management. Diseases of the Colon & Rectum, 1984, 7: 435-441. doi: 10.1007/ BF02555532
7. **Nehra V, Bruce BK, Rath DM, et al.** Psychological disorders in patients with evacuation disorders and constipation in a tertiary practice. American Journal of Gastroenterology, 2000, 95: 1755-1758. doi: 10.1111/j.1572-0241.2000.02184.x
8. **Pescatori M.** A modified myotomy of the puborectalis for anismus. Techniques in Coloproctology, 2023, 27(6): 507-512. doi: 10.1007/s10151-022-02748-0

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN DƯỚI 24 THÁNG CÓ TIỀN CĂN SINH NON

Phùng Nguyễn Thế Nguyên[1,2], Phạm Công Anh Vũ[3], Nguyễn Thị Mai Anh[1,2], Trần Anh Tuấn[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ các đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị và biến chứng trên trẻ từ 2 tháng tuổi đến dưới 24 tháng tuổi có tiền căn sinh non, nhập viện vì viêm phổi mắc phải tại cộng đồng tại Bệnh viện Nhi đồng 1. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang mô tả có phân tích 120 trường hợp viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) được điều trị tại khoa Hô hấp và khoa Hồi sức Nhiễm Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 9/2023 đến 7/2024. **Kết quả:** có 120 ca thỏa tiêu chuẩn, với các đặc điểm dịch tễ: Mức độ non tháng: < 28 tuần, 28 tuần đến 32 tuần và > 32 tuần tuổi thai chiếm tỉ lệ lần lượt là 10%; 22,5% và 67,5%. Tình trạng dinh dưỡng bao gồm thừa cân 2,5%, suy dinh dưỡng nhẹ 30,8%, suy dinh dưỡng trung bình 18,3%, suy dinh dưỡng nặng 19,2%. Bệnh nền kèm theo theo thứ tự loạn sản phế quản phổi có tỉ lệ cao nhất (20%), tiếp theo là trào ngược dạ dày thực quản (17,1%) và hen phế quản (11,4%), có 52,5% có tiền căn từng viêm phổi phải nhập viện. Các triệu chứng lâm sàng nổi bật 35% sốt trong 24 giờ đầu nhập viện, không có trường hợp nào hạ thân nhiệt, phần lớn các bệnh nhi có thở nhanh và co lõm ngực khi nhập viện. có 3,3% co giật do sốt, giảm oxy với SpO_2 < 90% là 3,3% và mức SpO_2 từ 90% - 94% là 10,8%. Kết quả điều trị và biến chứng: Có 9 (7,5%) trường hợp viêm phổi rất nặng lúc nhập viện, thở oxy qua cannula ngay lúc đầu nhập viện có 11 trường hợp (9,2%), trong đó có 3 trường hợp (2,5%) sau 24 giờ phải thở NCPAP, và 4 (3,3%) trường hợp suy hô hấp nặng phải thở máy, có 3 trường hợp tử vong (2,5%). ARDS chiếm 2,5%, nhiễm khẩn huyết chiếm 1,7%. Có 59% bệnh nhân đáp ứng ban đầu với Ceftriaxone hoặc Cefotaxime. Thời gian điều trị có trung vị là 11 ngàyc. Có 3 trường hợp bệnh nặng diễn tiến kéo dài, viêm phổi nặng kéo dài kém đáp ứng điều trị, cơ địa có bệnh nền. **Kết luận:** Có 59% trẻ em từ 2 tháng đến < 24 tháng tuổi, có tiền căn sinh non bị viêm phổi mắc phải tại cộng đồng đáp ứng ban đầu với Ceftriaxone hoặc Cefotaxime. Do đó, cần đánh giá chặt chẽ tính đề kháng kháng sinh ở đối tượng này để chọn lựa kháng sinh thích hợp.

Từ khóa: sinh non, viêm phổi cộng đồng, đáp ứng điều trị

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN AGED 2 TO 24 MONTHS WITH A HISTORY OF PREMATURITY AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Objective: To survey the prevalence of clinical, treatment outcomes, and complications in children aged 2 to under 24 months with a history of prematurity, hospitalized for community-acquired pneumonia (CAP) at Children's Hospital 1. **Materials and method:** This is a prospective, cross-sectional, descriptive study with analysis of 120 cases of CAP requiring hospitalization, treated at the Respiratory and Infectious Diseases intensive care uinit of Children's Hospital 1 from September 2023 to July 2024. **Results:** 120 cases met the inclusion criteria. The findings were as follows: Epidemiological characteristics: Gestational age <28 weeks was 10.0%, 28-32 weeks was 22.5%, and >32 weeks was 67.5%. Nutritional status with Overweight (3.2%), normal or mild malnutrition (76%), moderate malnutrition (10%), severe malnutrition (10.8%). Comorbidities: The most common was bronchopulmonary dysplasia (20%), followed by gastroesophageal reflux disease (17.1%) and asthma (11.4%). A significant proportion (52.5%) had a history of prior hospitalization for pneumonia. Clinical symptoms: Fever occurred in 35% within the first 24 hours of hospitalization. Most patients presented with tachypnea and chest retractions upon admission. Seizures were observed in 3.3% of cases, all of which were simple febrile seizures. Around 3.3% had SpO_2 levels <90%, and 10.8% had SpO_2 between 90% and 94%. Crackles were the most common lung sound (45.8%). Treatment outcomes and complications: 9 cases (7.5%) presented with very severe pneumonia at admission. Oxygen therapy via nasal cannula was initiated in 11 cases (9.2%), 3 of which required NCPAP after 24 hours, and 4 cases (3.3%) required mechanical ventilation due to severe respiratory failure. There were 3 deaths (2.5%). 59% of patients

[1]Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
[2]Bệnh viện Nhi Đồng 1
[3]Bệnh viện Đa Khoa Long An
Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên
Email: nguyenphung@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 3.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025
Ngày duyệt bài: 7.3.2025

initially responded to Ceftriaxone or Cefotaxime. The median of treatment duration was 11 days. Three cases had prolonged severe pneumonia, with poor response to treatment due to underlying conditions. **Conclusion:** 59% of children aged 2 months to < 24 months with a history of preterm birth with community-acquired pneumonia respond initially to Ceftriaxone or Cefotaxime. Therefore, it is necessary to closely evaluate antibiotic resistance in this population to select appropriate antibiotics.

Keywords: preterm birth, community-acquired pneumonia, treatment response.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi trẻ em là nguyên nhân tử vong cao nhất ở trẻ em, nhất là trẻ nhỏ dưới 5 tuổi ở các nước đang phát triển.[1,2] Trẻ sinh non có miễn dịch kém hơn trẻ đủ tháng ít nhất là trong năm đầu đời. Khoảng 8% trẻ sơ sinh đủ tháng, 17% trẻ sinh non muộn (sinh lúc đủ 34 tuần – dưới 37 tuần) và 30% đến 40% trẻ sinh non sớm (sinh lúc < 32 tuần) được tái nhập viện trong năm đầu đời, phổ biến nhất là nhiễm trùng đường hô hấp do siêu vi.[3] Tác nhân gây bệnh qua nghiên cứu của chúng tôi cũng không cho thấy sự khác biệt quá lớn về tác nhân gây bệnh. Do vậy các đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị ở trẻ dưới 24 tháng có tiền căn sanh non bị viêm phổi như thế nào, nhất là khi tỷ lệ này trong thực hành tỷ lệ trẻ sanh non được cứu sống ngày càng gia tăng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn vào: Tất cả bệnh nhân tuổi từ 2 tháng đến dưới 24 tháng, có tiền căn sinh non, đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi theo phác đồ Bệnh viện Nhi Đồng 1, điều trị nội trú tại khoa Hô hấp hoặc khoa Hồi sức Nhiễm – Bệnh viện Nhi Đồng 1, từ 9/2023 đến 7/2024 và cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định viêm phổi theo Phác đồ điều trị của Bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2020 thỏa cả 2 tiêu chí sau: 1. Lâm sàng có: ho, khó thở (thở nhanh, thở co lõm lồng ngực). 2. Xquang có tổn thương nhu mô phổi. Tiêu chuẩn thở nhanh theo Tổ chức Y tế Thế giới là: ≥ 50 lần/phút (ở trẻ từ 2 tháng tuổi đến 11 tháng tuổi) và ≥ 40 lần/phút (đối với trẻ từ 12 tháng tuổi đến 24 tháng tuổi)

Tiêu chuẩn loại ra: Mẫu NTA không đạt tiêu chuẩn trong 24 giờ đầu nhập viện

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện, cho đến khi đủ cỡ mẫu.

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ:

- α là xác suất sai lầm loại I, trị số α là ngưỡng sai lầm. Chọn α = 0,05
- Z là trị số phân phối chuẩn. Khi α = 0.05, Z1- α/2 = 1,96
- P là tỉ lệ dự kiến. Chọn P = 0.5 để được cỡ mẫu lớn nhất
- d là sai số cho phép (độ chính xác). Chọn d = 10 %
- n = 96

2.2.3. Biến số nghiên cứu và đo lường: Tất cả bệnh nhi thỏa tiêu chí chọn mẫu sẽ được hỏi bệnh sử, thăm khám lâm sàng; các triệu chứng lâm sàng được ghi nhận trong 24 giờ đầu nhập viện. Tất cả các trẻ được chụp Xquang phổi trong vòng 24 giờ đầu nhập viện, và thực hiện lấy NTA để xác định tác nhân trong thời gian trên. Trẻ được điều trị theo phác đồ của bệnh viện, được theo dõi cho đến khi xuất viện hay tử vong.

2.2.4. Xử lý số liệu: Phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến số định tính được mô tả bằng số ca và tỉ lệ phần trăm, biến số định lượng được mô tả bằng số trung bình và khoảng tin cậy 95% (nếu có phân bố chuẩn) hoặc trung vị và tứ phân vị (nếu không có phân bố chuẩn).

2.2.5. Y đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Khoa học và Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Nhi Đồng 1 theo quyết định số 379/GCN – BVNĐ1 ngày 22 tháng 8 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm dân số nghiên cứu. Có 120 trường hợp thoả tiêu chuẩn nghiên cứu, trong đó trẻ nam là 80 trường hợp. Tuổi có trung vị là 5,5 tháng, nhỏ nhất là 2 tháng, lớn nhất là 23,5 tháng; có 81,7% trẻ < 12 tháng. Tuổi thai nhỏ nhất là 25,5 tuần; tuổi thai lớn nhất là 36,5 tuần; có 67,5% trẻ có tuổi thai trên 32 tuần và 22,5% là 28 -32 tuần. Tỉ lệ suy dinh dưỡng (cấp và mạn) mức độ nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 30,8%, 18,3% và 19,2%; thừa cân chiếm 2,5%; trong đó suy dinh dưỡng cấp trung bình và nặng là 21,7%; suy dinh dưỡng mạn trung bình và nặng là 20%.

Trong 120 trường hợp có 35 (29,2%) trường hợp có bệnh nền, với loạn sản phế quản phổi có tỉ lệ cao nhất (20%), tiếp theo là trào ngược dạ dày thực quản (17,1%), hen phế quản (11,4%), tim bẩm sinh (8,6%), và bệnh lý võng mạc ở trẻ sinh non (8,6%).

Có 52,5% bệnh nhi có tiền căn nhập viện ít nhất một lần vì viêm phổi. Tỉ lệ không tiêm ngừa Hib là 10,8%; không tiêm ngừa phế cầu là 46,7%; không tiêm ngừa sởi (ở 41 trẻ ≥ 9 tháng

tuổi) là 22%; không tiêm ngừa cúm (ở 55 trẻ ≥ 6 tháng tuổi) là 60%.

3.2. Các đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng: 88,3% trẻ có thở nhanh và 84,2% có co lõm ngực khi nhập viện, có 35% sốt trong 24 giờ đầu nhập viện, không có trường hợp nào hạ thân nhiệt. Ho và sổ mũi lần lượt chiếm tỉ lệ 86,7% và 58,3%; co kéo cơ hô hấp phụ (5%) là các triệu chứng hô hấp ít gặp. Các triệu chứng ngoài đường hô hấp gồm 25% có nôn ói, có 20% tiêu chảy, và co giật là 3,3% co giật đơn thuần do sốt. Ran phổi chủ yếu là ẩm, nổ (45,8%); kế đến là ran ngáy rít (25%), ran hỗn hợp (23,3%), không ran (5,8%); có 3,3 % trẻ có SpO_2 < 90%, có 10,8% trẻ SpO_2 từ 90% đến 94%, và 85,8% có SpO_2 > 94%.

Phân độ viêm phổi: 7,5% là viêm phổi rất nặng, 71,7% là viêm phổi nặng, và 20,8% là viêm phổi.

Trong 24 giờ đầu vào viện: 2,5% có ARDS và 1,7% nhiễm khuẩn huyết chiếm 1,7%.

3.3. Đặc điểm điều trị. 100 trẻ (77,6%) kháng sinh sử dụng ban đầu là đơn trị với Ceftriaxone hoặc Cefotaxime, 11 trẻ (9,2%) phối hợp Cefotaxime và Amikacin hay Gentamycin, 3 trẻ (2,5%) đơn trị với Ceftazidime, và 6 trẻ (5%) phối hợp Cefepime với 1 trong các các kháng sinh sau: Vancomycin/ Amikacin/Azithromycin.

Có 59% trẻ trong 100 trẻ đơn trị đáp ứng ban đầu với Ceftriaxone hoặc Cefotaxime, và 42,5% (n=120) cần phải đổi hoặc thêm kháng sinh. Trong đó, tỉ lệ cần đổi hoặc thêm kháng sinh lần 1, lần 2, lần 3 lần lượt là 13,3%; 11,7% và 17,5%. Các kháng sinh đổi lần 1 có đáp ứng chủ yếu là Ceftazidime và Cefepime. Với các ca cần đổi hoặc thêm kháng sinh lần 3, có 62% (13/21 trẻ) kháng sinh sử dụng chủ yếu là Imipenem + Vancomycin và/hoặc Amikacin.

11 trẻ (9,2%) cần thở oxy qua cannula ngay lúc nhập viện, trong đó có 3 trường hợp (2,5%) sau 24 giờ phải thở NCPAP, và 4 (3,3%) trường hợp suy hô hấp nặng phải thở máy. Thời gian điều trị có trung vị là 11 ngày với khoảng tứ phân vị là [6–27]. Trong đó, có 3 trường hợp bệnh nặng diễn tiến kéo dài, viêm phổi nặng kéo dài kém đáp ứng điều trị, cơ địa có bệnh nền. Phần lớn các bệnh nhi điều trị thành công và xuất viện với tỉ lệ 94,2% (113 ca), chuyển viện 4 ca (3,3%), tử vong 3 ca (2,5%).

Tác nhân được phân lập bằng RT-PCR đàm với 117 trẻ có kết quả có tác nhân gây bệnh, trong đó 29 trẻ vi khuẩn, 12 trẻ siêu vi và 76 trẻ vưa siêu vi vừa vi khuẩn. Phân tích một số triệu chứng lâm sàng và kết quả điều trị theo phân nhóm tác nhân chính phân lập trên RT-PCR (bảng 1) cho thấy không sốt và đáp ứng với kháng sinh ban đầu chiếm tỉ lệ cao ở nhóm tác nhân gây bệnh chỉ có siêu vi; nhóm tác nhân chỉ có siêu vi không có ca nào có SpO2 < 94% và đáp ứng với kháng sinh ban đầu, thời gian điều trị ≤ 14 ngày chiếm tỉ lệ cao hơn so với nhóm có tác nhân vi khuẩn.

Bảng 1. So sánh một số triệu chứng lâm sàng và kết quả điều trị theo phân nhóm tác nhân chính phân lập trên PCR (N=117)

Các đặc điểm		Vi khuẩn (n=29)	Siêu vi (n=12)	Vi khuẩn + Siêu vi (n=76)	P
		n (%)	n (%)	n (%)	
Sốt	Có	17 (58,6)	2 (16,7)	22 (28,9)	0,006*
	Không	12 (41,4)	10 (83,3)	54 (71,1)	
SpO_2	< 90%	2 (6,9)	0 (0)	2 (2,6)	0,05**
	90% - 94%	0 (0)	0 (0)	12 (15,8)	
	> 94%	27 (93,1)	12 (100)	62 (81,6)	
Đáp ứng ban đầu	Có	16 (55,2)	11 (91,7)	40 (52,6)	0,038*
	Không	13 (44,8)	1 (8,3)	36 (47,4)	
Thời gian điều trị	≤ 14 ngày	17 (58,6)	11 (91,7)	44 (57,9)	0,04*
	> 14 ngày	12 (41,4)	1 (8,3)	32 (42,1)	

** Phép kiểm chi bình phương; **Phép kiểm Fisher*

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm lâm sàng và biến chứng. Sốt chỉ có 35% trẻ, sốt thường gợi ý tình trạng nhiễm khuẩn ở trẻ, trong nghiên cứu này tỷ lệ nhiễm vi khuẩn và đồng nhiễm vi khuẩn - vi rus cao, nhưng chúng tôi không ghi nhận khác biệt giữa nhóm nhiễm vi khuẩn và nhóm nhiễm virus đơn thuần, cũng như nhóm đồng nhiễm; do vậy khó có thể gợi ý được tác nhân là vi khuẩn dựa vào thân nhiệt ở nhóm này. Theo y văn, báo cáo sốt là 53% trong viêm phổi ở trẻ em. Tuy nhiên các nghiên cứu khác nhau cho các tỷ lệ khác nhau và cũng thay đổi ở trẻ em, cũng như chưa có nghiên cứu nào chỉ ghi nhận ở trẻ chỉ có tiền căn sanh non. Sốt không đặc hiệu và không nhất thiết phải có ở trẻ viêm phổi. Sốt

có xu hướng nhẹ hơn ở trẻ mắc viêm tiểu phế quản so với trẻ mắc viêm phổi và thường không có ở trẻ mắc hen phế quản.[2,4]

Phần lớn các bệnh nhi có thở nhanh (88,3%) và co lõm ngực (84,2%) khi nhập viện. Các nghiên cứu cho thấy đây là triệu chứng giúp bác sĩ chẩn đoán và nhập viện; tỷ lệ này cao ở các nghiên cứu mà đối tượng chọn bệnh là viêm phổi nặng, và cũng rất cao ở các trẻ không có tiền căn sinh non. Chúng tôi không ghi nhận đây là triệu chứng sớm để cha mẹ đưa trẻ đến khám. Theo các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị thì đây là triệu chứng giúp chẩn đoán và phân độ nặng của bệnh.[5]

Sự kết hợp của sốt và ho gợi ý viêm phổi, các dấu hiệu hô hấp khác (như thở nhanh, tăng công hô hấp) có thể xuất hiện trước ho. Ho có thể không phải là một triệu chứng ban đầu vì các phế nang có ít thụ thể ho. Ho bắt đầu khi các sản phẩm của nhiễm trùng kích thích các thụ thể ho trong đường thở. Càng kéo dài sốt, ho và các dấu hiệu hô hấp, khả năng viêm phổi càng cao. Trẻ nhũ nhi và trẻ nhỏ có thể biểu hiện khó khăn trong việc ăn uống, bồn chồn, hoặc quấy khóc thay vì ho và hoặc tiếng thở bất thường. Trẻ nhũ nhi, trẻ nhỏ và trẻ em dưới 5 đến 10 tuổi có thể chỉ xuất hiện với sốt và tăng bạch cầu. Trẻ lớn hơn và thanh thiếu niên có thể có triệu chứng đau ngực do màng phổi (đau khi thở), nhưng điều này không phải là một biểu hiện thường xuyên. Đôi khi, biểu hiện chính có thể là đau bụng (do đau được truyền từ thùy dưới) hoặc cổ gượng (do đau được lan truyền từ thùy trên).[2,4]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ran tổn thương chủ yếu là ẩm, nổ (45,8%), ran hỗn hợp là 23,3%, ran ngáy rít là 25%. Các nghiên cứu ở trẻ em cho thấy ran nổ 60,9-98,7%. So sánh một số đặc điểm lâm sàng của 3 nhóm nhiễm các tác nhân vi khuẩn, siêu vi và đồng nhiễm vi khuẩn – siêu vi, chúng tôi ghi nhận triệu chứng sốt gặp chủ yếu ở nhóm vi khuẩn; nhóm siêu vi và vi khuẩn – siêu vi có tỉ lệ sốt ít hơn (p = 0,006). Theo Matthew S và cộng sự, viêm phổi thường bắt đầu vài ngày trước với các triệu chứng của nhiễm trùng đường hô hấp trên, thường là viêm mũi và ho. Trong viêm phổi do siêu vi, thường có sốt nhưng nhiệt độ thường thấp hơn so với viêm phổi do vi khuẩn. Viêm phổi do vi khuẩn ở người lớn và trẻ lớn thường bắt đầu đột ngột với sốt cao, ho và đau ngực. Trên lâm sàng khó có thể thể phân biệt được bệnh viêm phổi do siêu vi với viêm phổi do Mycoplasma và các tác nhân vi khuẩn khác.[6]

4.2. Đặc điểm điều trị

4.2.1. Hỗ trợ hô hấp. Thở oxy qua cannula ngay lúc đầu nhập viện có 11 trường hợp (9,2%). Trong đó có 3 trường hợp (2,5%) sau 24 giờ phải thở NCPAP, và 4 (3,3%) trường hợp suy hô hấp nặng phải thở máy. Theo Lê Minh Quí,[7] nghiên cứu trên 150 trẻ từ 2 tháng đến 59 tháng tuổi viêm phổi mắc phải cộng đồng, có 46 (30,6%) trẻ viêm phổi nặng, có 1 trẻ (0,7%) được chuyển khoa hồi sức vì suy hô hấp nặng cần thở máy, bệnh nhi này khỏi bệnh sau điều trị.

4.2.2. Kháng sinh ban đầu. Tỉ lệ sử dụng kháng sinh ban đầu nhiều nhất vẫn là Ceftriaxone và Cefotaxime (92,5%); có 1 trường hợp sử dụng Cefepime phối hợp Vancomycin ngay từ đầu là do bệnh nhi từng nhập viện trong vòng 15 ngày trước đó và lâm sàng tiên lượng nặng; 3 ca sử dụng Ceftazidime ngay từ đầu đều có tiền sử nhập viện trong 15 ngày trước nhập viện. Theo Lê Minh Quí,[7] nghiên cứu trên 150 trẻ từ 2 – 59 tháng tuổi, viêm phổi mắc phải trong cộng đồng, tỉ lệ không đáp ứng kháng sinh ban đầu (Cefotaxime hoặc Ceftriaxone) là 36,7%. Trong đó, tỉ lệ đổi kháng sinh ở nhóm viêm phổi nhẹ (26%, 27/104 ca) thấp hơn nhóm viêm phổi nặng (60,9%, 28/46 ca) có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Theo Lê Bình Bảo Tịnh,[8] nghiên cứu trên 263 trẻ từ 2 – 59 tháng tuổi mắc viêm phổi cộng đồng, có 22,8% trẻ không đáp ứng điều trị với kháng sinh ban đầu (Cefotaxime hoặc Ceftriaxone).

4.2.3. Phối hợp và đổi kháng sinh lần 1, 2, 3. Tỉ lệ đổi kháng sinh lần 1, 2, 3 trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 13,3%; 11,7% và 17,5% cao hơn so với Lê Bình Bảo Tịnh[8] với tỉ lệ đổi kháng sinh lần 1, 2, 3, 4 lần lượt là 14,8%; 6,84%; 3,17%; 0,38%. Điều này có thể do dân số nghiên cứu của chúng tôi là trẻ có tiền căn sinh non dưới 24 tháng tuổi nên có miễn dịch kém và tỉ lệ có bệnh nền cao hơn, đặc biệt là loạn sản phế quản phổi.

Trong nghiên cứu chúng tôi, có 14 trường hợp đổi hoặc thêm kháng sinh theo kết quả vi sinh trong số 51 trường hợp cần đổi hoặc thêm kháng sinh (chiếm tỉ lệ 27,5%). Tất cả các trường hợp đổi kháng sinh theo kết quả vi sinh đều là ở lần đổi thứ 2 hoặc thứ 3; và các trường hợp này PCR đều cho kết quả đồng nhiễm vi khuẩn – siêu vi, bao gồm vi khuẩn gram âm và vi khuẩn gram dương.

4.2.4. Kết quả điều trị. Thời gian điều trị có trung vị là 11 ngày. Trong đó, có 3 trường hợp bệnh nặng diễn tiến kéo dài, viêm phổi nặng kéo dài kém đáp ứng điều trị, cơ địa có bệnh nền. Phần lớn các bệnh nhi điều trị thành công và xuất viện với tỉ lệ 94,2% (113 ca), chuyển

viện 4 ca (3,3%), tử vong 3 ca (2,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian điều trị < 14 ngày ở nhóm siêu vi, vi khuẩn và vi khuẩn đồng nhiễm siêu vi lần lượt là 91,7%; 58,6% và 57,9% (p = 0,04).

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi ở trẻ có tiền căn sanh non chủ yếu xảy ra trong năm đầu đời, tỷ lệ suy dinh dưỡng còn cao, các triệu chứng lâm sàng không chuyên biệt, tỷ lệ chủng ngừa còn thấp. Tỷ lệ không đáp ứng với kháng sinh cephalosporin còn cao. Do vậy, cần tăng tỷ lệ chủng ngừa, nuôi dưỡng tốt và xem xét phác đồ kháng sinh thích hợp cho nhóm trẻ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rueda ZV, Aguilar Y, Maya MA, et al.** Etiology and the challenge of diagnostic testing of community-acquired pneumonia in children and adolescents. BMC Pediatr. 2022;22(1):169. doi:10.1186/s12887-022-03235-z
2. **Marcelo Comerlato Scotta, Fernanda Hammes Varela, Renato T. Stein.** Pneumonia in Children. Kendig and Wilmott's Disorders of the Respiratory Tract in Children. 10th ed. Elsevier; 2023:427-439.
3. **Pryhuber GS.** Postnatal Infections and Immunology Affecting Chronic Lung Disease of Prematurity. Clinics in Perinatology. 2015;42(4): 697-718. doi:10.1016/j.clp.2015.08.002
4. **William J Barson.** Community-acquired pneumonia in children: Clinical features and diagnosis. UpToDate website. Updated: August 27, 2024. August 30,2024.
5. **Trần Anh Tuấn.** Viêm Phổi Cộng Đồng ở Trẻ Em. Nguyễn Thanh Hùng, Ed. Phác Đồ Điều Trị Nhi Khoa Bệnh Viện Nhi Đồng 1. Nhà Xuất Bản Y Học;2020:682-688. 9th ed.
6. **Liacouras CA.** Community-Acquired Pneumonia, Nelson Textbook of Pediatrics. In: Nelson Textbook of Pediatrics. Elsevier; 2024:1240-1240.e1. doi: 10.1016/ B978-1-4377-0755-7.00297-9
7. **Lê Minh Quí.** Tác nhân vi sinh và các yếu tố liên quan đến độ nặng của viêm phổi mắc phải cộng đồng ở trẻ từ 2 tháng đến 59 tháng tuổi. Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược TP.HCM.2020.
8. **Lê Bình Bảo Tịnh.** Đánh giá đáp ứng với kháng sinh trị liệu trong điều trị viêm phổi cộng đồng trên bệnh nhi 2-59 tháng tuổi tại khoa hô hấp bệnh viện Nhi đồng 1. Luận văn chuyên khoa cấp II. ĐH Y Dược TP.HCM.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ ĐƠN TẦNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y175

Nguyễn Ngọc Khang[1], Trần Huy Hùng[2], Nguyễn Trung Kiên[3], Bùi Thị Thanh Vân[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là bệnh lý khá phổ biến, tỷ lệ 18,6 người mắc bệnh/100.000 dân. Triệu chứng lâm sàng của thoát vị đĩa đệm cột sống cổ khá đa dạng và cũng gây ra những ảnh hưởng đến chức năng cột sống và khả năng lao động, sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 46 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm 01 tầng tại Bệnh viện QY175 từ tháng 11 năm 2011 đến tháng 11 năm 2016. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu tiến cứu, mô tả lâm sàng cắt ngang, theo dõi dọc. **Kết quả và bàn luận:** Độ tuổi trung bình 50,70 ± 10,97; nhóm tuổi 41 – 50 là chính (36,96%); không có sự khác biệt rõ rệt giữa các nhóm ngành nghề; Có 56.5% là nam, 43.6% là nữ giới mắc bệnh; khởi phát bệnh từ từ chiếm 89,13% và thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 12-36 tháng. Triệu chứng nổi bật là tình trạng đau cổ, dị cảm dọc theo rễ thần kinh 45,65%, tê bì ngọn chi 67,39%; giảm sự khéo léo bàn tay 73,91%, đi lại khó khăn 47,83%. NDI trung bình (63,04% + 23,91%); JOA trung bình: 10,55 ± 2,19 điểm. **Kết luận:** Bệnh lý TVĐĐ cột sống cổ đơn tầng gặp chủ yếu ở lứa tuổi trung niên, gặp ở nhiều ngành nghề và có triệu chứng lâm sàng rất đa dạng. Chỉ số NDI, JOA ở mức độ trung bình. ***Từ khoá:*** thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đơn tầng, NDI, JOA

[1]*Bệnh viện Gia An 115*
[2]*Bệnh viện TWQĐ 108*
[3]*Bệnh viện QY175*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên
Email: hungth.ss108@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025
Ngày duyệt bài: 10.3.2025

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH DISC HERNIATION SINGLE-LEVEL CERVICAL SPINE AT 175 HOSPITAL

Background: Cervical disc herniation is a fairly common disease, with a rate of 18.6 people/100,000 people. The clinical symptoms of cervical disc herniation are quite diverse and also cause effects on spinal function and the patient's ability to work and do daily activities. **Object research:** Including 46 patients diagnosed with 01 level disc herniation at 175 Hospital from 11/2011 to 11/2016. **Method research:** Prospective study design, cross-sectional clinical description, longitudinal follow-up. **Result and Disscussion:** The average age was 50.70 ± 10.97; the age group was mainly 41 - 50 (36.96%); there