

Phương pháp này cho thấy độ an toàn và hiệu quả lâm sàng ổn định trong điều trị gãy xương hàm dưới.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Tô Sĩ Chiến, Nguyễn Hoàng Nam, Nguyễn Đức Minh, Lương Ngọc Diễm Hằng, Trần Thị Thuý Hằng.** Đặc điểm lâm sàng, X-quang và kết quả phẫu thuật điều trị gãy xương hàm dưới vùng cằm bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;540(3):175-179.
- Trần Kiều Hoa, Lâm Nhựt Tân, Tô Tuấn Dân, Trần Minh Triết, Trần Linh Nam, Bùi Trần Hoàng Huy.** Đặc điểm gãy xương hàm dưới ở một số bệnh nhân tại thành phố Cần Thơ, năm 2023-2024. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;539(1B):70-74.
- Trương Việt Hưng, Phạm Văn Linh, Lê Nguyễn Lâm.** Đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả phẫu thuật điều trị gãy thân xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long, năm 2020-2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2021;41:1-8.
- Trần Minh Triết, Trương Nhựt Khuê.** Đánh giá kết quả gãy phức tạp xương hàm dưới vùng cằm bằng nẹp vít nhỏ tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2018;16:1-6.
- Thossakun Yomthasombath, Lê Ngọc Tuyền, Đặng Triệu Hùng, Nguyễn Đức Hoàng, Bùi Trung Kiên.** Kết quả phẫu thuật kết hợp xương gãy cành ngang hàm dưới bằng nẹp vít tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội năm 2022-2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;534(1):117-120.
- Al-Moraissi EA, Ellis E 3rd.** Surgical treatment of adult mandibular condylar fractures provides better outcomes than closed treatment: a systematic review and meta-analysis. J Oral Maxillofac Surg. 2015;73(3):482-493.
- Chrcanovic BR.** Open versus closed reduction: comminuted mandibular fractures. Oral Maxillofac Surg. 2013;17(2):95-104.
- Ergun S, Ofluoglu D, Saruhanoğlu A, et al.** Comparative evaluation of various miniplate systems for the repair of mandibular corpus fractures. Dent Mater J. 2014;33(3):368-372.
- Naeem A, Gemal H, Reed D.** Imaging in traumatic mandibular fractures. Quant Imaging Med Surg. 2017 Aug;7(4):469-479.
- Samieirad S, Aboutorabzade MR, Tohidi E, et al.** Maxillofacial fracture epidemiology and treatment plans in the Northeast of Iran: A retrospective study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017;22(5):616-624.

## ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG DO MYCOPLASMA PNEUMONIAE TẠI KHOA NHI, TRUNG TÂM Y TẾ THANH THỦY NĂM 2023 – 2024

Hoàng Thị Mỹ Lệ<sup>1</sup>, Nguyễn Trung Đức<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Tuấn<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm phổi cộng đồng và đánh giá kết quả điều trị bệnh viêm phổi cộng đồng do Mycoplasma pneumoniae tại Khoa Nhi, Trung tâm Y tế huyện Thanh Thủy năm 2023 - 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu và hồi cứu trên 194 bệnh nhi từ sơ sinh đến 5 tuổi, được chẩn đoán Viêm phổi cộng đồng do Mycoplasma pneumoniae từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 6 năm 2024. Các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị dựa trên hồ sơ bệnh án. **Kết quả:** Nhóm tuổi hay mắc bệnh từ 24 tháng đến 5 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1/1, sự phân bố tỷ lệ mắc theo nhóm tuổi không có sự khác biệt giữa 2 giới. Bệnh xảy ra quanh năm, thời điểm nhập viện đạt đỉnh vào tháng 10 (17%). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là: ho (100%), viêm long đường hô hấp trên (88,7%), sốt (53,6%), nghe phổi có ran ẩm

(100%), ran rít (50%). Triệu chứng thực thể ngoài phổi hay gặp là triệu chứng tiêu hóa (58,8%), bệnh thường ở thể nhẹ. Xét nghiệm: Đa số bạch cầu ngoại vi trong giới hạn bình thường, CRP huyết thanh tăng. Phim quang chủ yếu gặp tổn thương dày thành phế quản 2 bên, tổn thương quanh rốn phổi và tổn thương đồng đặc 1 thùy phổi. Macclorid và quinolon là 2 kháng sinh phổ biến được dùng trong điều trị. Tỷ lệ khỏi bệnh cao, không có trường hợp tử vong. Thời gian điều trị nội trú trung bình ở các bệnh nhi đã dùng thuốc ở nhà  $6 \pm 1,4$  ngày và chưa dùng thuốc ở nhà là  $5 \pm 5,7$  ngày. **Kết luận:** Bệnh có thể gặp ở mọi trẻ vào bất kỳ tháng nào trong năm, viêm phổi cộng đồng do Mycoplasma Pneumoniae có xu hướng trẻ hóa. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho và sốt. Triệu chứng thực thể hay gặp nghe thấy ran ẩm ở phổi. Về xét nghiệm đa số bạch cầu trong máu ngoại vi trong giới hạn bình thường, CRP máu tăng. Macclorid và quinolon là 2 kháng sinh phổ biến được dùng trong điều trị. Tỷ lệ khỏi bệnh cao, không ghi nhận trường hợp nào tử vong. **Từ khóa:** Viêm phổi cộng đồng, Mycoplasma Pneumoniae, trẻ em.

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế huyện Thanh Thủy, tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Mỹ Lệ

Email: hoangthimyle1993@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

#### SUMMARY

#### EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF COMMUNITY

## ACQUIRED PNEUMONIA CAUSED BY MYCOPLASMA PNEUMONIAE IN THE PEDIATRIC DEPARTMENT, THANH THUY MEDICAL CENTER 2023-2024

**Objective:** The study aims to describe the epidemiological, clinical, paraclinical characteristics and treatment outcomes of community acquired pneumonia caused by *Mycoplasma pneumoniae* in the Pediatrics Department of Thanh Thuy District Medical Center from 2023 to 2024. **Research subjects and methods:** A prospective and retrospective descriptive study was conducted on 194 pediatric patients, ranging from newborns to 5 years old, diagnosed with community-acquired pneumonia caused by *Mycoplasma pneumoniae* from July 2023 to June 2024. Epidemiological, clinical, and subclinical characteristics, as well as treatment outcomes, were assessed based on medical records. **Results:** The most affected age group was 24 months to 5 years, with a male-to-female ratio of 1:1. The distribution of disease incidence by age group showed no significant difference between genders. The disease occurred year-round, with hospitalization peaking in October (17%). The main clinical symptoms included cough (100%), upper respiratory tract inflammation (88.7%), fever (53.6%), moist lung rales (100%), and wheezing (50%). Common extrapulmonary manifestations included gastrointestinal symptoms (58.8%), and the disease was mostly mild. Laboratory findings showed that most patients had normal peripheral white blood cell counts, while serum CRP levels were elevated. Chest X-rays primarily revealed bilateral bronchial wall thickening, perihilar lesions, and unilateral lobar consolidation. Macrolides and quinolones were the most commonly used antibiotics. The cure rate was high, with no reported fatalities. The average hospital stay was  $6 \pm 1.4$  days for children who had previously taken medication at home and  $5 \pm 5.7$  days for those who had not. **Conclusion:** The disease can occur in children of any age and at any time of the year, community-acquired pneumonia caused by *Mycoplasma Pneumonia* tends to be younger. Common clinical symptoms include cough and fever, while moist lung rales are frequently observed on physical examination. Laboratory tests typically show normal peripheral white blood cell counts and elevated CRP levels. Macrolides and quinolones are the most commonly used antibiotics for treatment. The cure rate is high, with no reported fatalities. **Keywords:** Community acquired pneumonia, *Mycoplasma Pneumonia*, children.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc (UNICEF), mỗi năm có trên 2 triệu trẻ em tử vong vì viêm phổi, chiếm 1/5 số ca tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi, nhiều hơn tổng số ca tử vong do AIDS, sốt rét và sởi cộng lại. Ước tính, mỗi ngày có khoảng 4.300 trẻ tử vong do viêm phổi. Điều này có nghĩa là cứ 20 giây trôi qua lại có 1 trẻ tử vong do viêm phổi trên thế giới. Tại Việt Nam,

theo thống kê của UNICEF năm 2012 viêm phổi vẫn là nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ em, hàng năm có khoảng 2,9 triệu trẻ mắc viêm phổi, trong đó có 4.000 trẻ tử vong chiếm 12% tổng số tử vong chung dưới 5 tuổi và chiếm 75% tử vong do các bệnh về hô hấp. Nước ta được xem là một trong 15 quốc gia có số lượng trẻ mắc viêm phổi nhiều nhất thế giới [7] [8]. Trong các căn nguyên gây viêm phổi ở trẻ em, *Mycoplasma pneumoniae* (MP) là một tác nhân gây bệnh quan trọng chiếm 8% trong các căn nguyên ở tất cả các nhóm tuổi và chiếm 16-23% ở nhóm trẻ trên 5 tuổi. Với các triệu chứng cơ năng rầm rộ nhưng triệu chứng thực thể nghèo nàn, không đặc hiệu như viêm phổi điển hình, tổn thương có thể gặp ở phổi và các cơ quan ngoài phổi nên có đến 12-26% trường hợp bệnh nhi viêm phổi do MP đến viện khám trong tình trạng viêm phổi nặng [1]. Năm 2023 tỷ lệ bệnh nhân nhập viện viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* tăng đột biến, bùng phát thành dịch [2]. Do đó để tiếp cận chẩn đoán và điều trị kịp thời cần tìm hiểu đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và cập nhật kiến thức về điều trị bệnh. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm phổi cộng đồng do *Mycoplasma pneumoniae* tại Khoa Nhi, Trung tâm Y tế huyện Thanh Thủy năm 2023 - 2024.
2. Nhận xét kết quả điều trị bệnh viêm phổi cộng đồng do *Mycoplasma pneumoniae*.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng và thời gian, địa điểm nghiên cứu

**2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.** 194 bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng do *Mycoplasma pneumoniae* được điều trị tại khoa Nhi, TTYT Thanh Thủy.

#### 2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nhi, Trung tâm y tế huyện Thanh Thủy
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7/2023 đến tháng 6/2024.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

#### 2.3. Cỡ mẫu và công cụ thu thập số liệu

- Cỡ mẫu: 194 bệnh nhi thỏa mãn tiêu chuẩn.
- Cách chọn mẫu: Thuận tiện (tất cả bệnh nhi có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán vào viện trong thời gian từ tháng 7/2023- tháng 6/2024.
- Công cụ thu thập số liệu: Mỗi bệnh nhi có một bệnh án riêng theo mẫu nghiên cứu trong đó ghi chép đầy đủ thông tin về hành chính,

bệnh sử, tiền sử, dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng lúc vào viện và theo dõi suốt quá trình điều trị cho đến khi ra viện.

**2.4. Phân tích và xử lý số liệu**

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập bằng phần mềm excel, được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự phê duyệt của Hội đồng khoa học kỹ thuật Trung tâm Y tế huyện Thanh Thủy. Các thông tin của bệnh nhân được tuân thủ nguyên tắc bảo mật, bảo vệ quyền riêng tư và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành nhằm phục vụ lợi ích cho sức khỏe bệnh nhân và sự phát triển cộng đồng, không gây bất cứ tác hại nào cho người tham gia nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu đảm bảo tính khách quan và trung thực.

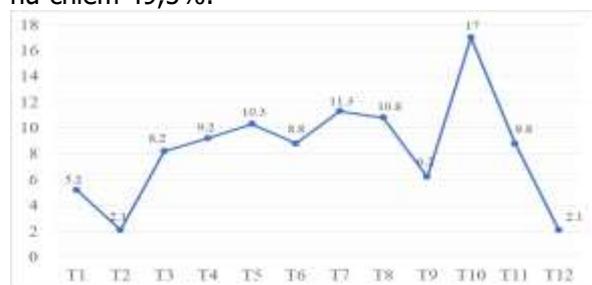
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả trên 194 bệnh nhi viêm phổi cộng đồng do Mycoplasma Pneumonia tại khoa Nhi TTYT Thanh Thủy thu được kết quả thu được như sau:

**Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu**

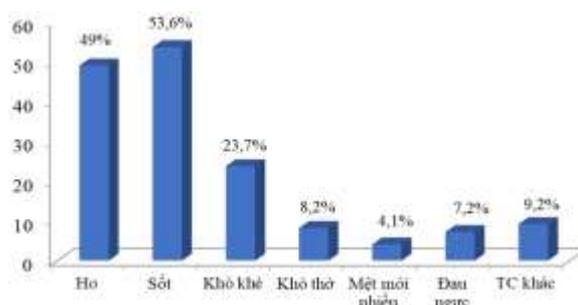
Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Nhóm tuổi</b>		
Sơ sinh	0	0
Từ 1 tháng - 24 tháng	24	12,4
24 tháng - 5 tuổi	100	51,5
>5 tuổi	70	36,1
Min - Max	4 tháng – 15 tuổi	
<b>Giới tính</b>		
Nam	98	50,5
Nữ	96	49,5

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi sơ sinh không gặp trường hợp nào, nhóm tuổi từ 24 tháng – 5 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 51,5%. Tuổi nhỏ nhất mắc viêm phổi cộng đồng do là 4 tháng, cao nhất là 15 tuổi, nam chiếm 50,5% và nữ chiếm 49,5%.



**Biểu đồ 3.1. Thời điểm nhập viện trong năm**

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời điểm nhập viện viêm phổi do M.Pneumonia quanh năm, nhiều nhất vào tháng 7, tháng 8 và tháng 10.



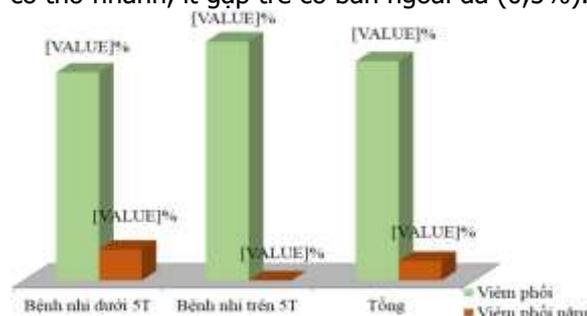
**Biểu đồ 3.2. Lý do vào viện**

Theo biểu đồ 3.2 cho thấy lý do nhập viện thường gặp của viêm phổi cộng đồng do MP là: Sốt (53,6%), ho (49%) và khò khè (23,7%).

**Bảng 3.2 Triệu chứng cơ năng, thực thể bệnh viêm phổi cộng đồng do M.Pneumonia (n=194)**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
<b>Triệu chứng cơ năng</b>	Ho	194	100
	Viêm long ĐHHT	172	88,7
	Sốt	104	53,6
	Khò khè	46	23,7
	Khó thở	22	11,3
	Đại tiện phân lỏng	36	18,6
	Nôn	14	7,2
<b>Triệu chứng thực thể</b>	SpO2 > 95%	178	91,8
	Thở nhanh	132	68
	Rút lõm lồng ngực	92	47,4
	Ran ẩm	194	100
	Ban ngoài da	1	0,5
	TC tiêu hóa	114	58,8

**Nhận xét:** Các triệu chứng lâm sàng được ghi nhận nhiều nhất của bệnh nhi là ho (100%), sốt (53,6%), khò khè (23,7%), khó thở (11,3%), 100% bệnh nhi có ran ẩm ở phổi, 68% bệnh nhi có thở nhanh, ít gặp trẻ có ban ngoài da (0,5%).



**Biểu đồ 3.3. Phân loại mức độ nặng viêm phổi cộng đồng do Mycoplasma Pneumonia**

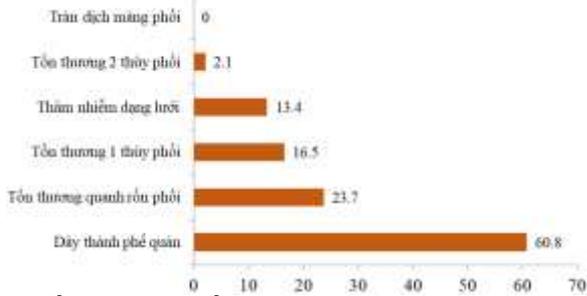
Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trẻ dưới 5 tuổi có 87,1% viêm phổi và 12,9% viêm phổi nặng, trẻ trên 5 tuổi 100% bệnh nhi viêm phổi và không có trường hợp nào viêm phổi nặng.

**Bảng 3.3. Đặc điểm xét nghiệm máu**

**viêm phổi cộng đồng do Mycoplasma Pneumonia**

Đặc điểm		n (%)
Số lượng bạch cầu	< 4 g/L	34 (17,5%)
	4 - 10 G/L	94 (48,5%)
	> 10 G/L	66 (34%)
CRP	< 6 mg/L	30 (15,5%)
	6 - 24 mg/L	88 (45,4%)
	> 24 mg/L	76 (39,2%)

Về cận lâm sàng nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả như sau: Xét nghiệm máu chỉ số bạch cầu hầu hết giao động trong ngưỡng bình thường 4 – 10 G/L chiếm 48,5%, có 39,2% bệnh nhi có CRP > 24 mg/L.



**Biểu đồ 3.4. Tổn thương trên phim X quang ngực viêm phổi cộng đồng do M. Pneumonia**

Tổn thương trên phim X quang ngực chủ yếu gặp dày thành phế quản chiếm 60,8%, tổn thương quanh rốn phổi chiếm 23,7%, tổn thương đồng đặc 1 thùy phổi gặp ở phổi phải nhiều hơn phổi trái chiếm 16,5% và 2,1% tổn thương đồng đặc ở cả 2 bên phổi (tổn thương đồng đặc nói chung chiếm 18,6%).

**Bảng 3.4. Đồng nhiễm vi khuẩn M. Pneumonia với tác nhân khác**

Đặc điểm		n	%
Không đồng nhiễm		74	38,2
Có đồng nhiễm	Vi khuẩn	66	34
	Virus	34	17,5
	Cả 2	20	10,3

Về xét nghiệm tìm căn nguyên gây bệnh, có 74/194 bệnh nhi nhiễm Mycoplasma pneumonia đơn thuần chiếm 38,2. Tỷ lệ đồng nhiễm với vi khuẩn khác (34%) cao hơn đồng nhiễm với virus (17,5%).

**Bảng 3.5. Điều trị viêm phổi cộng đồng do M. Pneumonia**

Điều trị		n	%
Thở cpap		3	1,5
Thở oxy		13	6,7
Kháng sinh	Azithromycin	34	17,5
	Klacid	160	82,5
	Macrolid => Quinolone	100	51,5

Quinolone	0	0
Doxycyclin	2	1
Kết hợp KS khác	194	100

Trong 194 bệnh nhi có 92 bệnh nhi được điều trị khỏi bệnh bằng kháng sinh nhóm Macrolid (47,4%), bệnh nhi điều trị bằng macrolid không đỡ phải đổi sang quinolone là 51,5% và 1% trẻ được dùng nhóm Doxycilin. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhi nào được điều trị bằng quinolone ngay từ khi nhập viện.

**Bảng 3.6. Số ngày điều trị trung bình viêm phổi cộng đồng do M. Pneumonia**

Đặc điểm		Số ngày điều trị trung bình
Số ngày điều trị	Nhóm bệnh nhi đã dùng thuốc ở nhà	6 ± 1,4
	Nhóm bệnh nhi chưa dùng thuốc ở nhà	5 ± 5,7

Thời gian điều trị nội trú trung bình ở các bệnh nhi của chúng tôi là 6 ± 1,4 ngày đối với những trẻ có dùng thuốc tại nhà và những trẻ chưa điều trị tại nhà là 5 ± 5,7 ngày.

**3.2. Kết quả điều trị viêm phổi cộng đồng do M. Pneumonia**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm trẻ khỏi hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao là 67%, có 3 trường hợp trẻ nặng phải thở máy cpap (1,5%) và 13 trường hợp thở oxy (6,7%) không ghi nhận trường hợp nào tử vong.

**IV. BÀN LUẬN**

Viêm phổi cộng đồng do Mycoplasma Pneumonia có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp nhóm tuổi trên 5 tuổi. Tuy nhiên thời gian gần đây các nghiên cứu cho thấy lứa tuổi mắc M. pneumonia có xu hướng trẻ hóa. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi nhỏ nhất là 4 tháng, lớn nhất là 15 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là 24 tháng – 5 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 51,5%. Tỷ lệ nam/nữ là 50,5%/49,5%. Khác với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thành Nhôm nữ chiếm 53,1% và nam chiếm 46,9%, nhóm tuổi từ 12 - 60 tháng chiếm đa số 61,5% [3]. Sự khác biệt về tỷ lệ nam/nữ giữa các nghiên cứu có thể lý giải do sự khác nhau về đặc điểm giới tính giữa các quần thể nghiên cứu tại các vùng miền khác nhau. Viêm phổi do M. pneumonia có thể gặp quanh năm, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trẻ nhập viện tất cả các tháng trong năm trong đó nhiều nhất vào tháng 7, tháng 8 và tháng 10. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Phan Thị Thu Minh: tỉ lệ bệnh nhi viêm phổi nhập viện nhiều nhất từ

tháng 7 đến tháng 11 [6].

Triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhi viêm phổi cộng đồng do M. Pneumonia được báo cáo trong các nghiên cứu trước đây cho thấy có cả triệu chứng tại phổi và ngoài phổi. Lý do nhập viện thường gặp là: Sốt (53,6%), ho (49%) và khó khè (23,7%). Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Phan Thị Thu Minh: ho 143/165 (92,1%), sốt 99/165 (60%) [6]. Triệu chứng cơ năng được ghi nhận nhiều nhất của bệnh nhi là ho (100%), sốt (53,6%), khó khè (23,7%), khó thở (11,3%). Các triệu chứng thực thể cho thấy 100% bệnh nhi có ran ẩm ở phổi, 68% bệnh nhi có thở nhanh, ít gặp trẻ có ban ngoài da (0,5%). Kết quả này cho thấy các triệu chứng cơ năng thường rầm rộ, nhiều hơn triệu chứng thực thể.

Triệu chứng cận lâm sàng, xét nghiệm máu cho thấy chỉ số bạch cầu hầu hết dao động trong ngưỡng bình thường 4 – 10 G/L chiếm 48,5%, có 39,2% bệnh nhi có CRP > 24 mg/L. Tổn thương trên phim Xquang ngực chủ yếu gặp dày thành phế quản chiếm 60,8%, tổn thương quanh rốn phổi chiếm 23,7%, tổn thương đông đặc 1 thùy phổi gặp ở phổi phải nhiều hơn phổi trái chiếm 16,5% và 2,1% tổn thương đông đặc ở cả 2 bên phổi. Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Đặng Mai Liên: tỉ lệ tăng bạch cầu là 75,7% và tăng CRP huyết thanh là 51,4%, tổn thương đông đặc trên phim Xquang là 60,7% [2]. Về xét nghiệm tìm căn nguyên gây bệnh, có 74/194 bệnh nhi nhiễm Mycoplasma pneumonia đơn thuần chiếm 38,2. Tỉ lệ đồng nhiễm với vi khuẩn khác (34%) cao hơn đồng nhiễm với virus (17,5%). Việc tìm căn nguyên gây bệnh góp phần rất lớn cho công tác điều trị, giúp tiên lượng bệnh, rút ngắn thời gian điều trị, cách ly phòng điều trị làm giảm nguy cơ lây nhiễm bệnh trong bệnh viện và cộng đồng.

Trong 194 bệnh nhi có 92 bệnh nhi được điều trị khỏi bệnh bằng kháng sinh nhóm Macrolid (47,4%), bệnh nhi điều trị bằng macrolid không đỡ phải đổi sang quinolone là 51,5% và 1% trẻ được dùng nhóm Doxycilin. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhi nào được điều trị bằng quinolone ngay từ khi nhập viện. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Phúc chỉ ra tỉ lệ sử dụng Macrolid trong điều trị nội trú là cao nhất (81%), 12,6% bệnh nhân điều trị thất bại với macrolid phải đổi kháng sinh sang quinolone [4]. Khác hẳn với nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ dùng nhóm Quinolone cao hơn hẳn, một phần do tình trạng dùng kháng sinh bừa bãi cho trẻ tại nhà làm tỉ lệ kháng thuốc tăng lên,

giảm hiệu quả điều trị của nhóm Macrolid với MP. Thời gian điều trị nội trú trung bình nghiên cứu của chúng tôi là  $6 \pm 1,4$  ngày đối với những trẻ có dùng thuốc tại nhà và những trẻ chưa điều trị tại nhà là  $5 \pm 5,7$  ngày. Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ trẻ khỏi hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao là 67%, có 3 trường hợp trẻ nặng phải thở máy cpap (1,5%) và 13 trường hợp thở oxy (6,7%) không ghi nhận trường hợp nào tử vong. Kết quả của Đặng Mai Liên cho thấy 100% số trẻ khỏi hoàn toàn, không ghi nhận trường hợp nào tử vong [2].

## V. KẾT LUẬN

Viêm phổi cộng đồng do M.Pneumonia có xu hướng trẻ hóa, gặp chủ yếu ở nhóm tuổi từ 24 tháng đến 5 tuổi. Bệnh xảy ra quanh năm, thời điểm nhập viện đạt đỉnh vào tháng 10. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là ho và sốt, nghe phổi có ran ẩm, bệnh thường ở thể nhẹ.

Triệu chứng cận lâm sàng cho thấy xét nghiệm máu đa số bạch cầu ngoại vi trong giới hạn bình thường, CRP huyết thanh tăng. Về tổn thương trên phim xquang chủ yếu gặp tổn thương dày thành phế quản 2 bên, tổn thương quanh rốn phổi và tổn thương đông đặc 1 thùy phổi. Macrolid và quinolon là 2 kháng sinh phổ biến được dùng trong điều trị. Tỉ lệ khỏi bệnh cao, không có trường hợp tử vong.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bô Y tế** (2014). Hướng dẫn xử trí Viêm phổi cộng đồng ở trẻ em.
2. **Đặng Mai Liên. cs** (2023). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và một số yếu tố liên quan tới viêm phổi nặng do Mycoplasma Pneumonia ở trẻ em. Tạp chí Nhi khoa, 16.5.
3. **Nguyễn Thành Nhôm**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Long. Kỷ yếu các đề tài NCKH Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long. 2015
4. **Nguồn Thị Thanh Phúc và cộng sự** (2023). Kết quả điều trị viêm phổi nhiễm Mycoplasma Pneumoniae mạn tính kháng macrolid ở trẻ em. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 174(1), 158-163.
5. **Phạm Văn Hòa** (2019). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và nhân xét kết quả điều trị viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh, 23 (4).
6. **Phan Thị Thu Minh và cộng sự**. "Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và kết quả điều trị viêm phổi do Mycoplasma Pneumonia ở trẻ em." Tạp chí Y học Việt Nam 539.3 (2024).
7. **UNICEF, WHO, and WHO UNICEF**. "Pneumonia: the forgotten killer of children." UNICEF/WHO 140 (2006).
8. **WHO** (2019). "Pneumonia".

# HIỆU QUẢ CỦA KHỐI FIBRIN GIÀU TIỂU CẦU TRONG VIỆC KIỂM SOÁT ĐAU, SƯNG VÀ LÀNH THƯƠNG MÔ MỀM SAU NHỔ RĂNG CỐI LỚN HÀM DƯỚI Ở BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Vũ Anh Dũng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Phúc Vinh<sup>1</sup>,  
Lâm Nhựt Tân<sup>1</sup>, Lê Ngọc Thanh Trúc<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả kiểm soát sưng, đau và lành thương mô mềm sau phẫu thuật nhổ răng cối lớn hàm dưới ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có sử dụng khối fibrin giàu tiểu cầu (PRF). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng được thực hiện trên 32 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có chỉ định nhổ răng cối lớn hàm dưới và sử dụng PRF sau phẫu thuật tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025. Các chỉ số được theo dõi bao gồm mức độ đau (VAS), mức độ sưng nề mặt và mức độ lành thương mô mềm tại các thời điểm sau phẫu thuật (ngày 1, 3, 7, 21 và 42). **Kết quả:** Mức độ đau giảm dần từ ngày 1 đến ngày 7 sau phẫu thuật, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Kích thước phù nề mặt tăng nhẹ tại ngày 1, sau đó giảm dần và trở về gần mức trước phẫu thuật vào ngày 7. Các đặc tính mô mềm đạt kết quả tích cực từ ngày 7 và tiến triển rõ tại các mốc ngày 21 và 42. Điểm lành thương trung bình cũng cải thiện theo thời gian, với sự khác biệt có ý nghĩa giữa ngày 7 và các thời điểm ngày 21, 42 ( $p < 0,001$ ). **Kết luận:** Việc ứng dụng PRF trong phẫu thuật nhổ răng cối lớn hàm dưới ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 giúp giảm đau hiệu quả, hạn chế sưng nề và thúc đẩy quá trình lành thương mô mềm, góp phần nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc hậu phẫu.

**Từ khóa:** Khối fibrin giàu tiểu cầu, nhổ răng cối lớn hàm dưới, đái tháo đường typ 2, lành thương mô mềm.

## SUMMARY

### THE EFFECTIVENESS OF PLATELET-RICH FIBRIN IN CONTROLLING PAIN, SWELLING AND SOFT TISSUE HEALING AFTER MANDIBULAR MOLAR EXTRACTION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

**Objective:** Evaluation of swelling, pain, and soft tissue healing after mandibular molar extraction using platelet-rich fibrin (PRF) in patients with type 2 diabetes. **Subjects and Methods:** A non-controlled clinical trial conducted on 32 patients with type 2 diabetes who underwent mandibular molar extraction with PRF application at Thong Nhat Hospital from August 2024 to March 2025. Postoperative parameters

were monitored, including pain level (VAS), facial swelling, and soft tissue healing at multiple time points (days 1, 3, 7, 21, and 42). **Results:** Pain levels decreased progressively from day 1 to day 7 after surgery, with statistically significant differences ( $p < 0.001$ ). Facial swelling slightly increased on day 1, then gradually subsided and returned close to baseline by day 7. Soft tissue characteristics showed positive improvement from day 7 and progressed markedly by days 21 and 42. The mean healing scores also improved over time, with significant differences observed between day 7 and days 21 and 42 ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** The use of PRF in mandibular molar extraction for patients with type 2 diabetes demonstrated effective pain reduction, minimized swelling, and enhanced soft tissue healing, contributing to improved postoperative outcomes and quality of care.

**Keywords:** Platelet-rich fibrin, mandibular molar extraction, type 2 diabetes, soft tissue healing.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh lý rối loạn chuyển hóa mạn tính phổ biến nhất toàn cầu, với tỷ lệ mắc đang gia tăng nhanh chóng và dự kiến sẽ đạt khoảng 800 triệu người vào năm 2045 [7]. Một trong những biến chứng quan trọng ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 là tình trạng chậm lành vết thương, do ảnh hưởng của tăng đường huyết kéo dài lên quá trình tái tạo mô và hệ miễn dịch. Điều này đặc biệt có ý nghĩa trong phẫu thuật răng miệng, khi quá trình lành thương sau nhổ răng ở bệnh nhân đái tháo đường có nguy cơ nhiễm trùng và tiêu xương ổ răng cao hơn bình thường [5],[6]. Khối fibrin giàu tiểu cầu (PRF) là một chế phẩm sinh học từ máu tự thân, chứa nhiều yếu tố tăng trưởng, bạch cầu và cytokine, có khả năng thúc đẩy quá trình phục hồi mô mềm và xương sau nhổ răng. Kỹ thuật sử dụng PRF, được phát triển bởi Choukroun từ năm 2001, hiện đang được ứng dụng rộng rãi trong nha khoa nhờ đặc tính an toàn, dễ thực hiện và hiệu quả sinh học cao [1],[4],[5]. Mặc dù có nhiều nghiên cứu chứng minh vai trò tích cực của PRF trong việc hỗ trợ lành thương trong nhổ răng, đặc biệt là răng khôn, các nghiên cứu về ứng dụng PRF trong điều trị cho bệnh nhân đái tháo đường và răng cối lớn nói chung còn hạn chế. Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng và khoảng trống nghiên cứu,

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Dũng

Email: drdung1980@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 16.9.2025