

nhân khác

- Rối loạn cơ co: Rối loạn cơ co tử cung là tình trạng bất thường về tần số, cường độ hoặc sự phối hợp của các cơ co trong quá trình chuyển dạ, làm cho cuộc chuyển dạ không tiến triển bình thường. Khi rối loạn cơ co không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc gây ảnh hưởng đến mẹ và thai, mổ lấy thai là biện pháp cần thiết để đảm bảo an toàn cho cả hai.

- Cổ tử cung không tiến triển

Cổ tử cung không tiến triển làm cho chuyển dạ kéo dài gây nhiều nguy cơ cho thai phụ và thai nhi, là vấn đề thường gặp ở các nước đang phát triển, là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây tai biến sản khoa mà có thể phòng ngừa được cho thai phụ và thai nhi nên sẽ giảm tỉ lệ tử vong mẹ và con khi sinh. Do đó, khi nhận biết tình trạng chuyển dạ kéo dài về thời gian theo dõi chuyển dạ, các bác sĩ lâm sàng có nhận định về diễn tiến chuyển dạ, nguyên nhân gây chuyển dạ kéo dài và có quyết định can thiệp lâm sàng nhằm giảm các tai biến và biến chứng cho thai phụ, thai nhi. Những can thiệp quá sớm sẽ làm tăng tỷ lệ can thiệp sinh giúp hay phẫu thuật mổ lấy thai và ngược lại, nếu muộn quá thì lại là nguy cơ gây tai biến cho mẹ và con.

V. KẾT LUẬN

Xác định được tỷ lệ mổ lấy thai theo từng nhóm để giúp cho các bác sĩ có thể can thiệp sớm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Bình** (2013), "Nhận xét tình hình mổ lấy thai tại bệnh viện Đa khoa trung ương

Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2012", Tạp chí Y học thực hành. 893, tr. 144-146.

2. **Tô Mai Chi** (2024), "Tỷ lệ mổ lấy thai và các yếu tố liên quan sản phụ mang thai con so tại bệnh viện đa khoa tỉnh gia lai năm 2023", Tạp chí Y học Việt Nam. 540(2), tr. 100-103.
3. **Nguyễn Việt Hoàng và Nguyễn Tuấn Minh** (2023), "Chỉ định mổ lấy thai con so nguyên nhân do thai tại bệnh viện đa khoa Đức Giang", Tạp chí Y học Việt Nam. 522(1), tr. 336-339.
4. **Hoàng Ngọc Tú** (2016), "Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai theo phân loại robson tại bệnh viện trung ương Huế", Tạp chí Phụ sản. 13(3), tr. 38-43.
5. **Vương Thị Hương và Nguyễn Mạnh Thắng** (2023), "Tình hình mổ lấy thai theo phân loại robson tại bệnh viện đa khoa huyện chương mỹ", Tạp chí Y học cộng đồng. 64(6).
6. **C. M. Angolile và các cộng sự.** (2023), "Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action", Health Sci Rep. 6(5), tr. e1274.
7. **H. T. N. Giang và các cộng sự.** (2022), "Factors associated with the very high caesarean section rate in urban areas of Vietnam", PLoS One. 17(8), tr. e0273847.
8. **A. K. Pandey và các cộng sự.** (2023), "Alarming Trends of Cesarean Section-Time to Rethink: Evidence From a Large-Scale Cross-sectional Sample Survey in India", J Med Internet Res. 25, tr. e41892.
9. **Abir Hossin và các cộng sự.** (2024), "Mothers Lived Experiences of Caesarean Section: A Qualitative Study among Mothers in Semi-Urban Areas of Bangladesh", Space and Culture, India. 12, tr. 67-82.
10. **Phương Nguyễn Thị Minh** (2024), "Nhận xét tỉ lệ và chỉ định mổ lấy thai ở 192 sản phụ sinh con con so đủ tháng, tại Bệnh viện Quân y 354, năm 2022", Tạp chí Y học Quân sự (369), tr. 5.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG

Vũ Thị Hoàng Anh^{1,2}, Nguyễn Thị Diệu Thúy²,
Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Bùi Thị Thu Thủy¹, Chu Văn Tuyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2024 – 2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhi từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi điều trị

nội trú tại khoa Hô hấp và khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Nhi Hải Dương từ 01/12/2024 đến 28/02/2025. **Kết quả:** Có 396 trẻ tham gia nghiên cứu, trong đó có 107 trẻ viêm phổi nặng và 289 trẻ viêm phổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1 với 47% trẻ bị viêm phổi thuộc nhóm tuổi dưới 12 tháng. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho (98,7%), khó khè (81,1%), sốt (61,9%), ran ẩm (99,2%), thở nhanh (84,8%). Trên bệnh nhân viêm phổi các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân chiếm tỷ lệ thấp. Cận lâm sàng: tổn thương nốt mờ rải rác trên phim X-quang tim phổi là 79,5%. Giá trị trung bình của số lượng bạch cầu là $12,5 \pm 5,2$ G/l và CRP là $11,1 \pm 20,5$ mg/l. **Kết luận:** Viêm phổi vẫn là bệnh lý thường gặp ở trẻ nhỏ với các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng điển hình. **Từ khóa:** Viêm phổi, trẻ em, Bệnh viện Nhi Hải Dương

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hoàng Anh

Email: vuthihoanganh1811@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 21.11.2025

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PNEUMONIA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT THE HAI DUONG CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: This study to describe the clinical and paraclinical characteristics of pneumonia in children under 5 years of age treated at the Hai Duong Children's Hospital. **Methods:** There was a cross-sectional descriptive study in children from 2 months to 5 years old with pneumonia were hospitalized at the Respiratory department and Intensive Care Unit department of Hai Duong Children's Hospital from December 1, 2024 to February 28, 2025. **Results:** There were 396 children participating in the study, of which 107 children had severe pneumonia and 289 children had pneumonia. The male/female ratio was 1.2/1 with 47% of children with pneumonia were under 12 months of age. The clinical symptoms included coughing (98.7%), wheezing (81.1%), fever (61.9%), moist rales (99.2%), rapid breathing (84.8%). However, the systemic danger signs were very rare. Paraclinical: Scattered nodular lesions on chest X-ray were 79.5%. The mean value of white blood cell count was 12.5 ± 5.2 G/l and CRP was 11.1 ± 20.5 mg/l. **Conclusion:** Pneumonia is still a common disease in young children with typical clinical and paraclinical symptoms. **Keywords:** pneumonia, children, Hai Duong Children's Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh nhiễm trùng đường hô hấp phổ biến ở trẻ em và là nguyên nhân tử vong hàng đầu của trẻ em ở Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), viêm phổi đã gây tử vong cho 740.180 trẻ dưới 5 tuổi vào năm 2019, chiếm 14% tổng số ca tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi nhưng chiếm 22% tổng số ca tử vong ở trẻ từ 1 đến 5 tuổi.⁸ Căn nguyên gây viêm phổi ở trẻ em rất đa dạng, có thể gây ra bởi: virus, vi khuẩn, nấm... Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi ở trẻ em rất đa dạng, phụ thuộc vào lứa tuổi, bệnh nền, nguyên nhân gây bệnh, điều kiện chăm sóc và môi trường sống. Bệnh thường tiến triển nhanh và có thể gây ra nhiều biến chứng nặng nề như suy hô hấp, thậm chí tử vong. Viêm phổi nếu được chẩn đoán sớm, tiên lượng đúng, từ đó có hướng điều trị phù hợp, kịp thời sẽ làm giảm mức độ nặng, hạn chế được những biến chứng và tỷ lệ tử vong.

Theo một nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2015 cho thấy viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ dưới 5 tuổi (36,1%), cho thấy đây vẫn là vấn đề y tế cần được quan tâm.¹ Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm

phổi ở trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2024 – 2025".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 396 bệnh nhi từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi điều trị nội trú tại khoa Hô hấp và khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Nhi Hải Dương từ 01/12/2024 đến 28/02/2025.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: dựa theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam năm 2014.²

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi: Trẻ ho, sốt kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau: thở nhanh, rút lõm lồng ngực, giảm thông khí phổi, nghe phổi có tiếng bất thường (ran ẩm, ran phế quản, ran nổ...)

- Tiêu chuẩn viêm phổi nặng: khi trẻ có dấu hiệu viêm phổi kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu:

+ Có dấu hiệu toàn thân nặng: bỏ bú hoặc không uống được, rối loạn tri giác như lơ mơ hoặc hôn mê, co giật

+ Dấu hiệu suy hô hấp nặng: thở rên, rút lõm lồng ngực rất nặng, tím tái hoặc SpO₂ < 90%

+ Trẻ dưới 2 tháng tuổi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ điều trị viêm phổi tuyến trước trên 48 giờ.

Gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Các triệu chứng lâm sàng viêm phổi: ho, khò khè, sốt, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, tình trạng suy hô hấp,...

+ Cận lâm sàng: bạch cầu, CRP, X-quang ngực thẳng

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Dữ liệu được thu thập vào một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài nghiên cứu được phê duyệt bởi hội đồng khoa học trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Nhi Hải Dương.

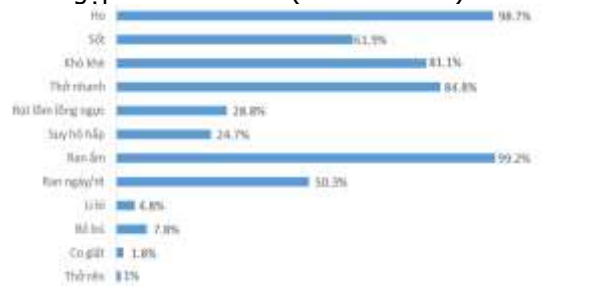
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/12/2024 đến 28/02/2025, có 396 trẻ viêm phổi đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của trẻ em viêm phổi

Đặc điểm chung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	2 – 12 tháng	47
	12 – 24 tháng	23
	24 – 60 tháng	30
Giới	Nam	54
	Nữ	46
Tổng	396	100

Nhận xét: Nhóm từ 2 tháng đến 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (47%) và thấp nhất là nhóm từ 12 tháng đến 24 tháng tuổi (23%). Nam gặp nhiều hơn nữ (54% và 46%).



Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng viêm phổi ở trẻ em

Nhận xét: Ho là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất chiếm đến 98,7%, khò khè 81,1%, sốt 61,9%. Nhóm triệu chứng thực thể, ran ảm chiếm cao nhất với tỷ lệ 99,2%, thở nhanh gặp

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng viêm phổi ở trẻ em

Cận lâm sàng	Tổng (n=396)		Viêm phổi (n=289)		Viêm phổi nặng (n=107)		p
	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn	
Bạch cầu	12,5	5,2	12,1	5,0	13,6	5,6	0,011
CRP	11,1	20,5	10,4	20,7	13	19,8	0,255

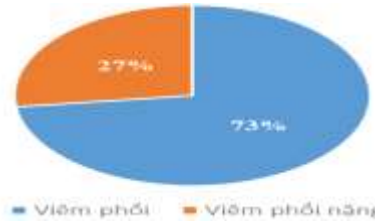
Nhận xét: Số lượng bạch cầu trung bình ở bệnh nhân viêm phổi là $12,5 \pm 5,2$ G/l, và có sự khác biệt về giá trị bạch cầu trung bình giữa 2 nhóm viêm phổi và viêm phổi nặng. Giá trị CRP trung bình là $11,1 \pm 20,5$ mg/l và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm viêm phổi và viêm phổi nặng.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhi mắc viêm phổi gặp nhiều nhất ở trẻ từ 2 đến 12 tháng (47%), tỷ lệ viêm phổi ở trẻ nam và nữ lần lượt là 54% và 46% (tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1). Kết quả của nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Ngọc Thảo, với độ tuổi có tỷ lệ mắc viêm phổi cao nhất là từ 2 đến 12 tháng (41,9%), tỷ lệ viêm phổi ở trẻ nam và nữ lần lượt là 52,1% và 47,9%.³

Trong nghiên cứu này, triệu chứng cơ năng thường gặp là ho (98,7%), khò khè (81,1%), sốt (61,9%). Đây là những dấu hiệu thường gặp ở phần lớn các bệnh lý nhiễm trùng hô hấp dưới

84,8%, rút lõm lồng ngực 28,8%, suy hô hấp với tỷ lệ 24,7%. Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân rất ít gặp < 10%.



Biểu đồ 2: Mức độ viêm phổi

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ 27%.

Bảng 2: Hình ảnh tổn thương trên X-quang ngực thẳng

Đặc điểm	Số lượng (n=396)	Tỷ lệ (%)
Thâm nhiễm nốt mờ rải rác	315	79,5
Thâm nhiễm kẽ	80	20,2
Đông đặc phổi	10	2,5
Tràn dịch màng phổi	1	0,3
Chưa thấy tổn thương	33	8,3

Nhận xét: Tổn thương trên phim chụp X-quang ngực có hình ảnh tổn thương nốt mờ rải rác chiếm tỷ lệ cao là 79,5%, tiếp đến là hình ảnh thâm nhiễm kẽ 20,2%, các hình ảnh khác ít gặp hơn.

bao gồm viêm phổi. Trong nghiên cứu của Ngô Anh Vinh trên 156 trẻ viêm phổi cũng cho kết quả triệu chứng ho gặp ở 94,2%, tiếp sau đó là khò khè và sốt với 82,7%.⁶ Trần Thị Ngọc Thảo nghiên cứu trên 117 trẻ viêm phổi ghi nhận các triệu chứng với 99,1% ho, 88,9% khò khè và 71,7% sốt.³ Ho và sốt là các triệu chứng có độ nhạy cao trong viêm phổi. Tuy nhiên theo một phân tích đa trung tâm, độ đặc hiệu của ho và sốt khá thấp chỉ 30% với ho và sốt là 53% trong chẩn đoán viêm phổi ở trẻ em.⁷

Triệu chứng thực thể của viêm phổi là ran ẩm nhỏ hạt và thở nhanh là những dấu hiệu thường gặp nhất. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ trẻ có ran bệnh lý chiếm tỷ lệ cao, chủ yếu là ran ẩm nhỏ hạt (99,2%), sau đó là thở nhanh với 84,8%. Điều này cho thấy ran ẩm nhỏ hạt là dấu hiệu lâm sàng quan trọng trong viêm phổi ở trẻ em. Trẻ có triệu chứng rút lõm lồng ngực gặp ở 28,8% và dấu hiệu suy hô hấp là 24,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ngô Anh

Vinh, cũng ghi nhận ran ở phổi chiếm 96,2%, thờ nhanh là 100% và suy hô hấp chiếm 10,9%.⁶

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trẻ có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân chiếm tỷ lệ rất thấp: có 7,8% trẻ bỏ bú hoặc không uống được, 4,8% trẻ li bì, 1,8% trẻ co giật. Kết quả tương tự nghiên cứu của Nguyễn Đình Tuyển ghi nhận trẻ bỏ bú hoặc không uống được là 10,6%, li bì là 4,1%, co giật là 9,5%.⁵ Như vậy tỷ lệ trẻ viêm phổi nặng có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân rất ít gặp. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ trẻ có viêm phổi nặng là 27%. Thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đình Tuyển và Vũ Thị Trang có tỷ lệ viêm phổi nặng lần lượt là 33,6% và 41,3%.^{4,5}

Chụp X-quang ngực được coi là một thăm dò quan trọng trong viêm phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 91,7% trường hợp viêm phổi có tổn thương trên phim X-quang. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Ngô Anh Vinh (2021) với tỷ lệ tổn thương phổi trên phim X-quang là 82,1%.⁶ Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tổn thương trên phim X-quang chủ yếu là hình ảnh thâm nhiễm nốt mờ rải rác tại phế nang (79,5%), tiếp đến là hình ảnh tổn thương thâm nhiễm kẽ (20,2%). Nghiên cứu của Vũ Thị Trang trên 298 trẻ ghi nhận tỷ lệ hình ảnh thâm nhiễm phế nang là 96%, hình ảnh dày tổ chức kẽ là 2,3%, hình ảnh đông đặc phổi là 0,3%.⁴ Nghiên cứu của Nguyễn Đình Tuyển trên các trẻ bị viêm phổi nặng cho thấy tổn thương thâm nhiễm phế nang chiếm tỷ lệ 70,3%, thâm nhiễm kẽ 17,6%, các tổn thương khác ít gặp hơn.⁵ Thực tế, các nhóm nguyên nhân gây viêm phổi khác nhau, lứa tuổi gây bệnh khác nhau có thể gây tổn thương tại phổi khác nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bạch cầu trung bình ở bệnh nhân viêm phổi là $12,5 \pm 5,2$ G/l. Đặc biệt, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị bạch cầu trung bình giữa hai nhóm viêm phổi và viêm phổi nặng ($p = 0,011$). Cụ thể, số lượng bạch cầu ở nhóm viêm phổi nặng là $13,6 \pm 5,6$ G/l; cao hơn so với nhóm viêm phổi là $12,1 \pm 5,0$ G/l. Điều này cho thấy số lượng bạch cầu có xu hướng tăng cao hơn ở nhóm viêm phổi nặng, phản ánh vai trò của bạch cầu như một chỉ số gợi ý mức độ nặng viêm phổi ở trẻ em. Tuy nhiên ngoài chỉ số bạch cầu cần kết hợp với các yếu tố khác để đánh giá toàn diện hơn mức độ nặng của viêm phổi. Kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Trang và cộng sự (2024), ghi nhận giá trị trung bình của số lượng

bạch cầu ở trẻ viêm phổi là $11,28 \pm 7,05$ G/l.⁴ Tuy nhiên, tác giả không thấy có sự khác biệt về số lượng bạch cầu giữa nhóm viêm phổi nặng và nhóm viêm phổi. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm của quần thể nghiên cứu.

Về nồng độ CRP, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nồng độ CRP trung bình ở bệnh nhân viêm phổi là $11,1 \pm 20,5$ mg/l. Tuy nồng độ CRP có xu hướng cao hơn ở nhóm viêm phổi nặng ($13 \pm 19,8$ mg/l) so với nhóm viêm phổi ($10,4 \pm 20,7$ mg/l) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Trang, với giá trị CRP trung bình là $11,17 \pm 54,49$ mg/l.⁴

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi ở trẻ em thường gặp ở nhóm dưới 12 tháng tuổi. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng điển hình để chẩn đoán viêm phổi dù các nguyên nhân gây bệnh khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Văn Chức, Phạm Văn Trung.** Phân bố bệnh hô hấp ở trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương. Tạp chí Y học Việt Nam Tập 459 - Tháng 6 - Số 2 - 2017.
2. **Quyết định 101/QĐ-BYT** ngày 09 tháng 01 năm 2014 Ban hành Hướng dẫn xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em. Bộ Y tế, 2014.
3. **Trần Thị Ngọc Thảo, Trần Tôn Thái, Nguyễn Trường Thịnh và cộng sự.** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang. Tạp chí Y học Việt Nam Tập 540 - Tháng 7 - Số 2 - 2024.
4. **Vũ Thị Trang, Đào Thị Vân Anh, Hà Thu Phương và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi điều trị tại khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình. Tạp chí Y Dược Thái Bình Tập 11 - Tháng 6 - Số 2 - 2024.
5. **Nguyễn Đình Tuyển, Nguyễn Tấn Bình, Võ Thị Kim Dung.** Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan của viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến 60 tháng tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi. Tạp chí Y học Việt Nam Tập 501 - Tháng 4 - Số 1 - 2021.
6. **Ngô Anh Vinh, Mai Thị Lệ Quyên.** Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố liên quan với mức độ viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Hà Tĩnh. Tạp chí Y học Việt Nam Tập 533 - Tháng 12 - Số 2 - 2023.
7. **Rambaud-Althaus C, Althaus F, Genton B, et al.** Clinical features for diagnosis of pneumonia in children younger than 5 years: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2015;15(4): 439-450. doi:10.1016/S1473-3099(15)70017-4
8. **World Health Organization** (2022) Pneumonia in children.

VAI TRÒ CỦA TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ NHẬN THỨC MOCA TRONG TẦM SOÁT SA SÚT TRÍ TUỆ MẠCH MÁU

Đinh Thị Tuyết Thanh^{1,2}, Nguyễn Trọng Hưng^{2,3}, Chu Văn Thắng^{2,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá vai trò trắc nghiệm đánh giá nhận thức MoCA trong sàng lọc sa sút trí tuệ mạch máu. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 152 bệnh nhân có bệnh lý mạch máu não tại bệnh viện Lão khoa Trung Ương được thực hiện thang điểm MoCA và chẩn đoán SSTT mạch máu theo tiêu chuẩn DSM-5 từ tháng 10/2024 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 152 bệnh nhân có bệnh mạch máu não tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 73.41 ± 8.09 , trong đó 21,7% được xác định có sa sút trí tuệ (SSTT), 78,3% không bị sa sút trí tuệ. Điểm trung bình thang MoCA ở nhóm sa sút trí tuệ là 13.82 ± 1.86 , thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không sa sút trí tuệ (22.61 ± 3.40 , $p < 0.01$). Tất cả các lĩnh vực nhận thức được đánh giá bởi thang điểm MoCA bao gồm thị giác không gian/điều hành, gọi tên, sự chú ý, ngôn ngữ, tư duy trừu tượng, trí nhớ và khả năng định hướng đều khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm. Phân tích ROC cho thấy thang điểm MoCA có khả năng phân biệt rất tốt giữa nhóm có và không có sa sút trí tuệ, với diện tích dưới đường cong (AUC) đạt 0.994 (CI 95%: 0.985 – 1.000, $p < 0.001$). Điểm cắt tối ưu được xác định là 16/17, với chỉ số Youden là 0.944. Tại ngưỡng này, thang MoCA đạt độ nhạy 96.7%, độ đặc hiệu 97.5%, giá trị tiên đoán dương 91.4% và giá trị tiên đoán âm 99.1%. **Kết luận:** Thang điểm MoCA là công cụ tầm soát nhận thức hữu ích với độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong tầm soát sa sút trí tuệ mạch máu. **Từ khóa:** Thang điểm MoCA, sa sút trí tuệ mạch máu, tiêu chuẩn DSM-5.

SUMMARY

THE ROLE OF THE MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) IN SCREENING FOR VASCULAR DEMENTIA

Objective: This study aimed to evaluate the role of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in screening for vascular dementia. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 152 patients with cerebrovascular disease at the National Geriatric Hospital from October 2024 to July 2025. All participants underwent cognitive screening using the MoCA and were diagnosed with vascular dementia according to DSM-5 criteria. **Results:** The study

included 152 patients with cerebrovascular disease, with a mean age of 73.41 ± 8.09 years. Among these, 21.7% were diagnosed with dementia, and 78.3% were non-demented. The mean MoCA score in the dementia group was 13.82 ± 1.86 , significantly lower than that of the non-demented group (22.61 ± 3.40 , $p < 0.01$). All cognitive domains assessed by MoCA including visuospatial/executive function, naming, attention, language, abstraction, memory, and orientation showed statistically significant differences between the two groups. Receiver Operating Characteristic (ROC) curve analysis demonstrated excellent discriminative ability of the MoCA, with an Area Under the Curve (AUC) of 0.994 (95% CI: 0.985–1.000, $p < 0.001$). The optimal cut-off score was determined to be 16/17, with a Youden Index of 0.944. At this threshold, MoCA achieved a sensitivity of 96.7%, specificity of 97.5%, positive predictive value of 91.4%, and negative predictive value of 99.1%. **Conclusion:** The MoCA is a highly sensitive and specific cognitive screening tool for the detection of vascular dementia. **Keywords:** Montreal Cognitive Assessment (MoCA), vascular dementia, DSM-5 criteria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ (SSTT) là nhóm bệnh đang ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe và chất lượng sống của người Việt Nam và thế giới. Theo báo cáo World Alzheimer Report 2015, cứ mỗi 3 giây là thế giới có 1 người bị SSTT. Sa sút trí tuệ (SSTT) do căn nguyên mạch máu là nguyên nhân thường gặp thứ hai sau bệnh Alzheimer. Tuy nhiên, ở Châu Á và một số nước đang phát triển, sa sút trí tuệ do căn nguyên mạch máu lại là nguyên nhân đứng hàng đầu. Đa số mọi người cho rằng SSTT là bệnh của tuổi già và không không chữa được, tuy nhiên một đặc điểm quan trọng của SSTT mạch máu là tính chất có thể phòng ngừa được, vì vậy phát hiện và chẩn đoán sớm SSTT mạch máu hết sức quan trọng. Trắc nghiệm MoCA (Montreal Cognitive Assessment) được Nasreddine và cộng sự phát triển năm 1996, công bố lần đầu vào năm 2005, với mục đích sàng lọc suy giảm nhận thức nhẹ và sa sút trí tuệ ở giai đoạn sớm. Từ sau khi công bố, thang điểm MoCA nhanh chóng được ứng dụng rộng rãi trong nghiên cứu và lâm sàng về sa sút trí tuệ trên toàn thế giới. Công cụ này được thiết kế với độ nhạy cao trong phát hiện suy giảm nhận thức và có khả năng nhận diện nhiều rối loạn nhận thức liên quan đến bệnh lý mạch máu, đặc biệt ở các lĩnh vực chức năng điều hành, chú ý và nhớ lại.

¹Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Lão khoa trung ương

⁴Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Tuyết Thanh

Email: thanh딘h.250592@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025