

máu cơ tim cấp. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;502(1):180–184.

7. **Huỳnh Kim Phượng, Trương Thành Viễn.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên bị nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường type 2. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2016;20(2):220-233.

8. **Nguyen NT, Nguyen TN, Nguyen KM, Tran HPN, Huynh KLA, Hoang SV.** Prevalence and impact of metabolic syndrome on in-hospital outcomes in patients with acute myocardial infarction: A perspective from a developing country. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(45):e35924. doi: 10.1097/MD.0000000000035924.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CĂN NGUYÊN VI SINH Ở TRẺ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG CÓ SUY HÔ HẤP ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Thúy Nga¹, Vũ Thị Thanh Huyền²,
Lê Thị Hồng Hạnh², Lê Thị Thùy Dung³

RESPIRATORY CENTER - NATIONAL PEDIATRIC HOSPITAL

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em. Nghiên cứu này mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi sinh của viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp ở trẻ em điều trị tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 165 trẻ từ 1 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng theo tiêu chuẩn WHO 2013 kèm suy hô hấp khi nhập viện, điều trị nội trú từ 6/2023 đến 6/2024. Thu thập các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm cơ bản, căn nguyên vi sinh từ dịch tỵ hầu bằng nuôi cấy, test nhanh RSV, Realtime RT-PCR và xét nghiệm ELISA xác định IgM từ huyết thanh. **Kết quả:** Trẻ dưới 2 tuổi chiếm 61,2%; trẻ nam chiếm 55,8%. Ho và thở nhanh gặp ở 100% bệnh nhân; Suy hô hấp type I gặp ở 90,9%. Xác định được căn nguyên vi sinh ở 73,3% trường hợp; *Mycoplasma pneumoniae* và RSV là các tác nhân thường gặp nhất. Đồng nhiễm, chủ yếu virus – vi khuẩn, chiếm tỷ lệ 14,9%. **Kết luận:** Viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ, với giảm oxy máu là biểu hiện nổi bật. Căn nguyên vi sinh đa dạng, phức tạp, cần lưu ý tình trạng đồng nhiễm trong chẩn đoán và điều trị. **Từ khóa:** Viêm phổi cộng đồng; suy hô hấp; trẻ em; căn nguyên vi sinh.

ABSTRACT

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND MICROBIOLOGICAL ETIOLOGY OF CHILDREN WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AND RESPIRATORY FAILURE TREATED AT THE

¹Viện dinh dưỡng Quốc gia

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Trường Đại học Thủ Dầu Một

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thùy Dung

Email: dungltd@tdmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2026

Ngày duyệt bài: 5.3.2026

Background: Community-acquired pneumonia with respiratory failure is a major cause of morbidity and mortality in children. This study describes the clinical characteristics, laboratory findings, and microbial etiology of pediatric community-acquired pneumonia with respiratory failure treated at the Respiratory Center, Vietnam National Children's Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted in 165 children aged 1 month to 15 years who were diagnosed with community-acquired pneumonia according to the WHO 2013 criteria and presented with respiratory failure at admission. All patients were hospitalized from June 2023 to June 2024. Clinical features and basic laboratory tests were collected. Microbial pathogens were identified from nasopharyngeal specimens using bacterial culture, rapid RSV test, real-time RT-PCR, and ELISA to detect IgM from serum. **Results:** Children under 2 years accounted for 61.2%, and males comprised 55.8%. Cough and tachypnea were present in 100% of patients. Type I respiratory failure was found in 90.9%. Microbial pathogens were identified in 73.3% of cases; *Mycoplasma pneumoniae* and respiratory syncytial virus (RSV) were the most common agents. Co-infection, predominantly viral–bacterial, accounted for 14.9%. **Conclusions:** Community-acquired pneumonia with respiratory failure mainly affected young children, with hypoxemia as a prominent feature. The microbial etiology was diverse and complex; co-infections should be considered in diagnosis and treatment. **Keywords:** Community-acquired pneumonia; respiratory failure; children; microbial etiology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và nhập viện ở trẻ em trên toàn thế giới. Trong các căn nguyên vi khuẩn, *Streptococcus pneumoniae* được ghi nhận là tác nhân thường gặp nhất, đặc biệt trong các trường hợp viêm

phổi nặng và viêm phổi có biến chứng.¹ Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) 2019, viêm phổi gây tử vong 740 180 trẻ em, chiếm 14% tổng số ca tử vong dưới 5 tuổi, nhưng chiếm 22% tổng số ca tử vong ở trẻ em từ 1-5 tuổi.² Trẻ em mắc viêm phổi tử vong chủ yếu liên quan đến các biểu hiện suy hô hấp nặng. Giảm oxy máu ($SpO_2 < 90\%$) ước tính gặp ở khoảng 4.6-18.4% trẻ em các nước đang phát triển, được ghi nhận là một trong những yếu tố dự báo quan trọng liên quan đến nguy cơ tử vong ở trẻ viêm phổi.³

Về căn nguyên vi sinh, viêm phổi cộng đồng ở trẻ em thường do đa tác nhân với tỷ lệ virus và vi khuẩn gần tương đương, trong đó Respiratory Syncytial Virus (RSV) là virus hàng đầu gây suy hô hấp nặng, đặc biệt ở trẻ dưới 2 tuổi, trong khi *Streptococcus pneumoniae* và *Haemophilus influenzae* là vi khuẩn phổ biến nhất liên quan biến chứng.⁴ Tại Việt Nam, các nghiên cứu ghi nhận *S. pneumoniae* chiếm 14-52% căn nguyên vi khuẩn, *H. influenzae* khoảng 15-33%, và RSV lên đến 24-30% ở nhóm viêm phổi nặng, thường đồng nhiễm virus-vi khuẩn làm tăng nguy cơ chuyển nặng.⁵ Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện không có nhiều các nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng và căn nguyên vi sinh ở trẻ viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp, đặc biệt trong bối cảnh có ứng dụng các kỹ thuật sinh học phân tử. Câu hỏi được đặt ra là đặc điểm lâm sàng và căn nguyên vi sinh của viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp ở trẻ em đang được điều trị nội trú hiện nay có những điểm gì đáng lưu ý? Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và một số căn nguyên vi sinh gây bệnh ở trẻ viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2023-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên trẻ từ 1 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp, điều trị nội trú tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Nhi Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ trong độ tuổi nghiên cứu có chẩn đoán viêm phổi cộng đồng theo tiêu chuẩn của WHO năm 2013⁶ kèm suy hô hấp tại thời điểm nhập viện (lâm sàng và/hoặc SpO_2); Chẩn đoán viêm phổi được xác định khi trẻ có ho hoặc khó thở kèm theo có ít nhất một trong số các dấu hiệu sau: Thở nhanh theo tuổi: 2 tháng đến dưới 12 tháng: ≥ 50 lần/phút; 12 tháng đến 5 tuổi: ≥ 40 lần/phút; trên 5 tuổi: ≥ 30 lần/phút; Rút lõm lồng ngực; Khám phổi thấy bất thường: giảm

thông khí, có tiếng bất thường (ran ẩm, ran phế quản, ran nổ...); X-quang ngực có tổn thương đám mờ to nhỏ không đều ở nhu mô phổi ranh giới không rõ một bên hoặc hai bên phổi.

Tiêu chuẩn viêm phổi mắc phải ở cộng đồng được xác định là khi trẻ không nằm trong bệnh viện hoặc cơ sở chăm sóc y tế trong 14 ngày trước đó.

Tiêu chuẩn chẩn đoán suy hô hấp cấp: Bệnh nhân được làm khí máu động mạch khi nhập viện và chẩn đoán xác định suy hô hấp cấp khi thỏa mãn một trong hai tiêu chuẩn:⁷ Suy hô hấp giảm oxy máu (type I): $PaO_2 < 60$ mmHg ở điều kiện thở khí trời, hoặc $PaO_2/FiO_2 < 300$ mmHg với bệnh nhân được hỗ trợ oxy và $PaCO_2$ bình thường hoặc giảm; Suy hô hấp tăng carbonic (type II): suy hô hấp có PaO_2 thấp, với $PaCO_2 > 50$ mmHg

Tiêu chuẩn loại trừ: Viêm phổi bệnh viện hoặc viêm phổi liên quan thở máy; Gia đình trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ, có 165 trẻ đáp ứng tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Từ 01/06/2023–30/06/2024 tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.4. Các biến số nghiên cứu. Các biến số nghiên cứu được thu thập theo bệnh án nghiên cứu, bao gồm: Đặc điểm chung: tuổi (phân nhóm < 2 tuổi; từ 2 đến dưới 5 tuổi; ≥ 5 tuổi), giới, suy dinh dưỡng thể nhẹ cân (Zscores cân nặng theo tuổi < -2 , theo phân loại của WHO năm 2006 với trẻ dưới 5 tuổi và WHO 2007 với trẻ từ 5 tuổi), tiền sử tiêm chủng, tiền sử bệnh lý hô hấp, tiền sử viêm phổi nhập viện, bệnh nền; Đặc điểm lâm sàng: số ngày mắc bệnh trước nhập viện; sử dụng kháng sinh trước nhập viện; các triệu chứng cơ năng (sốt, ho, phát ban, khô khè, thở nhanh, nôn/tiêu chảy, đau ngực); SpO_2 khi nhập viện; các dấu hiệu suy hô hấp và dấu hiệu nguy hiểm; phân loại suy hô hấp (type I/type II) theo kết quả khí máu; Cận lâm sàng: số lượng bạch cầu máu; CRP; hình ảnh X-quang phổi; Đặc điểm vi sinh: xác định căn nguyên virus và vi khuẩn từ bệnh phẩm dịch tỵ hầu bằng các phương pháp test nhanh đối với RSV, nuôi cấy với các loại vi khuẩn thông thường, Realtime RT-PCR với các trường hợp *M.pneumoniae*, Adenovirus, Rhinovirus, xét nghiệm ELISA từ huyết thanh để định lượng kháng thể IgM với M.

pneumoniae; phân loại đơn nhiễm và đồng nhiễm; tỷ lệ xác định được căn nguyên.

2.5. Xử lý số liệu. Số liệu sau khi thu thập, được làm sạch và sau đó được xử lý tiếp bằng phần mềm SPSS 20.0, kết quả được tính bằng các phương pháp thống kê thường dùng trong y học. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học cơ sở của Bệnh viện Nhi Trung ương quyết định số 2155/BVNTW-HĐĐĐ ngày 10 tháng 8 năm 2023. Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 165)

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (p<0,001)	Dưới 2 tuổi	101	61,2
	2 – 5 tuổi	47	28,5
	Trên 5 tuổi	17	10,3
Giới tính (p=0,14)	Nam	92	55,8
	Nữ	73	44,2
Suy dinh dưỡng thể nhẹ cân	Không	103	62,4
	Có	62	37,6
Bệnh nền (n=35, chiếm 21,2%)	Khò khè tái diễn	6	3,6
	Bất thường đường thở	3	1,8
	Bệnh phổi mạn	5	3,0
	Tim bẩm sinh	8	4,8
	Bệnh lý thần kinh cơ	7	6,6
	Down	6	3,5
Sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện	Có	91	55,2
	Không	55	33,3
	Không rõ	19	11,5

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là trẻ nhỏ, trong đó trẻ dưới 2 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (61,2%), tiếp theo là nhóm 2–5 tuổi (28,5%), trong khi trẻ trên 5 tuổi chiếm tỷ lệ thấp (10,3%). Tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh là 55,8%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân ở nhóm bệnh

nhân nghiên cứu là 37,6%. Tỷ lệ trẻ mắc bệnh nền là 21,2%, các bệnh lý tim bẩm sinh, thần kinh – cơ và hội chứng Down là những bệnh nền thường gặp.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và suy hô hấp khi nhập viện của nhóm bệnh nhi viêm phổi cộng đồng (n=165)

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Sốt	116	70,3
	Ho	165	100
	Phát ban	5	3,0
	Khò khè	112	67,8
	Thở nhanh	165	100
	Nôn/Tiêu chảy	66	40,1
	Đau ngực	3	1,8
SpO ₂ khi nhập viện	90-92%	80	48,5
	85-89%	78	47,3
	<85%	7	4,2
Triệu chứng nặng	Li bì/khó đánh thức	5	3,0
	Co giật	4	2,4
	Rút lõm lồng ngực	149	90,3
	Co kéo cơ hô hấp phụ	165	100
Triệu chứng tại phổi	Rales ẩm	144	87,3
	Rales rit	51	30,9
	Giảm thông khí phổi	5	3,0
Suy hô hấp	Type I	150	90,9
	Type II	15	9,1

Ho và thở nhanh là các triệu chứng cơ năng gặp ở tất cả bệnh nhân, trong khi sốt và khò khè cũng chiếm tỷ lệ cao. 95,8% số trẻ viêm phổi cộng đồng suy hô hấp nhập viện trong tình trạng giảm oxy máu mức độ nhẹ - vừa (SpO₂ 85–92%), chỉ một tỷ lệ nhỏ có SpO₂ dưới 85%. Các dấu hiệu suy hô hấp rõ rệt như co kéo cơ hô hấp phụ và rút lõm lồng ngực gặp với tỷ lệ rất cao, trong khi các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân như li bì hoặc co giật chiếm tỷ lệ thấp. Khi thăm khám phổi, ran ẩm là dấu hiệu thường gặp nhất. Phần lớn bệnh nhân được phân loại suy hô hấp type I, trong khi suy hô hấp type II chiếm tỷ lệ thấp.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhi viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng và hình ảnh học ở bệnh nhân viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp (n=165)

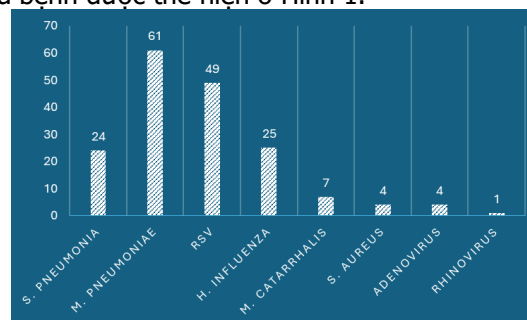
Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Chỉ số bạch cầu	Bình thường	100	60,6
	Tăng	65	39,4
Trung bình: $12,3 \pm 0,4 \times 10^9/L$			
CRP	<10mg/l	99	60,0
	10-40mg/l	47	28,5
	>40mg/l	19	11,5
Trung bình: $17,2 \pm 1,7 \text{ mg/L}$			
Đặc điểm X-quang phổi	Viêm phế quản phổi	142	86,1
	Viêm phổi thùy	23	13,9
	Tràn dịch màng phổi	3	1,8
Kết quả siêu âm màng phổi	Đông đặc nhu mô phổi	12	7,3
	Tràn dịch màng phổi	5	3

Ở nhóm bệnh nhân viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp, số lượng bạch cầu và CRP trung bình tăng ở mức vừa, trong đó đa số bệnh nhân có bạch cầu trong giới hạn bình thường (60,6%) và CRP <10 mg/L (60,0%). Hình ảnh X-quang phổi chủ yếu là viêm phế quản phổi (86,1%), trong khi viêm phổi thùy chiếm tỷ lệ thấp hơn. Tràn dịch màng phổi ít gặp trên X-quang (1,8%) và siêu âm màng phổi, cho thấy tổn thương chủ yếu tập trung tại nhu mô phổi hơn là khoang màng phổi.

3.4. Căn nguyên vi sinh ở bệnh nhi viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp

Kết quả phân tích từ nuôi cấy dịch tỵ hầu (100% trẻ được làm) cho thấy chỉ 36,3% có nuôi cấy dương tính. Tính tổng các trường hợp nhập viện, chỉ 121 ca (chiếm 73,3%) trường hợp xác định được căn nguyên vi sinh (tính tất cả các phương pháp xét nghiệm vi sinh), trong đó đơn nhiễm chiếm tỷ lệ cao hơn so với đồng nhiễm. Đơn nhiễm vi khuẩn là hình thức thường gặp nhất với 76 ca (46,0% tổng số bệnh nhân và 62,8% trong nhóm xác định được căn nguyên), tiếp theo là đơn nhiễm virus với 27 ca (16,4% tổng số bệnh nhân và 22,3% trong nhóm xác định được căn nguyên). 18/121 trường hợp có đồng nhiễm (chiếm tỷ lệ 14,9%), xác định được ít nhất 2 loại căn nguyên trên cùng một bệnh nhân, trong đó tỷ lệ đồng nhiễm virus – vi khuẩn cao nhất (16/18, tương đương 88,9%). Tình hình

phân bố căn nguyên vi sinh xác định được ở 121 ca bệnh được thể hiện ở Hình 1.



Hình 1. Phân bố các tác nhân vi sinh thường gặp ở trẻ viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp (n=121)

Trong số 121 trường hợp xác định được căn nguyên vi sinh, *M. pneumoniae* là tác nhân thường gặp nhất (61 ca), tiếp theo là RSV (49 ca) và *H. influenzae* (25 ca). *S. pneumoniae* chiếm tỷ lệ thấp hơn (24 ca). Các tác nhân khác như *M. catarrhalis*, *S. aureus*, Adenovirus và Rhinovirus chiếm tỷ lệ thấp.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp gặp chủ yếu ở trẻ nhỏ, đặc biệt nhóm dưới 2 tuổi (61,2%). Kết quả này tương tự một số nghiên cứu trong nước như Mai Thành Công và Trần Quang Khải, và có thể giải thích bởi trẻ nhỏ có hệ miễn dịch chưa hoàn thiện, đường thở nhỏ và dự trữ hô hấp hạn chế nên dễ diễn tiến nặng khi mắc viêm phổi.^{8,9} Tỷ lệ trẻ nam cao hơn nữ (55,8%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với xu hướng chung được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu, song chưa có bằng chứng rõ ràng cho thấy giới tính là yếu tố nguy cơ độc lập của viêm phổi nặng ở trẻ em. Tỷ lệ bệnh nền trong nghiên cứu là 21,2%, gần với nghiên cứu của Mai Thành Công nhưng thấp hơn nhiều so với Hoàng Kim Lâm (87,2%). Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của Hoàng Kim Lâm là nhóm viêm phổi dai dẳng/tái diễn điều trị tại khoa hồi sức/tích cực, thường có bệnh nền nặng và kéo dài.^{8,10} Điều này có thể liên quan đến đặc điểm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm bệnh nhân điều trị tại khoa lâm sàng hô hấp, nhưng không bao gồm nhóm bệnh nhân viêm phổi bệnh viện hoặc viêm phổi liên quan thở máy. Tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân trong nghiên cứu của chúng tôi là 37,6%, tương đồng với nghiên cứu của Trần Quang Khải (46,5%).⁹ Nhìn chung, bệnh nền và

suy dinh dưỡng là các yếu tố bất lợi, có thể làm giảm dự trữ hô hấp và khiến bệnh cảnh viêm phổi dễ diễn tiến nặng, cần nhập viện và hỗ trợ hô hấp nhiều hơn.

Về lâm sàng, ho và thở nhanh gặp ở 100% bệnh nhân, phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi cộng đồng theo WHO 2013.⁶ Tỷ lệ sốt của chúng tôi (70,3%) thấp hơn Trần Quang Khải (100%).⁹ Triệu chứng khô khè của chúng tôi gặp ở 67,8%, cao hơn tác giả Mai Thành Công (37,6%) có thể liên quan đến tình trạng khô khè thường gặp ở nhóm căn nguyên virus hơn nhóm vi khuẩn hoặc nhóm không xác định được căn nguyên.⁸ Về mức độ suy hô hấp, đa số trẻ nhập viện trong tình trạng giảm oxy máu mức độ vừa (SpO_2 85–92%), chỉ 4,2% có SpO_2 <85%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu cho thấy giảm oxy máu là dấu hiệu quan trọng phản ánh suy hô hấp và liên quan nguy cơ diễn tiến nặng ở trẻ viêm phổi.^{3,11} Phần lớn bệnh nhân được phân loại suy hô hấp type I (90,9%), phù hợp với cơ chế thường gặp của viêm phổi cấp ở trẻ em, trong đó rối loạn trao đổi oxy chiếm ưu thế hơn so với rối loạn thải CO_2 .⁷ Giảm oxy máu mức độ nhẹ - vừa chiếm ưu thế, cho thấy phần lớn bệnh nhân được phát hiện và nhập viện tương đối sớm trước khi tiến triển thành suy hô hấp nặng hơn.

Về cận lâm sàng, số lượng bạch cầu và nồng độ CRP trung bình tăng ở mức vừa; đa số bệnh nhân có bạch cầu trong giới hạn bình thường (60,6%) và CRP <10 mg/L (60,0%), tương đồng với nghiên cứu của Trần Quang Khải.⁹ Điều này cũng phù hợp nhận định của Alcoba và cộng sự rằng CRP đơn độc có giá trị hạn chế trong phân biệt căn nguyên viêm phổi ở trẻ em và cần được diễn giải kết hợp với lâm sàng, tuổi, diễn tiến và các xét nghiệm khác.¹ Thực tế, nhiều trường hợp viêm phổi có suy hô hấp do virus hoặc tác nhân không điển hình có thể không gây phản ứng viêm toàn thân mạnh. Về hình ảnh học, viêm phế quản phổi là tổn thương thường gặp nhất trên X-quang (86,1%), trong khi viêm phổi thùy (13,9%) và tràn dịch màng phổi (1,8%) ít gặp. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu cho thấy viêm phổi do virus hoặc vi khuẩn không điển hình thường gây tổn thương lan tỏa hơn là đồng đặc thùy điển hình như viêm phổi do phế cầu.^{4,5}

Về căn nguyên vi sinh, nghiên cứu của chúng tôi xác định được tác nhân gây bệnh ở 73,3% trường hợp nhờ phối hợp nhiều phương pháp chẩn đoán như nuôi cấy, test nhanh RSV, Realtime RT-PCR và ELISA. Tỷ lệ này phù hợp với xu hướng chung hiện nay, cho thấy việc ứng

dụng các kỹ thuật xét nghiệm sinh học phân tử giúp nâng cao đáng kể khả năng phát hiện virus và vi khuẩn không điển hình so với nuôi cấy đơn thuần.^{4,5} Trong số các tác nhân được xác định, *M. pneumoniae* là căn nguyên thường gặp nhất, tiếp theo là RSV. Tỷ lệ nhiễm RSV trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trần Quang Khải, trong đó RSV chiếm 26,1% các trường hợp viêm phổi nặng.⁹ Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Kumar trên bệnh nhi viêm đường hô hấp dưới, ghi nhận RSV dương tính ở 44% và *M. pneumoniae* ở 35% số trẻ được khảo sát.¹² Kết quả này cho thấy vai trò ngày càng nổi bật của *M. pneumoniae* trong viêm phổi nặng ở trẻ em, đặc biệt khi áp dụng được các kỹ thuật sinh học phân tử.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tình trạng đồng nhiễm tương đối phổ biến ở trẻ viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp. Đồng nhiễm, đặc biệt là đồng nhiễm virus – vi khuẩn, được cho là có thể làm bệnh diễn tiến nặng hơn, kéo dài thời gian điều trị và tăng nhu cầu hỗ trợ hô hấp.^{3,4} Đồng nhiễm có thể làm gia tăng phản ứng viêm, kéo dài tình trạng giảm oxy máu và đòi hỏi tiếp cận chẩn đoán và điều trị thận trọng hơn. Điều này nhấn mạnh tính chất phức tạp của căn nguyên vi sinh trong viêm phổi cộng đồng ở trẻ em và đặt ra thách thức trong việc lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu.

Một số hạn chế của nghiên cứu cần được lưu ý, bao gồm thiết kế mô tả cắt ngang, nghiên cứu thực hiện tại bệnh viện tuyến cuối nên có thể tồn tại thiên lệch chọn mẫu; việc sử dụng bệnh phẩm dịch tỵ hầu có thể phản ánh tình trạng mang trùng hơn là căn nguyên gây bệnh thực sự; và việc sử dụng kháng sinh trước đó ở hơn một nửa số bệnh nhân có thể đã làm giảm khả năng phát hiện vi khuẩn qua nuôi cấy vi khuẩn.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ, với giảm oxy máu là biểu hiện nổi bật. Căn nguyên vi sinh đa dạng và phức tạp, trong đó cần đặc biệt lưu ý tình trạng đồng nhiễm trong chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alcoba G, Keitel K, Maspoli V, et al. A three-step diagnosis of pediatric pneumonia at the emergency department using clinical predictors, C-reactive protein, and pneumococcal PCR. *Eur J Pediatr.* 2017;176(6):815–824.
2. World Health Organization. Pneumonia in children: a forgotten killer. Geneva: *World Health Organization*; 2019.

- Shaima SN, Al-Tawfiq JA, Bin Shahid ASMS, et al.** Prevalence, predictive factors, and outcomes of respiratory failure in children with pneumonia admitted in a developing country. *Front Pediatr.* 2022;10:841628.
- El Seify MY, Fouda EM, Ibrahim HM, et al.** Microbial etiology of community-acquired pneumonia among infants and children admitted to the Pediatric Hospital, Ain Shams University. *Eur J Microbiol Immunol.* 2016;6(3):206–214.
- Tran, X.D., Hoang, VT., Goumballa, N. et al.** Viral and bacterial microorganisms in Vietnamese children with severe and non-severe pneumonia. *Sci Rep* 14, 120 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-50657-5>
- World Health Organization.** *Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses.* 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2013.
- Gattinoni L.** Pathophysiology of respiratory failure and indications for respiratory support. *Surgery* (Oxford). 2003;21(3):65–69.
- Mai Thành Công.** *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi viêm phổi có suy hô hấp cấp.* 2017, Luận văn bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
- Trần Quang Khải.** *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi nặng mắc phải tại cộng đồng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ.* 2022, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
- Hoàng Kim Lâm.** *Nghiên cứu viêm phổi nặng dai dẳng/tái diễn ở trẻ em được điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương.* 2022, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Shah SN, Bachur RG, Simel DL, et al.** Does this child have pneumonia? The Rational Clinical Examination systematic review. *JAMA.* 2017;318(5):462–471.
- Kumar S, Chakravarti A, Kumar S, Kapoor S.** Detection of respiratory syncytial virus & Mycoplasma pneumoniae in paediatric lower respiratory tract infections. *Indian J Med Res.* 2019;150(3):306-309. doi:10.4103/ijmr.IJMR_983_18

GIÁ TRỊ THANG ĐO PITTSBURGH TRONG ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ Ở NGƯỜI BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG

Lại Thùy Dương^{1,2}, Nguyễn Thị Phương Thủy²,
Dương Minh Tâm², Trần Thị Thu Hà²

TÓM TẮT

Chất lượng giấc ngủ kém là một biểu hiện thường gặp trên lâm sàng và gây ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống ở người bệnh lupus ban đỏ hệ thống (BĐHT). **Mục tiêu:** 1. Phân tích tính giá trị của thang đo Pittsburgh (PSQI) trong đánh giá chất lượng giấc ngủ ở người bệnh lupus BĐHT. 2. Tìm hiểu thực trạng chất lượng giấc ngủ ở người bệnh lupus BĐHT sử dụng thang đo trên. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 465 người bệnh lupus BĐHT điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025. Đối tượng nghiên cứu được đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng thang đo PSQI và khám bác sỹ chuyên khoa tâm thần nhằm xác định tình trạng chất lượng giấc ngủ. **Kết quả:** Thang đo PSQI đánh giá chất lượng giấc ngủ ở người bệnh lupus BĐHT có hệ số Cronbach α là 0,798, độ nhạy: 85,85%, độ đặc hiệu 74,0%, diện tích dưới đường cong ROC 0,832. Tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém: 66,0%, đặc điểm chủ yếu gây chất lượng giấc ngủ kém là dậy quá sớm, dậy đi vệ sinh và sưng-đau khớp. **Kết luận:** Thang đo PSQI có độ nhạy cũng như độ đặc hiệu cao và đáng tin cậy trong đánh giá chất lượng giấc ngủ ở người bệnh lupus BĐHT. Trong nghiên cứu, gặp một tỷ lệ cao người bệnh lupus BĐHT

có chất lượng giấc ngủ ở mức độ kém. **Từ khóa:** *Lupus ban đỏ hệ thống, chất lượng giấc ngủ, PSQI*

SUMMARY

THE VALUE OF THE PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX IN ASSESSING SLEEP QUALITY IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Background: Poor sleep quality is a common issue that significantly affects the quality of life for patients with systemic lupus erythematosus (SLE). **Objectives:** 1. To evaluate the validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) in assessing sleep quality among patients with SLE. 2. To determine the current status of sleep quality in this patient population. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted involving 465 patients with systemic lupus erythematosus at Bach Mai Hospital from May 2024 to May 2025. The sleep quality of the study participants was assessed using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) scale. Additionally, a psychiatrist evaluated each patient to determine their sleep quality status. **Results:** The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), which is used to evaluate sleep quality in patients with lupus, has a Cronbach's α coefficient of 0.798. It demonstrates a sensitivity of 85.85% and a specificity of 74.0%, with an area under the ROC curve of 0.832. The prevalence of poor sleep quality among these patients is 66.0%. The main factors contributing to poor sleep quality include waking up too early, getting up to use the bathroom, and experiencing joint pain. **Conclusion:** The PSQI scale demonstrates high sensitivity and

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuongthuybm@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 6.2.2026

Ngày duyệt bài: 13.3.2026