

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ C-REACTIVE PROTEIN (CRP) TRONG BỆNH VIÊM CẦU THẬN CẤP Ở TRẺ EM

Hồ Viết Hiếu và cs
Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tìm hiểu giá trị CRP trong bệnh viêm cầu thận cấp ở trẻ em với mục tiêu:

1. Xác định yếu tố nhiễm khuẩn trên lâm sàng và cận lâm sàng trong viêm cầu thận cấp.
2. Xác định giá trị của CRP và tìm hiểu mối tương quan của CRP với triệu chứng nhiễm khuẩn trên lâm sàng và cận lâm sàng trong viêm cầu thận cấp (VCTC). **Đối tượng và phương pháp**

nghiên cứu: Gồm có 35 trẻ từ 1 - 15 tuổi bị VCTC được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của: “Hội Nghiên cứu Quốc tế về bệnh thận trẻ em” và được điều trị tại Khoa Nhi BVTW Huế từ 4/2008 đến 4/2009. Nghiên cứu tiền cứu mô tả lâm sàng và định lượng nồng độ CRP. **Kết quả:** 1. Về yếu tố nhiễm trùng trên lâm sàng và cận lâm sàng trong VCTC: Có 74,30% không sốt; Bạch cầu máu ngoại vi có tăng ($>7000/\text{mm}^3$) chiếm 60%; Tốc độ lắng máu có tăng ($K>10\text{mm}$) chiếm 74,3%; Nồng độ ASLO máu tăng ($>200\text{UI/L}$) chiếm 37,14%. 2. Giá trị của nồng độ CRP và mối tương quan giữa CRP với một số yếu tố nhiễm trùng: CRP ở giới hạn bình thường ($\leq 8\text{mg/l}$) chiếm 60%; giới hạn bệnh lý ($>8\text{mg/l}$) có nhiều mức độ: $>8-30\text{mg/l}$ chiếm 31,4%; $>30-80\text{mg/l}$ chiếm 5,7%; $>80-300\text{mg/l}$ chiếm 2,9%. Không có tương quan giữa CRP với triệu chứng sốt ($r = 0,162$; $p>0,05$). Có mối tương quan thuận chặt chẽ giữa CRP với bạch cầu máu ngoại vi ($r = 0,680$; $p<0,05$), với nồng độ ASLO ($r = 0,660$; $p<0,05$). Có mối tương quan thuận vừa giữa CRP với tốc độ lắng máu ($r = 0,392$; $p<0,05$). **Kết luận:** Trong viêm cầu thận cấp có 40% CRP tăng. Nồng độ CRP tăng trung bình là $12,88 \pm 30,93\text{mg/l}$ và sau điều trị, có 97,1% CRP trở về giá trị bình thường. **Từ khóa:** CRP; viêm cầu thận cấp trẻ em.

Abstract

A STUDY ON THE VALUE OF C-REACTIVE PROTEIN (CRP) IN CHILDREN WITH ACUTE GLOMERULONEPHRITIS

Ho Viet Hieu et al

Background: We had assessed the value of C-reactive protein (CRP) in children with Glomerulonephritis Acute (GNA). Study on the interrelation between CRP and the signs of clinic, paraclinic. **Population and Methods: Patients :** 35 patients with GNA age 1 – 15 years old in Pediatric Department of Hue Central Hospital from 4 / 2008 to 4 / 2009. **Methods:** Prospective, descriptive study. **Results:** No fever (74.30%); White blood cells $>7000/\text{mm}^3$ (60%); Blood sedimentation rate $>10\text{mm}$ (74.30%); ASLO $>200\text{UI/L}$ (37.14%); normal CRP $\leq 8\text{mg/l}$ (60%); CRP $>8\text{mg/l}-300\text{mg/l}$ (40%). CRP is no related to the fever sign ($r = 0,162$; $p>0,05$). CRP is positive tightly correlated with White blood ($r = 0.680$; $p<0.05$), with ASLO ($r = 0,660$; $p<0,05$) and CRP is positive moderate correlated with Blood sedimentation rate ($r = 0,392$; $p<0,05$). **Conclusions:** The CRP increased in GNA of children is 40%. Before treating, the average concentration of CRP is $12,88 \pm 30,93\text{mg/l}$. After treating, the concentration of CRP is $\leq 8\text{mg/l}$ (97.10%). **Key words:** CRP; Glomerulonephritis Acute.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cầu thận cấp là một bệnh thường gặp ở tuổi thiếu niên [2],[6],[11],[12]. Theo nghiên cứu của Viện Nhi Trung ương thời gian 15 năm từ 1974 - 1988 thì tỷ lệ bệnh này chiếm 1,07% trong tổng số bệnh nhi nhập viện [11]. Tại Khoa Nhi Bệnh viện Trung ương Huế, tỷ lệ nhóm bệnh thận tiết niệu chiếm 2,4% tổng số bệnh nhi nội trú, trong đó viêm cầu thận cấp chiếm tỷ lệ 61% với tỷ lệ lành bệnh rất cao 84,99% [7].

Ở nước ngoài, viêm cầu thận cấp bình quân chiếm khoảng 0,5% trong số bệnh nhi nhập viện tại Bệnh viện Nhi đồng ở Mỹ. Năm 1999 trên một công bố của MarkA Graber thì tần suất bắt gặp bệnh này là 0,04% [17].

Viêm cầu thận cấp nếu được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời tiên lượng sẽ tốt, nếu không bệnh sẽ kéo dài và dẫn đến viêm cầu thận mãn, hậu quả là suy thận [2],[3].

Nguyên nhân gây viêm cầu thận cấp ở trẻ em phổ biến là do nhiễm liên cầu khuẩn nhưng cũng có thể không do nhiễm khuẩn [12],[14],[16]. Việc chẩn đoán, điều trị và tiên lượng tùy thuộc vào nguyên nhân.

C-reactive protein là một chỉ số phản ánh khá khách quan về tình trạng viêm do nhiễm khuẩn của bệnh nhân, thông qua đáp ứng miễn dịch của cơ thể [3],[5],[9]. Vì thế CRP có giá trị trong chẩn đoán cũng như theo dõi diễn biến của bệnh trong suốt quá trình điều trị. Để hiểu rõ vai trò trên, chúng tôi tiến hành đề tài : ***“Nghiên cứu giá trị C reactive protein trong bệnh viêm cầu thận cấp ở trẻ em”*** với hai mục tiêu:

1. *Xác định yếu tố nhiễm khuẩn trên lâm sàng, cận lâm sàng trong viêm cầu thận cấp*

2. *Xác định giá trị của C reactive protein và tìm hiểu mối tương quan của CRP với triệu chứng nhiễm khuẩn trên lâm sàng và cận lâm sàng trong viêm cầu thận cấp.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm có 35 bệnh nhi từ 1 - 15 tuổi bị VCTC được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của “Hội nghiên cứu quốc tế về bệnh thận trẻ em” và được điều trị tại Khoa Nhi Bệnh viện Trung ương Huế từ ngày 15/4/2008 đến ngày 15/4/2009.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh VCTC [12]

Lâm sàng :

+ Phù: phù từ mắt đến chân (mức độ nhẹ, vừa)

+ Đái ít và đái máu đại thể

+ Tăng huyết áp

Cận lâm sàng :

+ Protein niệu dương tính ($>0,5g/24$ giờ - $<3g/24$ giờ)

+ Hồng cầu niệu dương tính

+ Bạch cầu tăng hoặc bình thường

+ Tốc độ lắng máu tăng ($>10mm/2$ giờ)

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Viêm cầu thận cấp phối hợp hội chứng thận hư.

- VCTC trong các bệnh hệ thống như bệnh Schölein – Henoch; Lupus ban đỏ...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu mô tả lâm sàng và định lượng nồng độ CRP huyết thanh.

2.2.1. Kỹ thuật định lượng nồng độ CRP

- Nguyên lý của phản ứng: Cho kháng thể đặc hiệu vào huyết thanh bệnh nhân và quan sát sự kết tụ. Kỹ thuật được sử dụng rộng rãi nhất trong định lượng CRP là phương pháp đo độ đục. Phương pháp định lượng đo độ đục chỉ cần 50 μ l huyết thanh và tiến hành bằng cách đo những tia sáng từ những kết tụ của CRP với kháng thể đặc hiệu. Phương pháp này cho kết quả nhanh, chính xác với độ nhạy phân tích khoảng 0,04mg/l.

- Giá trị: Nồng độ CRP huyết thanh ở những người bình thường là 0-8mg/l [5].

2.2.2. Cách tiến hành

Lấy máu vào buổi sáng khi chưa ăn, số lượng khoảng 1ml. Dùng ống nghiệm, bơm tiêm, kim

tiêm vô khuẩn. Đưa kim vào tĩnh mạch lấy máu sau đó cho vào ống nghiệm bơm nhẹ không cho sủi bọt, cho vào ống nghiệm một ít chất chống đông, chống men, tán nhỏ thật mịn, quay ly tâm lấy phần huyết tương. Đưa vào máy định lượng CRP hiệu BM-Hitachi 704. Ghi chép dữ liệu vào

biểu mẫu nghiên cứu

2.2.3: Xử lý số liệu

Xử lý số liệu theo thống kê y học thông thường và sử dụng phần mềm SPSS 15.0, tính %, tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn (SD), tính hệ số tương quan (r), tính p.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Những yếu tố nhiễm trùng trên lâm sàng, cận lâm sàng trong viêm cầu thận cấp

3.1.1. Triệu chứng sốt (nhiệt độ nách $\geq 37,5$)

Bảng 1 : Tỷ lệ bệnh nhân có nhiệt độ đo ở nách theo các mức độ

Nhiệt độ (°C)	< 37,5	$\geq 37,5 - 38$	Tổng
n	26	9	35
Tỷ lệ %	74,3	25,7	100,0

Nhận xét : Nhiệt độ ở nách $> 37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$ chiếm 25,7% còn 74,3% không thấy có biểu hiện sốt. Lê Nam Trà [12] không thấy triệu chứng sốt. Điều này nói lên vai trò nhiễm khuẩn trong viêm cầu thận cấp không phải là chính mà là vai trò miễn dịch mới gây bệnh như nhiều tác giả đã nhận định và chứng minh [9] [12].

3.1.2. Nồng độ ASLO lúc vào viện (bằng cơ nhiễm liên cầu khuẩn)

Bảng 2: Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ ASLO máu tăng và không tăng

NĐ - ASLO (UI/ml)	Không tăng (> 0-200UI/ml)	Tăng (> 200UI/ml)	Tổng
n	22	13	35
Tỷ lệ %	62,86	37,14	100,0

Nhận xét: Có 62,86% có nồng độ ASLO trong giới hạn bình thường, 37,14 % tăng

3.1.3. Bạch cầu máu ngoại vi

Bảng 3: Tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu máu tăng và không tăng

Bạch cầu máu lúc vào viện	Không tăng ($\leq 7000/\text{mm}^3$)	Tăng ($> 7000/\text{mm}^3$)	Tổng
n	14	21	35
Tỷ lệ (%)	40,0	60,0	100,0

Nhận xét: Có 60% có bạch cầu tăng, 40% bạch cầu trong giới hạn bình thường

3.1.4. Tốc độ lắng máu (TĐLM) trung bình sau 2 giờ (K)

Bảng 4: Tỷ lệ bệnh nhân có tốc độ lắng máu tăng và không tăng

TĐLM lúc vào viện	Không tăng ($K \leq 10\text{mm}$)	Tăng ($K > 10\text{mm}$)	Tổng
n	9	26	35
Tỷ lệ (%)	25,7	74,3	100,0

Nhận xét: Có 74,3% có tốc độ lắng máu tăng, 25,7% có tốc độ lắng máu không tăng

3.2. Tương quan CRP với triệu chứng lâm sàng và một số thông số cận lâm sàng

3.2.1. Tương quan giữa nồng độ CRP lúc vào viện và triệu chứng sốt

Bảng 5: Tương quan giữa CRP và triệu chứng sốt

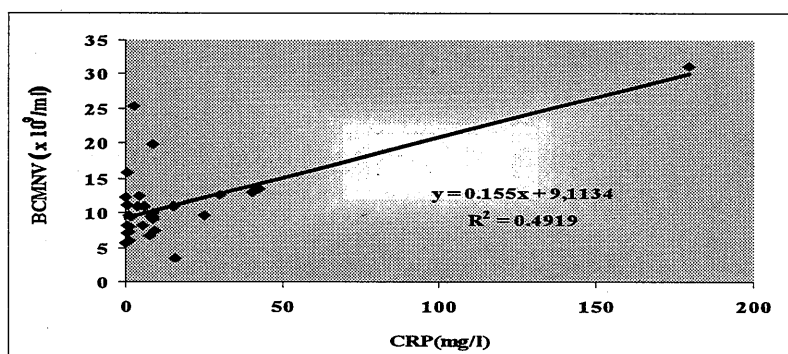
Nồng độ CRP(mg/l) \ Mức độ sốt (°C)	Không sốt < 37,5° C	Có sốt ≥ 37,5 - 38° C
≤ 8	15/35	6/35
> 8-30	8/35	3/35
>30-80	2/35	0/35
> 80-300	1/35	0/35
>300	0/35	0/35

Nhận xét: Không có tương quan giữa CRP và triệu chứng sốt ($r = 0,162$, $p > 0,05$)

3.2.2. Tương quan giữa CRP và bạch cầu máu ngoại vi

Bảng 6 : CRP và bạch cầu máu

Nồng độ CRP(mg/l) \ Bạch cầu	Không tăng ($\leq 7,0 \times 10^9/l$)	Tăng ($> 7,0 \times 10^9/l$)
≤ 8	12/35	9/35
> 8-30	2/35	9/35
>30-80	0/35	2/35
> 80-300	0/35	1/35
>300	0/35	0/35



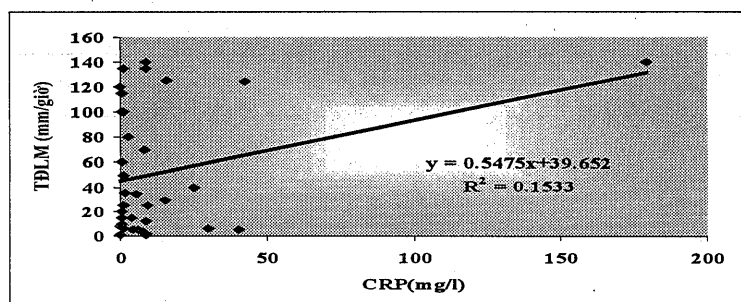
Đồ thị 1. Tương quan giữa CRP và bạch cầu (BC) máu ngoại vi

Nhận xét: Có tương quan thuận chặt chẽ giữa CRP và BC máu ($r = 0,680$; $p < 0,05$)

3.2.3. Tương quan giữa nồng độ CRP và tốc độ lắng máu (TĐLM)

Bảng 7: CRP và tốc độ lắng máu.

Nồng độ CRP(mg/l) \ TĐLM	Không tăng ($K \leq 10mm$)	Tăng ($K > 10mm$)
≤ 8	5/35	16/35
> 8-30	3/35	8/35
>30-80	1/35	1/35
> 80-300	0/35	1/35
>300	0/35	0/35



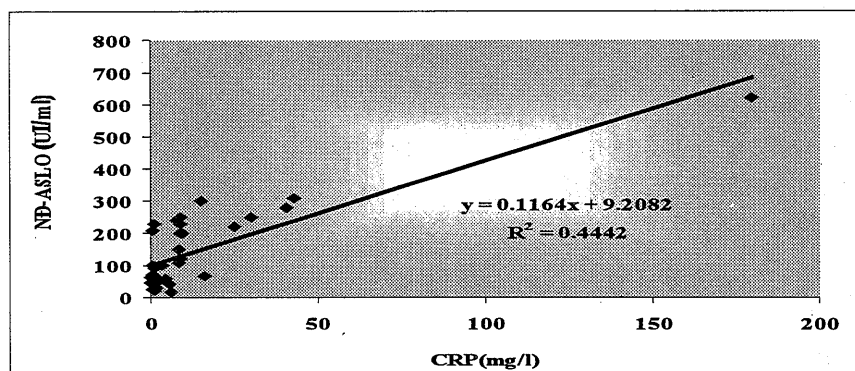
Đồ thị 2. Tương quan giữa CRP và tốc độ lắng máu

Nhận xét: Có sự tương quan thuận vừa giữa CRP và TĐLM ($r = 0.392$, $p < 0,05$)

3.2.4. Tương quan giữa nồng độ CRP và nồng độ ASLO máu

Bảng 8: CRP và ASLO

Nồng độ CRP(mg/ml) \ Nồng độ ASLO(UI/ml)	Không tăng (> 0 - 200)	Tăng (> 200)
≤ 8	18/35	4/35
> 8-30	4/35	8/35
>30-80	0/35	1/35
> 80-300	0/35	0/35
>300	0/35	0/35



Đồ thị 3. Tương quan giữa CRP và ASLO

Nhận xét: Có sự tương quan thuận chặt chẽ giữa CRP và ASLO ($r = 0,660$, $p < 0,05$)

3.2.5. Liên quan giữa nồng độ CRP với bệnh VCTC trước và sau điều trị

Bảng 9: Tỷ lệ bệnh nhân có CRP máu tăng và không tăng trong VCTC

Mức độ tăng CRP(mg/l)	Lúc vào viện		Lúc ra viện	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
≤ 8	21	60,0	34	97,1

> 8-30	11	31,4	1	2,9
>30-80	2	5,7	0	0,0
> 80-300	1	2,9	0	0,0
>300	0	0,0	0	0,0
Tổng	35	100,0	35	100,0

Nhận xét: Có 60% bệnh nhân có nồng độ CRP trong giới hạn bình thường; và 40% có nồng độ CRP tăng với nhiều mức độ, nhưng đa số là ở mức độ nhẹ là 31,4%; tăng trung bình là $12,88 \pm 30,93$ mg/l. Sau điều trị, có 97,1% CRP trở về trị bình thường ≤ 8 mg/l.

4. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về giá trị của C- reactive protein trong bệnh viêm cầu thận cấp ở 35 bệnh nhi từ 1-15 tuổi vào điều trị tại Khoa Nhi-BVTW Huế, từ 15/4/2009 đến 15/4/2010 chúng tôi có một số kết luận sau:

4.1. Yếu tố nhiễm trùng trên lâm sàng, cận lâm sàng trong bệnh viêm cầu thận cấp

4.1.1. Lâm sàng

- Sốt: 74,30% không sốt và 25,70% có sốt nhẹ $\geq 37,5-38^{\circ}\text{C}$.

4.1.2. Cận lâm sàng

- Bạch cầu máu ngoại vi có tăng ($> 7000/\text{mm}^3$) 60%, ở mức bình thường chiếm 40%

- Tốc độ lắng máu có tăng ($K > 10\text{mm}$) chiếm 74,3%, ở mức bình thường chiếm 25,7%.

- Nồng độ ASLO máu tăng ($> 200\text{UI}$) chiếm 37,14%, ở mức bình thường 62,86%.

4.2. Giá trị của CRP và mối tương quan giữa CRP với một số yếu tố nhiễm trùng

4.2.1. Nồng độ của CRP trong bệnh viêm cầu thận cấp ở trẻ em như sau :

- Ở giới hạn bình thường ($\leq 8\text{mg/l}$) chiếm 60%

- Ở giới hạn bệnh lý ($> 8\text{mg/l}$) chiếm 40%, trong đó phân bố nhiều mức độ: Trên 8-30 mg/l chiếm 31,4%. Trên 30-80 mg/l chiếm 5,7%. Trên 80-300 mg/l chiếm 2,9%.

4.2.2. Mối tương quan giữa CRP với một số yếu tố nhiễm trùng

- Lâm sàng:

+ Sốt: Không có tương quan giữa CRP với triệu chứng sốt ($r = 0,162$; $p > 0,05$).

- Cận lâm sàng:

+ Bạch cầu máu ngoại vi: Có mối tương quan thuận chặt chẽ giữa CRP với bạch cầu máu ngoại vi ($r=0,680$; $p < 0,05$).

+ Tốc độ lắng máu: Có mối tương quan thuận vừa giữa CRP với tốc độ lắng máu ($r=0,392$; $p < 0,05$).

+ Nồng độ ASLO: Có mối tương quan thuận chặt chẽ giữa CRP với nồng độ ASLO ($r=0,660$; $p < 0,05$).

+ Trong viêm cầu thận cấp có nồng độ CRP tăng $> 8\text{mg/l}$ chiếm 40%. Nồng độ CRP tăng trung bình là $12,88 \pm 30,93$ mg/l. Sau điều trị, có 97,1% CRP trở về giá trị bình thường $\leq 8\text{mg/l}$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi An Bình, (1999), "Giá trị chẩn đoán của CRP ở trẻ em có sốt chưa rõ nguyên nhân", *Tạp chí khoa học Đại học Huế*, số 1, (tr 89-96).
2. Trần Văn Chất, (1996), *Tình hình bệnh thận tiết niệu điều trị nội trú tại Khoa Thận Bệnh viện Bạch Mai (1991-1995)*, NXB Y học Hà Nội (tr 4 - 7).

3. Nguyễn Văn Cừ (1998), "Miễn dịch học hệ tiết niệu", *Miễn dịch học*, nxb Y học (173 - 186)
4. Giải phẫu bệnh học, (2001), "Bệnh viêm cầu thận cấp", *Trường Đại học Y Hà Nội*, NXB Y học Hà Nội, (tr 479 - 482).
5. Nguyễn Thế Khánh, Phan Tử Dương, (2001), "Xét nghiệm tế bào máu", (tr 123 - 134), "Xét nghiệm sinh hoá", (tr 30 - 35), *Xét nghiệm sử dụng trong lâm sàng*, nxb Y học.
6. Hồ Viết Hiếu (2008) "Viêm cầu thận cấp", *giáo trình giảng dạy sau đại học nhi Trường Đại học Y Dược Huế* (tr 114 - 118), nxb Đại học Huế.
7. Hồ Viết Hiếu, (1997), "Tình hình bệnh thận của trẻ em tại Khoa Nhi Bệnh viện Trung Ương Huế trong 10 năm (1987-1996)", *Kỷ yếu công trình Nhi Khoa* (tr 161-166).
8. Nguyễn Thị Kiều Nhi, (2003), "Tìm hiểu về giá trị xét nghiệm CRP và số lượng bạch cầu trong chẩn đoán nhiễm trùng sơ sinh", *Y học thực hành số 447* (tr 20-23).
9. Lê Văn Phụng, (2000), "CRP và giá trị của nó", *Tài liệu tập huấn Vi sinh lâm sàng*, Bộ y tế, Hà Nội, (tr 80-84).
10. Đặng Thế Cường, Trần Văn Phương, (2000), "Tìm hiểu vai trò của liên cầu khuẩn trong viêm cầu thận cấp ở trẻ em". *Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Y khoa*.
11. Lê Nam Trà, (1983), "Viêm cầu thận cấp", *Nhi khoa tập II Bộ môn nhi Đại học Y Hà Nội*, NXB Y học (tr 7 - 15).
12. Lê Nam Trà, (1991), "Viêm cầu thận cấp", *Bách khoa toàn thư bệnh học tập I, Bộ y tế* xuất bản (tr 318 - 320).
13. Phan Trung Tiến, (2003), "Nghiên cứu nồng độ CRP huyết thanh ở bệnh nhân viêm màng não mủ". *Luận văn thạc sỹ học, chuyên ngành nội khoa, Trường Đại học Y Huế*.
14. Vũ Huy Trạ, (1992), "viêm cầu thận cấp", *Bài giảng nhi khoa tập II*, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, (tr 266 - 277).
15. Huỳnh Văn Minh, Lê Thị Bích Thuận, (2007), "nghiên cứu biến đổi CRP Trong bệnh mạch vành", (Internet, www/Ykhoa.net).
16. Amin Antinos Kazzi, (1998), "Glomerulonephritis Acute", (Internet, Ykhoa.net).
17. Mark A.G, (1999), "Acute nephritic syndrome", *Department of family medicine university of Iowa, USA*.

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI NHIỆT ĐỘ Ở NÁCH VÀ MIỆNG CỦA BỆNH NHÂN BỊ NHIỄM TRÙNG TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Lê Văn An, Trịnh Thị Đào

Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Nhiễm trùng là một bệnh rất phổ biến ở nước ta. Trên lâm sàng, nhiễm trùng biểu hiện nhiều triệu chứng, trong đó sốt là biểu hiện thường gặp, tuy nhiên nhiều trường hợp tình trạng nhiễm trùng không đi đôi với biểu hiện sốt. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 51 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán là nhiễm trùng. Kết quả cho thấy nhiệt độ trung bình ở nách là $38,68 \pm 2,78$ và ở miệng là $39,36 \pm 2,85$ ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên có sự khác biệt về nhiệt độ ở nách ($38,76 \pm 2,65$) và miệng ($39,36 \pm 2,85$), với $p < 0,05$. Nhóm bệnh nhân có BMI $< 18,5$ có sự khác biệt khi lấy nhiệt độ ở nách ($38,31 \pm 3,26$) và ở miệng ($38,96 \pm 2,75$).

Abstract

A STUDY ON THE CHANGING OF AXILLARY AND ORAL TEMPERATURE IN PATIENTS WITH INFECTION AT HUE UNIVERSITY HOSPITAL

Le Van An, Trinh Thi Dao

Infection is a very common disease in our country. In clinical setting, infection express many manifestations, and fever is one of common expression. However, in many cases the infectious status did not go well with fever. We conduct a research on 51 patients over 18 yrs old with the diagnosis of infection. The result was average axillary temperature was $38,68 \pm 2,78$ and average oral temperature was $39,36 \pm 2,85$ ($p < 0,05$). The patient group over 60 yrs old had the difference between axillary temperature ($38,76 \pm 2,65$) and oral temperature ($39,36 \pm 2,85$), with $p < 0,05$. In the patient group had BMI $< 18,5$, there was the difference between axillary temperature ($38,31 \pm 3,26$) and oral temperature ($38,96 \pm 2,75$).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

1.1. Tính cấp thiết thực hiện đề tài

Nhiễm trùng là một bệnh rất phổ biến ở nước ta; nó liên quan mật thiết đến đặc điểm địa lý, khí hậu, dịch tễ và vùng kinh tế xã hội. Những tiến bộ to lớn của y học đã giúp chẩn đoán và điều trị cũng như đề phòng được nhiều bệnh nhiễm trùng. Tuy nhiên bệnh nhiễm trùng vẫn chiếm vị trí quan trọng ngay cả ở các nước công nghiệp phát triển. Đặc biệt ở những nước đang phát triển bệnh nhiễm trùng là nguyên nhân hàng đầu của bệnh tật, tử vong và cho đến nay, chỉ có bệnh đậu mùa là bệnh

duy nhất bị tiêu diệt. Thêm vào đó xuất hiện những bệnh nhiễm trùng mới, nguy hiểm, tính chất lây lan rộng. Bệnh nhiễm trùng ở những nước đang phát triển thường gắn liền với tình trạng suy dinh dưỡng, văn hóa thấp kém và các hành vi khác có liên quan đến xã hội. Đối tượng mắc bệnh không phân biệt tuổi tác, từ những đứa bé mới sinh ra cho đến những người cao tuổi, ai cũng có nguy cơ nhiễm bệnh. Nhiễm trùng là phản ứng viêm của tổ chức đối với sự hiện diện của vi sinh vật. Trên lâm sàng, nhiễm trùng biểu hiện nhiều triệu chứng, trong đó sốt là biểu hiện thường gặp,