

ghi nhận thời gian nằm viện trên 8 ngày là 78,3% cao hơn so với báo cáo của Rasteniene và CS 2021 là 40,1%⁵. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp tử vong và đối tượng nghiên cứu của chúng tôi không có biến chứng viêm trung thất hoại tử. Tuy nhiên, theo báo cáo của Timothy và CS (2022) có 25-40% BN tử vong khi có biến chứng viêm trung thất hoại tử mặc dù đã rạch áp xe và sử dụng kháng sinh⁶.

V. KẾT LUẬN

Viêm mô bào hàm mặt là tình trạng có thể đe dọa đến tính mạng người bệnh. Xử trí thành công tình trạng này khi và chỉ khi bệnh được chẩn đoán kịp thời, loại bỏ nguyên nhân và dẫn lưu hiệu quả cũng như định danh được vi khuẩn gây bệnh nhằm sử dụng liệu pháp kháng sinh phù hợp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Di He, et al (2021), Multifunctional Irrigation-Assisted Vacuum Irrigation-Assisted versus Traditional Drainage in the Treatment of Odontogenic Deep Fascial Infection A Retrospective Cohort Study", Infection and Drug Resistance 2021;14 3571–3580
2. Furuholm J. et al (2021), Health status in patients hospitalised for severe odontogenic

- infections, Acta odontologica Scandinavica 2021, Vol 79, No 6,436-442 <https://doi.org/10.1080/00016357.2021.1876916>
3. Kang E.S. et al (2022), Diagnostic value of presepsin in odontogenic infection: a retrospective study, Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery (2022) 44:22 <https://doi.org/10.1186/s40902-022-00353-7>
4. Nathalie P. D. et al (2020), Five Predictors Affecting the Prognosis of Patients with Severe Odontogenic Infections, Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 8917; doi:10.3390/ijerph17238917 Bohimbo J.G.E et al (2023), Severity scale of cervicofacial cellulitis with a clinical experience
5. Rasteniene R. et al (2023), Non-odontogenic maxillofacial infections – a 17-years retrospective cohort study, Oral and maxillofacial surgery, pp.1-5
6. Timothy W N. et al (2022), Complications of Severe Odontogenic Infections: A Review, Biology, 11, 1784. <https://doi.org/10.3390/biology11121784>
7. Vytla S. et al (2017), Clinical guideline for the management of odontogenic infections in the tertiary setting, Australian Dental Journal, 62, pp. 464-470
8. Weise H. et al (2019), Severe odontogenic infections with septic progress – a constant and increasing challenge: a retrospective analysis, Clin Oral Invest, 12 Suppl 1, pp.65 – 68

ĐẶC ĐIỂM VIÊM PHỔI DO STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE Ở TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI HOA HỒ HẤP BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG NĂM 2023

Phạm Văn Hưng¹, Ngô Thị Minh²,
Nguyễn Thị Hằng³, Vũ Thị Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị viêm phổi do Streptococcus pneumoniae ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi điều trị tại khoa hô hấp Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện từ 01/04/ 2023 – 30/09/2023 chúng tôi thu thập được 67 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 19,3 ± 9,8 tháng, nam nhiều hơn nữ. Viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ 47,8%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ho 97,1%, sốt 83,6%, viêm

long hô hấp 64,2%, thở nhanh 80,6%, rút lõm lồng ngực 70,1%, ran ẩm nhỏ hạt chiếm 98,5%. Bệnh kèm theo là tiêu chảy 13,4%, viêm tai giữa 19,4%, Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng tràn dịch màng phổi 3,0%, nhiễm trùng máu 6,0%. Bạch cầu tăng > 12 G/l chiếm 55,2 %, bạch cầu đa nhân trung tính tăng chiếm 45%. Tổn thương trên x quang nốt mờ rải rác nhu mô phổi là 55,2%, mờ tập trung 2 rốn phổi là 37,3%, mờ thùy phổi là 7,5%. S. pneumoniae có tỷ lệ kháng cao với trimethoprim-sulfamethoxazole (80,6%) và erythromycin 97%, nhạy tương đối cao với cefotaxim 56,1% và amoxicillin 75%, còn nhạy cảm cao với vancomycin 94%, levofloxacin 97% và moxifloxacin 98,5%. Kết quả điều trị khỏi chiếm tỷ lệ cao 98,5%. Ngày điều trị trung bình là 7,8 ± 3,6 ngày. **Kết luận:** Căn dựa vào đặc điểm lâm sàng để phát hiện sớm các trường hợp viêm phổi do S. pneumoniae. Có thể lựa chọn kháng sinh amoxicillin uống, cefotaxim tiêm để điều trị viêm phổi do S. pneumoniae ở trẻ em.

Từ khóa: viêm phổi, phế cầu, trẻ em.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PNEUMONIA

¹Đại học Phenikaa

²Bệnh viện Nhi Hải Dương

³Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hưng

Email: hung.phamvan@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 19.11.2025

CAUSED BY STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE IN CHILDREN FROM 2 MONTHS TO 5 YEARS TREATMENT AT THE RESPIRATORY HOSPITAL HAI DUONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2023

Objective: To describe the clinical and subclinical symptoms and evaluate the treatment outcomes of pneumonia caused by *Streptococcus pneumoniae* in children aged 2 months to 5 years treated at the Respiratory Department, Hai Duong Pediatric Hospital, in 2023. **Methods:** A prospective, cross-sectional descriptive study. **Results:** The study was conducted from April 1, 2023, to September 30, 2023, and included 67 eligible patients. The mean age of the study population was 19.3 ± 9.8 months, with a higher proportion of males than females. Severe pneumonia accounted for 47.8% of cases. The most common clinical symptoms were cough (97.1%), fever (83.6%), upper respiratory tract inflammation (64.2%), tachypnea (80.6%), chest indrawing (70.1%), and fine crackles (98.5%). Comorbid conditions included diarrhea (13.4%) and otitis media (19.4%). Complications included pleural effusion in 3.0% of patients and sepsis in 6.0%. Leukocytosis (WBC > 12 G/L) was observed in 55.2%, and increased neutrophil count in 45%. Chest X-ray findings showed scattered pulmonary infiltrates in 55.2%, perihilar consolidation in 37.3%, and lobar opacity in 7.5%. *S. pneumoniae* showed high resistance rates to trimethoprim-sulfamethoxazole (80.6%) and erythromycin (97%), moderate susceptibility to cefotaxime (56.1%) and amoxicillin (75%), and high susceptibility to vancomycin (94%), levofloxacin (97%), and moxifloxacin (98.5%). The treatment success rate was 98.5%, with an average treatment duration of 7.8 ± 3.6 days. **Conclusion:** Early detection of pneumonia caused by *S. pneumoniae* should be based on clinical characteristics. Oral amoxicillin and injectable cefotaxime can be considered appropriate antibiotics for treating *S. pneumoniae* pneumonia in children.

Keywords: pneumonia, pneumococcus, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh thường gặp nhất ở trẻ em, đặc biệt là trẻ em dưới 5 tuổi, theo thống kê của chương trình phòng chống viêm phổi trung bình mỗi năm một trẻ có thể mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp từ 3 - 5 lần, trong đó có 1- 2 lần viêm phổi. Số trẻ đến khám và điều trị viêm phổi chiếm khoảng 30-40% tổng số bệnh nhân tại các bệnh viện Nhi. Theo số liệu của Tổ chức Y tế thế giới hàng năm có khoảng một triệu trẻ em chết vì viêm phổi do *S.pneumoniae* và *H.influenzae*, một nửa trong số đó là trẻ em dưới 5 tuổi. Về nguyên nhân gây viêm phổi có sự khác nhau giữa các nước phát triển và các nước đang phát triển, tại các nước đang phát triển khoảng 75% trường hợp viêm phổi do vi khuẩn (chủ yếu là *S. pneumoniae* và *H. Influenzae*),

trong khi đó ở các nước phát triển 80- 90% là do virus. Viêm phổi do *S. pneumoniae* có thể điều trị khỏi bằng kháng sinh, nhưng việc điều trị ngày càng trở nên khó khăn do vi khuẩn kháng thuốc. Viêm phổi do *S. pneumoniae* còn có thể là nguyên nhân gây nhiễm trùng máu và viêm màng não mủ, có thể dẫn đến tử vong. Xuất phát từ thực tiễn trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị viêm phổi do S. pneumoniae điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ từ 2 tháng – 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi do *S. pneumoniae* vào điều trị tại Khoa Hô hấp – Bệnh viện Nhi Hải Dương.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Trẻ được chẩn đoán viêm phổi dựa vào lâm sàng và x quang ngực thẳng, cấy dịch tỵ hầu có mọc vi khuẩn *S. pneumoniae*. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Viêm phổi do các căn nguyên khác

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện từ 01/04/ 2023 – 30/09/2023 tại khoa Hô hấp Bv Nhi Hải Dương.

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

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

- Phương pháp chọn mẫu: Bệnh nhân từ 2 tháng – 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi do *S. pneumoniae* nhập viện điều trị tại Khoa Hô hấp - Bệnh viện Nhi Hải Dương.

- Nội dung nghiên cứu: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Hỏi bệnh, khám lâm sàng, xét nghiệm máu, chụp X quang ngực thẳng, cấy dịch tỵ hầu.

- Công cụ: Bộ câu hỏi, mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Phân tích số liệu: Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Việc thu thập thông tin dựa vào chẩn đoán và điều trị bệnh nhân hàng ngày, không ảnh hưởng đến tinh thần và thể chất của người bệnh, thông tin cá nhân được bảo mật và đã được hội đồng khoa học của bệnh viện thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/4/2023 đến 30/9/2023 chúng tôi thu thập được 67 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Kết quả thu được có một số

đặc điểm sau:

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới

Tuổi	Nhóm tuổi	Số bệnh nhân (n=67)	Tỷ lệ %
	2 tháng - < 2 tuổi	49	73,1
	≥ 2 tuổi – 5 tuổi	18	26,9
	Tổng	67	100
Giới	Nam	36	53,7
	Nữ	31	46,3
	Tổng	67	100

Viêm phổi do *S. pneumoniae* nhiều nhất ở nhóm 2 tháng - < 2 tuổi chiếm 73,1%. Tuổi trung bình là $19,3 \pm 9,8$ tháng tuổi, nam nhiều hơn nữ

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n=67)	Tỷ lệ %
Ho	65	97,1
Sốt	56	83,6
Viêm long đường hô hấp	43	64,2
Thở nhanh	54	80,6
Rút lõm lồng ngực	17	25,4
Tim tái	4	6,0
Ran ẩm nhỏ hạt	66	98,5
Ran rít, ngáy	34	50,7
Hội chứng 3 giảm	0	0
Hội chứng đông đặc	2	3,0
Tràn khí màng phổi	0	0
Xẹp phổi	1	1,5

Hầu hết bệnh nhân đều có triệu chứng khởi phát ho và sốt, triệu chứng viêm long đường hô hấp trên chiếm tỷ lệ 64,2%. Triệu chứng thực thể chính là thở nhanh và ran ẩm.

Bảng 3. Triệu chứng ở các cơ quan khác

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n=67)	Tỷ lệ %
Tim mạch		
- Mạch nhanh	50	74,6
- Tim to	0	0
Tiêu hóa		
- Gan to	0	0
- Tiêu chảy	9	13,4
- Nôn	10	14,9
- Chướng bụng	2	3,0
Thần kinh		
- Hôn mê	0	0
- Co giật	0	0
- Thóp phồng	0	0
Triệu chứng khác		
- Viêm da	0	0
- Ban da	1	1,5
- Viêm tai giữa	22	32,8

Tỷ lệ bệnh nhân có tiêu chảy kèm theo chiếm 13,4%, nôn chiếm 14,9%, viêm tai giữa kèm theo chiếm 19,4%

Bảng 4. Biến chứng

Biến chứng	Số bệnh nhân (n=67)	Tỷ lệ %
Tràn dịch màng phổi	2	3,0
Tràn khí màng phổi	0	0
Ap xe phổi	0	0
Nhiễm trùng máu	4	6,0
Viêm màng não mủ	0	0
Xẹp phổi	1	1,5

Biến chứng nhiễm khuẩn huyết có 4 ca chiếm 6,0% và tràn dịch màng phổi có 3 bệnh nhân chiếm 4,5%.

Bảng 5. Số lượng bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính trong máu ngoại vi

	Số lượng bạch cầu (G/l)	Số bệnh nhân (n=67)	Tỷ lệ %
Bạch cầu	< 4	1	1,5
	4 - 12	29	43,3
	> 12	37	55,2
	Tổng	67	100
Bạch cầu đa nhân trung tính	Tỷ lệ bạch cầu trung tính %	Số bệnh nhân (n=67)	Tỷ lệ %
	20-45	22	32,8
	45-60	30	44,8
	> 60	15	22,4
	Tổng	67	100

Hơn một nửa số bệnh nhân có số lượng bạch cầu máu tăng ≥ 12 G/. Đa số bệnh nhân có tỷ lệ bạch cầu trung tính trong máu ngoại vi tăng trên 45%.

Bảng 6. Hình ảnh X quang phổi

Hình ảnh X quang phổi	Số bệnh nhân (n=67)	Tỷ lệ %
Mờ rải rác nhu mô phổi	37	55,2
Mờ tập trung 2 rốn phổi	25	37,3
Mờ thùy phổi	5	7,5
Tổng	67	100

Đa số bệnh nhân có nốt mờ rải rác nhu mô phổi hoặc tập trung ở rốn phổi trên phim chụp Xquang.

Bảng 7. Nhạy cảm của *S. pneumoniae* với một số kháng sinh thường dùng trên kháng sinh đồ

Kháng sinh	n	Mức độ nhạy cảm		
		Nhạy (%)	Trung gian (%)	Kháng (%)
Trimethoprim-sulfamethoxazole	55	12,7	5,4	81,9
Ampicillin	54	38,9	1,9	59,2
Amoxicillin	56	75,0	3,6	21,4
Ceftriaxon	66	59,1	15,2	25,7
Cefotaxim	66	56,1	19,7	24,2
Cloramphenicol	65	83,1	1,5	15,4
Erythromycin	66	3,0	0	97,0
Vancomycin	67	94,0	1,5	4,5

Levofloxacin	67	97,0	1,5	1,5
Moxifloxacin	67	98,5	0	1,5

S. pneumoniae có tỷ lệ kháng cao với trimethoprim-sulfamethoxazole (80,6%) và erythromycin (97%). Còn nhạy cảm cao với vancomycin (94%), levofloxacin (97%) và moxifloxacin (98,5%). Nhạy cảm với Amoxicillin (75%)

Bảng 8. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân (n=67)	Tỷ lệ %
Khỏi bệnh	66	98,5
Chuyển khoa	0	0
Chuyển viện	01	1,5
Tổng số	67	100

Kết quả điều trị khỏi bệnh chiếm tỷ lệ cao (98,5%). Ngày điều trị trung bình là: $7,8 \pm 3,6$ ngày.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu viêm phổi do *S. pneumoniae* chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm 2 tháng đến dưới 2 tuổi chiếm 73,1%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $19,3 \pm 9,8$ tháng tuổi, tuổi nhỏ nhất là 4 tháng, tuổi lớn nhất là 58 tháng tuổi. Nghiên cứu này tương tự nghiên cứu của Phạm Văn Điệp là 78,3% [4], nghiên cứu của Đặng Đức Anh là 64,2% [1]. Lý do trẻ nhỏ dưới 2 tuổi dễ mắc viêm phổi do *S. pneumoniae* là do hệ hô hấp và hệ miễn dịch còn non nớt, chưa hoàn thiện nên có nguy cơ mắc là cao nhất. Nghiên cứu của Nguyễn Đăng Quyết, nhóm tuổi 2 tháng đến dưới 2 tuổi chiếm 80% [6]. Viêm phổi do *S. pneumoniae* ở nam cao hơn nữ, tỉ lệ mắc nam/nữ là 1,2/1. Theo nghiên cứu về viêm phổi do *S. pneumoniae* của Nguyễn Đăng Quyết năm 2022, tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam so với trẻ nữ là 1,89/1 [6], của Phạm Văn Điệp là 1,8/1 [4], của Hoàng Tiến Lợi và CS tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa năm 2002, tỷ lệ nam là 63,58% [5].

Về triệu chứng cơ năng đều có các triệu chứng khởi phát là ho chiếm 97,1%, sốt chiếm 83,6%, viêm long đường hô hấp chiếm 64,2%, đây là triệu chứng có ý nghĩa để phát hiện và chẩn đoán bệnh sớm. Kết quả nghiên cứu của Constantine A. cũng cho thấy dấu hiệu ho và sốt thường gặp trong giai đoạn khởi phát của bệnh viêm phổi với tỷ lệ tương ứng là 98,9% và 97,8% [10]. Kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Ca, triệu chứng về ho và sốt chiếm tỷ lệ cao là 87,5% và 82,8% [3]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đăng Quyết tỷ lệ bệnh nhân vào viện có nhiệt độ $\geq 38^\circ\text{C}$ là 82,8% [6]. Nhịp thở là một dấu hiệu dễ quan sát, là dấu hiệu quan trọng và có giá trị để phát hiện sớm các trường hợp viêm phổi ở cộng đồng và trong bệnh viện. Bệnh nhân viêm phổi do *S. pneumoniae* trong nghiên cứu

của chúng tôi là từ 2 tháng đến 24 tháng có tần số thở nhanh chiếm 79,6%, từ 24 tháng đến 5 tuổi có tần số thở nhanh chiếm 80,6%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu về viêm phổi của các tác giả trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của Phạm Văn Điệp, bệnh nhân viêm phổi có nhịp thở nhanh là 87,2% [4]. Theo kết quả nghiên cứu của Đặng Đức Anh trẻ 2 tháng đến 12 tháng có nhịp thở nhanh là 97,7%, trẻ 12 tháng đến 5 tuổi có nhịp thở nhanh là 81,3% [2]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Xuân, tần số thở ≥ 50 l/phút của nhóm viêm phổi âm tính với vi rút là 16/24 (66,7%) [9]. Rút lõm lồng ngực chiếm tỷ lệ 25,4%, đây là dấu hiệu để phân loại là viêm phổi nặng. Theo kết quả nghiên cứu của Đặng Đức Anh tỷ lệ bệnh nhân có dấu hiệu rút lõm lồng ngực của các trường hợp viêm phổi là 296/399 (74,5%) trong đó nhóm viêm phổi dương tính với *S. pneumoniae* có rút lõm lồng ngực là 65/84 (77,4%) [2]. Theo Nguyễn Đăng Quyết dấu hiệu rút lõm lồng ngực là 45,4% [6]. Triệu chứng ran ẩm nhỏ hạt chiếm 98,5%, ran ngáy, ran rít (50,7%). Triệu chứng ran ẩm nhỏ hạt ở phổi là dấu hiệu thực thể kinh điển để chẩn đoán viêm phổi nói chung. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đăng Quyết, tỉ lệ bệnh nhân viêm phổi có ran ẩm nhỏ hạt là 80,9% [6], nghiên cứu của nhóm Hoàng Tiến Lợi bệnh nhân viêm phổi có ran ẩm nhỏ hạt ở phổi là 100% ở cả nhóm xác định được vi khuẩn và nhóm không xác định được vi khuẩn [5].

Kết quả nghiên cứu cho thấy viêm phổi do *S. pneumoniae* có triệu chứng ở cơ quan tiêu hóa: tiêu chảy chiếm 13,4%, nôn chiếm tỷ lệ 14,9%, chướng bụng 3,0%, tỷ lệ viêm tai giữa kèm theo gặp tỷ lệ cao chiếm 32,8%. Không gặp trường hợp nào có biểu hiện các triệu chứng của thần kinh (li bì, co giật, hôn mê). Các triệu chứng tìm mạch gặp chủ yếu triệu chứng nhịp tim nhanh (74,6%) thường do trẻ có sốt. Theo Đào Minh Tuấn, triệu chứng ỉa lỏng ở trẻ viêm phổi chiếm 29,1% [7]. Có 6,0% gặp biến chứng nhiễm trùng máu, 3,0% có biến chứng tràn dịch màng phổi, 1,5% có biến chứng xẹp phổi. Không ghi nhận trường hợp nào có tràn khí màng phổi, áp xe phổi, viêm màng não mủ phù hợp với nghiên cứu của Đặng Đức Anh và CS trong 389 ca viêm phổi có 2 ca (0,51%) phân lập được *S. pneumoniae* trong dịch não tủy; 2 ca (0,51%) phân lập được *S. pneumoniae* trong máu [2].

Tỷ lệ bạch cầu trong máu ngoại vi của bệnh nhân viêm phổi do *S. pneumoniae*: bạch cầu tăng trên 12 G/l chiếm 55,2%. Số lượng bạch cầu tăng trên 12 G/l trong nghiên cứu của Phạm Văn

Điệp 56,2% [4]. Nghiên cứu của Đào Minh Tuấn ở nhóm viêm phổi có bạch cầu chung là $10,8 \pm 6,7$ G/L [7]. Tỷ lệ bạch cầu trung tính trên 45% chung của cả nghiên cứu là 67,2%. Kết quả nghiên cứu của các tác giả số lượng bạch cầu chung và bạch cầu đa nhân trung tính tăng ở hầu hết các ca viêm phổi do vi khuẩn nói chung và viêm phổi do *S. pneumoniae* nói riêng [7]. Tỷ lệ bệnh nhân viêm phổi do *S. pneumoniae* có hình ảnh X quang mờ rải rác nhu mô phổi là 55,2%, mờ tập trung 2 rốn phổi là chiếm 37,3%, mờ thùy phổi có 5/67 ca chiếm 7,5%. Theo tổ chức y tế thế giới thì 87% trẻ bị viêm phổi và viêm phổi nặng có hình ảnh bệnh lý trên phim chụp X-quang. Nghiên cứu của Phạm Văn Điệp, tỷ lệ tổn thương trên phim chụp X-quang có 47,3% mờ rốn phổi, 45,9% là mờ rải rác 2 phế trường [4]. Nghiên cứu của Đặng Đức Anh tỷ lệ tổn thương trên phim chụp X-quang chiếm 97,3% [2].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ *S. pneumoniae* nhạy cảm với Vancomycin, Levofloxacin và Moxifloxacin chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 94,0%, 97,0% và 98,5%. Theo diễn biến tình hình kháng thuốc của *S. pneumoniae* trong 10 năm tại Việt Nam thì *S. pneumoniae* kháng cao nhất, nhanh nhất với Erythromycin, Cotrimoxazol, Chloramphenicol [3]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đăng Quyết tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2015-2018, các chủng *S. pneumoniae* ở bệnh nhi viêm đường hô hấp cấp có tỷ lệ kháng kháng sinh cao với các loại Penicillin, Erythromycin, Cotrimoxazol [6]. Trong nghiên cứu của Hoàng Tiến Lợi năm 2022 về mức độ kháng kháng sinh của *S. pneumoniae* ở Thanh Hóa cho thấy *S. pneumoniae* kháng với Cloramphenicol là 0 %, trung gian 27,9%, nhạy cảm là 72,1% [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Xuân về viêm phổi trẻ em tại bệnh viện Bạch Mai có 38,8% chủng *S. pneumoniae* kháng với Penicilin G, 6% chủng *S. pneumoniae* kháng với Cefuroxim, 15,3% kháng với Cephalotin và 21,2% kháng với Cloramphenicol [9]. Theo nghiên cứu của Phạm Hùng Vân năm 2012 cho thấy tỷ lệ *S. pneumoniae* nhạy cảm với Cefotaxim là 100%, Cloramphenicol là 42,1%, Ampicilin là 41,1%, Penixillin 40,00%, Erytromyxin 6,6%, Co-trimoxazol 13,3% [8]. Theo nghiên cứu của Đặng Đức Anh các chủng *S. pneumoniae* đã kháng với Co-trimoxazol (100%). Đối với Penixillin, tỷ lệ các chủng *S. pneumoniae* từ giảm nhạy cảm đến kháng thật sự với loại thuốc này là khá cao tương ứng là 48% và 42%, 74% kháng với cephalexin, 71% kháng với Erythromycin [2]. Trên thế giới, tỷ lệ *S. pneumoniae* kháng kháng sinh đang tăng nhanh

và chúng kháng với nhiều loại thuốc được sử dụng để điều trị nhiễm khuẩn. Tỷ lệ khỏi bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,5%, có một trường hợp phải chuyển viện do điều trị kéo dài và tiến triển chậm. Tỷ lệ khỏi bệnh này tương tự nghiên cứu của Phạm Văn Điệp là 98,7% [4].

V. KẾT LUẬN

Cần dựa vào đặc điểm lâm sàng phát hiện sớm các trường hợp viêm phổi do *S. pneumoniae* nói riêng và viêm phổi nói chung để điều trị kịp thời. Có thể sử dụng Amoxicillin trong nhóm thuốc uống, Cefotaxim trong nhóm thuốc tiêm để điều trị viêm phổi do *S. pneumoniae* ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Đức Anh và CS** (2007), "Mối liên quan giữa tính nhạy cảm kháng sinh, sự phân bố typ huyết thanh và đặc điểm sinh học phân tử của các chủng *S. pneumoniae* phân lập từ bệnh nhân viêm đường hô hấp cấp.", Y học thực hành (574)- số 7/2007.
2. **Đặng Đức Anh và CS** (2008), "Tỷ lệ mắc bệnh do *S. pneumoniae* ở trẻ em dưới 5 tuổi nhập viện tại thành phố Hải Phòng", Bộ Y tế - Viện vệ sinh dịch tễ trung ương, tr. 41.
3. **Phạm Văn Ca, Cao Văn Viên** (2004), "Diễn biến tình hình kháng thuốc của phế cầu trong 10 năm (1991- 2000) tại Việt Nam", Tạp chí y học dự phòng, 2004, tập XIV, số 1(64) tr 63-64.
4. **Phạm Văn Điệp** (2008), "Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và kết quả điều trị bệnh viêm phổi do *S. pneumoniae* ở trẻ 2 tháng – 5 tuổi tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng 10/2006 – 10/2008", Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Hoàng Tiến Lợi** (2022), "Tính nhạy cảm kháng sinh và kết quả điều trị viêm phổi phế cầu tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa năm 2021-2022". Tạp chí Y học Việt Nam, tập 516 số 2 (2022).
6. **Nguyễn Đăng Quyết** (2022), "Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi do phế cầu ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2015-2018. Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, Số 1 (127)/2022: tr49-56.
7. **Đào Minh Tuấn**. Nghiên cứu các căn nguyên gây viêm phổi và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi ở trẻ em từ 1 tháng đến 15 tuổi tại khoa Hô hấp bệnh viện nhi Trung ương. Tạp chí y học Việt Nam. 2013;10(2):14 - 20.
8. **Phạm Hùng Vân** (2012), Tình hình đề kháng các kháng sinh của *S. pneumoniae* và *H. influenzae* phân lập từ nhiễm khuẩn hô hấp cấp – kết quả nghiên cứu đa trung tâm thực hiện tại Việt Nam 2010 – 2011. Tạp chí y học thực hành. 2012;855(12).
9. **Nguyễn Thị Thanh Xuân** (2000), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh viêm phổi do vi khuẩn kháng kháng sinh ở trẻ em, Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học y Hà Nội tr. 35- 42.
10. **Constantine A. Sinanotis and Athanassios C. Sinanotis**, (2005), "Community – acquired pneumonia in children", Pulmonary Medicine, 11: pp.218 – 225.

KHẢO SÁT TỈ LỆ BỆNH NHÂN MẮC BỆNH THẬN MẠN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH THẬN MẠN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Huỳnh Quang Minh Trí¹, Nguyễn Thị Thu Thảo¹,
Trang Thuỷ Tiên¹, Nguyễn Thị Ngọc Diệp¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh ĐTD làm tăng nguy cơ bệnh thận giai đoạn cuối gấp 10 – 20 lần dân số chung. Đo độ lọc cầu thận ước tính giúp phát hiện bệnh thận mạn ở bệnh nhân ĐTD. Phát hiện sớm bệnh thận mạn ở giai đoạn sớm và tích cực điều trị sẽ làm chậm diễn tiến của bệnh. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ bệnh nhân mắc bệnh thận mạn và một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng mắc bệnh thận mạn ở bệnh nhân ĐTD típ 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang ở 248 bệnh nhân ĐTD típ 2 điều trị ngoại trú. Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chế độ điều trị và các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng mắc bệnh thận mạn. **Kết quả:** Có 248 bệnh nhân mắc bệnh thận mạn có tuổi lớn hơn ($p < 0.05$). **Kết luận:** Tỉ lệ mắc bệnh thận mạn ở bệnh nhân ĐTD trong nghiên cứu của chúng tôi là 15.32% và tuổi là yếu tố nguy cơ mắc bệnh thận mạn

SUMMARY

PREVALENCE OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN TYPE 2 DIABETES

Background: Diabetes increases the risk of end-stage renal disease by 10-20 times compared to the general population. Measuring estimated glomerular filtration rate helps detect chronic kidney disease in diabetic patients. Early detection of chronic kidney disease at an early stage and active treatment will slow the progression of the disease. **Objective:** to determine the rate of patients with chronic kidney disease and some factors affecting the condition of chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes. **Methods:** Cross-sectional study of 248 outpatients with type 2 diabetes. Record clinical, paraclinical characteristics and treatment regimen and factors affecting the condition of chronic kidney disease. **Results:** 248 patients were included in the study with an average age of 63.43 years, an average duration of diabetes of 8.98 years, and an average HbA1c of 7.73%. The rate of patients with chronic kidney disease was 15.32%. Compared with the group of patients

without chronic kidney disease, the group of patients with chronic kidney disease was older ($p < 0.05$). **Conclusion:** The prevalence of chronic kidney disease in diabetic patients in our study was 15.32% and age is a risk factor for chronic kidney disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường gây nên nhiều biến chứng nguy hiểm, là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tim mạch, bệnh mắt, bệnh thận mạn và cắt cụt chi. ĐTD, đặc biệt là típ 2, là bệnh nguyên chính trong số những người phải khởi trị thay thế thận. Bệnh ĐTD làm tăng nguy cơ bệnh thận giai đoạn cuối gấp 10 – 20 lần so với dân số chung. Một dấu ấn sinh hóa của bệnh thận mạn đã được xác định là albumin niệu, đây còn là chỉ điểm nguy cơ lâm sàng và tiên đoán giảm chức năng thận trong tương lai nhưng độ lọc cầu thận mới được xem là chỉ số chính dùng chẩn đoán và phân loại giai đoạn bệnh thận theo Hướng dẫn Thực hành lâm sàng về Bệnh thận mạn KDOQI-CKD. Những năm gần đây, theo Hiệp Hội ĐTD Hoa Kỳ, để sàng lọc bệnh thận mạn ở người ĐTD cần đánh giá hàng năm tỉ số ACR nước tiểu và độ lọc cầu thận.

Phát hiện bệnh thận ở bệnh nhân ĐTD ở giai đoạn sớm, tích cực điều trị sẽ làm chậm diễn tiến của bệnh, giảm chi phí điều trị thay thế thận ở những giai đoạn sau, làm cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Hiện tại đã có những nhóm thuốc mới như nhóm thuốc SGLT2 và GLP -1 khi được dùng sớm ở thời điểm thích hợp sẽ giúp làm chậm sự tiến triển của bệnh thận ĐTD đến bệnh thận giai đoạn cuối.

Tại bệnh viện Nguyễn Trãi cho đến nay chưa có nghiên cứu về tỉ lệ mắc bệnh thận và các yếu tố nguy cơ bệnh thận ở đối tượng bệnh nhân ĐTD típ 2. Nhận thức tầm quan trọng của vấn đề phát hiện sớm các giai đoạn và các yếu tố nguy cơ bệnh thận ở bệnh nhân ĐTD típ 2, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Khảo sát tỉ lệ bệnh nhân mắc bệnh thận và các yếu tố nguy cơ bệnh thận ở bệnh nhân ĐTD típ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nguyễn Trãi” nhằm mục tiêu: (1) Xác định tỉ lệ bệnh nhân mắc bệnh thận ở bệnh nhân ĐTD típ 2. (2) Phân tích các yếu tố nguy cơ mắc bệnh thận ở bệnh nhân ĐTD típ 2 điều trị ngoại trú.

¹Bệnh viện Nguyễn Trãi

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Minh Trí

Email: drminhtri@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 19.11.2025