

- results of cementless total hip arthroplasty in patients with stages IV, V and vi osteonecrosis of the femoral head. Tạp chí Y học Cộng đồng 62 (2021).
2. **Tri, N. M., Lê Hoan, N., Hết, N. V. & Tấn, N. T.** Kết quả điều trị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi bằng phẫu thuật thay khớp háng toàn phần chuyển động đôi. Tạp chí Y học Việt Nam 541 (2024).
 3. **Tuấn, A. B., Đăng, N. P., Hoàng, A. Đ. & Bá, N. N.** Kết quả điều trị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi bằng phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng ở người dưới 50 tuổi. Tạp chí Y Dược Thực hành 175, 7-7 (2022).
 4. **Thịnh, N. X. H. & Toàn, D. Đ.** Kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng điều trị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam 536 (2024).
 5. **Necas, L., Hrubina, M., Melisik, M., Cabala, J., Cibula, Z. & Daniel, M.** Total hip arthroplasty with ultra-short uncemented stem in patients with osteonecrosis of the femoral head: mid-term results. Hip Int 33, 463-470 (2023). <https://doi.org/10.1177/11207000211043481>
 6. **Parakh, N., Saraf, A., Bishnoi, S., Singh, S. K., Jindal, D. & Madan, S.** Total Hip Arthroplasty for Osteonecrosis of the Femoral Head: A Mid-term Follow-Up in Patients From Northern India. Cureus 16, e70360 (2024). <https://doi.org/10.7759/cureus.70360>
 7. **Moon, J. G., Shetty, G. M., Biswal, S., Shyam, A. K. & Shon, W. Y.** Alcohol-induced multifocal osteonecrosis: a case report with 14-year follow-up. Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery 128, 1149-1152 (2008).
 8. **Reina, N., Hourtal, J., Salib, C. G., Gracia, G., Cavaignac, E. & Chiron, P.** The Delta of Correction: a novel, more reliable variable than limb-length discrepancy at predicting outcome after total hip arthroplasty. Hip Int 30, 536-543 (2020). <https://doi.org/10.1177/1120700019843121>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN VIÊM PHỔI DO NHIỄM ADENOVIRUS Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nghiêm Thị Mai Sang¹, Đàm Thị Thu Vân¹,
Hoàng Minh Đức¹, Nguyễn Văn Khiêm^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây mắc bệnh và tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi trên toàn thế giới. Adenovirus, mặc dù ít gặp hơn các tác nhân vi khuẩn, nhưng thường gây ra bệnh cảnh nặng, kéo dài, đặc biệt ở trẻ nhỏ hoặc trẻ suy giảm miễn dịch. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng do Adenovirus ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Thanh Nhàn. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 102 bệnh nhi từ 1 tháng đến 15 tuổi, có kết quả PCR dịch tỵ hầu dương tính với Adenovirus và được chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế. Dữ liệu được thu thập hồi cứu từ tháng 9/2022 đến tháng 9/2023. Phân tích thống kê được tiến hành để so sánh đặc điểm giữa nhóm viêm phổi nặng và không nặng. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $18,4 \pm 9,7$ tháng, với 86,3% trẻ dưới 3 tuổi. Tất cả bệnh nhi đều có sốt và ho; khô khè gặp ở 78,4%, khó thở ở 39,2%. Tỷ lệ viêm phổi nặng là 33,3%, tập trung nhiều ở nhóm <12 tháng (58,8%). Về cận lâm sàng, 35,3% có bạch cầu >15 G/L, 40,2% có CRP ≥ 6 mg/L, và 75,5% có tổn thương

phổi lan tỏa trên X-quang. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với viêm phổi nặng bao gồm: tuổi <12 tháng (OR=3,5; $p < 0,05$), sốt kéo dài ≥ 7 ngày (OR=2,8; $p < 0,05$), bạch cầu >15 G/L (OR=2,6; $p < 0,05$), CRP ≥ 6 mg/L (OR=3,2; $p < 0,05$), thiếu máu (Hb <110 g/L; $p < 0,05$), và tổn thương ≥ 2 thùy phổi trên X-quang (OR=4,1; $p < 0,01$). **Kết luận:** Viêm phổi do Adenovirus thường gặp ở trẻ dưới 3 tuổi và dễ diễn tiến nặng, đặc biệt ở trẻ dưới 12 tháng tuổi. Việc phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ lâm sàng và cận lâm sàng có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và xử trí kịp thời. **Từ khóa:** Adenovirus, viêm phổi, trẻ em, viêm phổi nặng, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED FACTORS OF ADENOVIRUS PNEUMONIA IN CHILDREN AT THANH NHAN HOSPITAL

Background: Pneumonia remains one of the leading causes of morbidity and mortality in children under five years of age worldwide. Adenovirus, although less common than bacterial pathogens, is associated with severe and prolonged clinical presentations, especially in young or immunocompromised children. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics, and to identify factors associated with severe adenovirus pneumonia in children treated at Thanh Nhan Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 102 pediatric patients aged 1 month to 15 years with confirmed adenovirus-positive

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

²Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Khiêm

Email: khiemnv@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025

nasopharyngeal PCR and diagnosed with pneumonia according to the Ministry of Health criteria. Data were retrospectively collected from medical records between September 2022 and September 2023. Statistical analysis was performed to compare characteristics between severe and non-severe pneumonia groups. **Results:** The median age was 18.4 ± 9.7 months, with 86.3% under 3 years. All patients presented with fever and cough; wheezing was observed in 78.4%, and dyspnea in 39.2%. The rate of severe pneumonia was 33.3%, most common in children <12 months (58.8%). Laboratory findings showed elevated WBC (>15 G/L) in 35.3%, CRP ≥ 6 mg/L in 40.2%, and lung consolidation on chest X-ray in 75.5%. Significant factors associated with severe pneumonia included age <12 months (OR=3.5; $p<0.05$), fever ≥ 7 days (OR=2.8; $p<0.05$), WBC >15 G/L (OR=2.6; $p<0.05$), CRP ≥ 6 mg/L (OR=3.2; $p<0.05$), anemia (Hb <110 g/L; $p<0.05$), and ≥ 2 lobes affected on X-ray (OR=4.1; $p<0.01$).

Conclusions: Adenovirus pneumonia in children commonly affects those under 3 years old and can progress to severe disease, particularly in infants. Early recognition of clinical and laboratory risk factors is crucial for timely intervention and improved prognosis. **Keywords:** Adenovirus, pneumonia, children, severe pneumonia, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi, chiếm khoảng 16% tổng số tử vong toàn cầu với gần 920.000 ca tử vong mỗi năm (WHO). Tại Việt Nam, viêm phổi chiếm khoảng 21% số ca tử vong ở trẻ em, đứng đầu trong các bệnh lý hô hấp.

Ngoài các vi khuẩn thường gặp như *Streptococcus pneumoniae* hay *Haemophilus influenzae*, viêm phổi do virus – đặc biệt là Adenovirus – ngày càng được ghi nhận nhiều hơn ở trẻ nhỏ. Mặc dù ít gặp hơn RSV, Adenovirus lại thường gây bệnh cảnh nặng, diễn biến phức tạp, để lại di chứng và cần can thiệp hô hấp tích cực, đặc biệt ở trẻ có miễn dịch kém.

Những năm gần đây, viêm phổi do Adenovirus có xu hướng gia tăng, đôi khi gây bùng phát dịch tại cộng đồng. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu mô tả chi tiết đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ tiến triển nặng của bệnh vẫn còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi do Adenovirus ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Thanh Nhàn.
- Phân tích một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi do Adenovirus.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ từ 1 tháng đến 18 tuổi điều trị nội trú tại Khoa Nhi – Bệnh viện Thanh Nhàn từ 9/2022 đến 9/2023, được chẩn

đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn Bộ Y tế và có xét nghiệm PCR dịch tỵ hầu dương tính với Adenovirus.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ có bệnh phổi mạn tính, dị tật hô hấp bẩm sinh hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu hồ sơ bệnh án.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Toàn bộ trường hợp đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu; chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng; Phân tích yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi do Adenovirus.

Định nghĩa viêm phổi nặng: Theo tiêu chuẩn IDSA/PIDS, gồm ≥ 1 tiêu chí chính (thở máy, sốc nhiễm khuẩn) hoặc ≥ 2 tiêu chí phụ ($SpO_2 < 90\%$, tổn thương ≥ 2 thùy, rút lõm ngực, tràn dịch màng phổi...).

Phân tích số liệu: Dữ liệu được xử lý bằng SPSS 20.0; sử dụng thống kê mô tả, kiểm định χ^2 , t-test và tính OR; ngưỡng ý nghĩa $p<0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Được phê duyệt bởi Hội đồng Khoa học – Đạo đức Bệnh viện Thanh Nhàn; dữ liệu bảo mật, không can thiệp điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố trẻ viêm phổi nhiễm adenovirus theo nhóm tuổi và giới tính

Nhóm tuổi (tháng)	Nam, n(%)	Nữ, n(%)	Tổng, n(%)
<12 tháng	25 (43,9%)	15 (33,3%)	40 (39,2%)
12 – <36 tháng	26 (45,6%)	22 (48,9%)	48 (47,1%)
≥ 36 tháng	6 (10,5%)	8 (17,8%)	14 (13,7%)
Tổng	57 (100%)	45 (100%)	102 (100%)

Nhận xét: Trẻ trong độ tuổi 12–<36 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (47,1%), tiếp đến là <12 tháng (39,2%). Tỷ lệ nam cao hơn nữ ở nhóm <12 tháng và 12–<36 tháng, nhưng ở nhóm ≥ 36 tháng tỷ lệ nữ lại nhỉnh hơn.

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng, triệu chứng cơ năng và dấu hiệu thực thể khi nhập viện

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng chung		
Sốt	102	100
Ho	102	100
Khò khè	80	78,4
Khó thở	40	39,2
Suy hô hấp (độ II–III)	12	11,8
Triệu chứng cơ năng		
Viêm long đường hô hấp trên (sổ mũi, hắt hơi)	85	83,3

Viêm kết mạc	15	14,7
Tiêu chảy	12	11,8
Phát ban	5	4,9
Mệt mỏi, bỏ bú	18	17,6
Dấu hiệu thực thể		
Ran ẩm phổi (nhỏ hạt/to hạt)	90	88,2
Ran rít, ran ngáy	60	58,8
Rút lõm lồng ngực	20	19,6
Tím môi, đầu chi	10	9,8

Nhận xét: Triệu chứng chung chủ yếu là sốt, ho, khó khê, khó thở; tất cả bệnh nhi đều có sốt và ho. Triệu chứng cơ năng thường gặp là viêm long đường hô hấp trên (83,3%), kèm viêm kết mạc, tiêu chảy, mệt mỏi hoặc phát ban ở một số trường hợp. Dấu hiệu thực thể nổi bật là ran ẩm (88,2%), ran rít/ngáy (58,8%), với 19,6% trẻ có rút lõm lồng ngực và khoảng 10% có tím môi, đầu chi.

Bảng 3.3. Tình trạng suy hô hấp và mức độ nặng của bệnh nhân

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Suy hô hấp theo độ		
Không suy hô hấp	69	67,6
Suy hô hấp độ I (SpO ₂ 90-95%)	21	20,6
Suy hô hấp độ II (SpO ₂ 85-89%)	9	8,8
Suy hô hấp độ III (SpO ₂ <85%)	3	2,9
Phân loại mức độ bệnh		
Viêm phổi không nặng	68	66,7
Viêm phổi nặng	34	33,3

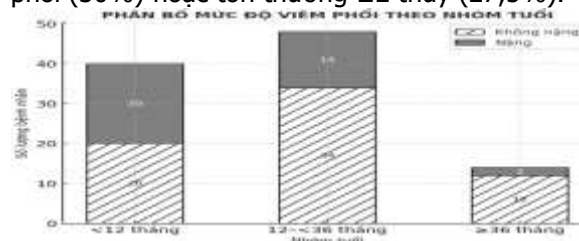
Nhận xét: 32,4% trẻ có suy hô hấp khi nhập viện, trong đó đa số ở mức độ I, chỉ 2,9% ở mức độ III nặng nhất. Tỷ lệ viêm phổi nặng chiếm 33,3%, với một số trường hợp cần hỗ trợ hô hấp tích cực và điều trị hồi sức.

Bảng 3.4. Các chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng

Chỉ số xét nghiệm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Công thức máu		
Tăng bạch cầu (>15 G/L)	36	35,3
Giảm bạch cầu (<4 G/L)	5	4,9
Thiếu máu nhẹ (Hb 90–110 g/L)	20	19,6
Thiếu máu trung bình (Hb 60–89 g/L)	2	2,0
CRP (C-reactive protein)		
CRP ≥6 mg/L	41	40,2
CRP <6 mg/L	61	59,8
X-quang phổi		
Thâm nhiễm lan tỏa	77	75,5
Xẹp phổi	31	30,4
Tràn dịch màng phổi	20	19,6
Tổn thương ≥2 thùy phổi	28	27,5

Nhận xét: 35% trẻ có bạch cầu tăng, 40% có CRP tăng ≥6 mg/L, phản ánh đáp ứng viêm

mạnh. Trên X-quang, đa số trẻ có tổn thương lan tỏa (75,5%) và một tỷ lệ không nhỏ có xẹp phổi (30%) hoặc tổn thương ≥2 thùy (27,5%).



Hình 3.1: Phân bố mức độ viêm phổi theo nhóm tuổi

Nhận xét: Ở nhóm trẻ <12 tháng, tỷ lệ viêm phổi nặng cao, bằng tỷ lệ viêm phổi không nặng. Đây là nhóm có nguy cơ cao nhất mắc viêm phổi nặng. Nhóm 12–<36 tháng chiếm tỷ lệ lớn nhất trong tổng số ca bệnh, nhưng đa phần ở mức độ không nặng. Số ca nặng thấp hơn đáng kể so với nhóm <12 tháng. Nhóm ≥36 tháng chủ yếu mắc viêm phổi không nặng, với rất ít trường hợp nặng, cho thấy ở lứa tuổi lớn hơn khả năng đáp ứng miễn dịch và khả năng phục hồi tốt hơn.

Bảng 3.5. Các chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng

Yếu tố	Viêm phổi (n=68)	Viêm phổi nặng (n=34)	p
Nhóm tuổi			
<12 tháng	20 (29,4%)	20 (58,8%)	<0,05
≥12 tháng	48 (70,6%)	14 (41,2%)	
Thời gian sốt ≥7 ngày	12 (17,6%)	15 (44,1%)	<0,05
Thời gian ủ bệnh >5 ngày	10 (14,7%)	12 (35,3%)	<0,05
Bạch cầu >15 G/L	14 (20,6%)	22 (64,7%)	<0,05
Giảm bạch cầu (<4 G/L)	4 (5,9%)	1 (2,9%)	>0,05
CRP ≥6 mg/L	18 (26,5%)	23 (67,6%)	<0,05
Thiếu máu (Hb <110 g/L)	10 (14,7%)	12 (35,3%)	<0,05
Tổn thương ≥2 thùy phổi (X-quang)	8 (11,8%)	20 (58,8%)	<0,01

Nhận xét: Thời gian ủ bệnh (từ tiếp xúc/nghe ngửi tiếp xúc đến khởi phát triệu chứng) >5 ngày có liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của viêm phổi (35,3% ở nhóm nặng so với 14,7% ở nhóm không nặng; p<0,05). Các yếu tố còn lại như đã phân tích: trẻ <12 tháng, sốt kéo dài, tăng bạch cầu, CRP cao,

thiếu máu, tổn thương phổi lan tỏa đều là yếu tố nguy cơ quan trọng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ. Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Thanh Nhàn cho thấy viêm phổi do Adenovirus chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ dưới 3 tuổi (86,3%), trong đó nhóm 12–36 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (47,1%) và nhóm dưới 12 tháng chiếm 39,2%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Lâm và cộng sự (2024) tại Bệnh viện Nhi Trung ương, với tuổi trung bình là $20,1 \pm 15,5$ tháng và nhóm tuổi 12–72 tháng chiếm ưu thế (62%). Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Văn (2020) cũng ghi nhận tỷ lệ trẻ <12 tháng cao nhất trong nhóm viêm phổi do virus nói chung. Điều này cho thấy hệ miễn dịch chưa hoàn thiện và cấu trúc đường thở chưa phát triển đầy đủ là yếu tố nguy cơ quan trọng làm tăng nguy cơ mắc và diễn tiến nặng ở trẻ nhỏ.

Tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh tại Bệnh viện Thanh Nhàn là 55,9%, tương đương tỷ lệ nam/nữ = 1,27:1. Điều này tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương (Nguyễn Văn Lâm, 2024: nam chiếm 64,4%) và các báo cáo trước đó như của Trần Thị Thủy (2018) và Đào Minh Tuấn (2017). Một số tác giả cho rằng sự khác biệt giới có thể liên quan đến đặc điểm miễn dịch bẩm sinh, hormone giới, hoặc khác biệt trong hành vi tiếp xúc với môi trường.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Sốt và ho là hai triệu chứng phổ biến nhất, đều gặp ở 100% bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi, tương tự kết quả của Nguyễn Văn Lâm (2024) và Trần Thanh Thức (2021). Tuy nhiên, tỷ lệ sốt kéo dài ≥ 7 ngày ở Bệnh viện Thanh Nhàn là 26,5%, thấp hơn đáng kể so với 64,4% tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Điều này có thể phản ánh sự khác biệt về quần thể nghiên cứu, khi Bệnh viện Nhi Trung ương tiếp nhận chủ yếu các ca nặng, còn nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả viêm phổi mức độ nhẹ và trung bình.

Tỷ lệ suy hô hấp tại Thanh Nhàn là 32,4%, trong đó SHH độ III chỉ chiếm 2,9%, thấp hơn nhiều so với Bệnh viện Nhi Trung ương (100% có SHH, 13,9% SHH độ III). Điều này phản ánh khác biệt giữa tuyến điều trị cũng như mức độ bệnh tại thời điểm nhập viện. Các triệu chứng khác như khô khè (78,4%), viêm long đường hô hấp trên (83,3%), viêm kết mạc, tiêu chảy, phát ban... đều gặp với tỷ lệ tương tự nhau giữa hai nghiên cứu, cho thấy adenovirus có thể gây bệnh cảnh lâm sàng đa dạng và lan tỏa trên nhiều cơ quan.

4.3. Cận lâm sàng và tổn thương phổi.

Tổn thương thâm nhiễm lan tỏa trên X-quang được ghi nhận ở 75,5% bệnh nhân tại Thanh Nhàn, tương đồng với tỷ lệ tại Bệnh viện Nhi Trung ương (Nguyễn Văn Lâm, 2024). Đặc biệt, tổn thương ≥ 2 thùy phổi – một tiêu chí đánh giá mức độ nặng theo IDSA/PIDS – được ghi nhận ở 27,5% trường hợp tại Thanh Nhàn, với mối liên quan rõ rệt đến viêm phổi nặng ($OR = 4,1$; $p < 0,01$). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Đào Minh Tuấn (2018), cho thấy hình ảnh tổn thương lan rộng có giá trị tiên lượng bệnh.

Về chỉ số viêm, bạch cầu tăng $>15G/L$ gặp ở 35,3% bệnh nhi, CRP ≥ 6 mg/L gặp ở 40,2% – đều có mối liên quan thống kê với mức độ nặng ($p < 0,05$). Đây là những dấu hiệu phản ánh đáp ứng viêm mạnh, tương đồng với mô tả của Olli Ruuskanen và cộng sự (2011) trong tổng quan về viêm phổi virus nặng ở trẻ em.

Trong khi nghiên cứu của Nguyễn Văn Lâm (2024) không đi sâu vào phân tích CRP và bạch cầu, thì các yếu tố tiên lượng tử vong như thở máy, suy hô hấp độ III, thời gian bệnh >7 ngày và suy đa tạng lại được chứng minh có mối liên quan chặt chẽ với kết cục xấu, gợi ý rằng đây là giai đoạn cuối của phản ứng viêm nặng kéo dài.

4.4. Các yếu tố nguy cơ viêm phổi nặng

Nghiên cứu tại Bệnh viện Thanh Nhàn xác định 6 yếu tố liên quan chặt chẽ với viêm phổi nặng do Adenovirus:

- Tuổi <12 tháng ($OR = 3,5$)
- Sốt kéo dài ≥ 7 ngày ($OR = 2,8$)
- Bạch cầu >15 G/L ($OR = 2,6$)
- CRP ≥ 6 mg/L ($OR = 3,2$)
- Thiếu máu ($Hb < 110g/L$)
- Tổn thương ≥ 2 thùy trên X-quang ($OR = 4,1$)

Các yếu tố này phần lớn chưa được phân tích trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Lâm (2024) – vốn tập trung vào tiên lượng tử vong – nhưng đều có giá trị tiên lượng mức độ nặng, giúp phân tầng nguy cơ và chỉ định can thiệp sớm. Trong đó, yếu tố tuổi <12 tháng và sốt kéo dài ≥ 7 ngày là hai yếu tố được khẳng định trong cả hai nghiên cứu. Ngoài ra, một yếu tố mới được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi là thời gian ủ bệnh >5 ngày, cho thấy có thể có sự khác biệt về độc lực hoặc phản ứng viêm theo thời điểm khởi phát – một hướng nghiên cứu sâu hơn cần được làm rõ.

Tỷ lệ viêm phổi nặng trong nghiên cứu của chúng tôi là 33,3%, cao hơn so với báo cáo của Nguyễn Ngọc Văn (2020) (27,5%), có thể do tiêu chí chọn bệnh là trẻ có PCR dương tính với adenovirus – một căn nguyên được chứng minh có độc lực mạnh và dễ diễn tiến nặng hơn RSV hoặc Rhinovirus (Kim YJ et al., 2015).

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi do adenovirus ở trẻ em chủ yếu gặp ở lứa tuổi dưới 3, đặc biệt là trẻ dưới 12 tháng, với biểu hiện lâm sàng điển hình là sốt cao, ho, khô khè, khó thở, suy hô hấp và tổn thương phổi lan tỏa.

Tỷ lệ viêm phổi nặng chiếm khoảng 33,3%, thường gặp ở trẻ nhỏ, với thời gian sốt kéo dài, bạch cầu và CRP tăng cao, thiếu máu và tổn thương ≥ 2 thùy phổi trên X-quang. Các yếu tố này có ý nghĩa tiên lượng mức độ nặng của bệnh.

Việc nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ như tuổi < 12 tháng, sốt ≥ 7 ngày, bạch cầu > 15 G/L, CRP ≥ 6 mg/L, thiếu máu và tổn thương phổi lan rộng có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng, phân tầng nguy cơ và định hướng điều trị kịp thời, nhằm giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Lâm, Nguyễn Thị Thanh Thủy.** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và yếu tố tiên lượng tử vong của viêm phổi nặng do Adenovirus tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới – Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;542(2):29–33.
2. **Nguyễn Ngọc Văn.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm

sàng và yếu tố liên quan của viêm phổi do virus ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.

3. **Trần Thị Thủy, Đào Minh Tuấn, Phạm Thu Hiền.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi có nhiễm Adenovirus ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2018;471(1):131–5.
4. **Đào Minh Tuấn, Nguyễn Thị Ngọc Trân.** Nghiên cứu đặc điểm viêm phế quản phổi do Adenovirus tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Thực hành. 2018;239(10):23–8.
5. **Trần Thanh Thức, Trần Anh Tuấn, Phùng Nguyễn Thế Nguyên.** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi nặng do Adenovirus ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;504(2):167–71.
6. **Xie L, Zhang B, Xiao N, Zhang F, Zhao X, Liu Q, Xie Z, Gao H, Duan Z, Zhong L.** Epidemiology of human adenovirus infection in children hospitalized with lower respiratory tract infections in Hunan, China. J Med Virol. 2019 Mar;91(3):392–400. doi: 10.1002/jmv.25333. Epub 2018 Oct 28. PMID: 30286268; PMCID: PMC7159165.
7. **Wang, C., Liu, J., Mi, Y. et al.** Clinical features and epidemiological analysis of respiratory human adenovirus infection in hospitalized children: a cross-sectional study in Zhejiang. Virol J 18, 234 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12985-021-01705-x>

ĐẶC ĐIỂM ĐỘNG KINH Ở TRẺ VIÊM NÃO TỰ MIỄN KHÁNG THỤ THỂ N-METHYL-D-ASPARTATE TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thu Hường¹, Đào Thị Nguyệt^{1,2}, Đỗ Thanh Hương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm động kinh ở trẻ bị viêm não tự miễn (VNTM) kháng thụ thể N-methyl-D-aspartate (NMDA) tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả cắt ngang 35 bệnh nhi bị VNTM kháng thụ thể NMDA có động kinh triệu chứng ở Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 05 năm 2025. **Kết quả:** Tỷ lệ động kinh triệu chứng ở nhóm VNTM kháng thụ thể NMDA là 50%, tuổi trung bình là $7,7 \pm 4$ tuổi, tỷ lệ nữ: nam là 1:0,9. Các cơn co giật xuất hiện trung bình sau $3,1 \pm 4,9$ ngày kể từ khi khởi phát triệu chứng. Có 51,4% bệnh nhân biểu hiện cơn khởi phát cục bộ và 48,6% bệnh nhân có cơn khởi phát toàn thể (với thời gian trung bình mỗi cơn là $5 \pm 3,7$ phút). 80% trẻ có tần suất ≤ 5 cơn/ ngày tại thời

điểm chẩn đoán. Điện não đồ bất thường ở 58,1% trường hợp, chủ yếu là bất thường hoạt động nền (77,8%), có 27,8% trường hợp xuất hiện sóng dạng động kinh. Chụp cộng hưởng từ sọ não bất thường ở 34,4% trường hợp, vị trí tổn thương thường gặp nhất là thùy thái dương (45,4%) và thùy trán-đỉnh (36,4%). **Kết luận:** Động kinh là triệu chứng thường gặp trong bệnh VNTM kháng thụ thể NMDA ở trẻ em. Nhận định đúng đặc điểm cơn giật có vai trò quan trọng trong lựa chọn thuốc điều trị cũng như tiên lượng bệnh. **Từ khóa:** Động kinh, viêm não tự miễn, thụ thể NMDA, trẻ em.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF EPILEPSY IN CHILDREN WITH ANTI-N-METHYL-D-ASPARTATE RECEPTOR AUTOIMMUNE ENCEPHALITIS AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To describe the characteristics of epilepsy in children diagnosed with anti-N-methyl-D-aspartate receptor (NMDAR) autoimmune encephalitis (AE) at the Vietnam National Children's Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study, combining both retrospective and prospective data collection, was conducted on 35 pediatric

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thanh Hương

Email: dothanhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025