có sự khác biệt về tuổi ($p=0,039$), nơi cư ngụ ($p=0,047$), tiền sử chủng ngừa của trẻ ($p=0,006$), triệu chứng vết vằn da hổ ($p=0,019$), giá trị bạch cầu ($p=0,008$) và CRP ($p=0,024$); sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Bảng 3. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến biến chứng viêm phổi ở bệnh nhân sởi

Các yếu tố	Viêm phổi (n=33)	Không viêm phổi (n=125)	OR (KTC 95%)	p
Tuổi				
>1 tuổi	13 (16,5%)	66 (83,5%)	1,72 (0,79-3,76)	0,171
≤1 tuổi	20 (25,3%)	59 (74,7%)		
Nơi cư ngụ				
Nông thôn	11 (14,3%)	66 (85,7%)	2,24 (1,00-5,00)	0,047
Thành thị	22 (27,2%)	59 (72,8%)		
Tiền sử chủng ngừa sởi của trẻ				
Có chủng ngừa sởi	1 (3,1%)	31 (96,9%)	10,55 (1,38-80,46)	0,006
Không chủng ngừa sởi	32 (25,4%)	94 (74,6%)		
Vằn da hổ				
Không	12 (14%)	74 (86%)	2,54 (1,15-5,62)	0,019
Có	21 (29,2%)	51 (70,8%)		
Bạch cầu				
Bình thường	17 (14,5%)	100 (85,5%)	3,77 (1,67-8,47)	0,001
Tăng	16 (39%)	25 (61%)		
CRP				
Bình thường	11 (15,7%)	59 (84,3%)	3,76 (1,60-8,80)	0,002
Tăng	21 (41,2%)	30 (58,8%)		

Nhận xét: tổng hợp lại có 5 yếu tố liên quan đến một số biến chứng viêm phổi có ý nghĩa thống kê là: nơi cư ngụ (OR=2,24; 95%CI: 1,00-5,00; p=0,047), tiền sử chùng ngừa sởi của trẻ (OR=10,55; 95%CI: 1,38-80,46; p=0,006), vết vằn da hổ (OR=2,54; 95%CI: 1,15-5,62; p=0,019), số lượng bạch cầu tăng (OR=3,77; 95%CI: 1,67-8,47; p=0,001), CRP tăng (OR=3,76; 95%CI: 1,60-8,80; p=0,002).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng viêm phổi ở bệnh nhân sởi trong một phân tích đa biến

Các yếu tố	Hệ số hồi quy	OR (KTC 95%)	p
Tuổi	-0,625	0,54 (0,15-1,91)	0,335
Giới tính	0,318	1,37 (0,42-4,53)	0,601
Nơi cư ngụ	1,700	5,47 (1,54-19,5)	0,009
Suy dinh dưỡng	1,327	3,77 (0,88-16,15)	0,74
Tiền sử chùng ngừa sởi của trẻ	-3,319	0,04 (0,002-0,58)	0,019
Tiền sử chùng ngừa sởi của mẹ	0,805	2,24 (0,41-12,13)	0,351
Dấu hiệu vằn da hổ	-1,428	0,24 (0,07-0,80)	0,021
Tiêu chảy	1,694	5,44 (1,20-24,64)	0,028
Tăng bạch cầu	0,471	1,60 (0,52-4,91)	0,409
Tăng CRP	1,302	3,68 (1,15-11,78)	0,028

Nhận xét: Trong mô hình phân tích đa biến ghi nhận 5 yếu tố gồm nơi cư ngụ (p=0,009), tiền sử chùng ngừa sởi của trẻ (p=0,019), dấu hiệu vết vằn da hổ (p=0,021), tiêu chảy (p=0,028), tăng CRP (p=0,028) là các yếu tố nguy cơ độc lập có liên quan đến biến chứng viêm phổi trong bệnh sởi với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được 158 trường hợp trẻ em nhập viện được chẩn đoán xác định sởi. Trong đó, nhóm tuổi dưới 1 có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất (44,9%), kết quả này tương tự nghiên cứu của Triệu Thị Thanh Vân (42,53%) [8]. Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nam/nữ là 1,5/1, kết quả này tương tự Tạ Anh Tuấn (1,6/1) [7]. Chúng tôi nhận thấy tỉ lệ trẻ sống ở thành thị (51,3%) cao hơn tỉ lệ trẻ sống ở nông thôn, kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Quỳnh ghi nhận bệnh xảy ra nhiều ở khu vực nội thành [5]. Tỉ lệ trẻ chưa chùng ngừa cao, chiếm đến 71,5%, kết quả này tương tự nghiên cứu của Triệu Thị Thanh Vân (83,14%) [8], Bùi Vũ Huy (76,47%) [3]. Chúng tôi nhận thấy chỉ có 18,4% trường hợp xác định có tiếp xúc với người nghi ngờ mắc sởi, kết quả phù hợp với nghiên cứu của Bùi Vũ Huy (9,8%) [3]. Hiện nay, tỉ lệ người mẹ xác định đã chùng ngừa sởi hoặc đã từng mắc sởi trong nghiên cứu của chúng tôi khá thấp (15,2%), tương tự nghiên cứu của Phạm Thị Dàn (12,2%) [1]. Với kết quả như vậy cho thấy khả năng lây nhiễm bệnh sởi trong cộng đồng rất cao, nơi tập trung càng đông dân cư thì khả năng lây truyền của bệnh càng cao và nguyên nhân mắc sởi cao ở lứa tuổi dưới 5 tuổi có thể liên quan đến việc không nhận được miễn dịch với sởi từ chùng ngừa hoặc từ mẹ.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng viêm phổi ở trẻ mắc sởi

Về tuổi: chúng tôi nhận thấy tuổi là yếu tố liên quan với biến chứng viêm phổi, nhóm trẻ càng nhỏ có nguy cơ biến chứng viêm phổi cao hơn. Nguyễn Tiến Dũng ghi nhận yếu tố nguy cơ của sởi biến chứng viêm phổi là trẻ nhỏ dưới 9 tháng tuổi [2]. Stojiljković nghiên

cứu thấy rằng viêm phổi là biến chứng thường gặp nhất và biến chứng nặng thường xảy ra hơn ở trẻ nhỏ ($p < 0,05$) [12]. Thật vậy, hệ thống miễn dịch của trẻ nhỏ còn yếu ớt, chưa hoàn thiện. Hơn nữa đối với trẻ nhỏ mắc sởi thường đi kèm với tình trạng bài tiết virus kéo dài dẫn đến trẻ dễ mắc các biến chứng nặng, đặc biệt là viêm phổi.

Về tiền sử chủng ngừa sởi của trẻ: chúng tôi nhận thấy nhóm trẻ không được chủng ngừa có nguy cơ biến chứng viêm phổi cao hơn so với nhóm trẻ được tiêm ít nhất 1 liều vắc xin sởi (với $OR=10,55$; $95\%CI: 1,38-80,46$; $p=0,006$). Kết quả này giống với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Dũng, Đặng Thị Thúy ghi nhận yếu tố nguy cơ viêm phổi và bệnh nặng là trẻ chưa được tiêm ngừa sởi [2],[6]. Dam và cộng sự nhận thấy bệnh sởi ở những trường hợp được tiêm chủng bị biến chứng và/hoặc nhập viện ít hơn 10 lần so với những trường hợp không được chủng ngừa [10]. Nhìn chung, hầu hết nghiên cứu đều chỉ ra tiêm ngừa sởi là yếu tố quan trọng giúp giảm tỉ lệ mắc bệnh, tỉ lệ biến chứng nói chung và viêm phổi nói riêng, mức độ nặng cũng như tử vong của bệnh sởi.

Về nơi cư ngụ: bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm qua đường hô hấp, vì vậy trẻ sống ở thành thị có mật độ dân số càng đông thì nguy cơ lây nhiễm càng cao. Bên cạnh đó môi trường sống chật chội, ẩm thấp, khói bụi cũng là một trong những nguyên nhân dẫn đến bội nhiễm phổi cũng như nhiều biến chứng khác. Trong nghiên cứu của Tạ Anh Tuấn và cộng sự trên những trẻ mắc sởi có biến chứng viêm phổi nặng ghi nhận nhóm trẻ sống ở thành thị chiếm tỉ lệ cao hơn, đặc biệt là trẻ bị lây nhiễm sởi tại các cơ sở y tế là những yếu tố liên quan đến sởi biến chứng viêm phổi nặng [7]. Như vậy khi trẻ mắc sởi, nhất là trẻ sống ở thành thị, nơi đông dân thì cần được cách ly sớm, điều trị và giám sát chặt chẽ để kịp thời phát hiện biến chứng và xử trí.

Về dấu hiệu vằn da hổ: Husada nhận thấy, phát ban dát sẩn tăng sắc tố và vết vằn da hổ đặc trưng cho bệnh sởi, chúng được xem như một trong những dấu hiệu giúp sàng lọc ca nhiễm bệnh sởi trong bối cảnh bùng phát dịch, và sau đó được kiểm tra lại bằng xét nghiệm IgM, ghi nhận độ nhạy đến 90,7% [11]. Theo Nguyễn Duy Phong dấu hiệu vằn da hổ thường xuất hiện trong khoảng ngày 7-10 của bệnh, là một dấu hiệu đặc trưng cho bệnh sởi [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi khả năng ghi nhận được dấu hiệu vằn da hổ ở bệnh nhân có biến chứng viêm phổi cao hơn 2,54 lần so với nhóm không biến chứng viêm phổi, với $p < 0,05$. Điều này có thể do bệnh nhân biến chứng viêm phổi nằm viện dài hơn (10 ngày) so với bệnh nhân không có biến chứng (7 ngày).

Về tiêu chảy: nhiều bệnh truyền nhiễm có thể liên quan đến tình trạng đi phân lỏng ở trẻ em. Ngược lại, tiêu chảy góp phần làm suy dinh dưỡng và do đó làm suy giảm phản ứng miễn dịch. Tiêu chảy cũng có thể làm giảm sự hấp thu ở đường tiêu hóa của thuốc uống và dẫn đến thất bại trong điều trị. Do đó, tiêu chảy trong bệnh sởi càng làm trầm trọng thêm tình trạng suy giảm miễn dịch của trẻ làm trẻ dễ mắc các bệnh nhiễm trùng như viêm phổi. Tác giả Hoàng Văn Thuận cũng nhận thấy tiêu chảy là một nguy cơ đáng kể ở trẻ em bị viêm phổi ($OR=4,51$; $KTC 95\% (1,73-11,77)$; $p=0,0001$) [13].

Về bạch cầu: bệnh sởi gây ức chế miễn dịch thoáng qua, làm giảm bạch cầu đa nhân trung tính và lympho, nguyên nhân là do sự xâm nhập của vi rút sởi vào bạch cầu làm mất tế bào lympho tiền chất, làm suy giảm chức năng của tế bào lympho B hoặc T và các tế bào trình diện kháng nguyên [9]. Tăng bạch cầu báo hiệu sự bội nhiễm vi khuẩn. Nghiên cứu chúng tôi nhận thấy trẻ tăng bạch cầu có nguy cơ viêm phổi cao hơn ($OR=3,77$; $95\%CI: 1,67-8,47$; $p=0,001$). Đặng Thị Thúy và cộng sự cũng ghi nhận tăng số lượng bạch cầu làm tăng nguy cơ biến chứng và mức độ nặng của bệnh sởi [6]. Tạ Anh Tuấn lại ghi nhận trong

sởi biến chứng viêm phổi nặng có sự rối loạn (tăng hoặc giảm) số lượng bạch cầu, giảm bạch cầu lympho ghi nhận được trong 79,7%; tuy nhiên nghiên cứu của Tạ Anh Tuấn chỉ ghi nhận ở những bệnh nhân mắc sởi biến chứng viêm phổi nặng phải nhập hồi sức tích cực, điều này chứng tỏ tình trạng miễn dịch của cơ thể đã suy yếu cùng với sự nhiễm khuẩn nặng thì khả năng chống đỡ và tiêu diệt vi khuẩn đã giảm [7].

Về CRP: chúng tôi ghi nhận tăng CRP \geq 10mg/dL có nguy cơ viêm phổi cao hơn nhóm trẻ không tăng CRP (OR=3,76; p=0,02), điều này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tương tự với Tạ Anh Tuấn nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương ghi nhận các trường hợp tăng CRP $>$ 10mg/dL có liên quan đến sởi biến chứng viêm phổi nặng [7]. Đặng Thị Thúy cũng ghi nhận bên cạnh tăng bạch cầu, tăng CRP cũng là một trong những nguy cơ làm tăng khả năng biến chứng nặng ở trẻ nhập viện do sởi [6]. Vecchio và cộng sự đã chứng minh rằng CRP $>$ 2 mg/dL có độ nhạy và độ đặc hiệu khá tốt để dự đoán kết quả, có liên quan đến việc tăng từ hai đến bốn lần nguy cơ biến chứng nội tạng hoặc kết cục nghiêm trọng ở trẻ mắc sởi [9]. Như vậy xét nghiệm CRP tại cơ sở y tế có thể là một công cụ tốt để hỗ trợ các bác sĩ trong việc điều trị và theo dõi đáp ứng của bệnh.

Giới hạn của nghiên cứu: nghiên cứu chúng tôi chỉ ghi nhận các ca sởi có nhập viện, vì vậy không thể phản ánh chính xác được tất cả các trường hợp trẻ mắc sởi trong cộng đồng. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng góp phần cho thấy biến chứng viêm phổi ở trẻ mắc sởi có liên quan đến nhiều yếu tố, trong đó yếu tố quan trọng có thể chủ động thay đổi được là việc trẻ không được chủng ngừa đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

Tuổi nhỏ, sống ở thành thị, chưa được chủng ngừa sởi, có vết vằn da hổ, tăng bạch cầu và CRP là các yếu tố liên quan đến biến chứng viêm phổi ở trẻ mắc sởi với p<0,05. Trong mô hình phân tích đa biến ghi nhận 5 yếu tố: nơi cư ngụ, tiền sử chủng ngừa sởi của trẻ, vết vằn da hổ, tiêu chảy, tăng CRP là các yếu tố nguy cơ độc lập có liên quan đến biến chứng viêm phổi trong bệnh sởi (p<0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Dàn (2015), “Đánh giá kiến thức, kỹ năng và thái độ của các bà mẹ có con mắc sởi tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2014”, Trường Cao đẳng Y tế Bạch Mai, Hà Nội.
2. Nguyễn Tiên Dũng (2017), “Một số đặc điểm dịch tễ học và yếu tố nguy cơ của sởi biến chứng viêm phổi nặng ở trẻ em”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 456 (2), tr.153-157.
3. Bùi Vũ Huy (2011), “Đặc điểm lâm sàng bệnh sởi ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong 2 năm 2009-2010”, *Tạp chí Y học dự phòng*, 3 (121), tr.45-50.
4. Nguyễn Duy Phong (2006), “Bệnh sởi”, *Bệnh truyền nhiễm*, tr.274-281.
5. Nguyễn Ngọc Quỳnh (2019), “Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh sởi tại Hà Nội giai đoạn 2006-2015”, *Tạp chí Y học dự phòng*, 29(10), tr.38.
6. Đặng Thị Thúy (2014), “Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và kết quả điều trị bệnh sởi trẻ em tại Bệnh viện bệnh nhiệt đới trung ương, vụ dịch 2014”, *Tạp chí Truyền nhiễm*, 3(7), tr.12-16.
7. Tạ Anh Tuấn (2016), “Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi nặng liên quan với sởi tại Bệnh viện Nhi Trung ương”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 448(1), tr.60-64.
8. Triệu Thị Thanh Vân (2020), “Một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và vi rút sởi lưu hành tại Bắc Giang giai đoạn 2013-2019”, *Tạp chí Y học dự phòng*, 30(7), tr.67.
9. A. Lo Vecchio, A. Krzysztofciak, C. Montagnani, *et al.* (2020), “Complications and risk factors for severe outcome in children with measles”, *Arch Dis Child*, 105 (9), pp.896-899.

10. ASG van Dam, T. Woudenberg, HE. Melker, *et al.* (2020), “Effect of vaccination on severity and infectiousness of measles during outbreak in the Netherlands, 2013-2014”, *Epidemiology & Infection*, 148.
11. Dominicus Husada, Dwiyantri Puspitasari, Leny Kartina, *et al.* (2020), “An evaluation of the clinical features of measles virus infection for diagnosis in children within a limited resources setting”, *BMC pediatrics*, 20(1), pp.1-10.
12. Marija Stojiljković, Ivan Rančić, Milan Golubović, *et al.* (2020), “The characteristics of hospitalized measles affected children during the 2017 - 2018 epidemic in the Jablanica District”, *Acta Medica Medianae*, 59(2), pp.53-59.
13. Van Thuan Hoang, Thi Loi Dao, Philippe Minodier, *et al.* (2019), “Risk Factors for Severe Pneumonia According to WHO 2005 Criteria Definition Among Children < 5 Years of Age in Thai Binh, Vietnam: A Case - Control Study”, *Journal of epidemiology and global health*, 9(4), pp.274-280.

(Ngày nhận bài: 01/3/2022 – Ngày duyệt đăng: 19/4/2022)

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC CÁC VỤ NGỘ ĐỘC THỰC PHẨM TẠI TỈNH SÓC TRĂNG GIAI ĐOẠN 2009 - 2021

*Nguyễn Văn Phúc**, *Âu Hiền Sĩ*, *Huỳnh Văn Nguyên*, *Lê Thanh Thúy*,
Trần Cảnh Thiện, *Dương Thị Cẩm Giang*

Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Sóc Trăng

**Email: nguyenvanphuc71108@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: An toàn thực phẩm hiện nay đang là vấn đề thời sự nổi cộm và nóng bỏng. Ngộ độc thực phẩm xảy ra sẽ gây tổn hại đến sức khỏe người tiêu dùng, ảnh hưởng đến an sinh xã hội. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ học các vụ ngộ độc thực phẩm trên địa bàn tỉnh giai đoạn 2009-2021. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang, hồi cứu các vụ ngộ độc thực phẩm trên địa bàn tỉnh giai đoạn 2009-2021. **Kết quả:** Giai đoạn 2009-2021 có 11 vụ, với 140 người mắc và có 2 ca tử vong do độc tố tự nhiên (trung bình mỗi năm có 0,85 vụ, 10,77 người mắc, 0,15 người tử vong). Số vụ với quy mô trên 30 người mắc chiếm tỷ lệ rất thấp 18,18%. Nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm nhiều nhất là chưa xác định căn nguyên với 54,54%, kế đến là do độc tố tự nhiên (do ăn *So biển*) 27,27% và thấp nhất là do vi sinh vật 18,18%. Các vụ xảy ra tại bếp ăn gia đình 63,63% chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là bếp ăn tập thể trường học 18,18% và thấp nhất là loại hình nhà hàng, kinh doanh thức ăn đường phố cùng với tỷ lệ 9,09%. **Kết luận:** Các vụ ngộ độc thực phẩm xảy ra phần lớn tại bữa ăn gia đình và tại bếp ăn tập thể trường học. Nguyên nhân chủ yếu do không tìm ra căn nguyên và hầu hết các trường hợp tử vong là do độc tố tự nhiên (do ăn *So biển*).

Từ khóa: An toàn thực phẩm, ngộ độc thực phẩm, tỉnh Sóc Trăng.