

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG DO HAEMOPHILUS INFLUENZAE VÀ TÍNH NHẠY CẢM KHÁNG SINH CỦA HAEMOPHILUS INFLUENZAE TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Bùi Bích Ngọc<sup>1</sup>, Lê Đức Quang<sup>1</sup>, Lê Thị Hồng Hạnh<sup>2</sup>,  
Phan Văn Nhã<sup>1</sup>, Phạm Thu Nga<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Haemophilus influenzae (H.influenzae) là vi khuẩn gây viêm phổi đang có xu hướng gia tăng trong thời gian gần đây. Tình trạng H.influenzae kháng kháng sinh ngày càng đặt ra nhiều thách thức cho quá trình điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do H.influenzae và tính nhạy cảm kháng sinh của H.influenzae. **Đối tượng nghiên cứu:** 343 trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi mắc viêm phổi do H.influenzae tại Trung tâm hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 11/09/2024 đến 30/06/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** tiền cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng hay gặp là ho (99,1%), sốt (70%), ran ở phổi (95,3%). Sốt cao  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  chiếm 51,9%, số ngày sốt trước nhập viện  $1,8 \pm 1,69$  ngày. Hình ảnh Xquang tổn thương nốt mờ lan tỏa 2 bên chiếm 59,5%, tổn thương khu trú thùy, phân thùy chiếm 38,2%. H.influenzae tiết  $\beta$ -lactamase kháng cao với amoxicillin (98,7%), cefaclor (84,5%), clarithromycin (72,1%). Chúng H.influenzae không tiết  $\beta$ -lactamase tỷ lệ kháng với amoxicillin (84,5%), amoxicillin/clavulanic acid (81,8%), cefuroxim (88,2%), cefaclor (89,1%). Cả 2 chủng còn nhạy cảm cao với kháng sinh đường tĩnh mạch như ceftriaxone (100%), cefotaxime (100%), ciprofloxacin (81,5%). **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi do H.influenzae đa dạng, không đặc hiệu. Tình trạng kháng với các kháng sinh đường uống đang có xu hướng tăng cao, 98,7% chủng H.influenzae đề kháng với amoxicillin do tiết men  $\beta$ -lactamase. Kháng sinh đường tiêm như ceftriaxone, cefotaxime còn nhạy cảm 100%.

**Từ khóa:** Haemophilus influenzae, viêm phổi, trẻ em, tính nhạy cảm kháng sinh.

## SUMMARY

### CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA CAUSED BY HAEMOPHILUS INFLUENZAE AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF HAEMOPHILUS INFLUENZAE IN VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

**Background:** Pneumonia caused by Haemophilus influenzae (H.influenzae) has shown an increasing trend recently. The growing antibiotic

resistance of H.influenzae poses a significant challenge to treatment. **Objective:** To describe the clinical and subclinical characteristics of H.influenzae-induced pneumonia and to assess the antibiotic susceptibility of H.influenzae. **Study subjects:** A study was conducted on 343 children aged 1 month to 5 years with pneumonia caused by H.influenzae at the Respiratory Center of the Viet Nam National Children's Hospital from September 11, 2024, to June 30, 2025. **Methods:** There was a cross-sectional study. **Results:** Common clinical symptoms included cough (99.1%), fever (70%), and pulmonary crackles (95.3%). High fever ( $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ) was observed in 51.9% of cases, with a mean fever duration of  $1.8 \pm 1.69$  days before hospital admission. Chest X-ray findings revealed bilateral diffuse nodular opacities in 59.5% of patients and focal lobar or segmental consolidation in 38.2%. H.influenzae strains producing  $\beta$ -lactamase showed high resistance to amoxicillin (98.7%), cefaclor (84.5%), and clarithromycin (72.1%). Non- $\beta$ -lactamase-producing H.influenzae strains exhibited high resistance to amoxicillin (84.5%), amoxicillin/clavulanic acid (81.8%), cefuroxime (88.2%), and cefaclor (89.1%). Both strains remained highly susceptible to intravenous antibiotics such as ceftriaxone (100%), cefotaxime (100%), and ciprofloxacin (81.5%). **Conclusion:** The clinical and subclinical presentation of H.influenzae-induced pneumonia is diverse and non-specific. Resistance to oral antibiotics is showing a rising trend, with 98.7% of H.influenzae strains resistant to amoxicillin due to  $\beta$ -lactamase production. Intravenous antibiotics, including ceftriaxone and cefotaxime, remain 100% susceptible.

**Keywords:** Haemophilus influenzae, pneumonia, children, antibiotic susceptibility.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh lý thường gặp ở trẻ em. Nguyên nhân gây bệnh rất đa dạng gồm virus, vi khuẩn, nấm, kí sinh trùng... Tại các nước đang phát triển, vi khuẩn vẫn là căn nguyên gây bệnh phổ biến. Các nghiên cứu trước đây cho thấy phế cầu là căn nguyên hay gặp nhất trong nhóm vi khuẩn.<sup>1,2</sup> Tuy nhiên trong những năm gần đây, cùng với việc phát triển và bao phủ vắc xin phế cầu và vắc xin phòng H.influenzae typ b, sự phân bố vi khuẩn gây viêm phổi đang có xu hướng dịch chuyển. Theo nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Thanh Mai trên 257 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2019-2020, viêm phổi do H.influenzae chiếm tới 52,1%.<sup>3</sup> Trên thực tế, tỷ

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Bích Ngọc

Email: ngocbio.150595@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

lê viêm phổi cấy dịch tỵ hầu dương tính với H.influenzae đang có xu hướng tăng trong thời gian gần đây. Bên cạnh đó, tính nhạy cảm với kháng sinh của H.influenzae là một vấn đề rất đáng quan tâm. Theo nghiên cứu của tác giả Trương Thị Việt Nga, tỷ lệ H.influenzae kháng với ampicillin rất cao 92,1%.<sup>4</sup> Trên thế giới, nhiều nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ đề kháng của H.influenzae với kháng sinh đang có xu hướng tăng cao.<sup>5,6</sup>

Vì vậy, việc điều trị viêm phổi do H.influenzae đặt ra nhiều thách thức cho các bác sĩ lâm sàng. Những biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng nào gợi ý chẩn đoán viêm phổi do H.influenzae? Kháng sinh nào còn nhạy với H.influenzae? Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do H.influenzae và tính nhạy cảm kháng sinh của H.influenzae ở trẻ em tại Trung tâm hô hấp Bệnh viện nhi Trung ương năm 2024-2025*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên 343 bệnh nhân từ 1 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi do H.influenzae tại Trung tâm hô hấp, Bệnh viện Nhi Trung ương từ 11/09/2024 đến 30/06/2025.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi.
- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn của WHO năm 2013<sup>7</sup>
- Có bằng chứng nhiễm H.influenzae trong dịch tỵ hầu hoặc dịch khí quản qua đường mũi trong vòng 48 giờ đầu nhập viện.

### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân đã điều trị ở tuyến dưới trước thời điểm nhập viện.
- Gia đình và bản thân trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Chọn cỡ mẫu thuận tiện.

**Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm hô hấp, Bệnh viện Nhi Trung ương.

**Thời gian nghiên cứu:** Từ 11/09/2024 đến 30/06/2025.

**Quy trình tiến hành nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, điều trị nội trú tại Trung tâm hô hấp trong thời gian nghiên cứu được lấy bệnh phẩm dịch tỵ hầu hoặc dịch khí quản qua đường mũi để nuôi cấy định danh. Ca bệnh có kết quả nuôi cấy H.influenzae dương tính đạt tiêu chuẩn sẽ được

đưa vào nghiên cứu.

### **Một số chỉ số nghiên cứu:**

- Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng cơ năng (ho, sốt, khó khè, chảy mũi, nôn...), triệu chứng thực thể (thở nhanh, rút lõm lồng ngực, spO<sub>2</sub>, ran phổi...).

- Đặc điểm cận lâm sàng: bạch cầu, CRP, Hemoglobin, Xquang tim phổi.

- Tính nhạy cảm kháng sinh theo kháng sinh đồ.

**Xử lý số liệu:** - Các số liệu được xử lý bằng phần mềm của chương trình SPSS 20.0.

- Các thông số được coi là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu trên 343 bệnh nhân viêm phổi do H.influenzae tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 11/09/2024 đến 30/06/2025, chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau:

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

|                                                | Đặc điểm                        | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------------------------|---------------------------------|------------|-----------|
| <b>Tuổi</b>                                    | 1 tháng - <12 tháng             | 149        | 43,4      |
|                                                | 12 tháng- 60 tháng              | 194        | 56,6      |
| <b>Giới</b>                                    | Nam                             | 218        | 63,6      |
|                                                | Nữ                              | 125        | 36,4      |
| <b>Tuổi thai khi sinh</b>                      | Đủ tháng ( $\geq 37$ tuần)      | 304        | 88,6      |
|                                                | Thiếu tháng ( $< 37$ tuần)      | 39         | 11,4      |
| <b>Cân nặng lúc sinh</b>                       | Bình thường ( $\geq 2500$ gram) | 308        | 89,8      |
|                                                | Nhẹ cân ( $< 2500$ gram)        | 35         | 10,2      |
| <b>Tiền sử bệnh tật kèm theo</b>               | Khỏe mạnh                       | 314        | 91,5      |
|                                                | Bệnh nền*                       | 28         | 8,2       |
| <b>Tiền sử mắc các bệnh nhiễm trùng hô hấp</b> | Có                              | 144        | 42,0      |
|                                                | Không                           | 199        | 58,0      |
| <b>Tiền sử dùng kháng sinh trước nhập viện</b> | Không kháng sinh                | 202        | 58,9      |
|                                                | 1 kháng sinh                    | 97         | 28,2      |
|                                                | $\geq 2$ kháng sinh             | 44         | 12,9      |
|                                                | Chưa tiêm                       | 69         | 20,1      |
| <b>Tiền sử tiêm chủng</b>                      | Đã tiêm chưa đủ                 | 68         | 19,8      |
|                                                | Đã tiêm đủ                      | 206        | 60,1      |

**Chú thích \*:** Bệnh nền gồm có tim bẩm sinh, bất thường cấu trúc đường thở, bệnh lý thần kinh, bệnh lý nội tiết, ung thư và các dị tật bẩm sinh khác.

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của đối tượng

ngiên cứu là  $15,3 \pm 10,9$  tháng, trong đó nhóm trẻ trên 12 tháng chiếm tỷ lệ cao hơn với 56,6%. Tỷ lệ mắc viêm phổi do H.influenzae ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ (63,6% và 36,4%). Nhóm trẻ trong nghiên cứu có 11,4% trẻ thiếu tháng, 10,2% trẻ nhẹ cân, 8,2% trẻ có mắc các bệnh nền. Tỷ lệ trẻ mắc các bệnh lý nhiễm trùng đường hô hấp trước nhập viện là 42%. Tỷ lệ dùng kháng sinh trước nhập viện cao (41,1%). Ở nhóm đối tượng nghiên cứu, có tới 20,1% trẻ chưa được tiêm phòng, 19,8% trẻ đã được tiếp cận vắc xin Hib nhưng chưa đủ phác đồ.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi do H.influenzae

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi do H.influenzae**

| Triệu chứng          |                   | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|-------------------|------------|-----------|
| Triệu chứng cơ năng  | Ho                | 340        | 99,1      |
|                      | Sốt               | 240        | 70,0      |
|                      | Khò khè           | 201        | 58,6      |
|                      | Ăn/ bú kém        | 66         | 19,2      |
|                      | Chảy mũi          | 177        | 51,6      |
|                      | Nôn               | 43         | 12,5      |
|                      | Tiêu chảy         | 86         | 25,1      |
|                      | Phát ban          | 12         | 3,5       |
| Triệu chứng thực thể | Thở nhanh         | 169        | 49,3      |
|                      | Rút lõm lồng ngực | 175        | 51,0      |
|                      | Suy hô hấp        | 162        | 47,2      |
|                      | Ran ở phổi        | 327        | 95,3      |
|                      | Viêm tai          | 74         | 21,6      |
|                      | Viêm họng         | 239        | 69,7      |

**Nhận xét:** Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là ho (99,1%), sốt (70,0%), khò khè (58,6%), chảy mũi (51,6%). Sốt có đặc điểm là sốt cao ( $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ ) với 51,9%. Số ngày sốt trước

nhập viện trung bình là  $1,8 \pm 1,69$  ngày. Triệu chứng thực thể ran ở phổi gặp với tỷ lệ cao nhất (95,3). Các triệu chứng thở nhanh, rút lõm lồng ngực, suy hô hấp, viêm họng, viêm tai gặp với tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 49,3%; 51,0%; 47,2%; 69,7%; 21,6%.

**Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của viêm phổi do H.influenzae**

| Chi số                |                                             | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------|---------------------------------------------|------------|-----------|
| Bạch cầu (G/L)        | Giảm ( $<4$ )                               | 0          | 0,0       |
|                       | Bình thường (4-10)                          | 112        | 32,7      |
|                       | Tăng ( $>10$ )                              | 231        | 67,3      |
| CRP (mg/l)            | Bình thường (0-6)                           | 115        | 33,5      |
|                       | Tăng ( $>6$ )                               | 228        | 66,5      |
| Hemoglobin [Hb (g/l)] | Bình thường (Hb $\geq 120$ )                | 221        | 64,5      |
|                       | Thiếu máu nhẹ ( $90 \leq \text{Hb} < 120$ ) | 113        | 32,9      |
|                       | Thiếu máu vừa ( $60 \leq \text{Hb} < 90$ )  | 9          | 2,6       |
| Xquang                | Nốt mờ lan tỏa                              | 204        | 59,5      |
|                       | Tổn thương khu trú thùy, phân thùy          | 125        | 36,4      |
|                       | Tổn thương dạng kẽ                          | 9          | 2,6       |
|                       | Tổn thương kết hợp                          | 5          | 1,5       |

**Nhận xét:** Ở nhóm nghiên cứu, chỉ số bạch cầu tăng gặp ở 67,3% trẻ, CRP tăng ở 66,5% trẻ. Tỷ lệ trẻ có thiếu máu là 35,5%, chủ yếu thiếu máu mức độ nhẹ. Hình ảnh Xquang tổn thương nốt mờ lan tỏa chiếm 59,5%, tổn thương khu trú thùy, phân thùy chiếm 36,4%, tổn thương dạng kẽ, tràn dịch- tràn khí màng phổi, xẹp phổi chiếm tỷ lệ thấp.

### 3.3. Tính nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn H.influenzae

**Bảng 4. Tình trạng kháng kháng sinh của H.influenzae**

| Kháng sinh                  | H.influenzae tiết $\beta$ -lactamase |                |          | H.influenzae không tiết $\beta$ -lactamase |                |          | Giá trị P |
|-----------------------------|--------------------------------------|----------------|----------|--------------------------------------------|----------------|----------|-----------|
|                             | Kháng (%)                            | Trung gian (%) | Nhạy (%) | Kháng (%)                                  | Trung gian (%) | Nhạy (%) |           |
| Ampicillin                  | 98,3                                 | 0,4            | 1,3      | 83,6                                       | 0              | 16,4     | 0,000     |
| Amoxicillin                 | 98,7                                 | 0,4            | 0,9      | 84,5                                       | 0              | 15,5     | 0,000     |
| Amoxicillin/Clavulanic acid | 57,5                                 | 0,4            | 42,1     | 80,9                                       | 1,8            | 17,3     | 0,000     |
| Amoxicillin/sulbactam       | 57,1                                 | 0              | 42,9     | 81,8                                       | 0,9            | 17,3     | 0,000     |
| Cefuroxim                   | 75,5                                 | 6,4            | 18       | 88,2                                       | 0,9            | 10,9     | 0,012     |
| Cefaclor                    | 84,5                                 | 5,2            | 10,3     | 89,1                                       | 2,7            | 8,2      | 0,465     |
| Piperacillin + Tazobactam   | 58,4                                 | 1,7            | 39,9     | 81,8                                       | 0              | 18,2     | 0,000     |
| Cefixime                    | 27,1                                 | 34,3           | 38,6     | 25,5                                       | 36,4           | 38,2     | 0,922     |
| Ceftriaxone                 | 0                                    | 0              | 100      | 0                                          | 0              | 100      |           |
| Cefotaxime                  | 0                                    | 0              | 100      | 0                                          | 0              | 100      |           |
| Azithromycin                | 28,8                                 | 42,1           | 29,2     | 5,5                                        | 8,2            | 86,4     | 0,000     |
| Clarithromycin              | 72,1                                 | 3,4            | 24,5     | 15,5                                       | 5,5            | 79,1     | 0,000     |
| Ciprofloxacin               | 7,3                                  | 11,2           | 81,5     | 3,6                                        | 7,3            | 89,1     | 0,194     |

**Nhận xét:** Chủng *H.influenzae* tiết  $\beta$ -lactamase có tỷ lệ kháng cao với amoxicillin (98,7%), ampicillin (98,3%), cefaclor (84,5%), clarithromycin (72,1%). Tỷ lệ kháng với ampicillin, amoxicillin, azithromycin, clarithromycin ở chủng *H.influenzae* tiết  $\beta$ -lactamase cao hơn *H.influenzae* không tiết  $\beta$ -lactamase ( $P < 0.001$ ). Cả 2 chủng còn nhạy cảm cao với kháng sinh tiêm nhóm cephalosporin thế hệ 3 như ceftriaxone (100%), cefotaxime (100%).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 343 trẻ, trong đó tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam cao hơn ở trẻ nữ. Độ tuổi mắc bệnh trung bình là  $15,3 \pm 10,9$  tháng, trong đó nhóm trẻ trên 12 tháng gặp tỷ lệ cao hơn (56,6%). Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả khác cho thấy tỷ lệ trẻ dưới 12 tháng nhiễm *H.influenzae* cao hơn so với nhóm dưới 12 tháng.<sup>4,8</sup> Tỷ lệ trẻ nam/nữ là 1,75/1, phù hợp với nghiên cứu của tác giả khác.<sup>4,8</sup> Nhóm đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ sinh thiếu tháng và nhẹ cân lần lượt là 11,4% và 10,2%, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trương Thị Việt Nga.<sup>4</sup> Tỷ lệ trẻ có các bệnh nền kèm theo thấp (8,2%). Tuy nhiên, có tới 42% trẻ có tiền sử mắc các bệnh lý nhiễm trùng đường hô hấp trong đó nhiều trẻ có các đợt bệnh tái diễn. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Hòa với 54,55%.<sup>8</sup> Tình trạng sử dụng kháng sinh trước nhập viện khá cao, chiếm 41,1%, chủ yếu là nhóm penicillin (19,8%). Tình trạng tiêm chủng ở nhóm đối tượng còn thấp, có tới 20,1% trẻ chưa được tiếp cận với vắc xin Hib. Nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Hòa<sup>8</sup> năm 2017 có tới 55,07% trẻ chưa được tiêm phòng. Như vậy, tỷ lệ trẻ có cơ hội tiếp cận vắc xin đang có xu hướng tăng lên do sự phát triển của tình hình kinh tế- xã hội.

Các triệu chứng cơ năng thường gặp là ho, sốt, khó khè, chảy mũi. Triệu chứng ăn/bú kém, nôn, tiêu chảy, phát ban ít gặp hơn. Số ngày sốt trung bình là  $1,8 \pm 1,69$  ngày, thường gặp là sốt cao  $\geq 38,5$  °C. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả khác.<sup>4,8</sup>

Ran ở phổi là triệu chứng thực thể gặp với tỷ lệ cao nhất (95,3%), ran phế quản gặp tỷ lệ cao hơn ran ẩm. Các triệu chứng khác gồm thở nhanh (49,3%), rút lõm lồng ngực (51%), viêm tai giữa (21,6%), viêm họng (69,7%). Tỷ lệ trẻ có biến chứng suy hô hấp khá cao, chiếm 47,2% nhưng chủ yếu là suy hô hấp mức độ nhẹ. Kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Hòa, Trương Thị Việt Nga đều cho thấy ran ở phổi là triệu chứng gặp với tỷ lệ cao, tuy nhiên, tỷ lệ trẻ

xuất hiện các triệu chứng rút lõm lồng ngực, thở nhanh, suy hô hấp thấp hơn hẳn. Nghiên cứu của Trương Thị Việt Nga, rút lõm lồng ngực (19,9%), suy hô hấp (15,2%). Nghiên cứu của Phạm Văn Hòa, tỷ lệ suy hô hấp là 27,4%. Như vậy, tỷ lệ trẻ xuất hiện biến chứng suy hô hấp có xu hướng tăng lên.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, các chỉ số đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn như bạch cầu, CRP có tăng nhẹ, gặp trên 65% bệnh nhân, tương đồng với các tác giả khác.<sup>4,8</sup> Trong nhóm trẻ nghiên cứu, tỷ lệ trẻ thiếu máu chiếm 35,5% nhưng chủ yếu là mức độ nhẹ. Nghiên cứu của tác giả Trương Thị Việt Nga cho kết quả tương tự, thiếu máu nhẹ chiếm 30,5%.<sup>4</sup> Tổn thương Xquang trong viêm phổi do *H.influenzae* của chúng tôi chủ yếu là tổn thương dạng nốt mờ, có tính chất lan tỏa 2 bên chiếm 59,5%, tổn thương khu trú ở thùy, phân thùy chiếm tỷ lệ thấp hơn với 36,4%. Các dạng tổn thương khác như tổn thương dạng kẽ, tràn dịch- tràn khí màng phổi, xẹp phổi ít gặp. Nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Hòa<sup>8</sup>, tổn thương lan tỏa chiếm 63%, tổn thương khu trú chiếm 37%, tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ *H.influenzae* tiết  $\beta$ -lactamase chiếm tỷ lệ cao 67,9%. Chủng *H.influenzae* không tiết  $\beta$ -lactamase và tiết  $\beta$ -lactamase đều có tỷ lệ kháng cao với kháng sinh ampicillin, amoxicillin, trong đó *H.influenzae* tiết  $\beta$ -lactamase tỷ lệ kháng cao hơn, 98,7% với amoxicillin, 98,3% với ampicillin. Chủng *H.influenzae* không tiết  $\beta$ -lactamase nhạy với amoxicillin/clavulanic axit là 17,3%, amoxicillin/sulbactam là 17,3%, trong khi chủng *H.influenzae* tiết  $\beta$ -lactamase nhạy lần lượt là 42,1% và 42,9%. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với một nghiên cứu tại Trung Quốc năm 2016, chủng *H.influenzae* tiết  $\beta$ -lactamase nhạy với ampicillin-sulbactam là 84,6% còn chủng *H.influenzae* không tiết  $\beta$ -lactamase nhạy ampicillin (75%), ampicillin-sulbactam (80,1%).<sup>5</sup> Tuy nhiên, nghiên cứu của các tác giả trong nước lại có kết quả tương đồng.<sup>4,9</sup> Kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 2 như cefuroxime, cefaclor đều có tỷ lệ kháng cao ở cả 2 chủng, dao động 75-89%. Nghiên cứu của Trương Thị Việt Nga, cefaclor bị kháng 84,4%, cefuroxime bị kháng 80,1%.<sup>4</sup> Kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 có tỷ lệ kháng thấp hơn, như cefixime khoảng 25-27%, cefotaxime, ceftriaxone chưa ghi nhận tình trạng kháng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Kiedrowska (2017).<sup>10</sup> Nhóm macrolide vẫn còn nhạy khá cao với chủng *H.influenzae* không tiết  $\beta$ -lactamase,

azithromycin là 86,4%, clarithromycin là 79,1%. Tuy nhiên chủng H.influenzae tiết  $\beta$ -lactamase, tỷ lệ nhạy chỉ còn 29,2% với azithromycin, 24,5% với clarithromycin. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Tình trạng kháng kháng sinh cao có liên quan đến việc sử dụng kháng sinh tràn lan, quá mức ở ngoài cộng đồng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có đến 41,1% trường hợp dùng kháng sinh trước nhập viện.

## V. KẾT LUẬN

Ở nghiên cứu của chúng tôi, viêm phổi do H.influenzae gặp tỷ lệ cao ở trẻ trên 12 tháng tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,75/1. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là ho, sốt, ran ở phổi. Biến chứng hay gặp là suy hô hấp nhưng phần lớn là mức độ nhẹ. Hình ảnh Xquang của tình trạng viêm phổi do H.influenzae hay gặp là nốt mờ lan tỏa 2 bên. H.influenzae tiết  $\beta$ -lactamase có tỷ lệ kháng với amoxicillin, ampicillin, azithromycin, clarithromycin cao hơn chủng H.influenzae không tiết  $\beta$ -lactamase. Cả 2 chủng còn nhạy cảm cao với kháng sinh tiêm cefotaxime (100%), ceftriaxone (100%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Thị Ngọc.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi tại khoa hô hấp Bệnh viện nhi Thanh Hóa. Tạp Chí Nghiên Cứu Và Thực Hành Nhi Khoa. 2020;1:65-72.
2. **Kiều Thị Kim Hương, Phạm Thị Minh Hồng.** Đặc điểm lâm sàng, vi sinh và điều trị viêm phổi cộng đồng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2016-2017. Tạp Chí Nghiên Cứu Học. 2018;22(1): 229-235.
3. **Đoàn Thị Thanh Mai, Ngô Anh Vinh.** Căn nguyên vi khuẩn và một số yếu tố liên quan gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em tại Bệnh viện nhi Trung ương bằng kỹ thuật realtime PCR đa mồi. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;532(1). doi:10.51298/vmj.v532i1.7316
4. **Trương Thị Việt Nga, Lê Thị Hồng Hạnh, Phạm Thu Nga.** Tính kháng kháng sinh của vi khuẩn Haemophilus influenzae và kết quả điều trị viêm phổi do Haemophilus influenzae ở trẻ em tại bệnh viện nhi Trung ương. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;517(2). doi:10.51298/vmj.v517i2.3295
5. **Wang HJ, Hua CZ, Yu H.** Antibiotic Resistance Profiles of Haemophilus influenzae Isolates from Children in 2016: A Multicenter Study in China. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2019;2019(1): 6456321. doi:10.1155/2019/6456321
6. **Su PY, Cheng WH, Ho CH.** Molecular characterization of multidrug-resistant non-typeable Haemophilus influenzae with high-level resistance to cefuroxime, levofloxacin, and trimethoprim-sulfamethoxazole. BMC Microbiol. 2023;23(1):178.doi:10.1186/s12866-023-02926-6
7. **Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses.** 2nd ed. World Health Organization; 2013. Accessed November 25, 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK154447/>
8. **Phạm Văn Hòa.** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và tính kháng kháng sinh của viêm phổi do vi khuẩn Haemophilus influenzae ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Đề tài luận văn thạc sỹ. Đại học y Hà Nội; 2017.
9. **Lê Thanh Duyên.** Đặc điểm lâm sàng, tính nhạy cảm kháng sinh và phân bố typ huyết thanh của Streptococcus pneumoniae và Haemophilus influenzae trong viêm phổi cộng đồng trẻ em tại Hải Dương. Trường đại học Y Hà Nội; 2021.
10. **Kiedrowska M, Kuch A, Żabicka D.**  $\beta$ -Lactam resistance among Haemophilus influenzae isolates in Poland. J Glob Antimicrob Resist. 2017;11:161-166. doi:10.1016/j.jgar.2017.08.005

## ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN CÁC DÒNG TẾ BÀO MÁU NGOẠI VI Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NỘI TIÊU HOÁ BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lê Quốc Tuấn<sup>1</sup>, Lê Thị Thu Hiền<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm rối loạn các dòng tế bào máu ngoại vi ở bệnh nhân xơ gan điều trị tại khoa Nội Tiêu hoá Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt

ngang trên 72 bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan điều trị tại khoa Nội Tiêu hoá Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 03/2023 đến tháng 5/2025. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 72 bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho thấy rối loạn huyết học rất phổ biến, trong đó 81,9% bị thiếu máu (Hb trung bình  $10,1 \pm 1,8$  g/dL) và 88,9% bị giảm tiểu cầu, với 37,5% giảm nặng ( $<50.000/mm^3$ ). Các chỉ số Hemoglobin, Hematocrit, tiểu cầu và bạch cầu giảm dần theo mức độ nặng của xơ gan (Child-Pugh A  $\rightarrow$  C), có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Bệnh nhân xơ gan do rượu có các chỉ số huyết học thấp hơn rõ rệt so với nhóm do virus. **Kết luận:** Việc theo dõi các chỉ số huyết học giúp đánh giá mức độ nặng và biến chứng

<sup>1</sup>Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật Tỉnh Phú Thọ

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Tuấn

Email: tuanpk103ck@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025