

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở TRẺ VIÊM PHỔI TÁI DIỄN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VINH PHÚC

Lê Thị Lệ Thảo^{1,2}, Nguyễn Thị Xuân Hương²

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ viêm phổi tái diễn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 166 trẻ từ 2 tháng đến 60 tuổi trong thời gian từ 01/8/2023 - 31/7/2024. **Kết quả:** Viêm phổi tái diễn ở trẻ nam là 57,8%, trẻ nữ 42,2%, tỷ lệ nam/nữ=1,37:1; 64,3% trẻ mắc viêm phổi tái diễn gặp ở nhóm 13-60 tháng. Trẻ có số đợt viêm phổi tái diễn từ ≤3 đợt chiếm chủ yếu 80,7%; nhóm tuổi từ 2-≤12 tháng chiếm đa số (91,5%). Số đợt tái diễn viêm phổi trung bình là 2,82±0,96 đợt (2-5 đợt). Triệu chứng viêm phổi tái diễn gặp nhiều nhất ở nhóm trẻ 2-≤12 tháng là hội chứng viêm long đường hô hấp trên, sốt, ho (100%), phổi có rales (100%), khô khè (93,2%), rút lõm lồng ngực (27,1%), rối loạn nhịp thở (6,8%). Ở nhóm trẻ 13-60 tháng cũng gặp chủ yếu là sốt, ho, phổi có rales (100%), hội chứng viêm long đường hô hấp (99,1%), khô khè (84,1%), rút lõm lồng ngực (15,0%). Xquang thương tổn gặp chủ yếu là các thương tổn dạng nốt mờ rải rác 2 phổi (77,7%). Virus kèm theo trên trẻ viêm phổi tái diễn gặp là RSV 12,3%, cúm A là 2,0% và vi khuẩn Mycoplasma là 1,5%. **Kết luận:** Viêm phổi tái diễn gặp ở nhóm trẻ 2 tháng đến 5 tuổi với các biểu hiện điển hình như hội chứng viêm long đường hô hấp trên, ho, khô khè, phổi có rales, Xquang ngực có tổn thương dạng nốt mờ.

Từ khóa: Viêm phổi tái diễn, Viêm phổi, Trẻ em, Lâm sàng, Cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AMONG CHILDREN WITH RECURRENT PNEUMONIA AT VINH PHUC GENERAL HOSPITAL

We aimed to describe the clinical and subclinical characteristics among children with recurrent pneumonia at Vinh Phuc General Hospital. **Material and Method:** Our study included 166 patients aged 2 months to 5 years old with recurrent pneumonia between 1st August 2023 to 31st July 2024. **Results:** Among 166 children with recurrent pneumonia, the majority were males (57.8%), ratio of male/female: 1.37:1. The age of advanced recurrent pneumonia children were 13-60 months (64.3%). Children with recurrent pneumonia ≤3 reinfection episodes account for 80.7%; The average number of reinfection

episodes with pneumonia was 2.82±0.96 episodes (2-5 episodes). The most common symptoms of recurrent pneumonia in the group of children 2-≤12 months old were fever, cough, upper respiratory tract inflammation, pulmonary rales (100%), and wheezing (93.2%), chest indrawing (27.1%), breathing disorders (6.8%). There were also rales in the lungs, fever, cough (100%), respiratory infections (99.1%), wheezing (84.1%), chest indrawing (15.0%) in children 13-60 months. On a chest X-ray lung abnormalities will either present as areas of nodules were the most common. The viruses associated with recurrent pneumonia in children were RSV (12.3%), influenza A (2.0%) and Mycoplasma (1.5%). **Conclusions:** The majority of children aged 2 months to 5 years with recurrent pneumonia had an upper respiratory tract infection syndrome, cough, wheezing, lung rales, and chest X-ray with nodular lesions.

Keywords: Recurrent pneumonia, Pneumonia, Children, Clinical, Subclinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi tái diễn (VPTD) là bệnh lý thường gặp ở trẻ em, đặc biệt là trẻ nhỏ [1], [2]. Theo thống kê ước tính có khoảng 156 triệu trẻ em bị viêm phổi mỗi năm thì có tới 151 triệu ở các nước đang phát triển và 5 triệu ở các nước phát triển [2], trong đó có tới 6,4%-9,0% trẻ em bị viêm phổi có ít nhất hai đợt viêm phổi trở lên trong khoảng thời gian một năm hoặc trên ba đợt viêm phổi trong năm bất kỳ lúc nào được xác định bằng chụp Xquang được xác định là viêm phổi tái diễn [3], [4]. Tính trung bình ở các nước đang phát triển thì VPTD chiếm tỷ lệ 7-11,4% trong số bệnh nhi viêm phổi nhập viện [5], [6]. Việt Nam chưa có nghiên cứu nào thống kê tỷ lệ mắc viêm phổi tái diễn trong cả nước, nhưng theo nghiên cứu của Hoàng Kim Lâm và cộng sự tại Bệnh viện Nhi Trung ương tỉ lệ VPTD là 18,8% [1], [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu này là nghiên cứu được thống kê và thực hiện tại Viện Nhi Trung ương, nghiên cứu về VPTD ở tại các bệnh viện Đa khoa tuyến tỉnh còn là khoảng trống. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ viêm phổi tái diễn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi được chẩn đoán xác định VPTD điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc và Bệnh viện Sản - Nhi Vinh Phúc

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Lệ Thảo

Email: bsthaonhivp@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024

từ tháng 01/8/2023 - 31/7/2024.

***Tiêu chuẩn chọn.** Trẻ được chẩn đoán viêm phổi dựa theo hướng dẫn của Bộ Y tế [8]. Chẩn đoán viêm phổi và mức độ nặng (viêm phổi, viêm phổi nặng) ở trẻ em chủ yếu dựa vào lâm sàng.

Viêm phổi khi: Trẻ ho, sốt kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu:

- + Thở nhanh:
- < 2 tháng tuổi ≥ 60 lần/phút
- 2 - < 12 tháng tuổi: ≥ 50 lần/phút
- 1 - 5 tuổi: ≥ 40 lần/phút
- > 5 tuổi: ≥ 30 lần/phút

+ Rút lõm lồng ngực (phần dưới lồng ngực lõm vào ở thì hít vào)

+ Khám phổi thấy bất thường: giảm thông khí, có tiếng bất thường (ran ẩm, ran phế quản, ran nổ...).

+ Xquang phổi: Có hình ảnh tổn thương

- Viêm phổi tái diễn được định nghĩa theo tiêu chuẩn của Montella [3] và Bolursaz [5]:

+ Tiền sử có ≥ 2 đợt viêm phổi /1 năm hoặc có bất kỳ 3 đợt viêm phổi trong cuộc đời.

+ Giữa các đợt viêm phổi tình trạng hô hấp của trẻ và Xquang tim phổi bình thường

- Cha/ mẹ trẻ đồng ý cho trẻ tham gia vào nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** - Các trẻ VPTD có kèm theo bệnh lý suy giảm miễn dịch như HIV, điều trị dùng chất phóng xạ, tia xạ,...

- Có bệnh lý tim mạch: Tim bẩm sinh.

- Bệnh phổi mạn tính khác: Loạn sản phổi, hen phế quản, lao phổi,...

- Gia đình từ chối cho con tham gia vào nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ trong một quần thể với độ chính xác tương đối.

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = Hệ số tin cậy (95%); d: Sai số tương đối mong muốn (0,05)

p: tỉ lệ viêm phổi tái diễn (0,12) theo nghiên cứu của El-Saied và cộng sự tại Ai Cập năm 2019²⁴. → Thay số ta có: n=162; trong thời gian nghiên cứu, thu thập được 166 bệnh nhi đủ tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhi được chẩn đoán

VPTD đủ các tiêu chuẩn chọn đối tượng tham gia nghiên cứu.

- Các chỉ số nghiên cứu

+ Chỉ số đặc điểm chung: tuổi, giới tính, số lần mắc viêm phổi tái diễn.

+ Phân bố đặc điểm lâm sàng tại đường hô hấp theo nhóm tuổi: Viêm long đường hô hấp trên, ho, sốt, trớ đờm, thở nhanh, khò khè, rút lõm lồng ngực,

+ Phân bố kết quả chụp Xquang ngực thẳng theo nhóm tuổi để mô tả tổn thương

+ Kết quả test nhanh vi rút đồng nhiễm ở trên các bệnh nhi viêm phổi tái diễn.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0 bằng các thuật toán thống kê y học.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đề cương nghiên cứu và được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên (Số 1146/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 29 tháng 9 năm 2023).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tỷ lệ mắc viêm phổi tái diễn ở trẻ nam là 57,8% cao hơn trẻ nữ 42,2%, tỷ lệ nam/ nữ 96:70 = 1,37:1. Nhóm trẻ từ 13-60 tháng tuổi có tỷ lệ mắc viêm phổi tái diễn là 64,3% cao hơn so với nhóm trẻ từ 2≤ 12 tháng tuổi 35,7%. Không có trường hợp nào viêm phổi mức độ nặng trong thời gian thu thập số liệu

2.1. Trẻ có số đợt tái nhiễm từ ≤ 3 đợt chiếm chủ yếu 80,7%; nhóm tuổi từ 2 - ≤ 12 tháng chiếm đa số (91,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các đợt tái nhiễm ở 2 nhóm tuổi ($\chi^2 = 6,86$; $p < 0,05$). Trung bình số đợt tái nhiễm viêm phổi của đối tượng nghiên cứu là $2,82 \pm 0,96$ đợt (2- 5 đợt bất kỳ từ khi sinh ra).

Bảng 1. Đặc điểm cơ năng của viêm phổi tái diễn theo nhóm tuổi

| Đặc điểm lâm sàng | 2- ≤12 tháng | 13-60 tháng | Tổng | p |
|----------------------------------|--------------|-------------|------------|------|
| | SL, (%) | SL, (%) | SL, (%) | |
| Hội chứng viêm long đường hô hấp | 59 (100) | 106 (99,1) | 165 (99,4) | 0,45 |
| Ho | 59 (100) | 107 (100) | 166 (100) | 0,93 |
| Sốt | 59 (100) | 107 (100) | 166 (100) | 0,93 |
| Khạc/trớ đờm | 39 (66,1) | 65 (60,7) | 104 (62,7) | 0,49 |
| Thở nhanh | 18 (30,5) | 31 (29,0) | 49 (29,5) | 0,83 |

Triệu chứng cơ năng nhóm trẻ 2- ≤12 tháng gặp nhiều nhất lần lượt là sốt, ho (100%), hội

chứng viêm long đường hô hấp trên (100%), khạc đờm (66,1%); nhóm trẻ 13-60 tháng gặp là sốt, ho (100%), hội chứng viêm long đường hô hấp (99,1%).

Bảng 2. Đặc điểm thực thể của viêm phổi tái diễn theo nhóm tuổi

| Đặc điểm lâm sàng | 2- ≤12 tháng | 13-60 tháng | Tổng | p |
|---------------------|--------------|-------------|------------|-------------|
| | SL, (%) | SL, (%) | SL, (%) | |
| Rút lõm lồng ngực | 16 (27,1) | 16 (15,0) | 32 (19,3) | 0,05 |
| Thở rên | 3 (5,1) | 1 (0,9) | 4 (2,4) | 0,95 |
| Khò khè | 55 (93,2) | 90 (84,1) | 145 (87,3) | 0,09 |
| Rối loạn nhịp thở | 4 (6,8) | 1 (0,9) | 5 (3,0) | 0,03 |
| Cơn ngừng thở | 0 (0,0) | 1 (0,9) | 1 (0,6) | 0,45 |
| Ran ở phổi | 59 (100) | 107 (100) | 166 (100) | - |
| Ran rít | 53 (89,8) | 81 (75,7) | 134 (80,7) | 0,02 |
| Ran rã | 27 (45,8) | 56 (52,3) | 83 (50,0) | 0,41 |
| Ran ẩm | 58 (98,3) | 104 (97,2) | 163 (97,6) | 0,65 |
| Phổi thông khí kém | 7 (11,9) | 7 (6,5) | 14 (8,4) | 0,23 |
| Thở rên khi nằm yên | 5 (8,5) | 5 (4,7) | 10 (6,0) | 0,32 |

Ở nhóm trẻ 2- ≤12 tháng gặp nhiều nhất lần lượt là ran ở phổi (100%), khò khè (93,2%), rút lõm lồng ngực (27,1%), rối loạn nhịp thở (6,8%); ở nhóm trẻ 13-60 tháng gặp chủ yếu ran ở phổi (100%), khò khè (84,1%), rút lõm lồng ngực (15,0%).

Bảng 3. Đặc điểm thiếu máu và nhiễm trùng viêm phổi tái diễn

| Nhóm tuổi | Chỉ số | 2- ≤12 tháng | 13-60 tháng | Tổng | p |
|-------------|--------|--------------|-------------|------------|-------------|
| | | SL, (%) | SL, (%) | SL, (%) | |
| Thiếu máu | Có | 22 (37,3) | 14 (13,1) | 36 (21,7) | 0,00 |
| | Không | 37 (62,7) | 93(86,9) | 130 (78,3) | |
| Nhiễm trùng | Có | 24 (40,7) | 54 (50,5) | 78 (47,0) | 0,22 |
| | Không | 35 (59,3) | 53 (49,5) | 88 (53,0) | |

Tỷ lệ nhiễm trùng gặp 47,0% ở các trẻ VPTD. Tỷ lệ thiếu máu gặp nhiều ở nhóm trẻ 2- ≤ 12 tháng (37,3%) so với nhóm 13-60 tháng (13,1%).

Bảng 4. Hình ảnh tổn thương trên phim Xquang ngực

| Nhóm tuổi Chỉ số | 2- ≤12 tháng | 13-60 tháng | Tổng số |
|------------------------------------|--------------|-------------|------------|
| | SL, (%) | SL, (%) | SL, (%) |
| Tăng đậm nhánh phế quản | 1 (1,7) | 0 (0,0) | 1 (0,6) |
| Thâm nhiễm dạng nốt, rải rác | 46 (78,0) | 83 (77,6) | 129 (77,7) |
| Thâm nhiễm định khu dạng nốt | 0 (0,0) | 1 (0,9) | 1 (0,6) |
| Thâm nhiễm định khu theo giải phẫu | 1 (1,7) | 7 (6,5) | 8 (4,8) |
| Thâm nhiễm nhu mô kẽ lan tỏa | 0 (0,0) | 2 (1,9) | 2 (1,2) |
| Thâm nhiễm phổi hợp | 0 (0,0) | 1 (0,9) | 1 (0,6) |
| Tăng đậm nhánh phế quản | 6 (10,2) | 5 (4,7) | 11 (6,6) |

$\chi^2 = 7,65; p = 0,36$

Các thương tổn dạng nốt mờ rải rác 2 phổi (77,7%), tăng đậm nhánh phế quản (6,6%), các thương tổn phổi hợp (4,8%). Không có sự khác biệt về tổn thương trên Xquang tim phổi giữa hai nhóm trẻ ($p > 0,05$).

Bảng 5. Phân bố căn nguyên virus, vi khuẩn trong test nhanh

| Chủng virus | Số lượng | Tỷ lệ % | |
|--------------------|------------|---------|------|
| Adenovirus (n=138) | Âm tính | 138 | 100 |
| | Dương tính | 0 | 0 |
| RSV (n=147) | Âm tính | 129 | 87,7 |
| | Dương tính | 18 | 12,3 |
| Cúm A (n=151) | Âm tính | 148 | 98,0 |
| | Dương tính | 3 | 2,0 |
| Cúm B (n=152) | Âm tính | 151 | 99,3 |
| | Dương tính | 1 | 0,7 |
| Covid-19 (n=147) | Âm tính | 147 | 100 |
| Mycoplasma (n=135) | Âm tính | 133 | 98,5 |
| | Dương tính | 2 | 1,5 |

Phân bố căn nguyên virus, vi khuẩn trong test nhanh cho thấy tổng số virus của trẻ viêm phổi tái nhiễm được test nhanh chủ yếu là RSV 12,3%, cúm A là 2,0%, vi khuẩn Mycoplasma là 1,5%.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ mắc viêm phổi tái diễn ở trẻ nam là 57,8% cao hơn trẻ nữ 42,2%, tỷ lệ nam/ nữ là 1,37:1. Nghiên cứu của Hoàng Kim Lâm cũng cho thấy nhóm tuổi mắc viêm phổi tái diễn phần lớn là trẻ nam (68,2%) cao gấp đôi so với trẻ nữ [1]. Nghiên cứu của Abdou (2022) tỷ lệ trẻ nam là 68% [6].

Trong nghiên cứu cho thấy nhóm trẻ viêm phổi tái diễn gặp chủ yếu từ 13-60 tháng tuổi 64,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Hoàng Kim Lâm cũng cho thấy tuổi viêm phổi tái diễn khi nhập viện là 17,0

tháng [1]. Nghiên cứu của Abdou (2022) tuổi trung bình là 14,8 tháng [6]; tương tự với nghiên cứu của Patria (2013) [9], nghiên cứu của Phạm Ngọc Toàn (2017) [7]. Điều này cũng phù hợp vì lứa tuổi >12 tháng - 60 tháng bắt đầu được đi học ở trường mầm non, được tiếp xúc với môi trường bên ngoài nhiều hơn, miễn dịch từ mẹ sang con cũng giảm dần nên có nguy cơ sẽ mắc viêm phổi tái diễn.

Trẻ có số đợt tái nhiễm từ ≤ 3 đợt chiếm chủ yếu 80,7%, trung bình là $2,82 \pm 0,96$ đợt (dao động 3-5 đợt); nhóm tuổi từ 2- ≤ 12 tháng chiếm đa số (91,5%). Kết quả nghiên cứu thấp hơn nghiên cứu của Phạm Ngọc Toàn theo dõi trên 145 bệnh nhi viêm phổi tái diễn số đợt tái diễn trung bình là $3,2 \pm 1,61$ đợt, phần lớn trẻ có số đợt tái nhiễm từ 3-5 đợt chiếm 62,1%; trong nhóm viêm phổi tái diễn 3-5 đợt, theo nhóm tuổi thì nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi chiếm đa số (66,7%) [7]. Điều này có thể là do nghiên cứu của tác giả thực hiện tại Bệnh viện Nhi Trung ương, nơi tập trung nhiều bệnh nhi nặng.

Triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở sốt, ho gặp 100% ở các trẻ mắc viêm phổi tái diễn, nhóm trẻ 2- ≤ 12 tháng gặp nhiều nhất là viêm long đường hô hấp trên (100%), ran ở phổi (100%), khò khè (93,2%), rút lõm lồng ngực (27,1%); Ở nhóm trẻ 13-60 tháng gặp chủ yếu viêm long đường hô hấp (99,1%), ran ở phổi (100%), khò khè (84,1%), rút lõm lồng ngực (15,0%). Nghiên cứu của Hoàng Kim Lâm cũng cho thấy khò khè gặp 100%, ho gặp 99,1% [1]; Tác giả Abdou (2022) theo dõi 100 trẻ viêm phổi tái diễn trong thời gian 2020-2022 cho cũng cho thấy ở cả 2 nhóm tuổi ho là triệu chứng phổ biến nhất với 99% trường hợp sau đó là thở khò khè (63%) và sốt (60%) [6]. Nghiên cứu của Hossain và cộng sự cũng tương tự [2]. Như vậy triệu chứng điển hình nhất ở những trẻ viêm phổi tái diễn là viêm long đường hô hấp trên, ho, khò khè và ran ở phổi gặp hầu hết ở các bệnh nhi.

Hình ảnh chụp X-quang phổi trong nghiên cứu của chúng tôi các thương tổn gặp chủ yếu là các thương tổn dạng nốt mờ rải rác 2 phổi (77,7%), tăng đậm nhánh phế quản (6,6%), các thương tổn phổi hợp (4,8%). Tương tự nghiên cứu của Hoàng Kim Lâm cũng cho thấy tổn thương X-quang ngực cục bộ gặp chủ yếu và lặp đi lặp lại ở một thùy phổi chiếm 18,2% [1]. Nghiên cứu của Phạm Ngọc Toàn cũng tương tự [7]. Nghiên cứu ở các nước trên thế giới như nghiên cứu Abdou cũng cho thấy kết quả chụp X-quang ngực gặp thâm nhiễm ở nhiều thùy khác

nhau được tìm thấy trong hầu hết các trường hợp (82%) và tổn thương tái phát ở cùng một thùy chỉ được tìm thấy trong 18% trường hợp [6].

Căn nguyên virus, vi khuẩn trẻ viêm phổi tái diễn được test nhanh chủ yếu là RSV 12,3%, vi khuẩn Mycoplasma là 1,5%, cúm A là 2,0%. Cúm B là 0,7%. Nghiên cứu của Phạm Ngọc Toàn khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi vi rút đồng nhiễm lại gặp chủ yếu là Rhinovirus 37,2%, tiếp theo Adenovirus 16,6%; các virus khác như RSV, cúm A chiếm tỷ lệ nhỏ [7]. Virus không những tác động lên phổi mà còn tác động lên các cơ quan khác trong cơ thể làm giảm đề kháng và tăng khả năng phản ứng dị ứng cũng như tăng mẫn cảm đối với vi khuẩn, hậu quả là gây viêm phổi do vi khuẩn nặng hơn. Như vậy, các trường hợp viêm phổi nói chung, viêm phổi tái diễn nói riêng khi nhập viện tuyến tỉnh điều trị - nơi chưa làm được nhiều xét nghiệm vi sinh như tuyến Trung ương. Trong khi điều trị cần khuyến cáo làm thêm các xét nghiệm - test nhanh các loại virus, vi khuẩn thường gặp để có thái độ xử trí kịp thời.

V. KẾT LUẬN

Trẻ có số đợt tái nhiễm từ ≤ 3 đợt chiếm chủ yếu 80,7%, trung bình là $2,82 \pm 0,96$ đợt; nhóm tuổi từ 2- ≤ 12 tháng chiếm đa số (91,5%). Triệu chứng gặp chủ yếu viêm long đường hô hấp, ho, khò khè, sốt, rales ở phổi, X-quang phổi có tổn thương chủ yếu dạng nốt mờ rải rác. Trẻ viêm phổi tái nhiễm được test nhanh căn nguyên chủ yếu là RSV 12,3%, cúm A là 2,0%, cúm B là 0,7% và vi khuẩn Mycoplasma là 1,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Kim Lâm, Tạ Anh Tuan, Phạm Văn Thăng. (2020). Đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi nặng tái diễn ở trẻ em. Tạp chí nghiên cứu Y học, 132 (8), tr. 38-45.
2. Hossain, N., Kamrul, K., Sultana, A. T., Rahman, M. S., & Amin, M. R. (2018). Recurrent and persistent pneumonia in dhaka shishu (children) hospital: clinical profile and etiology. Bangladesh Journal of Child Health. 42(3), pp. 125-129. <https://doi.org/10.3329/bjch.v42i3.39261>.
3. Montella, S., Corcione, A., Santamaria, F. (2017). Recurrent Pneumonia in Children: A Reasoned Diagnostic Approach and a Single Centre Experience. Int J Mol Sci. 18(2), pp. 296-304.
4. Rijal, P., Lama, L., Shrestha, S., Kakshapati, P., & Nayak, R. (2019). Study of children with recurrent pneumonia admitted in a tertiary hospital. Nepal Medical College Journal, 21(1), pp. 65-69. <https://doi.org/10.3126/nmcj.v21i1.24856>

5. **Bolursaz, M. R., Lotfian, F., Ghaffaripour, H.A., et al (2017).** Underlying Causes of Persistent and Recurrent Pneumonia in Children at a Pulmonary Referral Hospital in Tehran, Iran. *Arch Iran Med*, 20 (5). pp. 266 -269.
6. **Abdou, A., and Ahmed, S. (2022)** "Causes and clinical profile in children with severe recurrent pneumonia," *Al-Azhar International Medical Journal*. 3(6), pp. 23-30. DOI: <https://doi.org/10.21608/aimj.2022.132699.1911>.
7. **Phạm Ngọc Toàn, Lê Thị Minh Hương, Lê Thanh Hải (2017).** Đặc điểm viêm phổi tái nhiễm ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017. *Tạp chí Y học Cộng Đồng*, 41, tr. 37-40.
8. **Ministry of Health (2014).** Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in children, No. 101/QĐ-BYT, January 9th, 2024. Ministry of Health.
9. **Patria, F., Longhi, B., Tagliabue, C., Tenconi, R., Ballista, P., Ricciardi, G., Galeone, C., Principi, N., & Esposito, S. (2013).** Clinical profile of recurrent community-acquired pneumonia in children. *BMC pulmonary medicine*, 13(60), pp.1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2466-13-60>.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN U MÀNG NÃO VÙNG GÓC CẦU TIỂU NÃO

Đặng Vĩnh Hiệp*, Từ Thị Thùy Linh**

TÓM TẮT

Mở đầu: Cộng hưởng từ được xem là phương tiện chẩn đoán hình ảnh tối ưu trong chẩn đoán u vùng góc cầu tiểu não nói chung và u màng não nói riêng. Cộng hưởng từ đánh giá bản chất, vị trí, tương quan giải phẫu giúp phẫu thuật viên tiên lượng cuộc mổ, lựa chọn đường đi, khả năng cắt hết u. **Mục tiêu nghiên cứu:** là khảo sát giá trị của CHT trong chẩn đoán UMN vùng GCTN. **Phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên 58 bệnh nhân đến khám chụp cộng hưởng từ và phẫu thuật u vùng GCTN có kết quả giải phẫu bệnh tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Có 31 trường hợp UMN, 24 trường hợp schwannoma, 2 trường hợp u thượng bì và 1 trường hợp ependymoma. Độ tuổi trung bình, gồm 23 nam (39,7%) và 35 nữ (60,3%) là $49,7 \pm 13,9$. Triệu chứng thường gặp của UMN là đau đầu (74,2%), của schwannoma là ù tai (62,5%) và chóng mặt (50%). Khi so sánh hình ảnh CHT giữa UMN và schwannoma, đặc điểm kích thước u, cường độ tín hiệu trên CISS 3D, tỷ lệ cường độ tín hiệu trên CISS 3D, tỷ lệ cường độ tín hiệu trên T2W, hệ số khuếch tán trung bình, vi xuất huyết trên T2*, dấu hiệu "đuôi màng cứng", dấu hiệu "làm rộng lỗ ống tai trong" và tính chất bắt thuốc có ý nghĩa trong chẩn đoán phân biệt hai loại u này. **Kết luận:** CHT có giá trị cao trong chẩn đoán UMN vùng GCTN, đặc biệt trong chẩn đoán phân biệt schwannoma. **Từ khóa:** u góc cầu tiểu não, u dây VIII, U màng não, cộng hưởng từ.

SUMMARY

EVALUATION OF MAGNETIC RESONANCE IN THE DIAGNOSIS OF MENINGIOMA IN THE CEREBELLOPONTINE ANGLE

Introduction: Magnetic resonance is considered the optimal imaging diagnostic tool for diagnosing cerebellopontine angle tumors, included meningiomas. Magnetic resonance evaluates the components, location and anatomical correlation of tumor which help the surgeon predicts the treatment, include the approach and the ability to completely remove the tumor. **Purpose:** the value of MRI in diagnosing meningioma in the CPA area. **Methods:** A retrospective study of 58 patients diagnosed with CPA tumors with pathological results at Cho Ray Hospital from January 2023 to June 2024. **Results:** There were 31 cases of meningioma, 24 cases of schwannoma, 2 cases of epidermoid tumor and 1 case of ependymoma. The average age, including 23 men (39,7%) and 35 women (60,3%) was $49,7 \pm 13,9$. Common symptoms of UMN are headache (74,2%), while those of schwannoma are tinnitus (62,5%) and dizziness (50%). When comparing the MR images between meningioma and schwannoma, the characteristics of tumor size, signal intensity on CISS 3D, signal intensity ratio on CISS 3D, signal intensity ratio on T2W image, average diffusion coefficient of tumor, micro haemorrhage on T2* weight, "dural tail" sign, "widening of the internal auditory canal" sign and the enhancement properties of the tumor are significant in the differential diagnosis of these two types of tumors. **Conclusion:** MRI plays an important role in diagnosing CPA – meningioma, especially in differential diagnosis with the most common tumor type in the CPA region, schwannoma.

Keyword: cerebellopontine angle tumors, meningiomas, Acoustic schwannoma, magnetic resonance.

*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

**Bệnh viện Đa khoa tỉnh Gia Lai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Vĩnh Hiệp

Email: hiepdv@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024