

- Thammaiah SH, Siddagangaiah NK, K.G SK.** Comparison of Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II and IV (APACHE) Scoring System Validity as Mortality Predictors in ICU Patients with Multiple Organ Dysfunction Syndrome in Sepsis. *jebmh*. 2021;8(16):1058-1063. doi:10.18410/jebmh/2021/204
5. **Bloria SD, Chauhan R, Sarna R, Gombar S, Jindal S.** Comparison of APACHE II and APACHE IV score as predictors of mortality in patients with septic shock in intensive care unit: A prospective observational study. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2023; 39(3): 355-359. doi:10.4103/joacp.joacp_380_21
 6. **Varghese YE, Kalaiselvan MS, Renuka MK, Arunkumar AS.** Comparison of acute physiology and chronic health evaluation II (APACHE II) and acute physiology and chronic health evaluation IV (APACHE IV) severity of illness scoring systems, in a multidisciplinary ICU. *Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology*. 2017; 33(2):248. doi:10.4103/0970-9185.209741
 7. **Abdel Hay Ibrahim A, Youssif Kamel H, Wessam Aly W, Safwat Al-Araby M.** Outcomes Prediction in Critically Ill Elderly Patients Using APACHE II, APACHE IV, and SOFA Scores. *The Egyptian Journal of Geriatrics and Gerontology*. 2023;10(2):153-165. doi:10.21608/ejgg.2023.350107
 8. **Ghazaly HF, Aly AAA, Sayed MH, Hassan MM.** APACHE IV, SAPS III, and SOFA scores for outcome prediction in a surgical/trauma critical care unit: an analytical cross-sectional study. *Ain-Shams Journal of Anesthesiology*. 2023;15(1): 101. doi:10.1186/s42077-023-00383-x
 9. **Nagar VS, Sajjan B, Chatterjee R, Parab NM.** The comparison of apache II and apache IV score to predict mortality in intensive care unit in a tertiary care hospital. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2019;7(5):1598-1603. doi:10.18203/2320-6012.ijrms20191643
 10. **Lemos NE, Farias MG, Kubaski F, et al.** Quantification of peripheral blood CD34+ cells prior to stem cell harvesting by leukapheresis: a single center experience. *Hematol Transfus Cell Ther*. 2018;40(3): 213-218. doi:10.1016/j.htct.2018.01.002

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI TRẠM Y TẾ XÃ BẢO ÁI HUYỆN YÊN BÌNH TỈNH YÊN BÁI NĂM 2023

Nguyễn Ngọc Nghĩa¹, Đặng Xuân Trường², Trần Thị Lý¹,
Phạm Văn Cường³, Đặng Ngọc Tuyền³, Hoàng Lê Lan Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và xác định một số yếu tố liên quan đến bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em dưới 5 tuổi đến khám tại trạm y tế xã Bảo Ái, huyện Yên Bình, tỉnh Yên Bái năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện thông qua khám lâm sàng 400 trẻ em dưới 5 tuổi và phỏng vấn trực tiếp 400 cha/mẹ đưa trẻ đi khám trong thời gian 6 tháng từ tháng 7-12 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi mắc NKHHCT chiếm 35,3%. Trẻ em mắc bệnh chủ yếu là viêm họng chiếm 50,4%, viêm amidal 16,3%, viêm thanh quản 8,5%, viêm phế quản phổi là 7,1%. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là ho và sốt chiếm 92,9% và 63,1%. Ngoài ra có khó thở 20,6%, thở khò khè 36,9%, phổi có rale ẩm 19,1%. Có mối liên quan giữa NKHHCT với tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em OR=3,2, với kiến thức, thực hành chăm sóc trẻ tại nhà của cha/mẹ (OR=4,1 và 4,6) với

$p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị mắc NKHHCT còn cao 35,3%. Các dấu hiệu lâm sàng của bệnh có biểu hiện đầy đủ các triệu chứng cơ năng và thực thể của bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp tính như ho, sốt, khó thở, họng đỏ đau và nghe phổi có rale ẩm. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, Trẻ em dưới 5 tuổi, Đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTIC OF ACUTE RESPIRATORY INFECTION OF THE CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD COME TO EXAM AT BAO AI COMMUNE HEALTH STATION YEN BINH DISTRICT YEN BAI PROVINCE 2023

Objective: Describe clinical characteristics and identify some factors related to acute respiratory infections in children under 5 years old come to exam at Bao Ai commune health station, Yen Binh district, Yen Bai province in 2023. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis was carried out through clinical examination for 400 children under 5 years old and face-to-face interviews for 400 parents in the time 6 months, from July to December 2023. **Results:** The rate of children under 5 years old with acute respiratory infections accounts for 35,3%. Children's main illnesses are throat inflammation accounting for 50,4%, amidal inflammation 16,3%, laryngitis 8,5%, bronchitis-pneumonia 7,1%. The main clinical symptoms are

¹Trường Đại học Y Dược – ĐHQGHN

²Trung tâm Y tế huyện Yên Bình, tỉnh Yên Bái

³Bệnh viện Bưu Điện Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Nghĩa

Email: nghiakhanh2016@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

cough and fever, accounting for 92,9% and 63,1%. Beside, there was difficulty breathing in 20,6%, wheezing in 36,9%, and moist lungs in 19,1%. There is a relationship between acute respiratory infections and children's malnutrition $OR=3,2$, and parents' knowledge and practice of taking care of children at home ($OR=4,1$ and $4,6$) with $p < 0,05$. **Conclusion:** The rate of children under 5 years old with acute respiratory infections is still high at 35,3%. The clinical signs of the disease show all the symptoms of acute respiratory infections such as cough, fever, difficulty breathing and moist lung sounds.

Keywords: Acute respiratory infections, Children under 5 years old, Clinical features

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) là một trong ba nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi trong đó chủ yếu do viêm phổi. Theo Tổ chức Y tế thế giới WHO và UNICEF Việt Nam (2016), hiện nay trên toàn thế giới có khoảng 4.300 trẻ em tử vong do viêm phổi mỗi ngày, cứ mỗi 20 giây sẽ lại có một trẻ tử vong do viêm phổi, 90% số này là ở các nước đang phát triển. Nhưng nếu được chăm sóc tốt, hầu hết trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính sẽ khỏi trong khoảng 10 - 14 ngày điều trị. Tuy nhiên, khoảng 20-25% trẻ mắc sẽ diễn tiến thành viêm phổi nếu không được theo dõi chăm sóc [1], [2]

Tại Việt nam, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp tính của trẻ dưới 5 tuổi đang có xu hướng gia tăng. Theo nghiên cứu của Trần Thị Nhị Hà và Cs (2016) tại huyện Chương Mỹ thành phố Hà Nội thì tỷ lệ nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp tính ở trẻ dưới 5 tuổi là 30,6%, trong đó trẻ em nam chiếm 31,0% và trẻ em nữ chiếm 30,1%. Nhóm tuổi mắc NKHHCT cao nhất từ 49-60 tháng (15,43%) và nhóm tuổi dưới 1 tuổi ít mắc hơn (chiếm 12,32%). Nhóm tuổi 49-60 tháng có tỷ lệ mắc các bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp trên cấp tính cao nhất như viêm mũi họng cấp (31%), viêm họng cấp (32,2%), viêm amidan cấp (28,1%) và viêm phổi chiếm 7,5% [3], [4].

Xã Bảo Ái thuộc huyện Yên Bình, tỉnh Yên Bái. Hiện toàn xã có 2.230 hộ, trên 8000 nhân khẩu, số trẻ dưới 5 tuổi là 820 em. Hàng năm số trẻ em dưới 5 tuổi đến khám và điều trị bệnh nhiễm khuẩn hô hấp tại trạm y tế khoảng 30-50%. Tỷ lệ nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ dưới 5 tuổi trung bình là 30-40%, tỷ lệ trẻ bị viêm phổi chiếm tỷ lệ thấp dưới 10%. Kiến thức, thực hành chăm sóc và phát hiện trẻ em bị NKHHCT của cha mẹ còn hạn chế. Với những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Đặc điểm lâm sàng bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em dưới 5 tuổi đến khám tại Trạm y tế xã Bảo Ái

Huyện Yên Bình Tỉnh Yên Bái năm 2023" với mục tiêu nghiên cứu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và xác định một số yếu tố liên quan đến bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em dưới 5 tuổi đến khám tại trạm y tế xã Bảo Ái, huyện Yên Bình, tỉnh Yên Bái năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Trẻ em dưới 5 tuổi, cha/mẹ đưa con đi khám bệnh, hiện đang sinh sống tại xã Bảo Ái, huyện Yên Bình, tỉnh Yên Bái.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những trẻ không phải mắc bệnh NKHHCT. Cha/mẹ không đồng ý tham gia và khả năng giao tiếp hạn chế.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Tại Trạm y tế xã Bảo Ái, huyện Yên Bình, tỉnh Yên Bái.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7/2023 đến tháng 12/2023.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu:

Tính theo công thức

$$n =$$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu; $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. Hệ số tin cậy với ý nghĩa ở mức 0,05; $d = 0,05$ (sai số cho phép); p là tỷ lệ mắc NKHHCT, vì chưa có số liệu cho nên chúng tôi ước tính là 0,5; $q = 1 - p = 0,5$. Khi thay các giá trị vào công thức trên tính được $n = 385$, làm tròn là 400 trẻ em được đưa vào nghiên cứu.

- Kỹ thuật chọn mẫu: Lựa chọn tất cả trẻ em dưới 5 tuổi và những người cha hoặc mẹ đưa trẻ đến khám tại Trạm y tế xã Bảo Ái, đảm bảo đủ tiêu chuẩn đã lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Các chỉ số/biến số nghiên cứu: Nhóm tuổi của trẻ; Tỷ lệ NKHHCT; Tỷ lệ các bệnh NKHHCT; Triệu chứng cơ năng, thực thể của bệnh NKHHCT; Mối liên quan giữa NKHHCT với Giới tính, với tình trạng suy dinh dưỡng (SDD), với kiến thức và thực hành chăm sóc sức khỏe trẻ em.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán NKHHCT: Theo Quyết định số 101/QĐ-BYT ngày 9/1/2014 về hướng dẫn chẩn đoán, xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em [5].

- Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức và thực hành phòng chống NKHHCT của cha/mẹ: Dựa trên bộ câu hỏi phỏng vấn, mỗi câu trả lời đúng được tính 1 điểm, trả lời sai ko tính điểm. Tổng điểm kiến thức chia làm 02 mức độ: "Đạt" và "chưa đạt" (số điểm đạt <60 điểm là mức độ chưa đạt, từ 60 điểm trở lên là mức đạt). Tiêu

chuẩn chẩn đoán suy dinh dưỡng trẻ em theo Quyết định số 4487/QĐ-BYT ngày 18/8/2016, về hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh suy dinh dưỡng cấp tính ở trẻ em từ 0-72 tháng tuổi[6].

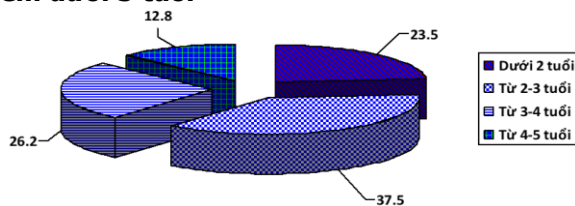
2.7. Phương pháp thu thập thông tin:

Khám bệnh NKHHCT của trẻ khi đến trạm y tế. Phòng vấn kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ tại nhà của cha mẹ. Cân trẻ phát hiện mức độ suy dinh dưỡng. Ghi chép đầy đủ các thông tin theo phiếu khám và phỏng vấn đã soạn sẵn.

2.8. Xử lý, phân tích số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm thống kê Excel và phân tích xử lý bằng SPSS 26.0. Sử dụng test Chi bình phương (χ^2) để so sánh các tỉ lệ, khoảng tin cậy 95%CI, phân tích mối liên quan OR, với giá trị $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. Sử dụng phép thống kê mô tả và thống kê suy luận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng NKHHCT ở trẻ em dưới 5 tuổi



Biểu đồ 1: Phân bố trẻ em nghiên cứu theo tuổi (n=400)

Nhận xét: Số trẻ em được thăm khám ở nhóm tuổi 2-3 chiếm tỷ lệ cao nhất 37,5%, nhóm tuổi 3-4 chiếm 26,2%, nhóm dưới 2 tuổi chiếm 23,5%, thấp nhất là nhóm tuổi 4-5 chiếm 12,8%.

Bảng 1. Phân bố tỷ lệ nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ

Giới tính	Bệnh		Không nhiễm		Chung	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Nam	67	34,4	128	65,6	195	48,8
Nữ	74	36,1	131	63,9	205	51,3
Cộng	141	35,3	259	64,7	400	100,0
χ^2 ; p	$\chi^2 = 0,72$; $p > 0,05$					

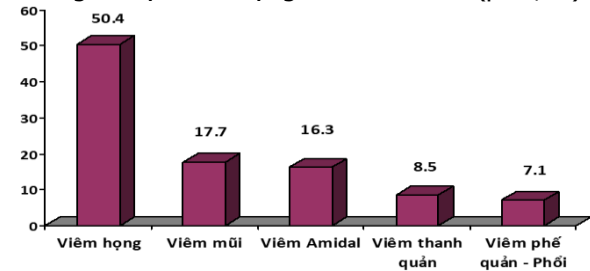
Bảng 4. Mối liên quan giữa NKHHCT và giới tính

Giới tính	Bệnh	Nhiễm khuẩn HHCT		Không Nhiễm khuẩn HHCT		OR, p, (95%CI),
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Nữ		74	36,1	131	63,9	OR=1,1 p=0,39 (0,72-3,48)
Nam		67	34,4	128	65,6	
Cộng		141	35,3	259	64,7	

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa giới tính và bệnh NKHHCT, không có sự khác biệt giữa nam và nữ ($p > 0,05$). Nam và nữ đều có thể mắc NKHHCT như nhau.

Bảng 5. Mối liên quan giữa NKHHCT và bệnh Suy dinh dưỡng (SDD)

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ em dưới 5 tuổi chiếm 35,3%, không nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp tính chiếm 64,7%. Không có sự khác biệt giữa nam và nữ ($p > 0,05$).



Biểu đồ 2: Phân bố tỷ lệ % các bệnh NKHHCT của trẻ (n=141)

Nhận xét: Số trẻ em bị viêm họng chiếm tỷ lệ cao nhất 50,4%, viêm Amydal chiếm 16,3%, viêm mũi 17,7%, viêm phế quản - phổi chiếm 7,1%.

Bảng 2. Các triệu chứng cơ năng NKHHCT của trẻ bệnh (141)

Triệu chứng cơ năng	Số lượng	Tỷ lệ %
Ho	131	92,9
Sốt (từ 37,5°C trở lên)	89	63,1
Chảy nước mũi	54	38,3
Người lơ đãng, mệt mỏi	73	51,8
Bỏ bú/Biếng ăn	51	36,2
Hay nôn chớ	27	19,1
Tiêu chảy trên 3 lần/ngày	35	24,8

Nhận xét: Ho là triệu chứng cơ năng chính chiếm 92,9%, trẻ bị sốt chiếm 63,1%, người lơ đãng mệt mỏi 51,8%, trẻ có tiêu chảy 3 lần/ngày chiếm 24,8%.

Bảng 3. Các triệu chứng thực thể NKHHCT của trẻ bệnh

Triệu chứng thực thể	Số lượng	Tỷ lệ %
Họng đỏ đau, phù nề	83	58,9
Thở khô khè	52	36,9
Khó thở	29	20,6
Phổi có rale (ẩm)	27	19,1

Nhận xét: Các biểu hiện triệu chứng thực thể trên lâm sàng chủ yếu là họng đỏ, đau, phù nề chiếm 58,9%, trẻ có khó thở chiếm 20,6%, Phổi có rale (rale ẩm) chiếm 19,1%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến NKHHCT ở trẻ em dưới 5 tuổi

Bệnh	Nhiễm khuẩn HHCT		Không Nhiễm khuẩn HHCT		OR, p, 95%CI
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Suy dinh dưỡng	80	51,3	76	48,7	OR=3,2 p=0,018 (2,87-7,14)
Không SDD	61	25,0	183	75,0	
Cộng	141	35,3	259	64,7	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tình trạng SDD và bệnh NKHHCT, OR =3,2, mức ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. SDD là yếu tố nguy cơ gây NKHHCT tăng ở trẻ.

Bảng 6. Liên quan giữa NKHHCT và Kiến thức, thực hành chăm sóc trẻ của mẹ

Kiến thức/Thực hành	Bệnh	Nhiễm khuẩn HHCT		Không nhiễm khuẩn HHCT		OR, p, 95%CI
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Kiến thức						OR=4,1 p=0,037 (3,52-8,07)
Chưa đạt		101	50,8	98	49,2	
Đạt		40	19,9	161	80,1	
Cộng		141	35,3	259	64,7	
Thực hành						OR=4,6 p=0,008 (3,15-9,24)
Chưa đạt		100	52,6	90	47,4	
Đạt		41	19,5	169	80,5	
Cộng		141	35,3	259	64,7	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành của người chăm sóc trẻ và bệnh NKHHCT, OR =4,1 (đối với kiến thức), OR = 4,6 (đối với thực hành), mức ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh NKHHCT ở trẻ em dưới 5 tuổi. Qua nghiên cứu 400 trẻ em dưới 5 tuổi đến khám NKHHCT tại trạm y tế xã Bảo Ái, huyện Yên Bình, tỉnh Yên Bái đã cho thấy: Số trẻ được khám ở nhóm tuổi 2-3 chiếm tỷ lệ cao 37,5%, nhóm tuổi 4-5 chiếm tỷ lệ thấp nhất là 12,8%. Trên thực tế cho thấy số trẻ em mắc NKHHCT thường ở nhóm tuổi 2-3 vì ở tuổi này sức đề kháng còn yếu, hầu hết trẻ đã được tiếp xúc với môi trường bên ngoài như đi nhà trẻ, mẫu giáo tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ như lây nhiễm các bệnh truyền nhiễm (cúm, nhiễm khuẩn hô hấp). Theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Văn và Cs (2023) cho thấy có đến 17,1% trẻ từ 2-3 tuổi mắc nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp tính do virus đặc biệt là viêm phổi do virus[9]. Tác giả Nguyễn Ngọc Văn cho rằng ở lứa tuổi này trẻ em có ít hoặc chưa có miễn dịch chủ động chủ yếu là do miễn dịch từ mẹ truyền sang[9]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ trẻ em bị NKHHCT chiếm 35,3%. Kết quả nghiên cứu này cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Song Tú và Cs (2023) cho thấy tỷ lệ trẻ bị NKHHCT là 12,9%; tỷ lệ này cao nhất ở trẻ nhóm 3 tuổi (15,3%), tiếp theo là nhóm 2 tuổi (14,0%), đặc biệt trẻ có biểu hiện suy dinh dưỡng thì có nguy cơ NKHHCT cao hơn[7]. Số trẻ bị viêm họng chiếm tỷ lệ cao 50,4%, viêm Amidal chiếm 16,3% và đã có 7,1% trẻ bị viêm phế quản phổi. Trẻ em vùng cao thường bị mắc

NKHHCT vào mùa đông xuân. Mùa này nhiệt độ không khí thấp, hơn nữa cha mẹ không mặc ấm cho trẻ vì thế rất dễ gây viêm họng và viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi. Các biểu hiện lâm sàng ở trẻ NKHHCT chủ yếu là có ho chiếm 92,9%, sốt chiếm 63,1%, họng đau đỏ, phù nề chiếm 58,9% và phổi có rale ẩm chiếm 19,1%, không có các triệu chứng nặng hơn như rút lõm lồng ngực, co giật hoặc tiêu chảy mất nước nặng. Kết quả nghiên cứu này cao hơn kết quả của Nguyễn Song Tú và Cs (2023) cho thấy triệu chứng Ho là 40,9%, Sốt là 15,8%[7]. Thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Văn và CS (2023) đã cho thấy triệu chứng ho chiếm 94,9%, sốt chiếm 89,7%, thở khò khè 91,5%[9]. Như vậy trẻ bị NKHHCT đều có triệu chứng cơ năng, thực thể biểu hiện trên lâm sàng mà chúng ta có thể khám phát hiện để chẩn đoán bệnh sớm và kịp thời.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến NKHHCT ở trẻ em. Kết quả nghiên cứu này cho thấy không có mối liên quan giữa NKHHCT với giới tính. Nam và nữ đều có thể bị mắc NKHHCT, OR=1,1, $p>0,05$. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh và Cs (2021) và Nguyễn Ngọc Văn và Cs (2023), cho thấy trẻ em dưới 5 tuổi đều có thể bị nhiễm các loại virus đường hô hấp vì sức đề kháng của trẻ còn rất thấp[4], [9]. Có mối liên quan giữa NKHHCT và tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em. Những trẻ bị suy dinh dưỡng mà bị mắc NKHHCT chiếm 51,3%, OR = 3,2 và $p<0,05$. Những trẻ bị suy dinh dưỡng có sức đề kháng kém hơn so với những trẻ không bị suy dinh dưỡng vì thế dễ mắc NKHHCT hơn. Có mối liên quan giữa NKHHCT và kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ tại nhà (OR=4,1 và 4,6) với

$p < 0,05$. Vai trò của cha mẹ rất quan trọng trong việc chăm sóc, phát hiện sớm các dấu hiệu NKHHCT của trẻ để xử lý, điều trị và phòng bệnh cho trẻ. Kết quả nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của Trần Thị Nhi Hà và Cs (2016), Hà Thị Hồng Thanh và Cs (2023) cho rằng người cha, mẹ phải có kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ em tại nhà tốt thì mới có thể phòng và giảm tỷ lệ mắc bệnh NKHHCT ở trẻ em dưới 5 tuổi[3], [8].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Bảo Ái mắc NKHHCT năm 2023 chiếm 35,3%. Trẻ em mắc bệnh chủ yếu là viêm họng chiếm 50,4%, viêm Amidal 16,3%, viêm phế quản phổi là 7,1%. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là ho và sốt chiếm 92,9% và 63,1%, ngoài ra các triệu chứng lâm sàng khác như khó thở (20,6%), phổi có rale ẩm (19,1%)

Có mối liên quan giữa NKHHCT với tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em, với kiến thức, thực hành chăm sóc trẻ tại nhà của cha/mẹ với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **UNICEF Việt Nam.** Viêm phổi và tiêu chảy gây tử vong cho 1,4 triệu trẻ em mỗi năm, nhiều hơn tổng số các bệnh ở trẻ em gộp lại - theo UNICEF. (11/11/2016), 2016
2. **Tao RJ, Luo XL, Xu W et al.** Viral infection in community acquired pneumonia patients with fever: a prospective observational study. J Thorac Dis 2018;10(7): 4387-4395. doi:10.21037/jtd.2018.06.33
3. **Trần Thị Nhi Hà, Hoàng Đức Hạnh, Quách Thị Cần.** Thực trạng nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em từ 1-5 tuổi tại các trường mẫu giáo trên địa bàn huyện Chương Mỹ năm 2015, Tạp chí Y học Dự phòng, số 11(184), 2016.
4. **Nguyễn Tuấn Anh và Cộng sự.** Dịch tễ lâm sàng nhiễm khuẩn hô hấp cấp nặng do nhiễm virus hợp bào hô hấp tại khoa điều trị tích cực bệnh viện Nhi Trung ương, Tạp chí Nhi khoa tập 14, số 3 năm 2021, tr 35-41.
5. **Bô Y tế,** Quyết định số 101/QĐ-BYT ngày 9/1/2014 hướng dẫn chẩn đoán, xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em.
6. **Bộ Y tế,** Quyết định số 4487/QĐ-BYT ngày 18/8/2016, về hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh suy dinh dưỡng cấp tính ở trẻ em từ 0-72 tháng tuổi.
7. **Nguyễn Song Tú và Cộng sự.** Thực trạng nhiễm khuẩn hô hấp trên, biếng ăn và rối loạn tiêu hóa ở trẻ 24-71 tháng tuổi tại huyện Yên Sơn, tỉnh Tuyên Quang năm 2020, Tạp chí Y học Việt Nam số 2 tháng 8 năm 2023, tr 67-72, <https://doi.org/10.51298/vmj.v529i2.6456>
8. **Hà Thị Hồng Thanh và Cộng sự.** Nghiên cứu kiến thức, thực hành về nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính và các yếu tố liên quan của bà mẹ có con từ 2-60 tháng tuổi tại bệnh viện đa khoa khu vực Long Khánh, Đồng Nai, Tạp chí Y dược Cần Thơ, số 65 năm 2023, tr 64-71, <https://doi.org/10.58490/ctump.2023i65.1798>
9. **Nguyễn Ngọc Văn và Cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng viêm phổi do virus ở trẻ em dưới 5 tuổi ở bệnh Nhi trung ương, Tạp chí Nhi khoa, tập 16, số 1 năm 2023, tr 42-47, <https://doi.org/10.52724/tcnk.v16i1.153>

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BN CÓ TĂNG ĐƯỜNG MÁU ĐƯỢC SỬ DỤNG BIỆN PHÁP THEO DÕI ĐƯỜNG MÁU LIÊN TỤC BẰNG CGM TẠI TRUNG TÂM CẤP CỨU A9-BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Vũ Thanh Tùng¹, Nguyễn Hữu Quân^{1,2},
Nguyễn Anh Tuấn^{1,2}, Nguyễn Đình Quân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân có tăng đường máu được sử dụng biện pháp theo dõi đường máu liên tục bằng CGM tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai.

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Tùng

Email: gpvu1601@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, theo dõi dọc thực hiện trên 40 BN được chẩn đoán tăng đường máu được duy trì insulin liên tục theo phác đồ Modifieds Yale theo dõi bằng CGM tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2023 – tháng 8/2024. **Kết quả:** Trong 40 BN được lấy nghiên cứu, tỷ lệ BN nam/nữ: 1,5/1, tuổi trung vị: 68 (48 – 79) cao nhất là 95 tuổi và thấp nhất là 18 tuổi, độ tuổi từ 65 đến 80 tuổi chiếm ưu thế với 35%. Chẩn đoán khi nhập viện chủ yếu là viêm phổi với 50%, với tình trạng shock chiếm 55% và thở máy xâm nhập chiếm 85%, các bệnh lý đồng mắc hay gặp là đái tháo đường với 55%. Các triệu chứng cận lâm sàng hay gặp là thiếu máu với 70%, tăng bạch cầu với 85%, có sự suy giảm về MLCT chiếm 62,5% và có nồng độ Pro-calcitonin > 0,5 ng/ml chiếm 77,5%. Điểm SOFA