

chứng sớm và tích hợp tập luyện kháng trở là yếu tố quan trọng để bảo tồn khối lượng cơ và đạt được mức giảm cân gần như tối ưu sau 6 tháng phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Điều Trị Bệnh Béo Phì.; 2022.
2. **Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, et al.** American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines For Medical Care of Patients with Obesity. *Endocr Pract.* 2016;22:1-203. doi:10.4158/EP161365.GL
3. **Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, et al.** Clinical Practice Guidelines For The Perioperative Nutrition, Metabolic, and Nonsurgical Support of Patients Undergoing Bariatric Procedures – 2019 Update: Cosponsored By American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology, The Obesity Society, American Society For Metabolic & Bariatric Surgery, Obesity Medicine Association, and American Society of Anesthesiologists. *Endocr Pract.* 2019;25:1-75. doi:10.4158/GL-2019-0406
4. **Romeijn MM, Kolen AM, Holthuijsen DDB, et al.** Effectiveness of a Low-Calorie Diet for Liver Volume Reduction Prior to Bariatric Surgery: a Systematic Review. *Obes Surg.* 2021;31(1):350-356. doi:10.1007/s11695-020-05070-6
5. **Giang TB, Tâm LN.** Hướng Dẫn Dinh Dưỡng Trong Điều Trị Bệnh Nhân Ngoại Khoa. Nhà xuất bản Y học; 2022.
6. **Bộ Y tế,** Viện Dinh dưỡng. Nhu Cầu Dinh Dưỡng Khuyến Nghị Cho Người Việt Nam. Nhà xuất bản Y học; 2016.
7. **Dermawan A, Eshon S, Danagher K, Senaratne S.** Scurvy—a re-emerging disease with the rising cost of living and number of bariatric surgical procedures. *BMJ Case Rep CP.* 2024;17(8):e261082. doi:10.1136/bcr-2024-261082
8. **Tapia JO, Tapia RO, Farias JB, et al.** A case of kwashiorkor after bariatric surgery leading to large pericardial effusion in a young latin female. *JACC.* 2025;85(12_Supplement): 4672-4672. doi:10.1016/S0735-1097(25)05156-3
9. **Sierżantowicz R, Ładny JR, Lewko J.** Quality of Life after Bariatric Surgery-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(15):9078. doi:10.3390/ijerph19159078

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI Ở TRẺ THÔNG LIÊN THẤT

Thạch Ri Sa^{1,2}, Ông Huy Thanh^{2,3},
Lê Thị Giáng Châu¹, Triệu Quốc Hải¹, Lý Quốc Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ thông liên thất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca bệnh được áp dụng cho 48 trường hợp viêm phổi ở trẻ thông liên thất tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ và Bệnh viện Chuyên Khoa Sản Nhi Sóc Trăng. **Kết quả:** Trong 48 trường hợp, có 34 ca ở Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ và 14 ca ở Bệnh viện Chuyên Khoa Sản Nhi Sóc Trăng. Tuổi trung bình của trẻ là 23,7±34,5 tháng tuổi. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ho 81,3% (viêm phổi), 90,6% (viêm phổi nặng). Sốt 75% (viêm phổi), 84,4% (viêm phổi nặng). Triệu chứng thực thể thường gặp là rút lõm lồng ngực 68,8% (viêm phổi), 90,6% (viêm phổi nặng), nhịp thở nhanh 37,5% (viêm phổi), 75% (viêm phổi nặng). Phổi có ral ẩm, nổ 93,8% (viêm phổi), 100% (viêm

phổi nặng). Hình ảnh X quang thường gặp là hội chứng phế nang 100% (viêm phổi), 68,8% (viêm phổi nặng). Lỗ thông phần quanh màng chiếm 62,5% (viêm phổi), 78,1% (viêm phổi nặng). Trẻ mắc viêm phổi chiếm 33,3% và viêm phổi nặng chiếm 66,7%. Trẻ dưới 12 tháng tuổi mắc viêm phổi là 37,5%, viêm phổi nặng là 75%. Số trẻ được điều trị khỏi ra viện chiếm 79,2%, viêm phổi 100%, viêm phổi nặng 68,8%. Thời gian nằm viện trung bình là 14 ngày. **Kết luận:** Viêm phổi ở trẻ bị thông liên thất thường là viêm phổi nặng và tỷ lệ điều trị thành công khá cao nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời. **Từ khóa:** viêm phổi, thông liên thất, tim bẩm sinh.

SUMMARY

THE CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULT OF PNEUMONIA IN CHILDREN WITH VENTRICULAR SEPTAL DEFECT

Objectives: Describe the clinical, paraclinical characteristics and treatment result of pneumonia in children with Ventricular septal defect. **Materials and Methods:** A case series study was conducted on 48 children with Ventricular septal defect who was diagnosed pneumonia at Can Tho City Children's Hospital and Soc Trang Hospital for women and children. **Results:** In 48 cases, 34 were from Can Tho Children's Hospital and 14 were from Soc Trang

¹Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Thạch Ri Sa

Email: thachrisa1991@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

Hospital for Women and Children. The average age of children is 23.7 ± 34.5 months. The most common functional symptoms are cough 81.3% (pneumonia), 90.6% (severe pneumonia). Fever of accounting for 75% (pneumonia), 84.4% (severe pneumonia). Common physical symptoms are chest concave retraction 68.8% (pneumonia), 90.6% (severe pneumonia). Tachypnea 37.5% (pneumonia), 75% (severe pneumonia). The lungs have moist and fine crackles 93.8% (pneumonia), 100% (severe pneumonia). Radiographic findings are alveolar syndrome 100% (pneumonia), 68.8% (severe pneumonia). Perimembranous 62.5% (pneumonia), 78.1% (severe pneumonia). Children with pneumonia accounted for 33.3% and severe pneumonia accounted for 66.7%. Children under 12 months of age have pneumonia at 37.5%, severe pneumonia at 75%. 79.2% full recovery. The medium time of hospitalized was 14 days. **Conclusion:** Pneumonia in children with ventricular septal defect is often severe pneumonia and the successful treatment is high if patient diagnosed and treated promptly.

Keywords: Pneumonia, ventricular septal defect, congenital heart disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi (Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), với khoảng 740.000 ca tử vong năm 2019, chiếm 14% tổng số trường hợp tử vong ở trẻ nhỏ [1]. Thông liên thất là một dạng tim bẩm sinh không tím, có luồng thông trái phải, vị trí lỗ thông thường gặp nhất là phần quanh màng. Lỗ thông nhỏ có xu hướng tự đóng sau vài năm. Do luồng thông trái phải làm tăng lưu lượng máu lên phổi, vì vậy trên lâm sàng có một số ít trẻ có biểu hiện suy tim, đặc biệt là trẻ hay bị viêm phổi tái đi tái lại và chậm lớn [2]. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ thông liên thất" nhằm hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi ở trẻ bị thông liên thất.

2. Đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ bị thông liên thất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ bị thông liên thất được chẩn đoán xác định là viêm phổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ và Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng từ tháng 05/2024 đến 05/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

– Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi: Theo Quyết định số 101/QĐ-BYT ngày 9/1/2014, của Bộ Y tế về hướng dẫn chẩn đoán, xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em [3].

– Chẩn đoán thông liên thất phải dựa vào

lâm sàng gợi ý và kết quả siêu âm tim Doppler màu quyết định [4].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân viêm phổi có thông liên thất đã được can thiệp đóng lỗ thông. Người nhà không đồng ý nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

– Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca bệnh.
– Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

– Các chỉ số/biến số nghiên cứu: Nhóm tuổi, giới tính, đặc điểm lâm sàng (triệu chứng toàn thân, cơ năng, thực thể) của bệnh viêm phổi, đặc điểm cận lâm sàng (bạch cầu, CRP, hình ảnh X-quang phổi, siêu âm tim), Kết quả điều trị: đặc điểm sử dụng thuốc, thời gian nằm viện, kết quả điều trị [3], [4].

– **Phương tiện nghiên cứu:** Hình ảnh X quang phổi chụp bằng máy X quang cao tần SHIMADZU Model UD 150L-40E/F (2006) của Nhật ở Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ và máy X quang kỹ thuật số Del Medical Fujifilm ở Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng. Siêu âm tim: thực hiện trên máy siêu âm tim hiệu GEF6 ở Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ với đầu dò đa tần, máy siêu âm tim hiệu SIEMENS ACUSON X300 ở Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng

– **Phương pháp xử lý số liệu:** Tất cả các số liệu được nhập trên máy tính và phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0.

– **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ và Bệnh viện chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng từ tháng 05/2024 đến 05/2025.

– **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại Học Y Cần Thơ với số 24.297.HV-ĐHYDCT ngày 28/06/2024. Nghiên cứu chỉ được thực hiện với sự chấp thuận của đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu dưới 18 tuổi cần được sự đồng ý của người giám hộ để tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên tinh thần tôn trọng bí mật riêng tư của đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 48 trẻ thông liên thất được chẩn đoán viêm phổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ và Bệnh viện Chuyên Khoa Sản Nhi Sóc Trăng. Trong đó tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ là 34 trẻ, tại Bệnh viện Chuyên Khoa Sản Nhi Sóc Trăng là 14 trẻ.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng

ngiên cứu

Đặc điểm trẻ		Số lượng (n=48)	Tỷ lệ (%)
Tuổi TB ± ĐLC (Nhỏ nhất-lớn nhất): 23,7 ± 34,5 (2 tháng - 156 tháng)			
Nhóm tuổi	2 - <12 tháng	30	62,5
	≥12 tháng – <6 tuổi	13	27,1
	≥6 tuổi	5	10,4
Giới tính	Nam	24	50
	Nữ	24	50

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 23,7 ± 34,5, tuổi nhỏ nhất là 2 tháng, lớn nhất là 156 tháng, phân bố theo giới tính nam và nữ tỷ lệ bằng nhau là 50%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**Bảng 2. Triệu chứng toàn thân và cơ năng**

Triệu chứng cơ năng	Viêm phổi		Viêm phổi nặng		p
	n	%	n	%	
Sốt	12	75	27	84,4	0,457*
Ho	13	81,3	29	90,6	0,386*
Bỏ bú, bú kém hoặc ăn uống kém	9	56,3	19	59,4	1*
Nôn ói	3	18,8	12	37,5	0,322

(*): hiệu chỉnh Fisher's exact test

Nhận xét: Tỷ lệ ho và sốt là hai triệu chứng cơ năng phổ biến nhất, gặp lần lượt ở 90,6% và 84,4% trẻ viêm phổi nặng so với 81,3% và 84,4% ở nhóm viêm phổi. Tuy nhiên, các khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	Viêm phổi		Viêm phổi nặng		p
	n	%	n	%	
Tím tái	1	6,3	27	84,4	<0,001*
Nhịp thở	Thở nhanh	6	37,5	24	75
	Ngừng thở	0	0	5	15,6
Rút lõm lồng ngực	11	68,8	29	90,6	0,096*
Ran ẩm, nổ	15	93,8	32	100	0,333*
Ran rít, ngáy	5	31,3	5	15,6	0,267*
Spo2<94%	0	0	21	65,6	<0,001*

(*): hiệu chỉnh Fisher's exact test

Nhận xét: Ở nhóm viêm phổi nặng, các dấu hiệu suy hô hấp như tím tái (84,4% so với 6,3%), thở nhanh (75% so với 37,5%) và SpO₂ < 94% (65,6% so với 0%) xuất hiện nhiều hơn và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Rút lõm ngực cũng gặp nhiều hơn (90,6% so với 68,8%), nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,096$).

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng viêm phổi ở trẻ thông liên thất

Đặc điểm	Viêm phổi		Viêm phổi nặng		p
	n	%	n	%	

Bạch cầu (tăng hoặc giảm)	4	25	13	40,6	0,350*	
CPR (mg/l) (tăng)	5	100	9	40,9	0,041*	
Tổng	5	100	22	100		
Hình ảnh tổn thương trên X quang						
Hội chứng phế nang	16	100	22	68,8	0,043	
Hội chứng phế nang + bóng tim to	0	0	8	28,1		
Hội chứng phế nang + bóng tim to+ VP thùy	0	0	1	3,1		
Đặc điểm trên siêu âm tim						
Vị trí lỗ thông						
Phần quanh màng	10	62,5	25	78,1	0,692	
Phần buồng thoát	3	18,8	3	9,4		
Phần cơ bẻ	2	12,5	3	9,4		
Phần buồng nhận	1	6,2	1	3,1	0,139	
Kích thước lỗ thông	Nhỏ	8	50	10		31,3
	Vừa	6	37,5	9		28,1
	Lớn	2	12,5	13	40,6	
Chiều shunt	T sang P	16	100	26	81,2	0,159*
	2 chiều	0	0	6	18,8	
Có tăng áp phổi	3	18,8	10	31,3	0,497*	

(*): Hiệu chỉnh theo Fisher's exact test

Nhận xét: CRP tăng hoặc giảm gặp nhiều hơn ở nhóm viêm phổi nặng (40,9% so với 10%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,04$. Trên X-quang, hình ảnh hội chứng phế nang ở nhóm viêm phổi (100%), trong khi hội chứng phế nang phổi hợp bóng tim to gặp nhiều hơn ở nhóm viêm phổi nặng (28,1%), các yếu tố khác như bạch cầu, vị trí và kích thước lỗ thông, chiều shunt và tăng áp phổi không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 5. Mức độ viêm phổi ở trẻ em theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Viêm phổi		Viêm phổi nặng		p
	n	%	n	%	
2-<12 tháng	6	37,5	24	75	0,028
≥12 tháng – <6 tuổi	8	50	5	15,6	
≥6 tuổi	2	12,5	3	9,4	
Tổng	16	100	32	100	

Nhận xét: Tỷ lệ viêm phổi nặng cao nhất gặp ở nhóm trẻ từ 2 đến dưới 12 tháng tuổi (75%), sự khác biệt về mức độ viêm phổi giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p = 0,028$).

3.3. Đánh giá kết quả điều trị**Bảng 6. Đặc điểm sử dụng thuốc và hỗ trợ hô hấp**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có sử dụng hỗ trợ hô hấp	29	60,4
Có sử dụng kháng sinh	48	100
Có sử dụng thuốc tim mạch	17	35,5

Nhận xét: có 60,4% trường hợp cần sử dụng các phương pháp cung cấp oxy. 100% trường hợp có sử dụng kháng sinh, có 35,5% cần sử dụng thuốc hỗ trợ tim mạch trong quá trình điều trị.

Bảng 7. Thời gian nằm viện

Thời gian	Ngày
Ngắn nhất	1
Dài nhất	98
Trung bình	14,4 ± 20,1

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là 14,4 ± 20,1 ngày, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất 98 ngày.

Bảng 8. Kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ thông liên thất

Kết quả	Viêm phổi		Viêm phổi nặng		p
	n	%	n	%	
Khỏi	16	100	22	68,8	0,043
Chuyển tuyến	0	0	4	12,5	
Nặng xin về và tử vong	0	0	6	18,8	
Tổng	16	33,3	32	66,7	

Nhận xét: Tỷ lệ khỏi bệnh ở nhóm trẻ viêm phổi nặng (68,8%) thấp hơn đáng kể so với nhóm viêm phổi không nặng (100%), trong khi tỷ lệ chuyển tuyến và nặng xin về hoặc tử vong cao hơn ở nhóm viêm phổi nặng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,043$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Theo kết quả nghiên cứu thì nhóm tuổi dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,5% cũng gần tương đương với nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang (2016), độ tuổi 2 tháng đến dưới 12 tháng là lứa tuổi nhập viện cao (79,6%) [6]. Về giới tính chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nam và nữ bằng nhau, mỗi giới chiếm 50% tổng số ca (24/48 trẻ). Kết quả này cho thấy không có sự khác biệt về giới tính trong phân bố trẻ bị viêm phổi có thông liên thất. Theo nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang (nam:nữ là 1,2:1) [5].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng. Ho chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm viêm phổi nặng (90,6%) và ở nhóm viêm phổi (81,3%). Sốt chiếm (84,4%) viêm phổi nặng và (75%) ở nhóm viêm phổi. Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với $p > 0,05$. Điều này cho thấy các biểu hiện cơ năng như ho và sốt có thể không đủ độ nhạy để phân biệt mức độ nặng nhẹ của bệnh. Các triệu chứng như bỏ bú, nôn ói cũng xuất hiện nhưng không đặc hiệu, và tần

suất không đủ cao. Ho là triệu chứng thường gặp nhất, phù hợp với nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang (chiếm 90,3% các trường hợp) [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Thành Nhôm thì ho chiếm 97,7%, biếng ăn, bỏ bú chiếm 21,5% [6]. Theo nghiên cứu của Wei Shan và cộng sự ho (94,8%), sốt (52,9%) [7]. Triệu chứng thực thể: tím tái xuất hiện ở 84,4% trẻ viêm phổi nặng so với chỉ 6,3% ở nhóm viêm phổi, thở nhanh gấp ở 75% so với 37,5%, và $SpO_2 < 94\%$ được ghi nhận ở 65,6% trẻ viêm phổi nặng trong khi hoàn toàn không có ở nhóm còn lại. Cả ba dấu hiệu này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Đây là các chỉ điểm quan trọng giúp nhận diện sớm viêm phổi nặng trong thực hành lâm sàng [7].

Bên cạnh đó, rút lõm lồng ngực được ghi nhận ở 90,6% trẻ viêm phổi nặng và 68,8% ở nhóm viêm phổi, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p = 0,096$. Các triệu chứng như ran ẩm/nổ có mặt ở hầu hết bệnh nhi trong cả hai nhóm (100% ở viêm phổi nặng và 93,8% ở viêm phổi), nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang thì 67% có thở nhanh và 3 trường hợp thở chậm/ngưng thở (2,9%), rút lõm lồng ngực chiếm 89,3%, tương đương với nghiên cứu của chúng tôi [5]. Theo Trần Huỳnh Việt Trang thì ran ẩm, nổ gấp 98,1% trường hợp, ran rít, ngáy 30,1% [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Thành Nhôm thì ran ẩm/ran nổ chiếm tỷ lệ cao (89,2%), tương đương với nghiên cứu của chúng tôi [6].

4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Bạch cầu ngoại vi tăng/giảm được ghi nhận 40,6% (viêm phổi nặng) và 25% (viêm phổi), sự khác biệt không có ý nghĩa với $p = 0,350$. Theo nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang cho thấy có 26,2% số lượng bạch cầu máu ngoại vi $> 15.000/mm^3$ [6]. Nghiên cứu của Nguyễn thành Nhôm thì Trung bình bạch cầu là $13.670/mm^3 (\pm 6.690)$. CRP tăng được ghi nhận ở 40,9% trẻ viêm phổi nặng so với 10% ở nhóm viêm phổi thường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,041$. Điều này cho thấy CRP có thể là một dấu hiệu hỗ trợ hữu ích trong đánh giá mức độ nặng của viêm phổi ở nhóm bệnh nhi có bệnh tim bẩm sinh. Theo nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang thì có 96 trẻ trong mẫu nghiên cứu được làm xét nghiệm định lượng CRP, có 25% trường hợp giá trị CRP tăng [5]. Hình ảnh xquang trẻ viêm phổi 100% có biểu hiện hội chứng phế nang, trong khi ở nhóm viêm phổi nặng, chỉ 68,8% có hội chứng phế nang, và 31,2% có tổn thương phổi hợp (bóng tim to hoặc viêm phổi thùy) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,043$, gợi ý rằng sự hiện diện của bóng tim to trên X-quang ngực

có thể phản ánh sự nặng hơn của bệnh lý nền hoặc tình trạng huyết động bất thường do shunt trái-phải kéo dài. Trong nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang thì hình ảnh tổn thương phổi đa phần là thâm nhiễm lan tỏa bên 2 bên 90,3%, thâm nhiễm lan tỏa bên phải 7,8%, thâm nhiễm lan tỏa bên trái chiếm tỉ lệ rất thấp 1,9% [5].

Vị trí lỗ thông quanh màng là phổ biến nhất ở cả hai nhóm, chiếm 62,5% ở nhóm viêm phổi và 78,1% ở nhóm viêm phổi nặng. Tương tự, kích thước lỗ thông lớn xuất hiện nhiều hơn ở nhóm viêm phổi nặng (40,6% so với 12,5%), và shunt hai chiều được ghi nhận ở 18,8% trẻ viêm phổi nặng. Tăng áp phổi cũng gặp nhiều viêm phổi nặng (31,3% so với 18,8%) không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, có thể do cỡ mẫu nhỏ, không phản ánh được liên quan đến tình trạng quá tải phổi và nguy cơ viêm phổi nặng ở trẻ có thông liên thất. Theo nghiên cứu Đỗ Hồ Tĩnh Tâm ghi nhận vị trí lỗ thông thường gặp nhất phần màng chiếm 91%, đa số lỗ thông có kích thước vừa và lớn (91,1%) và đã có biến chứng tăng áp lực động mạch phổi 78,6% ở trẻ thông liên thất [4].

4.3. Đánh giá kết quả điều trị

4.3.1. Đặc điểm sử dụng thuốc và hỗ trợ hô hấp. Có 60,4% trường hợp cần sử dụng các phương pháp cung cấp Oxy. 100% trường hợp có sử dụng kháng sinh, có 35,5% sử dụng thuốc hỗ trợ tim mạch. Theo nghiên cứu của Neeraj Kumar Jat và cộng sự viêm phổi ở trẻ tim bẩm sinh, nhu cầu về liệu pháp oxy, thuốc lợi tiểu, thuốc tăng co bóp cơ tim và hỗ trợ hô hấp lần lượt là 85%, 80%, 40% và 20% [8].

4.3.2. Thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $14,4 \pm 20,1$ ngày. Ngắn nhất là 1 ngày do bé vào với tình trạng suy hô hấp nặng sau đó được chuyển lên tuyến trên điều trị tiếp, có trường hợp kéo dài đến 98 ngày do tình trạng bé kém đáp ứng điều trị và tình trạng bé nặng hơn cần thở máy hỗ trợ hô hấp. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang là $11,6 \pm 11,7$ ngày, ≥ 14 ngày chiếm tỷ lệ 25,2%, có trường hợp kéo dài đến 86 ngày [5]. Điều này có thể giải thích là do nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ các trường hợp bệnh nặng nhiều hơn.

4.3.2. Kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ thông liên thất. Qua điều trị thì 79,2% trường hợp tạm ổn và cho xuất viện, 8,3% trường hợp chuyển viện, 12,5% nặng xin về và tử vong. Tỷ

lệ khỏi bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang. Trong nghiên cứu của Trần Huỳnh Việt Trang thì có gần 24,3% trường hợp không đáp ứng điều trị phải chuyển tuyến, nặng xin về thậm chí tử vong [5].

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi ở trẻ bị thông liên thất thường ở mức độ nặng, đặc biệt ở trẻ dưới 12 tháng tuổi. Các dấu hiệu như tím tái, thở nhanh, $SpO_2 < 94\%$ và CRP tăng giúp gợi ý mức độ nặng. Tỷ lệ điều trị thành công khá cao nếu được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, tuy nhiên nhóm bệnh nặng vẫn có nguy cơ diễn biến xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2022), Pneumonia, Geneva, Accessed on 20 May 2024, at the website: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.
2. Sri Endah Rahayuningsih, Rahmat Budi Kuswiyanto (2021), "Left to right shunt congenital heart disease as a risk factor of recurrent pneumonia in under five-year-old children: a single centre experience in Bandung Indonesia", Medicinski Glasnik (Zenica) 2021; 18(1):33–37. doi: 10.17392/1196-21
3. Bộ Y tế (2014), "Hướng dẫn xử trí Viêm phổi cộng đồng ở Trẻ em", Ban hành kèm theo Quyết định số 101/QĐ-BYT ngày 09/01/2014.
4. Đỗ Hồ Tĩnh Tâm (2022), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và siêu âm Doppler tim bệnh thông liên thất ở trẻ em", Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế - Số 3, tập 12, tháng 6/2022. doi: 10.34071/jmp.2022.3.3
5. Trần Huỳnh Việt Trang (2016), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ bị tim bẩm sinh có luồng thông trái – phải tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ", Luận án chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. Nguyễn Thành Nhôm (2015), "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 -5 tuổi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Long", Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học bệnh viện đa khoa Vĩnh Long. tập 2. tr.18-23.
7. Wei Shan, Tina Shi, Chen K. et al (2018), "Risk Factors for Severe Community-acquired Pneumonia Among Children Hospitalized with CAP Younger Than 5 Years of Age", The Pediatric Infectious Disease Journal 38(3):p 224-229, March 2019. doi: 10.1097/INF.0000000000002098
8. Neeraj Kumar Jat, DK Bhagwani, Namita Bhutani, et al (2021), "Assessment of the prevalence of congenital heart disease in children with pneumonia in tertiary care hospital: A cross-sectional study", Annals of Medicine and Surgery (London), 73 (103111). doi: 10.1016/j.amsu.2021.103111

PHÂN LOẠI ĐỘNG KINH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Trần Thị Hồng Hạnh^{1,2}, Lê Thị Khánh Vân², Nguyễn Lê Trung Hiếu³,
Bùi Hiếu Anh^{1,2}, Tôn Thất Hoàng³, Huỳnh Thị Mỹ Tiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân loại cơn động kinh và hội chứng động kinh theo Bảng phân loại của Liên đoàn Chống động kinh Quốc tế (LĐCĐKQT) trên trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi mới được chẩn đoán động kinh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi mới được chẩn đoán động kinh tại khoa Thần kinh Bệnh viện Nhi đồng 2 từ 01/01/2024 đến 31/07/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu có 137 trẻ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu tham gia. Phần lớn các kiểu cơn động kinh đều phân loại được theo Bảng phân loại của LĐCĐKQT năm 2017 với 97,3%, trong đó cơn cục bộ chiếm ưu thế với 42,2%. Hội chứng động kinh có thể phân loại được trên 24,8% các trường hợp. Hội chứng động kinh co thắt nhũ nhi thường gặp nhất, chiếm 16,1%. Nguyên nhân động kinh được xác định trên 23,4% trường hợp. **Kết luận:** Hệ thống Bảng phân loại Cơn động kinh năm 2017 và Hội chứng động kinh năm 2022 của LĐCĐKQT có thể áp dụng được trong điều kiện thực hành lâm sàng tại Việt Nam nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, cải thiện tiên lượng, đặc biệt là ở đối tượng trẻ nhỏ dễ bị tổn thương.

Từ khóa: cơn động kinh, hội chứng động kinh

SUMMARY

CLASSIFICATION OF EPILEPSY IN CHILDREN AT CHILDREN'S HOSPITAL 2, HO CHI MINH CITY

Objective: To classify seizure types and epilepsy syndromes according to the International League Against Epilepsy (ILAE) Classification in children aged 1 month to 5 years newly diagnosed with epilepsy. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on children aged 1 month to 5 years who were newly diagnosed with epilepsy at the Neurology Department of Children's Hospital 2 from January 1, 2024, to July 31, 2024. **Results:** A total of 137 children met the inclusion criteria and were enrolled in the study. The majority of seizure types (97.3%) could be classified according to the 2017 ILAE classification, with focal seizures being the most prevalent (42.2%). Epilepsy syndromes could be identified in 24.8% of cases, with infantile spasms being the most common, accounting for 16.1%. The etiology of epilepsy was identified in 23.4% of patients. **Conclusion:** The 2017 ILAE Seizure

Classification and the 2022 ILAE Epilepsy Syndrome Classification can be applied in the clinical settings of Vietnam to enhance the quality of diagnosis and treatment, improving prognosis, especially in vulnerable young children.

Keywords: seizure type, epilepsy syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là bệnh lý thần kinh mạn tính thường gặp nhất ở trẻ em, trong đó, nhóm trẻ dưới 5 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 53,1%.^[1] Động kinh là một bệnh lý không đồng nhất về kiểu hình, nguyên nhân và tiên lượng. Phân loại cơn động kinh là chìa khóa đầu tiên để tiếp cận chẩn đoán và điều trị bệnh. Năm 2017, LĐCĐKQT đã công bố bảng phân loại cơn động kinh mới nhất,^[2] tuy nhiên những thay đổi về thuật ngữ của bảng phân loại này vẫn còn mới, khả năng ứng dụng vào thực tế lâm sàng hàng ngày cũng như các nghiên cứu chứng minh giá trị khi áp dụng tại Việt Nam vẫn còn hạn chế.

Bên cạnh đó, phân loại hội chứng động kinh là một bước tiến quan trọng trong quản lý tối ưu bệnh động kinh. Năm 2022, LĐCĐKQT mới chính thức chấp thuận bảng phân loại hội chứng động kinh đầu tiên. Bảng phân loại này đặc biệt có ý nghĩa ở trẻ em do tần suất các hội chứng động kinh cao hơn so với người lớn, các hội chứng được xác định ít nhất ở một phần ba trẻ mắc động kinh.^[3]

Tại Việt Nam, việc phân loại cơn động kinh chưa thống nhất trong thực hành lâm sàng, bên cạnh đó phân loại hội chứng động kinh vẫn là một khái niệm tương đối mới và chưa được thực hiện đầy đủ và nếu có thì chủ yếu dựa trên phân loại cũ của LĐCĐKQT năm 1989. Từ những phân tích trên, nhằm mục đích bổ sung thêm những hiểu biết về tình hình bệnh động kinh ở trẻ em Việt Nam, đặc biệt trên trẻ dưới 5 tuổi là đối tượng dễ bị tổn thương, đồng thời đánh giá tính ứng dụng của bảng phân loại cơn động kinh năm 2017 và bảng phân loại hội chứng động kinh năm 2022 của LĐCĐKQT, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để trả lời cho câu hỏi: "Tỉ lệ các loại cơn động kinh theo phân loại của LĐCĐKQT năm 2017 và tỉ lệ các hội chứng động kinh theo phân loại của LĐCĐKQT năm 2022 ở trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi là bao nhiêu?"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Các trẻ từ 1 tháng

¹Bệnh viện Nhi đồng 2

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hồng Hạnh

Email: tranhanh137@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025