

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

theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.2.2. Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, nơi sống.

- Đặc điểm lâm sàng: Bệnh nhân được hỏi bệnh và khám lâm sàng để khai thác các triệu chứng cơ năng và thực thể.

- Đặc điểm cận lâm sàng: Bệnh nhân được làm xét nghiệm công thức máu, CRP, chụp X-quang ngực trong ngày đầu tiên vào viện.

- Xác định căn nguyên: Cây dịch tỵ hầu tìm căn nguyên gây bệnh, xét nghiệm sinh học phân tử, test nhanh tìm virus gây bệnh vào thời điểm bệnh nhân vào viện, trước khi dùng kháng sinh.

- Đánh giá kết quả điều trị: Kết quả và thời gian điều trị.

2.2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập theo một bệnh án thống nhất. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý của ban lãnh đạo khoa Nhi và ban giám đốc bệnh viện Đại học Y Hà nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ ngày 01/07/2024 đến ngày 30/04/2025, chúng tôi thu thập được 354 bệnh nhân mắc viêm phổi cộng đồng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

	Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi mắc bệnh	≤24 tháng	251	70,9
	24 - ≤60 tháng	88	24,9
	>60 tháng	15	4,2
	Tuổi trung bình ± SD (tháng)	23 ± 22	
Giới	Nam	203	57,3
	Nữ	151	42,7
Nơi sống	Hà Nội	330	93,2
	Các tỉnh khác	24	6,8

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh lớn hơn trẻ nữ (tỷ lệ nam/nữ = 1,34/1). Lứa tuổi hay gặp viêm phổi nhất là trẻ dưới 24 tháng (70,9%), ít gặp hơn ở trẻ trên 5 tuổi (4,2%).

Bảng 4. Căn nguyên vi sinh gây viêm phổi theo lứa tuổi

Căn nguyên		≤24 tháng		24 - ≤60 tháng		>60 tháng	
		n	%	n	%	n	%
Âm tính		18	66,7	6	22,2	3	11,1
Vi khuẩn	Haemophilus influenzae	88	65,7	37	27,6	9	6,7
	Streptococcus pneumoniae	78	65	37	30,8	5	4,2
	Moraxella catarrhalis	52	64,2	27	33,3	2	2,5

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của trẻ mắc viêm phổi cộng đồng

Đặc điểm lâm sàng		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Ho	347	98,0
	Chảy mũi	216	61
	Khò khè	137	38,7
	Sốt	279	78,8
	Nôn	50	14,1
	Tiêu chảy	19	5,4
Triệu chứng thực thể	Thở nhanh	60	16,9
	Rút lõm lồng ngực	48	13,6
	Giảm thông khí	12	3,4
	Tiếng ran tại phổi		
	Ran ẩm	297	83,9
	Ran rít	168	47,5
	Ran rít	24	6,8

Nhận xét: Các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất của trẻ mắc viêm phổi là ho (98%), sốt 78,8%, chảy mũi (61%). Đa số trẻ mắc viêm phổi đều nghe thấy tiếng ran tại phổi, chủ yếu là ran ẩm nhỏ hạt (83,9%), một số trẻ có biểu hiện khó thở với thở nhanh (16,9%), rút lõm lồng ngực (13,6%).

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng của trẻ mắc viêm phổi cộng đồng

Cận lâm sàng		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng bạch cầu (G/L)	≤4	2	0,6
	4 - ≤10	138	39
	>10	214	60,5
Số lượng bạch cầu trung bình ± SD (G/L)	12,23 ± 5,225		
Nồng độ CRP (mgs/dL)	≤0,5	146	41,2
	>0,5	208	58,8
Nồng độ CRP trung bình ± SD (Min - Max) (mg/dL)	1,74 ± 2,86 (0,02 - 29,4)		
X-quang phổi	Bình thường	0	0
	Mờ hai rốn phổi	348	98,3
	Tổn thương phổi thùy	6	1,7

Nhận xét: Đa số trẻ mắc viêm phổi có số lượng bạch cầu và nồng độ CRP tăng (60,5% và 58,8%). Tổn thương phổi trên X-quang chủ yếu là đám mờ rốn phổi (98,3%).

	Mycoplasma pneumoniae	4	50	4	50	0	0
Virus	RSV	93	89,4	11	10,6	0	0
	Adenovirus	24	75	6	18,8	2	6,2
	Rhinovirus	73	77,7	18	19,1	3	3,2
	Cúm	10	62,5	6	37,5	0	0
	Parainfluenza virus	31	70,5	13	29,5	0	0
	Metapneumovirus	24	55,8	17	39,5	2	4,7
	Sởi	2	50	2	50	0	0

Nhận xét: Có sự khác nhau về căn nguyên gây viêm phổi giữa các nhóm tuổi. Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae là căn nguyên vi khuẩn có thể gặp ở mọi lứa tuổi, đặc biệt là trẻ dưới 2 tuổi. Tỷ lệ viêm phổi do RSV giảm dần theo tuổi.

Bảng 5. Thời gian điều trị

	Thời gian (ngày)	Số lượng bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian điều trị	≤7 ngày	254	71,8
	7 - ≤14 ngày	99	28
	>14 ngày	1	0,3
Trung bình ± SD (Min - Max)		7,02 ± 1,76 (3-16)	

Nhận xét: Thời gian trung bình điều trị viêm phổi là 7 ngày (71,8%), chỉ có một bệnh nhân điều trị trên 14 ngày (0,3%). Không có bệnh nhân nào tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 354 trẻ được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng tại khoa Nhi Bệnh viện Đại học Y Hà Nội có tỷ lệ trẻ nam lớn hơn trẻ nữ (57,3% và 42,7%). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà năm 2020 được thực hiện trên 252 trẻ viêm phổi tại khoa Quốc tế bệnh viện Nhi Trung ương có tỷ lệ trẻ nam là 56% so với trẻ nữ là 44%. Nhóm tuổi hay gặp viêm phổi nhất là trẻ dưới 2 tuổi (70,9%) với tuổi trung bình là 23 tháng. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà ghi nhận tỷ lệ viêm phổi ở trẻ dưới 2 tuổi là 71,4%.⁷ Điều này có thể lý giải do đặc điểm giải phẫu và sinh lý hệ hô hấp ở trẻ em chưa hoàn chỉnh nên dễ mắc các bệnh đường hô hấp, đặc biệt viêm phổi. Khoa Nhi - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội chủ yếu tiếp nhận các trẻ sống ở Hà Nội (93,2%). Trẻ thường đến khám ngay từ khi bắt đầu xuất hiện các triệu chứng, khi mức độ bệnh chưa quá nặng và có thể chưa điều trị gì trước đó. Vì vậy việc chẩn đoán ban đầu, đánh giá mức độ nặng và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ bệnh tiến triển nặng, giảm thời gian nằm viện và tỷ lệ tử vong.

Ho và sốt là triệu chứng hay gặp nhất ở trẻ mắc viêm phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ vào viện vì ho chiếm 98% và sốt chiếm 78,8%. Tỷ lệ này tương tự nghiên cứu của Vũ

Thị Hương năm 2018 tại khoa tự nguyện Bệnh viện nhi Trung ương với 612 bệnh nhân viêm phổi thì tỷ lệ trẻ vào viện vì ho và sốt lần lượt là 98,9% và 65,4%.⁸ Một nghiên cứu khác trên 2358 bệnh nhân viêm phổi tại Hoa Kỳ năm 2015, ho và sốt cũng là triệu chứng hay gặp nhất ở trẻ mắc viêm phổi với tỷ lệ lần lượt là 95% và 91%. Ngoài ra, triệu chứng cơ năng khác có thể gặp ở trẻ viêm phổi như khó khê, chảy mũi, rối loạn tiêu hóa...

Về các triệu chứng thực thể, trong nghiên cứu của chúng tôi đa số trẻ có tiếng ran tại phổi bao gồm cả ran ẩm, ran rít và ran ngáy, trong đó ran ẩm chiếm tỷ lệ cao nhất (83,9%). Một số trẻ nặng hơn có thể có các dấu hiệu của khó thở như thở nhanh (16,9%), rút lõm lồng ngực (13,6%), chủ yếu ở trẻ nhỏ dưới 2 tuổi. Đây cũng chính là nhóm tuổi hay gặp viêm phổi nặng. Tỷ lệ trẻ mắc viêm phổi nặng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác do phần lớn các bệnh nhân đa số đang sống tại Hà Nội, đến khám sớm ngay từ khi xuất hiện triệu chứng, không có bệnh nền và các yếu tố nguy cơ khác.

Kết quả cận lâm sàng cho thấy trẻ mắc viêm phổi có số lượng bạch cầu có thể tăng, bình thường hoặc giảm; đa số bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng > 10 G/L (60,5%), phần lớn là bạch cầu đa nhân trung tính. Tỷ lệ CRP cũng thường tăng ở trẻ mắc viêm phổi với tỷ lệ 58,8%. Trước đây, nhiều quan điểm chỉ ra rằng số lượng bạch cầu và CRP tăng tương quan với mức độ nghiêm trọng của bệnh và có thể định hướng căn nguyên vi sinh ban đầu là vi khuẩn hay virus. Tuy nhiên, một vài nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng, mức độ tăng của bạch cầu và CRP không có sự tương quan với mức độ nghiêm trọng của bệnh và có độ đặc hiệu thấp trong phân biệt nhiễm trùng do vi khuẩn hay virus. Hình ảnh X-quang chủ yếu là tổn thương đám mờ, đặc biệt là đám mờ vị trí rốn phổi và cạnh tim (98,3%), số rất ít còn lại trẻ có tổn thương phổi thùy (1,7%).

Viêm phổi ở trẻ em có thể do nhiều căn nguyên gây bệnh, phân bố khác nhau tùy theo nhóm tuổi. Virus là nguyên nhân hàng đầu gây

viêm phổi ở trẻ nhỏ dưới 2 tuổi, trong đó RSV là tác nhân hàng đầu chiếm 89,4%; tiếp theo là Rhinovirus, Adenovirus, Parainfluenza virus... Tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của Vũ Thị Hương năm 2018 về phân bố virus gây viêm phổi ở trẻ em: RSV là tác nhân đứng hàng đầu chiếm 41,3% tiếp theo là cúm 36,3% và Rhinovirus chiếm 15%.⁸ Sự khác nhau về virus gây bệnh có thể liên quan đến lứa tuổi, địa điểm và thời gian nghiên cứu khác nhau. Ở trẻ lớn hơn, căn nguyên vi khuẩn phổ biến hơn. Streptococcus pneumoniae và Haemophilus influenzae là vi khuẩn hay gặp ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên vẫn gặp nhiều nhất ở trẻ dưới 2 tuổi (65% và 65,7%).

Thời gian điều trị trung bình ở phần lớn bệnh nhân chẩn đoán viêm phổi cộng đồng từ 5-7 ngày (71,8% trẻ nằm viện ≤ 7 ngày), có 1 bệnh nhân điều trị trên 14 ngày (0,3%), không có bệnh nhân tử vong. Đa số bệnh nhân khỏi bệnh hoặc có thể tiếp tục điều trị ngoại trú tại nhà, chỉ có 4 bệnh nhân chuyển viện (1,1%) vì viêm phổi do sỏi cần cách ly. Tỷ lệ khỏi bệnh cao có thể do các bệnh nhân sống ở Hà Nội có điều kiện dinh dưỡng tốt, tiêm chủng đầy đủ và đi khám bệnh sớm.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi là bệnh phổ biến ở trẻ em, chủ yếu ở trẻ dưới 2 tuổi với triệu chứng thường gặp là ho, sốt, thở nhanh, có tiếng ran tại phổi. Căn nguyên gây viêm phổi thường gặp là RSV, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae phân bố khác nhau tùy theo nhóm tuổi. Mặc dù đã có nhiều chiến lược nhằm giảm

thiểu số lượng trẻ mắc viêm phổi nhưng tỷ lệ mắc viêm phổi vẫn còn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (WHO).** Pneumonia in children. Accessed August 16, 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.
2. **Crowe JE.** Viral Pneumonia. Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children. Published online 2006:433-440. doi:10.1016/B978-0-7216-3695-5.50030-4.
3. **Verhoeven D.** Influence of Immunological Maturity on Respiratory Syncytial Virus-Induced Morbidity in Young Children. Viral Immunol. 2019;32(2):76-83. doi:10.1089/vim.2018.0121.
4. **GBD 2016 Lower Respiratory Infections Collaborators.** Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory infections in 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Infect Dis. 2018;18(11): 1191-1210. doi:10.1016/S1473-3099(18)30310-4.
5. **Saraya T.** Mycoplasma pneumoniae infection: Basics. J Gen Fam Med. 2017;18(3):118-125. doi:10.1002/jgf2.15.
6. **Bộ Y tế (2014).** Hướng dẫn xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em.
7. **Nguyễn Thị Hà, Đoàn Mai Thanh, Nguyễn Thị Yến.** Đặc điểm lâm sàng và căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng trẻ em tại khoa Quốc tế Bệnh viện nhi Trung ương. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2020; 131 (7): 67-73.
8. **Vũ Thị Hương, Bùi Công Thắng, Mai Thành Công, Nguyễn Thị Diệu Thúy.** Nguyên nhân gây viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi điều trị tại khoa điều trị tự nguyện B Bệnh viện Nhi trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2018; 468 (2): 132-135.

ĐẶC ĐIỂM VIÊM PHỔI LIÊN QUAN ĐẾN THỞ MÁY Ở TRẺ NON THÁNG TẠI KHOA HỒI SỨC SƠ SINH, BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Nguyễn Khôi¹, Nguyễn Thanh Thiện², Phùng Nguyễn Thế Nguyên³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trẻ sanh non thở máy thường kéo dài, là đối tượng nguy cơ của viêm phổi bệnh viện. Nghiên cứu này mô tả đặc điểm, yếu tố nguy cơ, tác nhân gây bệnh, gen kháng thuốc và kết quả điều trị viêm phổi liên quan thở máy (VPTM) ở trẻ sơ sinh non

tháng. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả loạt ca tiến cứu trên 30 trường hợp VPTM tại Khoa Hồi sức Sơ sinh – Bệnh viện Nhi Đồng 2 (10/2024–06/2025). Bệnh phẩm dịch hút nội khí quản được xét nghiệm bằng cấy và multiplex PCR. **Kết quả:** Tỷ lệ VPTM là 26,4 ca/1.000 ngày thở máy, tuổi thai trung bình $30,3 \pm 2,3$ tuần, cân nặng 1.418 ± 415 g, nam 63,3%. Đặc điểm lâm sàng trước VPTM: nhiễm khuẩn huyết trước VPTM (73,3%), Bệnh nền thường gặp: RDS (53,3%). Cấy dịch NKQ dương tính 80%, chủ yếu Acinetobacter baumannii (43,3%), Klebsiella pneumoniae (10%); PCR dương tính 93,3%, với A. baumannii (63,3%), K. pneumoniae (26,7%); đồng nhiễm ≥ 2 tác nhân 46,6%. Gen kháng thuốc phổ biến: OXA51 (56,7%), OXA23 (46,7%), CTX-M1 (43,3%), KPC (33,3%); gen KPC và tổ hợp gen CTX-M1+KPC có liên quan tử vong ($p < 0,05$). Kháng sinh

¹Bệnh viện Đại Học Y Dược, cơ sở 2

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

³Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên

Email: nguyennphung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 14.10.2025