

mở mở, thời gian mở  $\geq 180$  phút, không sử dụng máy sưởi ấm, lượng dịch truyền  $\geq 1000$  ml, lượng dung dịch rửa ổ bụng  $\geq 1000$  ml có liên quan đến tình trạng hạ thân nhiệt của bệnh nhân phẫu thuật kéo dài.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fatemi, S.N.L., M.R. Armat, A.E. Zeydi, et al.** Inadvertent perioperative hypothermia: a literature review of an old overlooked problem. *Acta facultatis medicae Naissensis*.2016; 33(1): Tr. 5.
2. **Rajagopalan, S., E. Mascha, J. Na, et al.** The effects of mild perioperative hypothermia on blood loss and transfusion requirement. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*.2008; 108(1): Tr. 71-77.
3. **Thư, P.T.M.** Khảo sát tỷ lệ hạ thân nhiệt và các yếu tố nguy cơ trong gây mê phẫu thuật ổ bụng Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh.2011; 15: Tr. 327-333.
4. **Nam, N.Đ.** Vai trò của các phương tiện sưởi ấm chủ động để phòng ngừa hạ thân nhiệt trong phẫu thuật nội soi ổ bụng kéo dài. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*.2020; 24(3): Tr. 150-156.
5. **Linh, K.N.M.** Khảo sát hạ thân nhiệt trên bệnh nhân gây mê phẫu thuật nội soi vùng bụng. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược - TP. Hồ Chí Minh.2018.
6. **Kongsayrepong, S., C. Chaibundit, J. Chadpaibool, et al.** Predictor of core hypothermia and the surgical intensive care unit. *Anesthesia & Analgesia*.2003; 96(3): Tr. 826-833.
7. **Loan, C.P.** Khảo sát hạ thân nhiệt trên bệnh nhân được gây mê tổng quát trong mổ ổ bụng. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.2018.
8. **Yi, J., Z. Xiang, X. Deng, et al.** Incidence of Inadvertent Intraoperative Hypothermia and Its Risk Factors in Patients Undergoing General Anesthesia in Beijing: A Prospective Regional Survey. *PLoS One*.2015; 10(9): Tr. e0136136.
9. **Abelha, F., N. Landeiro, A. Neves, et al.** Hypothermia in a surgical intensive care unit. *Critical Care*.2005; 9: Tr. 1-1.
10. **Campbell, G., P. Alderson, A.F. Smith, et al.** Warming of intravenous and irrigation fluids for preventing inadvertent perioperative hypothermia. *Cochrane Database Syst Rev*.2015; 2015(4): Tr. Cd009891.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, NGUYÊN NHÂN, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI KHÔNG ĐIỂN HÌNH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC SƠN TÂY – THÀNH PHỐ HÀ NỘI, NĂM 2024 - 2025

**Hồ Văn Thạnh<sup>1</sup>, Lê Thị Xuân Đào<sup>1</sup>, Hồ Văn Tuấn Kiệt<sup>1</sup>**

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm phổi cấp ở trẻ em tại bệnh viện đa khoa khu vực Sơn Tây – Thành phố Hà Nội năm 2024 - 2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu và mô tả cắt ngang trên 120 bệnh nhân viêm phổi cấp ở trẻ em tại bệnh viện đa khoa khu vực Sơn Tây – Thành phố Hà Nội từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2025. **Kết quả:** Viêm phổi không điển hình gặp từ 1 tháng đến 16 tuổi; phổ biến 1 – 5 tuổi, chiếm 71,7%. Nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ lần lượt 58,3% và 41,7%. Về các yếu tố nguy cơ, đẻ non chiếm 3,4%; trẻ sinh đôi 1,7%; mắc bệnh kết hợp 8,3%; trẻ bú mẹ không đầy đủ 1,7%; tiêm chủng không đầy đủ 1,7%. Triệu chứng thường gặp: Ho 100%; sốt 100%; nhịp thở nhanh 100%, ran nổ 88,3%; bạch cầu tăng 53,3%, CRP dương tính 55%; tổn thương phổi trên X quang 100%. Các loại vi khuẩn không điển hình chiếm tỷ lệ 41,7%, virus các loại chiếm tỷ lệ 30%, nấm chiếm tỷ lệ 6,7%, đồng nhiễm các loại vi sinh vật chiếm tỷ lệ 11,6%; 10% không tìm

được căn nguyên. Kết quả điều trị có 88,3% bệnh nhân được điều trị hồi phục hoàn toàn; 11,7% bệnh nhân hồi phục, tiếp tục được hướng dẫn điều trị tại gia đình các bệnh kết hợp. **Kết luận:** Bệnh nhân nhi viêm phổi không điển hình phổ biến từ 1-5 tuổi, nhiều nhất là nhóm dưới 2 tuổi. Tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ. Triệu chứng thường gặp sốt, ho, ran nổ, bạch cầu tăng, X quang phổi có tổn thương. Vi khuẩn không điển hình, virus, nấm là tác nhân thường gặp. Đa số bệnh nhân điều trị khỏi hoàn toàn, không có tử vong và biến chứng.

**Từ khóa:** Viêm phổi, viêm phổi không điển hình.

#### SUMMARY

#### STUDY OF CLINICAL, PARA CLINICAL FINDINGS, ETIOLOGY AND TREATMENT RESULTS OF ATYPICAL PNEUMONIA IN CHILDREN AT SON TAY GENERAL HOSPITAL - HA NOI CITY, 2024-2025

**Objectives:** To describe the clinical, paraclinical features and treatment results of acute pneumonia in pediatric patients at Son Tay General Hospital, Ha Noi City during 2024-2025. **Subjects and Methods:** A prospective and cross-sectional study on 120 acute pneumonia pediatric patients at Son Tay General Hospital, Ha Noi City between January, 2024 and December, 2025. **Results:** Atypical pneumonia was observed in children aged from 1 month to 16 years

#### <sup>1</sup>Tổng cục Hậu cần - Kỹ thuật

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Văn Thạnh  
Email: hovanthanh1975@gmail.com  
Ngày nhận bài: 3.11.2025  
Ngày phản biện khoa học: 8.12.2025  
Ngày duyệt bài: 6.01.2026

old, common in the 1-5 age group (71.7%). Males were more frequently affected than females, accounting for 58.3% and 41.7%, respectively. On risk factors, prematurity accounted for 3.4%, twin birth 1.7%, comorbid diseases 8.3%, insufficient breastfeeding 1.7% and incomplete immunization 1.7%. Common clinical manifestations included coughing (100%), fever (100%), tachypnea (100%), crackles (88.3%), leukocytosis (53.3%), positive CRP (55%) and pulmonary lesions on radiography (100%). On identified etiological agents, atypical bacteria accounted for 41.7%, viruses 30%, fungi 6.7%, mixed infections 11.6% and 10% of cases found no causative pathogen. Treatment results showed that 88.3% of patients achieved complete recovery while 11.7% of patients recovered and continued with guided home treatment for associated comorbid diseases after discharge. **Conclusion:** Atypical pneumonia in pediatric patients was common in children aged 1-5 years, particularly those under 2 years of age. The disease was more prevalent in males than females. Common clinical features included fever, cough, crackles, leukocytosis, and radiographic pulmonary lesions. Atypical bacteria, viruses and fungi were the most frequently identified pathogens. The majority of patients recovered completely with no reported mortality or complications.

**Keywords:** Pneumonia, atypical pneumonia.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh thường gặp ở trẻ em, hay gặp nhất là trẻ em từ 1 – 5 tuổi, là một trong những bệnh đứng hàng đầu về tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong. Tần suất mắc viêm phổi ở các nước đang phát triển cao gấp 10 lần các nước phát triển, ở đó suy dinh dưỡng là yếu tố nguy cơ góp phần vào tỉ lệ tử vong [6].

Việt Nam là nước đứng thứ 9 trong số các nước có tần suất mới mắc viêm phổi hàng năm cao nhất (0,35 lần/trẻ/năm), tương đương mỗi năm có 2,9 triệu trường hợp mắc mới [2]. Viêm phổi không điển hình chiếm một phần quan trọng trong tổng số người bệnh viêm phổi ở trẻ em. Tuy nhiên, bệnh lý này ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam còn chưa được nghiên cứu nhiều [4].

Chúng tôi nhận thấy đây là vấn đề rất đáng được quan tâm, vì vậy chúng tôi thực hiện "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân, kết quả điều trị viêm phổi không điển hình ở trẻ em tại Khoa Nhi bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2021". Nhằm mục tiêu: *Đánh giá được đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân, kết quả điều trị viêm phổi không điển hình ở trẻ em tại bệnh viện Đa khoa khu vực Sơn Tây – Thành phố Hà Nội, năm 2024 - 2025.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

**2.2. Phương pháp thu thập số liệu.** Sử dụng bệnh án nghiên cứu, bộ câu hỏi phỏng vấn đối tượng nghiên cứu, thu thập thông tin chung về đối tượng nghiên cứu, lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân, kết quả điều trị.

**2.3. Xử lý số liệu.** Theo các phương pháp thống kê y học, bằng phần mềm SPSS 22.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới**

Tuổi và giới tính	Số lượng (n=120)	Tỉ lệ (%)	
Tuổi	<2 tháng tuổi	6	5
	2-24 tháng tuổi	58	48,3
	25-60 tháng tuổi	34	28,3
	>60 tháng tuổi	22	18,4
	Tổng số	120	100
Giới tính	Nam	70	58,3
	Nữ	50	41,7
	Tổng số	120	100

Kết quả cho thấy, lứa tuổi thường gặp từ 1 – 5 tuổi, chiếm tỷ lệ 71,7%, tiếp theo là trên 5 tuổi chiếm 28,3%. Trẻ Nam mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ với tỷ lệ lần lượt là 58,3% và 41,7%.

**Bảng 2. Đặc điểm yếu tố nguy cơ viêm phổi không điển hình**

Yếu tố nguy cơ	Số lượng (n=120)	Tỷ lệ (%)
Đẻ non	4	3,4
Sinh đôi	2	1,7
Bệnh kết hợp	6	5
Bú mẹ không đầy đủ	2	1,7
Tiêm phòng không đầy đủ	0	0

Trong nhóm nghiên cứu có một số yếu tố nguy cơ: Trẻ đẻ non (3,4%), trẻ sinh đôi (1,7%), mắc bệnh kết hợp (8,3), bú mẹ không đầy đủ (1,7%), tiêm chủng không đầy đủ (1,7%).

### 3.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi không điển hình

**Bảng 3. Triệu chứng viêm phổi không điển hình**

Yếu tố nguy cơ	Số lượng (n=120)	Tỷ lệ (%)
Sốt	120	100
Ho, khạc đờm (xanh, vàng, đục, trắng dính)	120	100
Thở nhanh	120	100
Rút lõm lồng ngực	52	43,3
Hội chứng viêm long đường hô hấp trên	109	90,8
Rối loạn ý thức	52	43,3
Ran nổ	106	88,3
Rối loạn tiêu hóa	26	21,7
Bạch cầu tăng	64	53,3

CRP tăng	66	55
Tổn thương phổi trên X quang	120	100

Bảng 3 cho thấy, triệu chứng viêm phổi thường gặp, có giá trị chẩn đoán: Sốt (100%), ho và khạc đờm (100%), thở nhanh (100%), ran nổ (100%), tổn thương phổi trên X quang (100%). Một số triệu chứng với tần suất ít hơn: rút lõm lồng ngực, hội chứng viêm long đường hô hấp trên, rối loạn ý thức, rối loạn tiêu hóa, CRP tăng.

### 3.3. Nguyên nhân viêm phổi không điển hình

**Bảng 4. Đặc điểm nguyên nhân gây viêm phổi không điển hình**

Nguyên nhân	Số lượng (n=120)	Tỷ lệ (%)
Các loại vi khuẩn	50	41,7
Virus các loại	36	30
Nấm	8	6,7
Ký sinh trùng	0	0
Đồng nhiễm	14	11,6
Không xác định	12	10
Tổng cộng	120	100

Kết quả nghiên cứu, các loại vi khuẩn không điển hình 41,7%, virus 30%, nấm 6,7%, đồng nhiễm 11,6%; 10% không tìm được căn nguyên.

### 3.4. Kết quả điều trị viêm phổi không điển hình

**Bảng 5. Phương pháp điều trị**

Nhóm thuốc, phương pháp	Số lượng (n=120)	Tỷ lệ (%)
Kháng sinh	120	100
Hạ sốt	120	100
An thần	38	31,7
Giãn phế quản	102	85
Giảm ho	120	100
Bù nước, điện giải	102	85
Vitamin	120	100
Chống suy hô hấp	42	35

Kết quả bảng 3.14 cho thấy phương pháp chung điều trị viêm phổi cho trẻ em ở bệnh viện Đa khoa khu vực Sơn Tây là kháng sinh, hạ sốt, giãn phế quản, giảm ho, vitamin.

**Bảng 6. Kết quả điều trị**

Kết quả	Số lượng (n=120)	Tỷ lệ (%)
Hồi phục hoàn toàn	106	88,3
Hồi phục, tiếp tục điều trị bệnh kết hợp	14	11,7
Tử vong	0	0
Biến chứng	0	0
Tổng cộng	120	100

Kết quả điều trị có 88,3% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn; 11,7% bệnh nhân tiếp tục chăm sóc, điều trị tại gia đình theo hướng dẫn của bác sĩ; Tỷ lệ tử vong, biến chứng (0%).

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi về viêm phổi không điển hình tại bệnh viện Đa khoa Sơn Tây cho thấy, viêm phổi gặp từ 1 tháng đến 16 tuổi, phổ biến 1 – 5 tuổi (71,7%), nhiều nhất là dưới 24 tháng tuổi (48,4%). Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nhiều tác giả trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Trình Thị Ngọc (2017) tại bệnh viện Nhi tỉnh Thanh Hóa, lứa tuổi viêm phổi thường gặp nhất từ 2- 24 tháng tuổi (49,3%) [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Bằng (2007), độ tuổi dưới 2 tuổi chiếm 50,5% [7]. Kết quả nghiên cứu của Phạm Anh Tuấn (2019), tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh cũng cho thấy 50,6% bệnh nhi ở độ tuổi từ 2-24 tháng tuổi [5]. Theo WHO (2007), lứa tuổi dưới 24 tháng tuổi có tỷ lệ nhiễm khuẩn hô hấp nói chung và viêm phổi nói riêng cao nhất, chiếm 49,1% [10]. Điều này chứng tỏ có mối liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh và khả năng đề kháng của trẻ. Trẻ càng nhỏ tỷ lệ mắc bệnh càng cao. Ở trẻ nhỏ, đường hô hấp nhỏ hẹp và ngắn, khi bị viêm dễ gây phù nề niêm mạc đường thở nên trẻ hay gặp các cơn khó thở, viêm dễ dàng lan rộng ra xung quanh, khi trẻ bị viêm phổi bệnh thường tiến triển rất nhanh và nặng. Khi trẻ lớn hơn, cơ quan hô hấp phát triển nhanh và hoàn thiện dần, do vậy ở trẻ trên 60 tháng tuổi, tỷ lệ bị viêm phổi cũng giảm hẳn, cùng với đó các biến chứng nặng nề cũng ít gặp hơn.

Về giới, có 58,3% trẻ nam mắc bệnh, ở trẻ nữ là 41,7%. Hầu hết các nghiên cứu trước đây về viêm phổi nói chung, viêm phổi không điển hình nói riêng đều có chung kết quả, tỷ lệ trẻ nam mắc viêm phổi nhiều hơn trẻ nữ. Để giải thích hiện tượng trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn ở trẻ nữ, có ý kiến cho rằng có liên quan đến gen điều hòa miễn dịch trên nhiễm sắc thể X, ở nữ có gấp đôi số gen này vì vậy khả năng điều hòa miễn dịch cao hơn nam [1]. Bên cạnh đó cùng lứa tuổi thì phổi của nữ trưởng thành hơn ở nam giới vì vậy trẻ nữ ít bị viêm phổi hơn [2]. Có ý kiến cho rằng, có thể nguyên nhân là do sự mất cân bằng giới tính ở Việt Nam những năm gần đây [6]. Ngoài ra, do trẻ nam hiếu động nhiều hơn trẻ nữ nên dễ tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ gây bệnh hơn [8].

Về các yếu tố nguy cơ viêm phổi không điển hình, trong 120 trẻ thuộc đối tượng nghiên cứu đề non chiếm 3,4%; trẻ sinh đôi, chiếm 1,7%; mắc bệnh kết hợp, chiếm 8,3%; trẻ bú mẹ không đầy đủ, chiếm 1,7%; tiêm chủng không đầy đủ, chiếm 1,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trình Thị Ngọc (2017) và Phan Anh Tuấn

(2019) [2], [5]. Theo WHO, sinh non là một trong những yếu tố thuận lợi nhất của viêm phổi. Trẻ càng sinh thiếu tuần tuổi thì càng dễ bị viêm phổi. Phổi của trẻ sinh non thiếu hoạt chất tạo tính bề mặt, một chất cần thiết cho sự giãn nở và co lại của phổi. Sự thiếu hụt này có thể dẫn đến khó thở và các vấn đề về hô hấp. Viêm phổi cũng có thể là do yếu tố di truyền liên quan đến sự phát triển phổi của bé. Mặc các bệnh kết hợp là yếu tố thuận lợi cho viêm phổi, ngược lại viêm phổi làm sức đề kháng giảm cũng dễ dẫn đến mắc các bệnh lý khác như suy dinh dưỡng, còi xương, tiêu chảy cấp, lâm sàng gọi là vòng xoáy bệnh lý ở trẻ em. Bú mẹ, tiêm chủng đầy đủ giúp trẻ phát triển, phòng ngừa được bệnh tật. Những trẻ thiếu sữa mẹ, tiêm phòng không đầy đủ dễ bị mắc bệnh, trong đó có viêm phổi [9].

**4.2. Đặc điểm triệu chứng viêm phổi không điển hình.** Qua quan sát, triệu chứng viêm phổi không điển hình thường gặp, có giá trị chẩn đoán: Sốt (100%), ho (100%), thở nhanh (100%), ran nổ (100%), tổn thương phổi trên X quang (100%). Một số triệu chứng với tần suất ít hơn: rút lõm lồng ngực, nhịp tim nhanh, rối loạn ý thức, rối loạn tiêu hóa, CRP tăng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ta Thị Diêu Ngân – BV Nhi Trung ương [1], Lê Văn Tráng – BV Nhi Tĩnh Thanh Hóa [4], Phạm Anh Tuấn – BV Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh [5]. Các tác giả có chung nhận xét, viêm phổi do vi khuẩn điển hình triệu chứng cơ năng có khác biệt so với viêm phổi không điển hình, viêm phổi do vi khuẩn điển hình thường ho khạc đờm đục, vàng hoặc xanh và đại đa số sốt cao, rất cao. Viêm phổi do vi khuẩn không điển hình thường gặp sốt nhẹ, sốt vừa; đờm có thể xanh, vàng, đục, trắng dính; hay gặp triệu chứng viêm long đường hô hấp đi kèm. Như Những triệu chứng này giúp ích rất nhiều cho định hướng chẩn đoán.

Khi nghiên cứu triệu chứng viêm phổi không điển hình, các tác giả cho rằng thở nhanh, nghe phổi có ran nổ, sốt là triệu chứng thường gặp trong viêm phổi không điển hình; rút lõm lồng ngực, rối loạn ý thức là dấu hiệu nặng, có ý nghĩa trong chẩn đoán mức độ [4], [5], [6], [7].

Về xét nghiệm máu, số lượng bạch cầu thay đổi chiếm 53,3%, tăng CRP chiếm 55%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Trinh Thị Ngọc [2], Lê Văn Tráng [4]. Trong viêm phổi không điển hình sự thay đổi về bạch cầu, CRP thấp hơn so với viêm phổi điển hình. Trong viêm phổi do vi khuẩn điển hình bạch cầu tăng, CRP dương tính trong đại đa số bệnh nhân. Cũng trong nghiên cứu, 100% bệnh nhân có tổn

thương viêm phổi trên X.Quang. Kết quả này cao hơn hầu hết các tác giả nghiên cứu trước đây. Theo tác giả Phạm Anh Tuấn, Trinh Thị Ngọc, Lê Văn Tráng, tỷ lệ tổn thương phổi trên X quang là 71% [5], [2], [4]. Kết quả khác nhau có thể liên quan đến cỡ mẫu, đối tượng, thời điểm, tiêu chuẩn có khác nhau. Theo WHO, cùng với triệu chứng lâm sàng, X quang là tiêu chuẩn quan trọng nhất để chẩn đoán xác định viêm phổi. Tổn thương trên X quang của viêm phổi có thể là đám mờ thuần nhất hoặc không thuần nhất, nốt mờ, đám mờ, hình ảnh phế quản – phế viêm. Khác biệt so với tổn thương viêm phổi điển hình thường là hình ảnh đám mờ thuần nhất chiếm một thùy phổi hoặc một phân thùy phổi [8].

**4.3. Nguyên nhân viêm phổi không điển hình.** Nghiên cứu kết quả xét nghiệm vi sinh trên 120 bệnh nhân tại Bệnh viện đa khoa khu vực Sơn Tây cho thấy, các loại vi khuẩn không điển hình chiếm tỷ lệ 41,7%, virus các loại chiếm tỷ lệ 30%, nấm chiếm tỷ lệ 6,7%, đồng nhiễm các loại vi sinh vật chiếm tỷ lệ 11,6%; 10% không tìm được căn nguyên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Lê Văn Tráng – BV Nhi tỉnh Thanh Hóa [4], theo đó các loại vi khuẩn không điển hình chiếm khoảng 40%, virus chiếm 33%, nấm 5%, đồng nhiễm 12%, số còn lại không xác định được căn nguyên. Trước đây khi nói đến viêm phổi chúng ta thường mặc định do vi khuẩn, vi khuẩn điển hình là phế cầu khuẩn. Ngày nay nhờ sự phát triển của khoa học y học nói chung và chuyên ngành vi sinh nói riêng, các nhà cận lâm sàng có thể xác định chính xác tác nhân gây viêm phổi. Theo đó nhóm vi khuẩn điển hình gây viêm phổi điển hình chiếm tỷ lệ khoảng 55% tổng số bệnh nhân viêm phổi; viêm phổi không điển hình hay gặp nhất là nhóm vi khuẩn không điển hình, xếp thứ hai là các loại virus, tiếp theo là nấm, ký sinh trùng và các nguyên nhân khác. Việc xác định chính xác nguyên nhân đã mở ra kỷ nguyên mới trong điều trị viêm phổi, làm giảm rõ tỷ lệ tử vong, biến chứng, chi phí điều trị [1], [2], [9], [10].

**4.4. Kết quả điều trị viêm phổi không điển hình.** Quan sát đối tượng nghiên cứu, chúng tôi thấu phương pháp chung điều trị viêm phổi cho trẻ em ở bệnh viện Đa khoa khu vực Sơn Tây là kháng sinh, hạ sốt, giãn phế quản, giảm ho, vitamin. Kết quả điều trị có 88,3% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn; 11,7% bệnh nhân tiếp tục chăm sóc, điều trị tại gia đình theo hướng dẫn của bác sĩ; Tỷ lệ tử vong, biến chứng (0%). Tương đồng với nghiên cứu của Trinh Thị Ngọc, Lê Văn Tráng, Phạm Anh Tuấn về phương pháp điều trị. Tuy nhiên kết quả điều trị trong

ngiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của các tác giả trước, các tác có giả ghi nhận biến chứng, tử vong trong nhóm nghiên cứu [2], [4], [5].

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân nhi viêm phổi không điển hình phổ biến từ 1-5 tuổi, nhiều nhất là nhóm dưới 2 tuổi. Tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ. Triệu chứng thường gặp sốt, ho, ran nổ, bạch cầu tăng, X quang phổi có tổn thương. Vi khuẩn không điển hình, virus, nấm là tác nhân thường gặp. Đa số bệnh nhân điều trị khỏi hoàn toàn, không có tử vong và biến chứng. Cần tuyên truyền nâng cao hiểu biết về bệnh để mọi người biết cách phòng bệnh, phát hiện, xử trí đúng cách.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Thị Diệu Ngân** (2016), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Trịnh Thị Ngọc** (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi ở khoa hô hấp bệnh viện Nhi tỉnh Thanh Hóa, Tạp chí nghiên cứu và thực hành Nhi khoa, số 1, 2020, tr62-70.
3. **Nguyễn Văn Lâm, Phạm Nhật An** (2014), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ em nhiễm HIV tại bệnh viện Nhi Trung ương, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Lê Văn Tráng** (2016), Nghiên cứu căn nguyên gây bệnh và các yếu tố nguy cơ ở trẻ bị viêm phổi kéo dài trên 2 tuần ở khoa Nhi Bệnh viện tỉnh Thanh hóa, Tạp chí nghiên cứu và thực hành Nhi khoa, số 4, 2017, tr142-151.
5. **Phạm Anh Tuấn** (2019), Phân tích sử dụng kháng sinh điều trị cho trẻ em tại bệnh viện Sản – Nhi tỉnh Quảng Ninh, Tạp chí nghiên cứu khoa học, tập 10, 2019, tr96-104
6. **Đào Minh Tuấn** (2010), Nghiên cứu thực trạng khám và điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp trị Bệnh viện Nhi Trung ương trong năm 2010, Dự án nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính trẻ em, Tr1- 4.
7. **Nguyễn Thị Vân Anh - Nguyễn Văn Bằng** (2007), Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi ở trẻ em tại Khoa Nhi, Bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 2007, tr105-113.
8. **Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia** (2005). Am J Respir Crit Care Med, 171, 388-416.
9. **W. S. Lim, S. V. Baudouin, R. C. George và cộng sự** (2009). BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. Thorax, 64 Suppl 3, iii1-55.
10. **World Health Organization** (2007), "Acute Respiratory Infection in children".

# MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU VÙNG THẮT LƯNG DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG TẠI TRUNG TÂM CƠ - XƯƠNG - KHỚP BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC VĨ TRƯỜNG TOÀN

Nguyễn Hoàng Quý<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Hóa<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát yếu tố liên quan và kết quả điều trị bệnh nhân đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống tại Trung tâm Cơ - xương - khớp Bệnh viện Đại Học Võ Trường Toàn giai đoạn năm 2024-2025. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, trên 109 bệnh nhân bệnh nhân đến khám và điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp – Bệnh viện Võ Trường Toàn trong năm 2024–2025, được chẩn đoán đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng. **Kết quả:** Điều trị nội khoa là phương pháp được áp dụng phổ biến nhất (41,3%), tiếp theo là vật lý trị liệu và điều trị phối hợp; can thiệp ngoại khoa chiếm tỷ lệ thấp (9,2%). Sau hai đợt điều trị, hiệu quả điều trị cải thiện rõ rệt, với 96,4% bệnh nhân đạt kết quả tốt và

khá, không còn trường hợp đáp ứng kém. Phân tích các yếu tố liên quan cho thấy tuổi và thời gian đau có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả điều trị, trong đó bệnh nhân dưới 60 tuổi và có thời gian đau dưới 3 tháng đạt hiệu quả tốt cao hơn. Các yếu tố khác như giới tính, BMI, tình trạng lao động và phương pháp điều trị không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê. **Từ khóa:** đau vùng thắt lưng, thoái hóa cột sống, kết quả điều trị.

## SUMMARY

### FACTORS ASSOCIATED WITH TREATMENT OUTCOMES OF LOW BACK PAIN DUE TO LUMBAR DEGENERATIVE SPINE DISEASE AT THE MUSCULOSKELETAL CENTER, VO TRUONG TOAN UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** To investigate factors associated with treatment outcomes and to evaluate the effectiveness of treatment in patients with low back pain due to lumbar spine degeneration treated at the Musculoskeletal Center, Võ Trường Toàn University Hospital during the period 2024–2025. **Methods:** A

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Quý

Email: 9849051627@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2025

Ngày duyệt bài: 7.01.2026