

- Disease.** Global Initiative for Obstructive Lung Disease. 2022. <http://www.goldcopd.com>,
2. **Adeloye D, Song P, Zhu Y, et al.** Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Respir Med.* 2022; 10(5):447-58.
 3. **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.** Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease - 2020 REPORT 2020 [20/07/2021]; Available from: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf.
 4. **Bộ Y tế.** Quyết định số 4562/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 19 tháng 7 năm 2018 Về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính". Hà Nội.
 5. **Trương Văn Lâm, Tô Hồng Anh.** Các yếu tố nguy cơ bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2024;76:21-25. <https://doi.org/10.58490/ctump.2024i76.2338>
 6. **Phạm Thị Hồng Thanh.** Thực trạng quản lý điều trị và một số yếu tố liên quan đến tần suất mắc nhiều đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính tại Bệnh viện phổi Hải Dương Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp I. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng; 2021.
 7. **Jones PW, Tabberer M, Chen WH.** Creating scenarios of the impact of COPD and their relationship to COPD Assessment Test (CAT™) scores. *BMC Pulm Med* 2011;11:42.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM SAU CAN THIỆP LẤY HUYẾT KHỐI BẰNG DỤNG CỤ CƠ HỌC Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Bùi Đức Thành¹, Trần Anh Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm sau can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch não giữa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, kết hợp can thiệp lâm sàng tiến cứu không nhóm chứng, theo dõi dọc, thực hiện trên 83 bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp do tắc động mạch não giữa, điều trị tại khoa hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình là 67,4 ± 13,2, nam giới chiếm 53%. Tăng huyết áp (60,2%), rung nhĩ (34,9%) và đái tháo đường (15,7%) là các bệnh lý nền phổ biến. Triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm liệt nửa người (92,8%), liệt mặt trung ương (83,1%) và rối loạn ngôn ngữ (75,9%), với điểm NIHSS trung bình là 18,1 ± 5,6. Về hình ảnh học, vị trí tắc mạch chủ yếu tại nhánh M1 (73,5%). Tỷ lệ tái thông hoàn toàn sau can thiệp (mTICI 3) là 59,0%, trong khi tổng tỷ lệ tái thông có ý nghĩa lâm sàng (mTICI 2b-3) đạt 87,9%. Tỷ lệ phục hồi chức năng tốt (mRS 0-2) là 42,2% tại thời điểm ra viện và tăng lên 61,5% sau 90 ngày. Biến chứng thường gặp nhất là di chuyển huyết khối (25,3%). **Kết luận:** Can thiệp lấy huyết khối cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch não giữa đạt tỷ lệ tái thông có ý nghĩa lâm sàng cao (87,9%), phục hồi chức năng tốt sau 90 ngày ở

61,5% bệnh nhân. Tỷ lệ biến chứng thấp, chủ yếu là di chuyển huyết khối (25,3%).

Từ khóa: Nhồi máu não cấp, lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học, động mạch não giữa

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY OUTCOMES AFTER MECHANICAL THROMBECTOMY IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE DUE TO MIDDLE CEREBRAL ARTERY OCCLUSION AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the early outcomes of mechanical thrombectomy in patients with acute ischemic stroke due to middle cerebral artery occlusion. **Subjects and Methods:** This was a prospective, interventional descriptive study without a control group, conducted on 83 patients diagnosed with acute ischemic stroke due to middle cerebral artery occlusion. All patients were treated at the Intensive Care Unit of Military Hospital 175 from December 2023 to December 2024. **Results:** The mean age was 67.4 ± 13.2 years, with 53% of patients being male. The most common comorbidities included hypertension (60.2%), atrial fibrillation (34.9%), and diabetes mellitus (15.7%). The predominant clinical presentations were hemiparesis (92.8%), central facial palsy (83.1%), and speech disorders (75.9%), with a mean NIHSS score of 18.1 ± 5.6. Imaging findings revealed that the M1 segment was the most frequent occlusion site (73.5%). The rate of complete recanalization (mTICI 3) was 59.0%, while the overall rate of successful recanalization (mTICI 2b-3) reached 87.9%. Favorable functional outcomes (mRS 0-2) were observed in 42.2% of patients at discharge and increased to 61.5% at 90 days. The most common complication was distal

¹Bệnh viện Quân Y 175

²Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Thành

Email: drthanbhd175@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025

embolization (25.3%). **Conclusion:** Mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke due to middle cerebral artery occlusion achieved a high rate of clinically significant recanalization (87.9%) and favorable functional outcomes at 90 days (61.5%), with a low complication rate, primarily distal embolization (25.3%).

Keywords: Acute ischemic stroke, mechanical thrombectomy, middle cerebral artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ thiếu máu não cấp (Acute Ischemic Stroke – AIS) là một cấp cứu nội – thần kinh thường gặp, chiếm khoảng 80–85% các trường hợp đột quỵ não [1]. Trong đó, tắc động mạch não giữa (Middle Cerebral Artery – MCA) là nguyên nhân phổ biến nhất trong nhóm tắc mạch lớn tuần hoàn trước, thường gây ra thiếu máu diện rộng, tổn thương vùng chức năng quan trọng và để lại di chứng thần kinh nặng nề nếu không được điều trị kịp thời [2]. Lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học (mechanical thrombectomy) hiện là phương pháp điều trị tái thông mạch hiệu quả nhất trong AIS do tắc mạch lớn. Nhiều nghiên cứu và phân tích gộp đã khẳng định lợi ích vượt trội của kỹ thuật này trong việc cải thiện kết cục chức năng so với điều trị nội khoa đơn thuần, đặc biệt khi can thiệp được thực hiện trong vòng 6 giờ đầu từ khi khởi phát triệu chứng [3], [4]. Việc đạt tái tưới máu hoàn toàn cũng được ghi nhận giúp giảm nguy cơ xuất huyết chuyển dạng và cải thiện phục hồi chức năng [5]. Tại Việt Nam, kỹ thuật lấy huyết khối cơ học đã được triển khai tại nhiều bệnh viện tuyến cuối, trong đó có Bệnh viện Quân y 175. Tuy nhiên, dữ liệu đánh giá hiệu quả điều trị còn chưa đầy đủ. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá kết quả sớm sau can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch não giữa tại Bệnh viện Quân y 175” nhằm mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và (2) đánh giá kết quả sớm sau can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch não giữa tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 175.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm 83 bệnh nhân (BN) nhập viện và được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp do tắc động mạch não giữa, điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - BN nhồi máu não do tắc mạch lớn tuần hoàn não trước được can thiệp lấy huyết khối trong 6h đầu.

- Tuổi ≥ 18
- ASPECT ≥ 6 trên phim chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc MRI, NIHSS ≥ 6
- mRS trước đột quỵ từ 0 -1.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có xuất huyết não trên phim chụp
- Dị ứng thuốc cản quang
- mRS ≥ 2
- BN hoặc người nhà BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, kết hợp can thiệp lâm sàng tiến cứu không nhóm chứng, theo dõi dọc

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, thu thập tất cả BN được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp do tắc động mạch não giữa, điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Trên thực tế chúng tôi thu thập được 83 BN.

Nội dung và chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu: Tuổi, giới; Tiền sử bệnh lý; Triệu chứng khi nhập viện; Điểm NIHSS lúc nhập viện.

- Đặc điểm hình ảnh học trước can thiệp.

- Kết quả điều trị: Kết quả tái thông sau can thiệp (theo thang điểm mTICI: mTICI 0 (không tái thông); mTICI 1 (tái thông tối thiểu); mTICI 2a (tái thông một phần $< 50\%$); mTICI 2b (tái thông một phần $\geq 50\%$); mTICI 3 (tái thông hoàn toàn); Kết quả điều trị theo mRS; Biến chứng trong quá trình can thiệp.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu.

Số liệu thu thập được nhập và lưu trữ vào phần mềm Microsoft Excel 365. Xử lý số liệu được thực hiện bằng phần mềm phân tích SPSS 22.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân (N=83)

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm chung	Tuổi trung bình $\pm$ SD (min – max)	67,4 $\pm$ 13,2 (31–95)	
	Nam giới	44	53,0
Tiền sử bệnh lý	Tăng huyết áp	50	60,2
	Đái tháo đường	13	15,7
	Rung nhĩ	29	34,9
	Đột quỵ não cũ	10	12,0
	Rối loạn lipid máu	16	19,3
	Bệnh mạch vành	11	13,3

Triệu chứng khi nhập viện	Tiền sử hút thuốc	14	16,9
	Sử dụng thuốc kháng đông/kháng kết tập tiểu cầu	12	14,5
	Liệt nửa người	77	92,8
	Rối loạn ngôn ngữ	63	75,9
	Liệt mặt trung ương	69	83,1
	Rối loạn cảm giác nửa người	38	45,8
	Lệch nhìn	27	32,5
	Buồn nôn, nôn	14	16,9
Điểm NIHSS lúc nhập viện	Rối loạn ý thức	33	39,8
	Trung bình $\pm$ SD (min – max)	18,1 $\pm$ 5,6 (7-30)	

Nhận xét: Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân có tuổi trung bình $67,4 \pm 13,2$, nam giới chiếm 53%. Tiền sử bệnh lý phổ biến nhất là tăng huyết áp (60,2%), rung nhĩ (34,9%) và đái tháo đường (15,7%). Triệu chứng thần kinh khi nhập viện chủ yếu là liệt nửa người (92,8%), liệt mặt trung ương (83,1%) và rối loạn ngôn ngữ (75,9%). Điểm NIHSS trung bình $18,1 \pm 5,6$ phản ánh mức độ nặng của đột quỵ. Tỷ lệ rối loạn ý thức chiếm 39,8%, trong khi các triệu chứng buồn nôn/nôn ít gặp hơn (16,9%).

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh học trước can thiệp (N=83)

Vị trí tổn thương động mạch	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhánh M1 động mạch não giữa	61	73,5
Nhánh M2 động mạch não giữa	18	21,7
Tắc đồng thời M1 và đoạn gần ACA	4	4,8

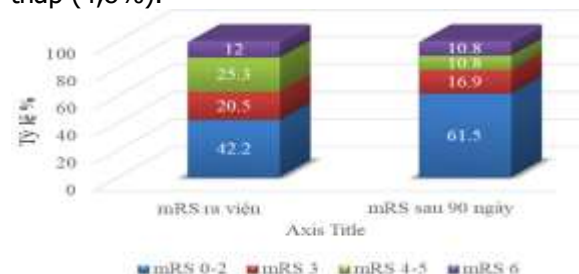
Nhận xét: Tổn thương động mạch não giữa nhánh M1 chiếm tỷ lệ cao nhất (73,5%), tiếp theo là nhánh M2 (21,7%). Tắc đồng thời M1 và đoạn gần ACA hiếm gặp (4,8%).

Bảng 3. Kết quả tái thông sau can thiệp (N=83)

Kết quả tái thông sau can thiệp (theo mTICI)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
mTICI 0	2	2,4
mTICI 1	2	2,4
mTICI 2a	6	7,2
mTICI 2b	24	28,9
mTICI 3	49	59,0

Nhận xét: Sau can thiệp cho thấy gần 60% trường hợp (59%) đạt được tái thông hoàn toàn (mTICI 3), trong khi tỷ lệ tái thông một phần đáng kể (mTICI 2b) chiếm 28,9%. Tổng tỷ lệ tái thông có ý nghĩa lâm sàng (mTICI 2b-3) cao với 87,9%. Mặt khác, các trường hợp tái thông không đáng kể (mTICI 0-2a) chỉ chiếm 12,1%, trong đó tỷ lệ thất bại hoàn toàn (mTICI 0-1) rất

thấp (4,8%).



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị theo mRS

Nhận xét: Tại thời điểm ra viện, 42,2% bệnh nhân đạt mức phục hồi chức năng tốt (mRS 0–2); tỷ lệ này tăng lên 61,5% sau 90 ngày. Nhóm bệnh nhân có mức độ tàn tật trung bình (mRS 3) chiếm 20,5% lúc ra viện và giảm còn 16,9% sau 3 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân ở mức độ tàn tật nặng (mRS 4–5) là 25,3% tại thời điểm ra viện và giảm xuống 10,8% sau 90 ngày. Tỷ lệ tử vong được ghi nhận lần lượt là 12,0% và 10,8% tại hai thời điểm trên.

Bảng 4. Biến chứng trong quá trình can thiệp (N=83)

Loại biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rách hoặc lóc thành động mạch não	4	4,8
Di chuyển huyết khối (HK) đến vị trí khác	21	25,3
Tụ máu tại vị trí chọc kim	4	4,8

Nhận xét: Trong quá trình can thiệp, biến chứng gặp nhiều nhất là di chuyển huyết khối đến vị trí khác, ghi nhận ở 21 bệnh nhân, chiếm 25,3%. Rách hoặc lóc thành động mạch não và tụ máu tại vị trí chọc kim có tỷ lệ tương đương nhau, đều xảy ra ở 4 bệnh nhân, chiếm 4,8%.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm bệnh nhân có tuổi trung bình cao (67,4 tuổi) và nam giới chiếm 53%. Các yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến gồm tăng huyết áp (60,2%), đái tháo đường (15,7%) và rung nhĩ (34,9%). Đây đều là các yếu tố nguy cơ đã được ghi nhận làm tăng tỷ lệ đột quỵ. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu đã công bố trước đây, như nghiên cứu hệ thống của Chen và cộng sự cho thấy tăng huyết áp và đái tháo đường làm tăng nguy cơ đột quỵ lên ~1,8 lần. Một nghiên cứu khác cho rằng rung nhĩ là yếu tố nguy cơ rất quan trọng, tăng gần gấp 5 lần nguy cơ đột quỵ. Tỷ lệ rung nhĩ trong nhóm này cao hơn mức trung bình quan sát ở người đột quỵ tại Việt Nam [6], [7], điều này có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là lớn tuổi và có thể trạng nặng.

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu của nhóm bệnh nhân này phản ánh tắc động mạch lớn thùy trước: liệt nửa người chiếm 92,8%, liệt mặt trung ương 83,1%, rối loạn ngôn ngữ 75,9%. Điểm NIHSS trung bình 18,1 (biến thiên 7–30) cho thấy mức độ đột quỵ rất nặng, kết quả này tương đương với các nghiên cứu can thiệp lớn trước đây [8]. Điều này phù hợp với bệnh nhân có tắc nhánh động mạch lớn, vốn thường đi kèm với suy giảm thần kinh nặng.

Hình ảnh học cho thấy đoạn M1 động mạch não giữa bị tắc ở đa số trường hợp (73,5%), phù hợp với kinh nghiệm lâm sàng là M1 thường là vị trí tắc chính. Kết quả can thiệp mang lại tỷ lệ tái thông mạch rất cao: 87,9% đạt mTICI $\geq$ 2b (trong đó 59,0% đạt tái thông hoàn toàn mTICI 3). Mức độ này tương đương với nghiên cứu tại Bệnh viện TWQĐ 108, tỷ lệ tái thông mTICI 2b-3 đạt tới 97,5% [9]. Ở một nghiên cứu khác của tác giả Nguyễn Huỳnh Nhật Tuấn (2022), cũng đạt tỷ lệ tái thông tốt cao với 78,3% [10]. Tỷ lệ tái thông cao của nghiên cứu này phản ánh hiệu quả của kỹ thuật can thiệp trong bơm rút huyết khối và khôi phục lưu lượng máu đến não.

Ngay khi ra viện đã có 42,2% bệnh nhân đạt mức chức năng tốt (mRS 0–2), và tỷ lệ này tăng lên 61,5% sau 90 ngày. Tỷ lệ phục hồi tốt ở 90 ngày (mRS 0–2) ở nghiên cứu này cao hơn đáng kể so với 46% của phân tích HERMES gộp các thử nghiệm quan trọng. Đồng thời, kết quả của chúng tôi nằm trong khoảng kết quả các thử nghiệm khác (53–71% mRS 0–2). Tỷ lệ tử vong 90 ngày là 10,8%, nằm trong khoảng 8–19% trong các báo cáo trước đó [8]. Các tỷ lệ tàn tật nặng (mRS 4–5) cũng giảm đáng kể từ khi xuất viện đến 90 ngày. Những kết quả này cho thấy can thiệp cơ học mang lại cải thiện chức năng thần kinh đáng kể và hiệu quả cao trong điều trị đột quỵ thiếu máu não cấp do tắc động mạch lớn.

Biến chứng thường gặp nhất trong quá trình can thiệp là thuyên tắc huyết khối di chuyển (25,3%), tương tự mức 22,5% được ghi nhận tại Bệnh viện 108 [9]. Các huyết khối di chuyển này đa số đã được hút thành công, chỉ có số ít di chuyển gây tắc nhánh xa. Tỷ lệ rách/lóc thành động mạch não và tụ máu tại vị trí chọc kim đều ở mức thấp (4,8%). Tác giả Nguyễn Công Thành và cộng sự báo cáo 9,9% xuất huyết nội sọ có triệu chứng, trong khi nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận biến chứng xuất huyết nặng nào, cho thấy quy trình can thiệp được thực hiện an toàn. Nhìn chung, mặc dù một số bệnh nhân gặp biến chứng huyết khối di chuyển, tần suất các biến chứng nguy hiểm thấp và không làm

suy giảm đáng kể kết quả cuối cùng [9].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch não giữa mang lại hiệu quả tái thông cao với 87,9% trường hợp đạt mTICI $\geq$ 2b, trong đó 59% tái thông hoàn toàn. Tỷ lệ phục hồi chức năng tốt đạt 61,5% sau 90 ngày, với tỷ lệ tử vong và biến chứng trong can thiệp ở mức thấp. Đặc điểm lâm sàng điển hình là tuổi cao, nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch và điểm NIHSS trung bình cao. Kết quả này khẳng định tính hiệu quả và an toàn tương đối của can thiệp cơ học trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Powers W.J., Rabinstein A.A., Ackerson T. và cộng sự. (2018). 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 49(3), e46–e99.
2. Campbell B.C.V., De Silva D.A., Macleod M.R. và cộng sự. (2019). Ischaemic stroke. *Nat Rev Dis Primers*, 5(1).
3. Badhiwala J.H., Nassiri F., Alhazzani W. và cộng sự. (2015). Endovascular Thrombectomy for Acute Ischemic Stroke: A Meta-analysis. *JAMA*, 314(17), 1832–1843.
4. Constantino, G. A. A., Seña, M. M. A., Soliven, J. A. R., & Jacson, V. E. (2021). Endovascular thrombectomy for acute ischemic stroke in the filipino population: a clinical experience from a single tertiary center in metro manila, philippines. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3951142>
5. Lee Y.B., Yoon W., Lee Y.Y. và cộng sự. (2019). Predictors and impact of hemorrhagic transformations after endovascular thrombectomy in patients with acute large vessel occlusions. *Journal of NeuroInterventional Surgery*, 11(5), 469–473.
6. Chen X., Zhou L., Zhang Y. và cộng sự. (2014). Risk Factors of Stroke in Western and Asian Countries: A Systematic Review and Meta-analysis of Prospective Cohort Studies. *BMC Public Health*, 14(1), 776.
7. Wolf P.A., Abbott R.D., và Kannel W.B. (1991). Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke*, 22(8), 983–988.
8. Raha O., Hall C., Malik A. và cộng sự. (2023). Advances in mechanical thrombectomy for acute ischaemic stroke. *BMJ Med*, 2(1), e000407.
9. Nguyễn Công Thành, Nguyễn Văn Phương, Lê Văn Trường và cộng sự. (2021). Đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp do tắc nhánh lớn động mạch nội sọ có rung nhĩ. *Tạp chí Y dược Lâm sàng* 108, 16(DB4).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Ngọc Bình^{1,2}, Phí Thị Quỳnh Anh³, Nguyễn Thị Diệu Thúy^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị 354 trẻ mắc viêm phổi cộng đồng tại khoa Nhi - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7/2024 đến tháng 4/2025. Viêm phổi ở trẻ em hay gặp ở trẻ dưới 24 tháng tuổi (70,9%). Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là ho (98%), sốt (78,8%), khó khê (38,7%), chảy mũi (61%) và nghe phổi chủ yếu là ran ẩm nhỏ hạt (83,9%). Tổn thương phổi thường gặp trên X-quang ngực là đám mờ rốn phổi (98,3%). Virus là nguyên nhân chủ yếu gây viêm phổi ở trẻ dưới 2 tuổi trong đó RSV là virus hay gặp nhất. Haemophilus influenzae và Streptococcus pneumoniae là căn nguyên vi khuẩn hay gặp gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em. Kháng sinh được lựa chọn ban đầu phụ thuộc vào lứa tuổi, mức độ bệnh. Thời gian điều trị trung bình từ 5-7 ngày, không có trẻ nặng lên hay tử vong.

Từ khóa: Viêm phổi cộng đồng, trẻ em.

SUMMARY

THE CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF CHILDREN WITH COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA AT PEDIATRICS DEPARTMENT OF THE HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

This cross-sectional study was conducted to describe the clinical, subclinical characteristics and treatment results of 354 children with community acquired pneumonia at Pediatrics department of the Hanoi Medical University Hospital from July 2024 to April 2025. Pneumonia was commonly in children under 24 months of age (70,9%). The clinical manifestations included cough (78,8%), fever (78,8%), wheezing (38,7%), rhinorrhea (61%) and lung auscultation rales, mainly moist rales (83,9%). The chest X-ray findings were hilar adenopathy (98,3%). Viruses were the main cause of pneumonia in children under 2 years old, and the common viral cause of pneumonia was RSV. Whereas Haemophilus influenzae and Streptococcus pneumoniae were the most common cause of bacterial pneumonia. The first choice of antibiotics depend on age and severity of disease. The average treatment was 5-7 days and no children became seriously or died.

Keywords: Community acquired pneumonia, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh thường gặp ở trẻ em, là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong đặc biệt là ở trẻ dưới 5 tuổi. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2019 số trẻ dưới 5 tuổi tử vong do viêm phổi là 740.180, chiếm 14% tổng số trẻ tử vong trong độ tuổi này.¹ Căn nguyên gây viêm phổi ở trẻ em có thể do virus, vi khuẩn hoặc ký sinh trùng, trong đó virus là căn nguyên hàng đầu.^{2,3} Bên cạnh đó, vi khuẩn cũng là căn nguyên hay gặp, đặc biệt ở các nước đang phát triển, trong đó Streptococcus pneumoniae và Haemophilus influenzae là căn nguyên vi khuẩn hàng đầu gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ dưới 5 tuổi.⁴ Ở trẻ trên 5 tuổi, căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi chủ yếu là vi khuẩn không điển hình, trong đó Mycoplasma pneumoniae là nguyên nhân phổ biến nhất.⁵ Tuy nhiên, hiện nay nhiều đặc điểm dịch tễ, căn nguyên viêm phổi và đáp ứng miễn dịch của trẻ em thay đổi khiến việc điều trị viêm phổi gặp nhiều thách thức. Trước thực trạng đó, việc xác định căn nguyên gây viêm phổi, các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến bệnh, tình trạng nặng và tính nhạy cảm của kháng sinh ảnh hưởng rất lớn đến kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ em. Sau đại dịch Covid 19, mô hình bệnh tật thay đổi rất nhiều, vậy nguyên nhân gây viêm phổi ở trẻ em có thay đổi so với các nghiên cứu trước đây? Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi cộng đồng ở trẻ em tại khoa Nhi - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 354 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng điều trị nội trú tại khoa Nhi - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ ngày 01/07/2024 đến ngày 30/04/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trẻ em ≤ 16 tuổi được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế năm 2014.⁶

- Cha mẹ hoặc người giám hộ đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi bệnh viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thúy

Email: nguyendieuthuyhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025