

dưỡng thấp, thường kèm theo nôn, sốt, chán ăn. Cận lâm sàng thường gặp là hạ Natri máu. Xét nghiệm phân cho thấy ít bệnh nhi có hồng cầu, bạch cầu trong phân. Căn nguyên do rotavirus chiếm 31,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Ngọc Anh, Đặng Thị Thúy Hà, Lương Thị Nghiêm.** Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của trẻ em nhập viện vì tiêu chảy tại Bệnh viện Nhi Trung ương Việt Nam. Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa, 2020. Vol. 4(3): p. 35-40.
2. **Trần Quang Khải, Nguyễn Thị Thanh Loan, Trần Chí Công.** Tác nhân vi sinh gây tiêu chảy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2024. 174(1): p. 117-125.
3. **Phan Trang Nhã, Vương Thị Hòa.** Kết quả chăm sóc, điều trị bệnh nhi tiêu chảy cấp dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan tại khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2020-2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2022(48): p. 54-62.
4. **Bê Hà Thành.** Tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi bị tiêu chảy cấp tại trung tâm nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 511(2).
5. **Phạm Võ Phương Thảo.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, 2021. Số 1(11): p. 24-29.
6. **Nguyễn Thị Mai Hương, Nguyễn Thị Việt Hà.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tiêu chảy cấp phân máu ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021. 505(1).
7. **World Health Organization.** Diarrhoeal disease: Key Fact. 2017; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.
8. **WHO.** Acute Diarrhea and Cholera in Vietnam. 2023; Available from: <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/cholera>.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI NẶNG Ở TRẺ TỪ 2 THÁNG - 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Dương Thị Hiền¹, Nguyễn Đình Học¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi nặng ở trẻ từ 2 tháng – 5 tuổi tại Bệnh viện A Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 106 bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi nặng (theo tiêu chuẩn WHO) từ 08/2024 – 08/2025. **Kết quả:** Trong 106 bệnh nhi, nam chiếm 54,7%, nữ chiếm 45,3%. Nhóm tuổi từ 2–12 tháng chiếm tỷ lệ cao hơn (61,3%) so với nhóm tuổi từ 12 tháng- 5 tuổi (38,7%). Triệu chứng thường gặp: ho (100%), khò khè (90,6%), thở nhanh (83%), rút lõm lồng ngực nặng (80,2%), tím (24,5%). Rán phổi ghi nhận ở 100% bệnh nhi, trong đó ran ẩm/nổ chiếm giá trị tuyệt đối 100% và ran rít/ngáy chiếm 72,6%. Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: nôn tất cả mọi thứ (18,9%), bỏ bú/không uống được (14,2%), co giật (2,8%). Tỷ lệ SpO₂ < 95% chiếm 73,6%. Số lượng bạch cầu tăng chiếm 52,8 %, CRP tăng ở 40,6% bệnh nhi. Hình ảnh X-quang tổn thương chủ yếu là thâm nhiễm phế nang lan tỏa (32,1%), tổn thương thùy chiếm 6,6%. Về căn nguyên gây bệnh: RSV (38,7%), Haemophilus influenzae (17%), Streptococcus pneumoniae (14,2%). **Kết luận:** Viêm phổi nặng ở trẻ dưới 5 tuổi chủ yếu gặp ở nhũ nhi, với biểu hiện lâm sàng điển hình là ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực nặng và ran phổi. RSV là căn nguyên virus chính, trong khi S. pneumoniae và H. influenzae vẫn là

tác nhân vi khuẩn quan trọng. **Từ khóa:** viêm phổi nặng, trẻ em, Bệnh viện A Thái Nguyên.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF SEVERE PNEUMONIA IN CHILDREN AGED 2 MONTHS TO 5 YEARS AT A THAI NGUYEN HOSPITAL

Objective: To describe the clinical, paraclinical characteristics of severe pneumonia in children aged 2 months–5 years at A Thai Nguyen Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 106 children diagnosed with severe pneumonia (WHO criteria) from August 2024 to August 2025. **Results:** Among 106 patients, males accounted for 54.7% and females 45.3%. The age group of 2–12 months had a higher proportion (61.3%) compared to the age group of 12 months–5 years (38.7%). Common symptoms included cough (100%), wheezing (90.6%), tachypnea (83%), severe chest indrawing (80.2%), and cyanosis (24.5%). Pulmonary rales were detected in all cases, moist/crackles were present in 100% of cases, while wheezing/rhonchi were observed in 72.6%. Systemic danger signs included: vomiting everything (18.9%), refusal to feed/inability to drink (14.2%), and seizures (2.8%). Oxygen saturation (SpO₂) < 95% was observed in 73.6% of patients. Leukocytosis was present in 52.8 %, and elevated C-reactive protein (CRP) in 40.6%. Chest X-ray findings mainly showed alveolar infiltrates (32.1%) and lobar consolidation (6.6%). Regarding etiology, respiratory syncytial virus (RSV) was identified in 38.7%, Haemophilus influenzae in 17%, and Streptococcus pneumoniae in 14.2%. **Conclusion:** Severe pneumonia in children

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Hiền
Email: duonghientybg98@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025
Ngày duyệt bài: 12.12.2025

under 5 years old predominantly affects infants, with typical clinical manifestations including cough, dyspnea, severe chest indrawing, and pulmonary rales. RSV was the leading viral pathogen, while *S. pneumoniae* and *H. influenzae* remained important bacterial etiologies. **Keywords:** severe pneumonia, children, A Thai Nguyen Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi. Theo WHO (2019), viêm phổi vẫn cướp đi sinh mạng khoảng 740.000 trẻ mỗi năm, chiếm khoảng 14% tổng số ca tử vong ở nhóm tuổi này [7].

Ở các nước đang phát triển, viêm phổi vẫn là gánh nặng y tế lớn, đặc biệt ở nhũ nhi và trẻ nhỏ, do hệ miễn dịch chưa hoàn thiện, suy dinh dưỡng, tình trạng sống đông đúc và khó tiếp cận dịch vụ y tế [7]. Tại Việt Nam, viêm phổi vẫn là một trong những nguyên nhân nhập viện thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt trong bối cảnh tỷ lệ kháng kháng sinh gia tăng và tình trạng đồng nhiễm vi sinh vật ngày càng phức tạp [3,5].

Việc nhận diện đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi sinh là cơ sở quan trọng để chẩn đoán, định hướng lựa chọn kháng sinh hợp lý, tiên lượng bệnh và góp phần vào công tác dự phòng.

Tại Thái Nguyên, đã có một số nghiên cứu về tình hình sử dụng kháng sinh và đặc điểm viêm phổi ở trẻ em [1,3]. Tuy nhiên dữ liệu cụ thể về đặc điểm, căn nguyên của viêm phổi nặng ở trẻ 2 tháng – 5 tuổi tại Bệnh viện A Thái Nguyên còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi nặng ở trẻ từ 2 tháng – 5 tuổi tại Bệnh viện A Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 106 trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi chẩn đoán viêm phổi nặng theo hướng dẫn của WHO [8], điều trị tại Khoa Nhi, Bệnh viện A Thái Nguyên

2.2. Thời gian & địa điểm: Khoa Nhi, Bệnh viện A Thái Nguyên, từ 08/2024 – 08/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu:

- Kỹ thuật chọn mẫu: thuận tiện
- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu mô tả cắt ngang:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{(d)^2}$$

Trong đó: Z: Hệ số tin cậy khoảng 95%, mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$. $Z(1-\alpha/2) = 1,96$,

$p = 0,926$ (Tỷ lệ thở nhanh trong viêm phổi

nặng ở trẻ 2 tháng - 5 tuổi theo nghiên cứu của Lê Thị Mai Anh và cộng sự năm 2022 [2]).

$d = 0.05$: Độ chính xác mong muốn

Thay vào công thức tính được $n = 105,3$

Chúng tôi lựa chọn 106 bệnh nhi tham gia nghiên cứu.

2.3.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Tuổi từ 2 tháng - 60 tháng.
- Chẩn đoán viêm phổi nặng theo WHO [8].
- Trẻ ho hoặc khó thở, kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

+ Tím trung ương hoặc $SpO_2 < 90\%$.

+ Dấu hiệu suy hô hấp nặng (thở rên, rút lõm lồng ngực rất nặng).

+ Những dấu hiệu của viêm phổi kèm theo 1 dấu hiệu nguy hiểm toàn thân.

✓ Bỏ bú hoặc không uống được

✓ Rối loạn tri giác: lơ mơ hoặc hôn mê.

✓ Co giật.

- Bố, mẹ hoặc người chăm sóc trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân từng nằm viện trong vòng 14 ngày gần đây.

+ Viêm phổi nặng do nguyên nhân hít, sặc, đuối nước.

2.3.4. Thu thập số liệu: hồ sơ bệnh án, thăm khám lâm sàng, xét nghiệm máu (CRP, công thức máu), X-quang ngực, test nhanh vi rút (5 in 1) gồm cúm A, cúm B, Adenovirus, RSV, COVID-19, nuôi cấy dịch ty-hầu.

2.3.5. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0

2.3.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y- Dược, Đại học Thái Nguyên và được Bệnh viện A Thái Nguyên chấp thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	2-12 tháng	65
	12 tháng-5 tuổi	41
Giới	Nam	58
	Nữ	48
Dân tộc	Kinh	55
	Nùng	10
	Khác	41

Nhận xét: Nhóm tuổi 2 -12 tháng chiếm đa số (61,3%) cao hơn nhóm 12 tháng - 5 tuổi (38,7%). Nam chiếm 54,7%, nữ chiếm 45,3%, tỷ

lệ nam/nữ 1,2/1. Dân tộc Kinh chiếm đa số 51,9%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi nặng

Bảng 3.2. Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân theo nhóm tuổi

Triệu chứng	Tuổi	2-12 tháng		12 tháng - 5 tuổi		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Co giật		3	2,8	0	0	3	2,8
Bỏ bú hoặc không uống được		9	8,5	6	5,7	13	14,2
Nôn tất cả mọi thứ		8	7,5	12	11,3	20	18,9
Li bì/ hôn mê		0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân được ghi nhận gồm: nôn tất cả mọi thứ (18,9%), bỏ bú/không uống được (14,2%), co giật (2,8%), không có trường hợp nào li bì/hôn mê.

Bảng 3.3. Triệu chứng cơ năng, thực thể theo nhóm tuổi

Triệu chứng	Tuổi	2-12 tháng		12 tháng - 5 tuổi		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
	65	61,3	41	39,7	106	100		
	33	31,1	22	20,8	55	51,9		>0,05
Khò khè	59	55,7	37	34,9	96	90,6		>0,05
Thở nhanh	56	52,8	32	30,2	88	83		>0,05
Thở rên	4	3,8	0	0	4	3,8		>0,05
Rút lõm lồng ngực nặng	53	50	32	30,2	85	80,2		>0,05
Tim	21	19,8	5	4,7	26	24,5		<0,05
Ran ẩm/nổ	65	61,3	41	38,7	106	100		
Ran rít/ngáy	47	44,3	30	28,3	77	72,6		>0,05

Nhận xét: Ho (100%), khò khè (90,6%), thở nhanh (83%), rút lõm lồng ngực nặng (80,2%) và sốt (51,9%) là các biểu hiện thường gặp trong viêm phổi nặng, ran bất thường tại phổi được ghi nhận ở tất cả bệnh nhân, trong đó ran ẩm/nổ chiếm 100%, ran rít/ngáy chiếm

72,6%. Triệu chứng tím chỉ gặp 26 bệnh nhi (24,5%), chủ yếu xuất hiện ở nhóm tuổi nhỏ từ 2- 12 tháng (19,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (< 0,05).

Bảng 3.4. Phân bố SpO₂ theo nhóm tuổi

SpO ₂	Tuổi	2-12 tháng		12 tháng - 5 tuổi		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
<85%		1	0,9	1	0,9	2	1,9	<0,05
85%-90%		30	28,3	8	7,5	38	35,8	
90%-95%		21	19,8	17	16	38	35,8	
≥ 95%		13	12,3	15	14,2	28	26,4	

Nhận xét: 73,6% trẻ bệnh có SpO₂ <95% và gặp chủ yếu ở nhóm tuổi dưới 12 tháng, trong đó SpO₂ dưới 90% chiếm 37,7%. SpO₂ từ 90%- 95% chiếm 35,8%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố SpO₂ giữa 2 nhóm tuổi (2-12 tháng và 12 tháng - 5 tuổi).

Bảng 3.5. Đặc điểm xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu

Các chỉ số sinh hóa		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng bạch cầu	Tăng	56	52,8
	Bình thường	50	47,2
	Giảm	0	0
Số lượng bạch cầu trung bình 12,28±6,5 G/L			
HGB	Bình thường	96	90,6
	Giảm	10	9,4
CRP	<6 mg/L	63	59,4
	6-50 mg/L	36	34
	≥ 50 mg/L	7	6,6

Nhận xét: Số lượng bạch cầu trung bình 12,28 ± 6,5 G/L. Tăng số lượng bạch cầu chiếm 52,8%, cao hơn số trường hợp tăng CRP (40,6%). Phần lớn bệnh nhân có lượng huyết sắc tố (HGB) bình thường (90,6%), HGB giảm chỉ chiếm 9,4%.

Bảng 3.6. Các tổn thương phổi trên X-quang ngực

Tổn thương	Nhóm tuổi		2-12 tháng		12 tháng - 5 tuổi		Tổng	
			n	%	n	%	n	%
Phổi 2 bên sáng			31	29,2	21	19,8	52	49,1
Tổn thương tập trung rốn phổi			6	5,7	4	3,8	10	9,4
Thâm nhiễm phế nang lan tỏa			19	17,9	15	14,2	34	32,1
Thâm nhiễm thùy phổi			6	5,7	1	0,9	7	6,6
Khác (kính mờ, dày tổ chức kẽ)			3	2,8	0	0	3	2,8
Tổng			65	61,3	41	38,7	106	100

Nhận xét: 49,1 % các ca bệnh không ghi nhận tổn thương trên X-quang ngực. Trong số còn lại, tổn thương thường gặp nhất là thâm nhiễm phế nang lan tỏa (32,1%), tiếp theo là tổn thương tập trung rốn phổi (9,4%), tổn thương thùy phổi (6,6%) và một số ít có hình ảnh tổn thương khác như kính mờ, dày tổ chức kẽ (2,8%).

Bảng 3.7. Phân nhóm căn nguyên vi sinh theo nhóm tuổi

Căn nguyên vi sinh	Nhóm tuổi	2-12 tháng		12 tháng - 5 tuổi		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Vì khuẩn	H. influenzae	8	7,5	10	9,4	18	17

(35 mẫu)	S. pneumoniae	6	5,7	9	8,5	15	14,2
	S. aureus	2	1,9	0	0	2	1,9
Virus (47 mẫu)	Cúm A	2	1,9	2	1,9	4	3,8
	Cúm B	1	0,9	1	0,9	2	1,8
	RSV	32	30,2	9	8,5	41	38,7
	COVID-19	1	0,9	0	0	1	0,9
Chưa rõ căn nguyên		20	18,9	18	17	38	35,8

Nhận xét: 68/106 trường hợp xác định được tác nhân vi sinh (64,2%), một số bệnh nhân có thể đồng nhiễm nhiều tác nhân. Trong đó, RSV chiếm tỉ lệ cao nhất (38,7%). Trong các căn nguyên vi khuẩn H. influenzae (17%) và S. pneumoniae (14,2%) vẫn là hai tác nhân chủ yếu. Tuy nhiên, tỷ lệ không xác định được căn nguyên vẫn còn cao (35,8%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy viêm phổi nặng gặp ở nam nhiều hơn nữ và gặp chủ yếu ở nhóm dưới 12 tháng tuổi (61,3%), phù hợp với một số nghiên cứu tại Mỹ và Việt Nam ghi nhận trẻ dưới 12 tháng tuổi dễ mắc viêm phổi và dễ diễn biến thành viêm phổi nặng. Jakhar SK và cộng sự (2018) nghiên cứu trên 120 bệnh nhân viêm phổi nặng ghi nhận nhóm trẻ dưới 1 tuổi chiếm 66% [6]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Lê Thị Mai Anh (2022) [2], Nguyễn Thị Thu Sương và cộng sự (2023) [4], cũng cho kết quả tương tự: Trẻ nhũ nhi dễ mắc bệnh và nguy cơ nhiễm khuẩn cao. Những đặc điểm về giải phẫu, sinh lý hệ hô hấp cũng như tình trạng suy giảm miễn dịch thụ động từ mẹ truyền sang con có thể giải thích cho vấn đề này.

Về đặc điểm lâm sàng: Ho (100%), khò khè (90,6%), thở nhanh (83%) và rút lõm lồng ngực nặng (80,2%), sốt (51,9%) là các triệu chứng thường gặp trong viêm phổi nặng. Ho và thở nhanh là hai triệu chứng trong tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi của WHO [8], do đó xuất hiện với tỷ lệ cao là hợp lý. Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu Lê Thị Mai Anh (2022) [2] trong đó ho, thở nhanh và rút lõm lồng ngực là những dấu hiệu phổ biến nhất. Bên cạnh đó ran bất thường ở phổi xuất hiện ở tất cả bệnh nhân, trong đó ran ẩm/nổ cũng là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi nên triệu chứng này chiếm 100% phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán. Ngoài ra các triệu chứng khác như nôn tất cả mọi thứ (18,9%), bỏ bú/không uống được (14,2%), co giật (2,8%). Các dấu hiệu này phản ánh tình trạng nhiễm trùng toàn thân và có giá trị trong phân loại mức độ nặng của bệnh. Tím gặp ở 24,5% bệnh nhi và chủ yếu ở lứa tuổi dưới 12 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy không phải là triệu chứng thường

gặp nhưng đây là dấu hiệu cảnh báo nặng, đòi hỏi chỉ định oxy liệu pháp kịp thời.

Về đặc điểm cận lâm sàng: Do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên nhóm trẻ em viêm phổi nặng nên phần lớn bệnh nhi tại thời điểm nhập viện có tình trạng suy hô hấp $SpO_2 < 95\%$ (73,6%), và gặp chủ yếu ở nhóm tuổi dưới 12 tháng tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong đó nhóm SpO_2 từ 85% - 90% chiếm 35,8% bằng nhóm SpO_2 từ 90% - 95%. Điều này phản ánh tình trạng thiếu oxy máu và nhấn mạnh vai trò quan trọng của theo dõi SpO_2 thường quy khi thăm khám và điều trị.

Về xét nghiệm máu: Tỷ lệ tăng bạch cầu trong nghiên cứu là chiếm 52,8 % và tăng CRP (> 6 mg/L) chiếm 40,6%. Sự gia tăng các chỉ số này gợi ý sự hiện diện của phản ứng viêm toàn thân, có thể liên quan đến căn nguyên vi khuẩn hoặc tình trạng đồng nhiễm virus – vi khuẩn. Tỷ lệ bệnh nhi có lượng huyết sắc tố giảm chiếm 9,4%. So sánh với nghiên cứu của Đỗ Thị Hương (2024) [1] trong nhóm viêm phổi nặng, tỷ lệ tăng bạch cầu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn (52,8% so với 35,2%), trong khi tỷ lệ CRP tăng (> 6 mg/L) thấp hơn (40,6% so với 57,1%) và tỷ lệ thiếu máu thấp hơn rõ rệt (9,4% so với 35,2%). Sự khác biệt này cho thấy phản ứng viêm toàn thân trong nhóm bệnh nhi của chúng tôi chủ yếu biểu hiện bằng tăng bạch cầu, trong khi mức CRP và tình trạng thiếu máu nhẹ hơn.

Hình ảnh X-quang ngực cho thấy tổn thương thường gặp nhất là thâm nhiễm phế nang lan tỏa (32,1%), tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Mai Anh [2], tiếp theo là tổn thương tập trung rốn phổi (9,4%), thâm nhiễm thùy phổi (6,6%) và một số ít có tổn thương dạng khác như kính mờ, dày tổ chức kẽ (2,8%). Đáng chú ý, có tới 49,1% bệnh nhi không ghi nhận tổn thương rõ ràng trên X-quang. Điều này có thể do bệnh nhân đến viện sớm hoặc do tổn thương lan tỏa nhẹ khó phát hiện trên phim thường quy.

Căn nguyên vi sinh: Một bệnh nhân có thể đồng nhiễm nhiều tác nhân. Trong số 68/ 106 trường hợp xác định được nguyên nhân (64,2%), RSV chiếm tỷ lệ cao nhất (38,7%), khẳng định đây là tác nhân chính gây viêm phổi nặng ở trẻ nhỏ, đặc biệt là nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi. Bên cạnh đó, H. influenzae (17%) và S. pneumoniae

(14,2%) là hai vi khuẩn thường gặp, phù hợp với nghiên cứu Trần Quang Khải (2022) [5]. Một vấn đề đáng lưu ý là tỷ lệ chưa xác định được căn nguyên còn cao (35,8%). Điều này phản ánh hạn chế của các kỹ thuật chẩn đoán hiện có như test nhanh và nuôi cấy dịch tỵ hầu. Việc ứng dụng các phương pháp sinh học phân tử (PCR, multiplex PCR) sẽ giúp tăng độ nhạy phát hiện, giảm tỷ lệ chưa rõ căn nguyên [5], đồng thời định hướng sử dụng kháng sinh hợp lý hơn, tránh lạm dụng kháng sinh trong các trường hợp viêm phổi do virus đơn thuần.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi nặng ở trẻ dưới 5 tuổi chủ yếu gặp ở nhóm tuổi dưới 12 tháng, với tỷ lệ nam cao hơn nữ. Các triệu chứng thường gặp nhất là ho, sốt, khó khè, thở nhanh, rút lõm lồng ngực nặng và ran ẩm/nổ. Tỷ lệ suy hô hấp với $SpO_2 < 95\%$ chiếm đa số, có sự khác biệt về phân bố SpO_2 giữa 2 nhóm tuổi (2-12 tháng và 12 tháng - 5 tuổi). Tăng số lượng bạch cầu chiếm 52,8%, tăng CRP chiếm 40,6%. Hình ảnh X-quang thường không đặc hiệu, trong đó thâm nhiễm phế nang lan tỏa là tổn thương gặp nhất. Căn nguyên gây bệnh chủ yếu: RSV, S. pneumoniae và H. influenzae.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Thị Hương, Nguyễn Thị Thu Trang, Nguyễn Trường Giang. Đặc điểm viêm phổi ở trẻ dưới 60 tháng tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Tạp chí Khoa học và Công nghệ - Đại học Thái Nguyên, 2024;(267), tr. 446-453.
2. Lê Thị Mai Anh, Bùi Bình Bảo Sơn. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi, Tạp chí Y học Lâm sàng, 2022; 80(2), tr. 13-19.
3. Đặng Thị Hồng Ngọc, Mai Kim Thanh Ngân, Lê Thị Kim Dung. Căn nguyên và mức độ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2019-2020, Tạp chí Y học Dự phòng, 2021;30(6), tr. 9-16.
4. Nguyễn Thị Thu Sương, Trần Anh Tuấn, Phan Hữu Nguyệt Diễm. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng phân biệt viêm phổi do vi khuẩn và do vi rút trong viêm phổi nặng trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, Tạp chí Nhi khoa, 2023;16(4), tr. 18-28.
5. Trần Quang Khải, Nguyễn Thị Kim Ngân, Nguyễn Thanh Tùng và cs. Phát hiện đồng nhiễm vi sinh vật ở trẻ viêm phổi nặng mắc phải tại cộng đồng bằng Real-Time PCR, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2022;(24), tr. 17-23.
6. Jakhar S.K., Pandey M., Shah D., et al. Etiology and risk factors determining poor outcome of severe pneumonia in under-five children, Indian Journal of Pediatrics, 2018;85(1), pp. 20-24.
7. World Health Organization. Pneumonia in children. Geneva: WHO; 2018. Accessed October 2, 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia-in-children>.
8. World Health Organization. Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common childhood illnesses, 2nd ed, Geneva: WHO, 2013, pp. 80-87.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, NHIỄM HELICOBACTER PYLORI, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA UNG THƯ DẠ DÀY PHỐI HỢP VỚI LOÉT TÁ TRÀNG (49 TRƯỜNG HỢP)

Thái Nguyên Hưng¹, Viên Đình Bình²

TÓM TẮT

Nghiên cứu (NC) hồi cứu với 2 mục tiêu: 1. Nhận xét đặc điểm dịch tễ học, tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori. 2. Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) của bệnh nhân (BN) ung thư dạ dày (UTDD) phối hợp với loét tá tràng (TT) được điều trị tại BV K. **Kết quả NC:** 49 BN, Nam 83,3%, Nữ 18,7%; Tuổi TB $63,74 \pm 9,92$ T (42- 80T); 79,6% ở nông thôn; Nghề nông 71,4%. Tiền sử (TS) loét DD-TT 77,6%; Thủng tá tràng cũ 8,2%; Mổ nối vị tràng (HNV do loét TT)

6,1%. Tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori (HP) 20,4%. Lâm sàng: Đau thượng vị 97,9%; Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) 59,18%; Hẹp môn vị (HNV) 36,7%; Sờ thấy U 26,5%; Gãy sút 71,4 %. Nội soi dạ dày (NSDD): UTDD 1/3 Dưới 85,7%; UTDD 1/3 Giữa 14,3%. Loét mặt trước tá tràng (TT) 30,6%; Loét mặt sau TT 2,04%; Kissing ulcer 6,1%; Không loét 14,3%; Không mô tả 30,6%; HNV 22,4%. Tổn thương trong mổ: KT khối UTDD ≤ 5 cm chiếm 51,0%; KT khối UTDD > 5 cm chiếm 49%. Loét mặt trước TT 69,4%; Loét mặt sau TT 14,3%; Kissing ulcer 16,3%; KT ổ loét TT 1-2 cm 87,8%; KT ổ loét TT > 2 cm 12,2%. Giải phẫu bệnh (GPB): Adenocarcinome biệt hóa vừa (BHV) 40,8%; AC kém biệt hóa (KBH) 38,8%; Tế bào (TB) nhẵn 20,4%. **Kết luận:** Qua 49 BN UTDD phối hợp với loét tá tràng được điều trị Phẫu thuật (PT) tại BV K chúng tôi kết luận 1 số đặc điểm sau: 1. Đặc điểm dịch tễ học và nhiễm HP, tiền sử bệnh (TS). + Tỷ lệ Nam/Nữ 4.44; Tuổi TB $63,74 \pm 9,92$ T (42- 80T); + Địa dư:

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025