

(mcg). Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng thuốc giảm đau tiêu thụ qua bơm PCA trung bình ngày đầu nhiều hơn so với ngày thứ hai. Điều này phù hợp với thực tế là mức độ đau sau mổ xu hướng giảm dần theo thời gian, hơn nữa ở những ngày sau người bệnh quen hơn với cách sử dụng PCA nên mức độ đau ổn định hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra rằng mức độ đau của người bệnh có chườm lạnh kết hợp với phương pháp giảm đau tự kiểm soát sau phẫu thuật thay khớp háng, duy trì ngưỡng đau ở mức nhẹ đến trung bình trong 3 ngày sau phẫu thuật. Số lượng thuốc giảm đau fentanyl được sử dụng nhiều trong ngày đầu tiên sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Academy of Orthopaedic Surgeons.** Total Hip Replacement - OrthoInfo - AAOS [Internet]. OrthoInfo. 2024 [cited 2024 Apr 30]. Available from: <https://www.orthoinfo.org/en/treatment/total-hip-replacement/>.
2. **Abdelaal MS, Restrepo C, Sharkey PF.** Global Perspectives on Arthroplasty of Hip and Knee Joints. *Orthop Clin North Am.* 2020 Apr;51(2): 169-176. doi: 10.1016/j.ocl.2019.11.003.
3. **Chen W, Chen W, Wan W.** Risk factors and predictive model for acute postoperative pain after hip and knee arthroplasty. *Medicine (Baltimore).* 2024 Dec 27;103(52):e41126. doi: 10.1097/MD.00000000000041126.
4. **Anger M, Valovska T, Beloeil H, Lirk P, Joshi GP, Van de Velde M, et al.** PROSPECT guideline for total hip arthroplasty: a systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations. *Anaesthesia.* 2021 Aug;76(8): 1082-1097. doi: 10.1111/anae.15498.
5. **Komann M, Weinmann C, Schwenkglenks M, Meissner W.** Non-pharmacological methods and post-operative pain relief: an observational study. *Anesth Pain Med.* 2019 Apr 20;9(2):e84674. doi: 10.5812/aapm.84674.
6. **Phạm An Tiếp, Mai Trọng Nghĩa, Nguyễn Thị Hồng, Trần Thị Huệ, Nguyễn Văn Sản, Đặng Văn Huy.** Đánh giá hiệu quả kỹ thuật chườm lạnh điều trị sau phẫu thuật nội soi khớp gối, tại Bệnh viện Quân y 110, từ 4/2022 đến 3/2023. *Tạp chí Y học Quân sự.* 2023;(366):4. doi:10.59459/1859-1655/JMM.326.
7. **Đoàn Thị Anh Lê.** Kỹ thuật điều dưỡng cơ sở. 2nd ed. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2014. Quy trình kỹ thuật chườm lạnh; p.242-253.
8. **Okoro T, Ibrahim Y, Mansour N, Alderman P, Evans A.** The use of cryotherapy in the early postoperative period after total hip arthroplasty. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2019 Oct 31;21(5):339-348

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI DO MYCOPLASMA PNEUMONIAE Ở TRẺ EM 2 THÁNG ĐẾN 16 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HỒNG NGỌC

Trần Văn Bàn¹, Nguyễn Đình Học²

TÓM TẮT

157 trẻ từ 2 tháng đến 16 tuổi được chẩn đoán viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae tại bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc từ 07/04/2024 đến 01/7/2025.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae ở trẻ. **Kết quả:** 78,3% lứa tuổi từ 12 tháng - 5 tuổi, triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ran phổi 62,4%, rối loạn tiêu hóa 35,7%. Hình ảnh X-quang lồng ngực đặc phân thủy/thủy phổi chiếm tỷ lệ 86,6%. 42,7% bệnh nhân có đồng nhiễm vi khuẩn tại thời điểm vào viện. 8,9% bệnh nhân có hỗ trợ hô hấp, thời gian điều trị trung bình là 7,29±2,30(2-14) ngày. 92,4% bệnh nhân điều trị thành công

Từ khóa: viêm phổi, Mycoplasma pneumoniae

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF PNEUMONIA CAUSED BY MYCOPLASMA PNEUMONIAE IN CHILDREN AGED 2 MONTHS TO 16 YEARS OLD AT HONG NGOC GENERAL HOSPITAL

A total of 157 children aged 2 months to 16 years were diagnosed with pneumonia caused by Mycoplasma pneumoniae at Hong Ngoc General Hospital from April 7, 2024 to July 1, 2025.

Objective: To describe clinical and paraclinical characteristics and evaluate the treatment results of pneumonia caused by Mycoplasma pneumoniae in children. **Results:** Most patients (78.3%) were between 12 months and 5 years old. The most common clinical symptoms were pulmonary rales (62.4%), and digestive disorders 35.7%. Chest X-ray showed that lung segmental or lobar consolidation accounted for 86.6%. 42.7% of patients had bacterial co-infection at the time of admission. Respiratory support was required in 8.9% cases. The average

¹Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Bàn

Email: tranban2882@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025

treatment time was 7.29±2.30 (2-14) days. The treatment success rate was 92.4%.

Keywords: pneumonia, Mycoplasma pneumoniae

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi (pneumonia) là nhiễm trùng cấp tính nhu mô phổi do nhiều nguyên nhân khác nhau sau khi loại trừ được viêm tiểu phế quản. Viêm phổi trẻ em thường biểu hiện dưới 2 thể: điển hình khi các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng rất rõ rệt và thường gặp ở trẻ nhỏ; không điển hình thường gặp nhiều hơn ở trẻ lớn, các triệu chứng cơ năng khá rầm rộ, nhưng tổn thương thực thể lại rất nghèo nàn, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý viêm nhiễm khác nên khi đến cơ sở y tế bệnh đã ở giai đoạn nặng. Những năm gần đây, nhiều báo cáo cho thấy tỷ lệ VP do Mycoplasma pneumonia vào điều trị tại các cơ sở y tế ngày một tăng, thậm chí diễn biến nặng, tử vong. Một nghiên cứu tại Ấn Độ trẻ em trong độ tuổi đi học và thanh niên chiếm 36% (20/55) số ca mắc và 47,3% (26/55) số ca được ghi nhận trong mùa hè và gió mùa. Bệnh nhân được đưa vào phòng chăm sóc đặc biệt và tổng cộng 7/55 (12,7%) bệnh nhân được hỗ trợ thở máy tỷ lệ tử vong là 13,3% [10].

Việc điều trị đã được khuyến cáo bao gồm: chống suy hô hấp, kháng sinh, điều trị hỗ trợ, điều trị biến chứng, chủ yếu sử dụng kháng sinh sớm và hợp lý. Nhiều trường hợp đến cơ sở điều trị đã diễn biến rất nặng, một số trường hợp được báo cáo điều trị kéo dài, có biến chứng phức tạp, thậm chí tỷ lệ chủng Mycoplasma pneumonia kháng thuốc ngày càng gia tăng [8]. Hơn nữa, tại bệnh viện đa khoa Hồng Ngọc, hàng năm có rất nhiều trẻ em bị VP vào điều trị được xác định do nhiễm Mycoplasma pneumonia bằng các kỹ thuật xét nghiệm hiện đại thường qui như PCR. Nhưng cho đến nay, chưa có nghiên cứu nào đánh giá và công bố về VP do Mycoplasma pneumonia ở trẻ em. Mục tiêu đề tài: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi do Mycoplasma pneumonia ở trẻ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân từ 2 tháng đến 16 tuổi được chẩn đoán viêm phổi có chẩn đoán viêm phổi và xét nghiệm PCR có Mycoplasma Pneumoniae

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trẻ được chẩn đoán viêm phổi
- Có kết quả dương tính với M. pneumoniae bằng phương pháp PCR tại viện
- Gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trẻ đã được điều trị tại các cơ sở y tế khác chuyển đến

- Bệnh nhân mắc các bệnh từ trước như bệnh gan, thận, bệnh máu, các dị tật bẩm sinh nặng, suy giảm miễn dịch.

- Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi:

* Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi do Mycoplasma pneumonia [9]

Dựa vào các yếu tố sau:

- Dịch tễ:
 - + Thường gặp ở trẻ lớn, độ tuổi đi học
 - + Mùa: cuối mùa hè
- Lâm sàng:
 - + Triệu chứng cơ năng rầm rộ, thực thể nghèo nàn
 - + Ho liên tục, dai dẳng. Ho khan, sau đó ho có đờm

+ Thở nhanh (theo tuổi)

+ Phổi: có thể không nghe thấy ran ở trẻ lớn. Hay ran ẩm, ran phế quản ở trẻ nhỏ hoặc khi đến muộn

- Cận lâm sàng:

+ Xquang phổi: đông đặc, thâm nhiễm, tràn dịch màng phổi

+ Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ, CRP tăng

+ Có dấu ấn của M. pneumonia trong bệnh phẩm dịch hô hấp và mẫu huyết thanh

+ PCR M. pneumonia dương tính và IgM M. pneumonia dương tính.

Hoặc: Hiệu giá kháng thể IgG M. pneumonia ≥ 4 lần sau 4 tuần

2.2. Địa điểm nghiên cứu. Khoa Nhi bệnh viện Hồng Ngọc

2.3. Thời gian nghiên cứu. 07/04/2024 đến 01/7/2025

2.4. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.5. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

2.6. Các chỉ số nghiên cứu

- + Đặc điểm chung: tuổi giới
- + Đặc điểm lâm sàng: ho, sốt, khó thở, khò khè, tím, rút lõm lồng ngực, cơn ngừng thở rồi loạn tiêu hóa, phát ban, các chỉ số sinh tồn, SpO₂, nghe phổi...

+ Đặc điểm cận lâm sàng: virus test nhanh, chụp Xquang ngực thẳng, công thức máu, sinh hóa máu, nuôi cấy dịch tỵ hầu,...

+ Kết quả điều trị: số ngày điều trị, số ngày hỗ trợ hô hấp, các thuốc đã dùng...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới

và tuổi

Giới tính Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
2-12 tháng	2	66,7	1	33,3	3	1,9
12 tháng - <5 tuổi	60	48,8	63	51,2	126	78,3
5-10 tuổi	18	58,1	13	41,9	31	19,7
≥10 tuổi	0	0	0	0	0	0
Tổng	80	51	77	49	157	100

Nhận xét: - Lứa tuổi hay gặp nhất là từ 12 tháng- 5 tuổi chiếm tỷ lệ 78,3%, lứa tuổi trên 5 tuổi gặp ở 19,7%, những bệnh nhân dưới 12 tháng tuổi có tỷ lệ thấp nhất là 1,9%. Trên 10 tuổi chúng tôi không gặp bệnh nhân nào.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ =1/1

- Trong đó nam gặp ở lứa tuổi từ 5-10 tuổi nam nhiều hơn nữ, lứa tuổi từ 12 tháng- 5 tuổi nữ nhiều hơn nam.

Bảng 3.2: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	2-12 th		12 th -5 ^t		≥5 tuổi		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Thở nhanh	2	66,7	7	5,7	1	3,2	10	6,4
RLLN	2	66,7	6	4,9	1	3,2	9	5,7
Có giạt	0	0	0	0	0	0	0	0
RLTH	1	33,3	49	39,8	6	19,4	56	35,7
SPO ₂ giảm	2	66,7	7	5,7	1	3,2	10	6,4
Ran phổi	3	100	76	61,8	19	61,3	98	62,4
Nhịp tim nhanh	0	0	0	0	1	3,2	1	0,6
Sốt	0	0	42	34,1	12	38,7	54	34,4

Nhận xét: - Các triệu chứng thực thể hay gặp nhất là nghe phổi có ran gặp ở 62,4% các bệnh nhân trong đó tất cả các bệnh nhân dưới 12 tháng đều nghe thấy ran ở lứa tuổi 12 tháng đến 5 tuổi gặp ở 61,8%, các bệnh nhân trên 5 tuổi là 61,3%

- Sốt gặp ở 34,4% thường gặp nhất là trẻ trên 5 tuổi

- Rối loạn tiêu hoá gặp ở 35,7% trong đó ở trẻ dưới 12 tháng là 33,3%, trẻ từ 12 tháng đến 5 tuổi gặp ở 39,8%, trên 5 tuổi là 19,4%

- Triệu chứng thở nhanh theo lứa tuổi gặp trẻ dưới 12 tháng là 66,7%, đối với trẻ 12 tháng đến 5 tuổi là 5,7%.

- SPO₂ giảm gặp ở 6,4% các bệnh nhân trong đó trẻ dưới 12 tháng là 66,7%, trẻ từ 12 tháng đến 5 tuổi là 5,7% trẻ trên 5 tuổi có 3,2%.

Bảng 3.3: Triệu chứng Xquang

Triệu chứng	2-12 th		12 th -5 ^t		>5 tuổi		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dạng nốt mờ rải rác	1	33,3	21	17,1	7	22,6	29	18,5
Đông đặc thùy/phân thùy	3	100	107	87	26	83,9	136	86,6

Tổn thương kẽ	0	0	4	3,3	1	3,2	5	3,2
Tràn dịch màng phổi	0	0	10	8,1	1	3,2	11	7,0

Nhận xét: - Hình ảnh thường gặp nhất trên lâm sàng đối với viêm phổi do Mycoplasma là hình ảnh đông đặc phân thùy/thùy phổi chiếm tỷ lệ 86,6% tỷ lệ gặp cao ở tất cả lứa tuổi.

- Hình ảnh các nốt mờ gặp ở 18,5% các bệnh nhân trong đó trẻ từ 2-12 tháng là 33,3%, trẻ 2 tháng đến 5 tuổi là 17,1%, trẻ trên 5 tuổi là 22,6%.

- Có 7% bệnh nhân tràn dịch màng phổi trong đó chủ yếu gặp ở lứa tuổi trên 12 tháng.

Bảng 3.4: Xét nghiệm vi khuẩn, virus đồng nhiễm

Xét nghiệm vi sinh	Số lượng	Tỷ lệ
Đồng nhiễm virus		
Có	3	1,9
Không	154	98,1
Sự đồng nhiễm vi khuẩn		
Có	67	42,7
Không	90	57,3
Vi khuẩn gây bệnh (n=67)		
Streptococcus pneumoniae	13	19,4
Staphylococcus Aureus	9	13,4
Haemophilus Influenza	31	46,3
Moraxella catarrhalis	10	14,9
Chlamydia pneumoniae	4	6

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 42,7% bệnh nhân có đồng nhiễm vi khuẩn tại thời điểm vào viện. Có 1,9% bệnh nhân đồng nhiễm virus

Các vi khuẩn thường gặp nhất là HI chiếm tỷ lệ 46,3%, Streptococcus pneumoniae chiếm tỷ lệ 19,4%, Staphylococcus Aureus chiếm tỷ lệ 13,4%, Moraxella catarrhalis chiếm tỷ lệ 14,9%.

Bảng 3.5: Hỗ trợ hô hấp

Hỗ trợ hô hấp	Số lượng	Tỷ lệ
Hỗ trợ hô hấp		
Có	14	8,9
Không	143	91,1
Thời gian hỗ trợ (ngày) n=14		
2 ngày	2	14,3
3 ngày	4	28,6
4 ngày	3	21,3
5 ngày	4	28,6
6 ngày	1	7,1

Nhận xét: - Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8,9% bệnh nhân có hỗ trợ hô hấp

- Trong đó số ngày hỗ trợ hô hấp cao nhất là 2 ngày và 4 ngày chiếm tỷ lệ 28,6%, bệnh nhân cần hỗ trợ hô hấp 3 ngày chiếm tỷ lệ 21,3%, có 14,3% bệnh nhân cần hỗ trợ hô hấp trong 2 ngày.

Bảng 3.6: Kháng sinh sử dụng cho bệnh nhân

Kháng sinh	Số lượng	Tỷ lệ
Số lượng kháng sinh		
1 loại	4	2,5
2 loại	151	96,2
3 loại	2	1,3
Thay đổi kháng sinh		
Có	53	33,8
Không	104	66,2

Nhận xét: - Tất cả các bệnh nhân điều trị chúng tôi đều sử dụng kháng sinh trong đó nhiều nhất là sử dụng 2 kháng sinh chiếm tỷ lệ 96,2%.

- Có 33,8% bệnh nhân cần thay đổi kháng sinh trong quá trình điều trị

Bảng 3.7: Thời gian điều trị theo lứa tuổi

Thời gian	2-12 tháng		12 th -5t		>5 tuổi		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤3 ngày	0	0	2	100	0	0	2	1,3
4-7 ngày	2	2,3	69	78,4	17	19,3	88	56,1
≥7 ngày	1	1,5	52	77,5	14	20,9	67	42,6
Chung	7,0±2,0 (5-9)		7,25±2,41 (2-14)		7,48±1,89 (4-11)		7,29±2,30 (2-14)	

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian điều trị cao nhất là từ 4-7 ngày chiếm tỷ lệ 56,1%, trên 7 ngày là 42,6%.

Thời gian điều trị trung bình là 7,29±2,30 ngày trong đó bệnh nhân điều trị thấp nhất là 2 ngày, thời gian cao nhất là 14 ngày.

Bảng 3.8: Kết quả điều trị theo lứa tuổi

Tuổi	2-12 tháng		12 th -5t		≥5 tuổi		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tình trạng xuất viện								
Khỏi	0	0	14	58,3	10	41,7	24	15,3
Đỡ	1	0,8	108	83,1	21	16,2	130	82,8
Chuyển viện	2	66,7	1	33,3	0	0	3	1,9
Kết quả								
Thành công	1	0,7	114	78,6	30	20,7	145	92,4
Thất bại	2	16,7	9	75	1	8,3	12	7,6

Nhận xét: - Đối với tình trạng xuất viện của bệnh nhân có 82,3% bệnh nhân đỡ xin ra viện, có 1,9% bệnh nhân chuyển viện trong đó có 2 bệnh nhân dưới 12 tháng tuổi chiếm 66,7% bệnh nhân chuyển viện. Trong nghiên cứu này chúng tôi không có bệnh nhân tử vong.

- Đối với kết quả điều trị bệnh nhân có 92,4% bệnh nhân được điều trị thành công

IV. BÀN LUẬN

Sự phân bố của bệnh viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae ở trẻ em thay đổi đáng kể theo độ tuổi, với tỷ lệ phổ biến đáng chú ý ở trẻ em ở độ tuổi đi học. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng ở các nhóm tuổi trẻ hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi lứa tuổi hay gặp nhất là từ 12 tháng- 5 tuổi chiếm tỷ lệ 78,3%, lứa tuổi trên 5 tuổi gặp ở 19,7%, những bệnh nhân dưới 12 tháng tuổi có tỷ lệ thấp nhất là 1,9%. Trên 10 tuổi chúng tôi không gặp bệnh nhân nào.

So sánh với một số nghiên cứu khác

Tác giả	Năm	<12 tháng	2-5 tuổi	>5 tuổi
Phan Thị Thu Minh [5]	2024	5,5%	57,5%	37%
Đào Văn Phúc [4]	2024	12,2%	51,7%	36%
Vũ Thị Minh Thu [7]	2024	11,3%	69,8%	18,9%
Chúng tôi	2025	1,9%	78,3%	19,7%

Các kết quả ở các nghiên cứu khác nhau nhưng đặc điểm chung là lứa tuổi hay gặp nhất là lứa tuổi trẻ đi mẫu giáo, điều này cũng nói đến tầm quan trọng của việc lây nhiễm trong các lớp mẫu giáo và trường học, ở lứa tuổi dưới 1 tuổi tỷ lệ thấp khác nhau là do từng khu vực địa lý khác nhau, điều này càng làm nổi bật lên cần thiết phải nâng cao nhận thức với việc lây nhiễm ở lứa tuổi này.

***Các triệu chứng lâm sàng.** Trẻ em mắc viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae thường có các triệu chứng như sốt, ho, đau họng, sổ mũi và đôi khi là đau đầu. Nó cũng có liên quan đến đợt nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Theo Đặng Mai Liên (2023) Trẻ biểu hiện các triệu chứng ho, khô khè, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, ran ở phổi, SpO2 thấp chiếm tỷ lệ hơn 70% [3]. Theo Phan Thị Thu Minh (2024) triệu chứng lâm sàng chủ yếu: ho 143/165 (92,1%), sốt 99/165 (60%), nghe phổi có ran ẩm 104/165 (63%), ran rít 65/165 (39,4%) [5]. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả trên về các triệu chứng chính.

* Cận lâm sàng

- Hình ảnh Xquang. Trong nghiên cứu của chúng tôi hình ảnh thường gặp nhất trên lâm sàng đối với viêm phổi do Mycoplasma là hình ảnh đông đặc phân thùy/thùy phổi chiếm tỷ lệ 86,6% tỷ lệ gặp cao ở tất cả lứa tuổi. Hình ảnh các nốt mờ gặp ở 18,5% các bệnh nhân trong đó trẻ từ 2-12 tháng là 33,3%, trẻ 2 tháng đến 5 tuổi là 17,1%, trẻ trên 5 tuổi là 22,6%. Có 7% bệnh nhân tràn dịch màng phổi trong đó chủ yếu gặp ở lứa tuổi trên 12 tháng. Theo Đặng Mai Liên (2023) hình ảnh đông đặc chiếm tỷ lệ 51,4%, tràn dịch màng phổi là 11,4%.

Tràn dịch màng phổi ở trẻ em bị viêm phổi Mycoplasma pneumoniae (MPP) là một mối quan tâm lâm sàng đáng kể do nó có khả năng làm phức tạp quá trình bệnh và ảnh hưởng đến kết quả điều trị, thường đòi hỏi phải quản lý lâm sàng cẩn thận.

- Xét nghiệm vi khuẩn đồng nhiễm. Đồng nhiễm vi khuẩn trong viêm phổi *Mycoplasma pneumoniae* (MPP) ở trẻ em là một mối quan tâm lâm sàng đáng kể, vì nó có thể làm trầm trọng thêm mức độ nghiêm trọng của bệnh và làm phức tạp việc điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 42,7% bệnh nhân có đồng nhiễm vi khuẩn tại thời điểm vào viện. Các vi khuẩn thường gặp nhất là HI chiếm tỷ lệ 46,3%, *Streptococcus pneumoniae* chiếm tỷ lệ 19,4%, *Staphylococcus Aureus* chiếm tỷ lệ 13,4%, *Moraxella catarrhalis* chiếm tỷ lệ 14,9%.

Theo Trần Tuấn Anh (2025) Tỷ lệ đồng nhiễm là 29,5% trong đó đồng nhiễm *Mycoplasma pneumoniae* và vi khuẩn là 64,3%. Vi khuẩn đồng nhiễm cao nhất là phế cầu [2]. Các nghiên cứu khác nhau đều chỉ ra mức độ đồng nhiễm khác nhau và các loại vi khuẩn đồng nhiễm chiếm ưu thế, sự khác nhau ở đây là do mỗi khu vực địa lý khác nhau có những loài vi khuẩn khác nhau.

***Hỗ trợ hô hấp.** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8,9% bệnh nhân có hỗ trợ hô hấp. Trong đó số ngày hỗ trợ hô hấp cao nhất là 2 ngày và 4 ngày chiếm tỷ lệ 28,6%, bệnh nhân cần hỗ trợ hô hấp 3 ngày chiếm tỷ lệ 21,3%, có 14,3% bệnh nhân cần hỗ trợ hô hấp trong 2 ngày.

Theo Trần Thị Mai Anh (2024) có 74,8% bệnh nhân cần hỗ trợ hô hấp, thời gian thở oxy trung bình là $71,2 \pm 38,6$ giờ [1]. Theo Phan Thị Thu Minh (2024) có 1,8% bệnh nhân thở máy, có 22,4% bệnh nhân thở oxy [5].

Có thể thấy chỉ định thở oxy và thời gian thở oxy phụ thuộc vào tình trạng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào phải thở máy.

***Kháng sinh sử dụng.** Tất cả các bệnh nhân điều trị chúng tôi đều sử dụng kháng sinh trong đó nhiều nhất là sử dụng 2 kháng sinh chiếm tỷ lệ 96,2%. Các kháng sinh hàng đầu trong điều trị *Mycoplasma pneumoniae* chúng tôi sử dụng là nhóm Macrolid. Sau đó tùy tình trạng bệnh nhân chúng tôi có thể phối hợp thêm kháng sinh theo tình trạng đồng nhiễm của bệnh nhân và theo diễn biến bệnh khám trên lâm sàng.

Có 33,8% bệnh nhân cần thay đổi kháng sinh trong quá trình điều trị. Đây là những bệnh nhân có đồng nhiễm vi khuẩn mà kháng sinh phối hợp ban đầu trên lâm sàng bệnh nhân đáp ứng chậm và có tình trạng kháng thuốc do vậy chúng tôi tiến hành đổi kháng sinh cho bệnh nhân.

***Thời gian điều trị.** Thời gian điều trị trung bình là $7,29 \pm 2,30$ ngày trong đó bệnh nhân điều trị thấp nhất là 2 ngày, thời gian cao nhất là 14 ngày. Theo Nguyễn Thị Thanh Phúc (2024) thời

gian nằm viện trung bình là $7,5 \pm 3,1$ ngày [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian điều trị cao nhất là từ 4-7 ngày chiếm tỷ lệ 56,1%, trên 7 ngày là 42,6%. Qua trên chúng tôi nhận thấy các bệnh nhân có thời gian điều trị trung bình là từ 7-10 ngày điều trị. Nó cũng điều trị như các viêm phổi thông thường.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân điều trị dưới 3 ngày nằm trong lứa tuổi từ 12 tháng- 5 tuổi. Đây là 2 trường hợp bệnh nhân có hình ảnh Xquang tràn dịch, do vậy cả 2 bệnh nhân này nằm viện được hỗ trợ hô hấp trong 1 ngày, khi có kết quả chụp Xquang và thở oxy bệnh nhân không cải thiện về hô hấp do vậy chúng tôi chuyển bệnh viện Nhi Trung ương.

*** Kết quả điều trị cho bệnh nhân.** Đối với tình trạng xuất viện của bệnh nhân có 82,3% bệnh nhân đỡ xin ra viện trong nhóm này có 83,1% bệnh nhân ở lứa tuổi 12 tháng đến 5 tuổi, có 15,3% bệnh nhân khỏi tất cả các bệnh nhân đều trên 12 tháng tuổi, có 1,9% bệnh nhân chuyển viện trong đó có 2 bệnh nhân dưới 12 tháng tuổi chiếm 66,7% bệnh nhân chuyển viện. Trong nghiên cứu này chúng tôi không có bệnh nhân tử vong. Đối với các bệnh nhân trên 5 tuổi khi thấy có các triệu chứng lâm sàng thuyên giảm nhiều và theo mong muốn của bệnh nhân để bệnh nhân xuất viện chúng tôi đều kê đơn cho bệnh nhân về tiếp tục uống thuốc tại nhà.

Theo Phạm Thị Thu Minh (2024) kết quả 157/165 (95,2%) bệnh nhi khỏi bệnh, không ghi nhận trường hợp tử vong [5]. Theo Đào Văn Phúc (2024) 73,6% số trẻ khỏi và 26,4% trẻ đỡ giảm [4].

Nhìn chung các nghiên cứu tại các bệnh viện tuyến huyện và tuyến tỉnh thì đều cho thấy tỷ lệ điều trị thành công cho bệnh nhân là rất cao trên 90%.

V. KẾT LUẬN

Những phát hiện lâm sàng và hình ảnh này nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán chính xác và các chiến lược điều trị phù hợp để quản lý việc điều trị viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* một cách có hệ thống và dự phòng được các biến chứng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Mai Anh (2024), "Kết quả điều trị viêm phổi nặng do *mycoplasma pneumoniae* tại trung tâm hô hấp bệnh viện nhi trung ương năm 2023", Tạp chí Nhi Khoa. 117(2), tr. 42-48.
2. Trần Tuấn Anh (2025), "Đặc điểm đồng nhiễm *mycoplasma pneumoniae* gây viêm phổi ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện trung ương thái nguyên", Tạp chí Y học Việt Nam. 547(2), tr. 175-178.

3. **Đặng Mai Liên và Lê Thị Hồng Hanh** (2023), "Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và một số yếu tố liên quan tới viêm phổi nặng do mycoplasma pneumonia ở trẻ em", Tạp chí Nhi Khoa. 16(5), tr.1-8.
4. **Đào Văn Phúc và Ninh Quốc Đạt** (2024), "Viêm phổi do mycoplasma pneumoniae ở trẻ em: Phân tích lâm sàng và tình trạng kháng kháng sinh tại bệnh viện đa khoa xanh pôn", Tạp chí Y học Việt Nam. 544(11), tr. 267-270.
5. **Phan Thị Thu Minh** (2024), "Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và kết quả điều trị viêm phổi do mycoplasma pneumoniae ở trẻ em", Tạp chí Y học Việt Nam. 539(3), tr. 6.
6. **Nguyễn Thị Thanh Phúc** (2024), "Kết quả điều trị viêm phổi nhiễm mycoplasma pneumoniae mang gen kháng macrolid ở trẻ em", Tạp chí nghiên cứu y học. 174(1), tr. 158-163.
7. **Vũ Thị Minh Thu** (2024), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae ở trẻ em điều trị tại bệnh viện quân y 103", Tạp chí y dược học Quân sự. 7, tr. 173-179.
8. **D. X. Guo và các cộng sự.** (2019), "Epidemiology and mechanism of drug resistance of Mycoplasma pneumoniae in Beijing, China: A multicenter study", Bosn J Basic Med Sci. 19(3), tr. 288-296.
9. **C. Krafft và C. Christy** (2020), "Mycoplasma Pneumonia in Children and Adolescents", Pediatr Rev. 41(1), tr. 12-19.
10. **K. Sreenath và các cộng sự.** (2022), "Mycoplasma pneumoniae among Hospitalized Patients with Acute Respiratory Tract Infections in an Indian Tertiary Care Hospital: an Underreported Health Problem", Microbiol Spectr. 10(4), tr. e0158922.

KỸ THUẬT BƠM BÓNG ĐỘNG MẠCH CHỦ TRONG CAN THIỆP NỘI MẠCH Ở NGƯỜI BỆNH PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG VỠ TẠI VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM

Phạm Minh Tuấn^{1,2}, Nguyễn Ngọc Quang²

TÓM TẮT

Với phình động mạch chủ bụng (AAA), nguy cơ vỡ tăng theo kích thước: trong 5 năm đối với khối phình dưới 5 cm là 1%–2%, trong khi với khối phình trên 5 cm là 20%–40%. AAA chiếm khoảng 1% số ca tử vong ở nam giới trên 65 tuổi và là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 10 ở nam giới từ 65 tuổi trở lên. Tỷ lệ tử vong do vỡ AAA là hơn 80%. Do đó, chẩn đoán và điều trị sớm trước khi vỡ là rất quan trọng. Đặt stent-graft (EVAR) là can thiệp nội mạch loại bỏ khối phình mà không cần phẫu thuật. Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong 2 năm có 5 bệnh nhân được chẩn đoán AAA vỡ được can thiệp nội mạch bằng phương pháp bơm bóng nước quốc dòng ĐMC kết hợp EVAR. Kết quả can thiệp, có 1 ca tử vong sau can thiệp do nhiễm trùng nhiễm độc ổ bụng (20%), 4 ca ổn định và xuất viện (80%), thời gian nằm viện trung bình là 7.4 ngày. Kỹ thuật này có thể triển khai nhanh giúp rút ngắn thời gian cầm máu, loại bỏ khối phình vỡ, cứu sống người bệnh. **Từ khóa:** vỡ phình động mạch chủ bụng, sửa chữa nội mạch động mạch chủ

SUMMARY

THE TECHNIQUE OF AORTIC BALLOON OCCLUSION IN ENDOVASCULAR INTERVENTION FOR PATIENTS WITH RUPTURED ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Tuấn

Email: phminhtuan6382@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025

AT VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE

For abdominal aortic aneurysm (AAA), the risk of rupture increases with size: Over 5 years, the rupture risk is 1%–2% for aneurysms smaller than 5 cm, but 20%–40% for those larger than 5 cm. AAA accounts for about 1% of deaths in men over 65 and is the 10th leading cause of death in men aged 65 and older. The mortality rate from ruptured AAA exceeds 80%, making early diagnosis and treatment before rupture critically important. Endovascular stent-graft placement (EVAR) is a minimally invasive procedure that eliminates the aneurysm without open surgery. In our study, over 2 years, 5 patients diagnosed with ruptured AAA underwent endovascular intervention using retrograde aortic balloon occlusion combined with EVAR. The results were as follows: 1 patient died 3 days after procedure due to abdominal sepsis (20%), 4 patients stabilized and were discharged (80%). The average hospital stay was 7.4 days. This technique can be quickly deployed, helping to shorten bleeding control time, eliminate the ruptured aneurysm, and save patients' lives.

Keywords: abdominal aortic aneurysm rupture, endovascular aortic repair.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các trường hợp vỡ phình động mạch chủ (ĐMC) bụng là những tối cấp cứu cần được xử trí nhanh. Lựa chọn có thể là mổ mở kinh điển hoặc can thiệp nội mạch ở những bệnh nhân có tổn thương giải phẫu thích hợp.

Thay đoạn ĐMC là phẫu thuật kinh điển, đạt hiệu quả cao, cắt bỏ khối phình và thay bằng đoạn ĐMC nhân tạo. Tuy nhiên, người bệnh phải chịu 1 đường mổ dài, thời gian nằm viện tương đối dài và