

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHẾ QUẢN PHỔI RSV DƯƠNG TÍNH Ở TRẺ EM

Lê Thị Cẩm Hương¹, Nguyễn Thanh Huyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phế quản phổi RSV dương tính ở trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa Hô Hấp - Bệnh viện Nhi Hải Dương từ tháng 9-12/2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Gồm 98 bệnh nhi dưới 5 tuổi mắc viêm phế quản phổi RSV dương tính tại khoa Hô Hấp - Bệnh viện Nhi Hải Dương từ tháng 9-12/2025.

Kết quả: Viêm phế quản phổi RSV dương tính chủ yếu gặp ở bệnh nhi dưới 12 tháng tuổi (83,7%) và tỉ lệ trẻ được xếp loại viêm phế quản phổi nặng chiếm 57,1%. Về lâm sàng có các triệu chứng thường gặp là ho, chảy mũi, khô khè, thở nhanh, rút lõm lồng ngực chiếm tỉ lệ cao. 98% bệnh nhi nghe phổi có rale. Về cận lâm sàng hầu hết bệnh nhi có số lượng bạch cầu và chỉ số CRP bình thường, số bệnh nhi có tổn thương phổi trên Xquang chiếm 89,8%

Kết luận: Viêm phế quản phổi RSV dương tính thường gặp ở bệnh nhi dưới 12 tháng tuổi. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho, chảy mũi, khô khè, thở nhanh, rút lõm lồng ngực. Số lượng bạch cầu và chỉ số CRP trong giới hạn bình thường.

Từ khóa: viêm phế quản phổi, RSV, virus hợp bào hô hấp.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF RSV-POSITIVE BRONCHOPHENOPUS IN CHILDREN

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of RSV-positive bronchopneumonia in children under 5 years old at the Respiratory Department - Hai Duong Children's Hospital from September to December 2025.

Subjects and methods: Includes 98 children under 5 years old with RSV-positive bronchopneumonia at the Respiratory Department - Hai Duong Children's Hospital from September to December 2025.

Results: RSV-positive bronchopneumonia mainly occurred in children under 12 months old (83.7%), and the proportion of children classified as having severe bronchopneumonia was 57.1%. Clinically, common symptoms include cough, runny nose, wheezing,

tachypnea, and chest retraction, which are prevalent in 98% of patients. Rales were detected on lung auscultation in 98% of the children. In terms of paraclinical findings, most children had normal white blood cell counts and CRP levels; 89.8% of the children showed lung damage on X-ray.

Conclusion: RSV-positive bronchopneumonia is common in children under 12 months of age. Common clinical symptoms include cough, runny nose, wheezing, tachypnea, and chest retraction. White blood cell counts and CRP levels are within normal limits.

Keywords: bronchopneumonia, RSV, respiratory syncytial virus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh lây nhiễm có tỉ lệ tử vong cao nhất ở trẻ em trên toàn thế giới. Theo thống kê của WHO năm 2025, viêm phổi đã giết chết 740.180 trẻ em dưới 5 tuổi, chiếm 14% tổng số ca tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi.¹ Các nguyên nhân gây viêm phế quản phổi bao gồm vi khuẩn, virus và nấm. Trong nhóm nguyên nhân virus thì RSV (respiratory syncytial virus - virus hợp bào hô hấp) là nguyên nhân phổ biến nhất. Mỗi năm RSV gây ra hơn 3,6 triệu ca nhập viện và khoảng 100.000 ca tử vong do RSV ở trẻ em dưới 5 tuổi. 97% các ca tử vong ở trẻ em xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, đặc biệt ở các nơi có khả năng tiếp cận với y tế hạn chế.¹ Việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phế quản phổi do virus RSV là rất quan trọng trong chiến lược chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời và kiểm soát bệnh lý đường hô hấp cấp ở trẻ em.

Xuất phát từ thực tế tại bệnh viện Nhi Hải Dương chưa có nghiên cứu nào về viêm phế quản phổi RSV dương tính ở trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu sau: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phế quản phổi RSV dương tính ở trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa Hô Hấp - Bệnh viện Nhi Hải Dương từ tháng 9-12/2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhi dưới 5 tuổi được chẩn đoán viêm phế quản phổi RSV dương tính nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Hô Hấp - Bệnh viện Nhi Hải Dương từ tháng 09/2025 đến tháng 12/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

¹ Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Cẩm Hương
Email: camhuong.hmtu@gmail.com
Mã bài: N740
Ngày nhận bài: 10.202026
Ngày phản biện khoa học: 10.3.2026
Ngày duyệt bài: 10.4.2026

- Bệnh nhi dưới 5 tuổi.
- Bệnh nhi được chẩn đoán viêm phế quản phổi RSV dương tính
- Bố mẹ của trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhi mắc các bệnh lý mạn tính kèm theo: tim bẩm sinh, rối loạn chuyển hóa, rối loạn di truyền.
- Bố mẹ của trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi (Bộ y tế - 2019):

Ho, sốt kèm theo ít nhất một dấu hiệu:

- Thở nhanh
- Rút lõm lồng ngực
- Nghe phổi thấy bất thường (giảm thông khí, rale ẩm to, nhỏ hạt, có thể kèm rale rít, rale ngáy,...
- X quang tim phổi có hình ảnh tổn thương phổi

Chẩn đoán viêm phổi nặng khi trẻ có dấu hiệu của viêm phổi kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu:

- Dấu hiệu nặng toàn thân: bỏ bú hoặc không uống được, rối loạn tri giác: kích thích, lơ mơ, hôn mê, co giật.
- Dấu hiệu suy hô hấp nặng: thở rên, rút lõm lồng ngực rất nặng.
- Tím tái hoặc SpO₂ < 90%
- Trẻ < 2 tháng tuổi

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm RSV dương tính: xét nghiệm tìm RSV trong dịch tỵ hầu bằng phương pháp Quick test.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2 Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Chọn mẫu toàn bộ: lựa chọn tất cả các bệnh nhi dưới 5 tuổi được chẩn đoán viêm phế quản phổi RSV dương tính nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Hô Hấp - Bệnh viện Nhi Hải Dương từ tháng 09/2025 đến tháng 12/2025.

Trong thực tế, chúng tôi đã thu thập được 98 bệnh nhi dưới 5 tuổi được chẩn đoán viêm phế quản phổi RSV dương tính nhập viện điều trị nội trú có đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.2.3 Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ ngày 01/09/2025 đến ngày 31/12/2025 tại Khoa Hô hấp - Bệnh viện Nhi Hải Dương.

2.2.4 Phương pháp thu thập số liệu:

- Thu thập thông tin chung của bệnh nhi: tuổi, giới, địa chỉ, tiền sử dịch tễ, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, đánh giá mức độ viêm phổi theo tiêu chuẩn Bộ y tế - 2019.

2.2.5 Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22.0

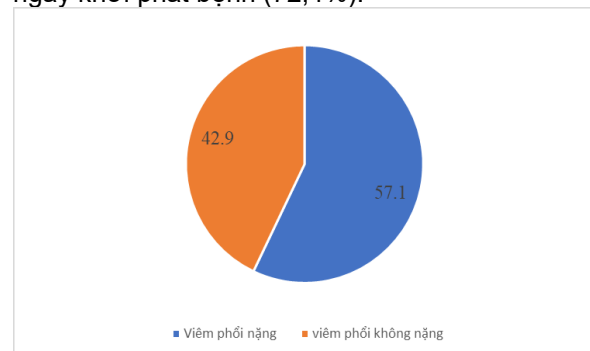
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng viêm phế quản phổi RSV dương tính

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 98)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	56	57,1
	Nữ	42	42,9
Nhóm tuổi	< 2 tháng	43	43,9
	Từ 2 - 12 tháng	39	39,8
	Từ 12 - 24 tháng	13	13,2
	Từ 2 - 5 tuổi	3	3,1
Địa chỉ	Nông thôn	75	76,5
	Thành thị	23	23,5
Tiếp xúc nguồn lây	Có	24	24,5
	Không	74	75,5
Thời gian khởi bệnh đến khi vào viện	< 1 ngày	5	5,1
	2 - 3 ngày	71	72,4
	≥ 4 ngày	22	22,5

Nhận xét: Viêm phế quản phổi RSV dương tính mắc chủ yếu ở nhóm trẻ < 12 tháng (83,7%) và gặp nhiều ở vùng nông thôn (76,5%). Tỷ lệ bệnh nhi nam: nữ là 1,3:1. Tỷ lệ các ca có tiếp xúc nguồn lây nhiễm là thấp chiếm 24,5%. Đa số trẻ được đưa đến bệnh viện điều trị sau 2 -3 ngày khởi phát bệnh (72,4%).



Biểu đồ 3.1. Phân bố viêm phổi nhiễm RSV theo mức độ

Nhận xét: Có 57,1% trẻ viêm phế quản phổi nhiễm RSV ở mức độ nặng

Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhi viêm phế quản phổi RSV dương tính (n = 98)

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt	37	37,8
Chảy mũi	81	82,7
Ho	96	98,0
Khò khè	89	90,8
Khó thở	86	87,8

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất ở bệnh nhi viêm phế quản phổi RSV dương tính là ho (98%), khò khè (90,8%) và khó thở (87,8%).

Bảng 3.3. Triệu chứng thực thể của bệnh nhi viêm phế quản phổi RSV dương tính (n = 98)

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thở nhanh	86	87,8
Phập phồng cánh mũi	16	16,3
Rút lõm lồng ngực	82	83,7
Tím tái	18	18,4
Thở rên	7	7,1
Rale bệnh lý tại phổi	96	98,0

Nhận xét: Triệu chứng thực thể thường gặp nhất ở bệnh nhi viêm phế quản phổi RSV dương tính là thở nhanh (87,8%) và rút lõm lồng ngực

Bảng 3.5. Thời gian điều trị theo mức độ bệnh của bệnh nhi viêm phế quản phổi RSV dương tính (n = 98)

		Viêm phế quản phổi không nặng (n=42)		Viêm phế quản phổi nặng (n=56)	
Loại kháng sinh sử dụng		Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
	Cefotaxime	2	4,8	24	42,9
	Clarithromycin	8	19,0	4	7,1
	Azithromycin	14	33,3	6	10,7
	Ceftriaxone	3	7,1	20	35,7
	Cefuroxime	15	35,8	2	3,6
Kết quả điều trị	Đỡ/khỏi	40	95,2	48	85,7
	Không đỡ/ chuyển tuyến	2	4,8	8	14,3

Nhận xét: Ở nhóm viêm phổi không nặng, Cefuroxime (35,8%) và Azithromycin (33,3%) là các kháng sinh được sử dụng nhiều nhất. Trong khi đó, ở nhóm viêm phổi nặng, Cefotaxime (42,9%) và Ceftriaxone (35,7%) chiếm tỷ lệ cao nhất.

Kết quả điều trị cho thấy đa số trẻ ở cả hai nhóm đều cải thiện sau điều trị. Tỷ lệ đỡ/khỏi ở nhóm viêm phổi không nặng là 95,2%, cao hơn so với nhóm viêm phổi nặng (85,7%). Ngược lại, tỷ lệ không đỡ hoặc phải chuyển tuyến ở nhóm viêm phổi nặng (14,3%) cao hơn nhóm viêm phổi không nặng (4,8%).

(83,7%). Đa số bệnh nhi có tiếng rale bệnh lý ở phổi (98%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng viêm phế quản phổi RSV dương tính

Bảng 3.4. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhi viêm phế quản phổi RSV dương tính lúc vào viện (n = 98)

Đặc điểm cận lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu	Bình thường (≤ 10 G/L)	53	54,1
	Tăng (> 10 G/L)	45	45,9
CRP	Bình thường (< 6 mg/l)	77	78,6
	Tăng (≥ 6 mg/l)	21	21,4
X- quang phổi	Bình thường	10	10,2
	Có tổn thương	88	89,8

Nhận xét: Nhóm trẻ viêm phế quản phổi nặng có thời gian nằm viện trung bình

3.3. Phương pháp và kết quả điều trị viêm phế quản phổi RSV dương tính

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng viêm phế quản phổi RSV dương tính

Viêm phế quản phổi do RSV xảy ra chủ yếu ở nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi (83,7%), trong đó riêng nhóm trẻ dưới 2 tháng tuổi đã chiếm tới 43,9% ở cả hai giới nam và nữ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Phương Mai² và cộng sự năm 2025 cũng cho thấy tỷ lệ viêm phế quản phổi do RSV chủ yếu ở nhóm trẻ dưới 2 tuổi (78,8%) và tỉ lệ trẻ nam: trẻ nữ là 1,2:1. Tác giả Xiaoxiao Qu³ và cộng sự (năm 2023) nghiên cứu trên 1063 trẻ em viêm

phổi do RSV ở tỉnh Chiết Giang, Trung Quốc cũng cho thấy 79,8% đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm dưới 12 tháng tuổi và tỷ lệ trẻ nam: trẻ nữ là 1,6:1. Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 57,1% bệnh nhi thuộc nhóm viêm phổi nặng và điều này cũng phù hợp với thực tế nhóm trẻ dưới 2 tháng tuổi tham gia vào nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao (43,9%). Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nardin Kirolos⁴ (năm 2025) với tỷ lệ viêm phổi nặng có nhiễm RSV chỉ chiếm 28,8%, sự chênh lệch này là do nghiên cứu của tác giả này có đa số trẻ tham gia nghiên cứu có độ tuổi trên 2 tuổi (63,8%).

Thời gian kể từ khi bắt đầu có triệu chứng đến khi trẻ được đi khám trung bình là $2,6 \pm 1,5$ ngày; kết quả này phù hợp với quá trình diễn biến bệnh lý của viêm phế quản phổi do RSV thường có triệu chứng lâm sàng rõ ràng và diễn biến nặng hơn trong khoảng thời gian từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 4.

Các triệu chứng lâm sàng là các triệu chứng điển hình thường gặp của viêm phế quản phổi; trong đó triệu chứng ho, khò khè, thở nhanh và rút lõm lồng ngực gặp ở trên 80% các trường hợp. Tỷ lệ trẻ có triệu chứng sốt chiếm 37,8%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Trung Thanh⁵ (năm 2021) với 38,3% trẻ có biểu hiện sốt. Tuy nhiên, nghiên cứu của Đinh Thị Phương Mai² (năm 2025) có tỷ lệ sốt cao hơn là 58,7%. Điều này có thể giải thích do nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Phương Mai có tỷ lệ đồng nhiễm RSV với vi khuẩn khá cao là 85%. Hầu hết bệnh nhi tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi đều có tiếng rale bệnh lý khi nghe phổi (98%), chủ yếu là rale rít và rale ngáy. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả. Tác giả Đinh Thị Phương Mai² (năm 2025) nghiên cứu trên 93 trẻ viêm phổi RSV dương tính ở trung tâm Nhi khoa - Bệnh viện Bạch Mai cho thấy trên 80% trẻ có triệu chứng ho, chảy mũi, thở nhanh và 89,2% trẻ có rale bệnh lý ở phổi.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng viêm phế quản phổi RSV dương tính

Các chỉ số nhiễm trùng gồm số lượng bạch cầu, CRP thường không tăng cao tại thời điểm trẻ nhập viện, phù hợp với cơ chế bệnh sinh của viêm phổi do virus. Tuy nhiên, có 45,9% bệnh nhi có tăng số lượng bạch cầu nhưng chủ yếu là tăng nhẹ và 21,4% trẻ có tăng CRP nguyên nhân có thể do bội nhiễm hoặc có các nhiễm trùng

khác kèm theo. Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Hồng Hạnh⁵ (năm 2020) ở 250 trẻ viêm phế quản phổi nặng nhiễm RSV cũng cho kết quả tương tự.

Hầu hết bệnh nhân của chúng tôi có hình ảnh tổn thương trên phim X quang phổi như tổn thương nhu mô phổi, tổn thương khoảng kẽ, ứ khí hoặc xẹp phổi. Nghiên cứu của tác giả Lixia Vương⁶ và cộng sự năm 2025 cũng chỉ ra những tổn thương trên phim X quang đa dạng ở bệnh nhân viêm phế quản phổi nhiễm RSV gồm: tổn thương mờ hai bên phổi (61,3%), tổn thương dạng kẽ (18,9%), tổn thương dạng thùy (5,2%), ứ khí (14,6%).

4.3. Phương pháp và kết quả điều trị viêm phế quản phổi RSV dương tính

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt rõ rệt trong lựa chọn kháng sinh giữa nhóm viêm phế quản phổi không nặng và nhóm viêm phế quản phổi nặng. Ở nhóm viêm phế quản phổi không nặng, Cefuroxime (35,8%) và Azithromycin (33,3%) là hai kháng sinh được sử dụng nhiều nhất. Trong khi đó, ở nhóm viêm phế quản phổi nặng, Cefotaxime (42,9%) và Ceftriaxone (35,7%) chiếm tỷ lệ chủ yếu. Sự khác biệt này phù hợp với các khuyến cáo điều trị viêm phổi trẻ em hiện nay. Đối với các trường hợp viêm phổi không nặng, các kháng sinh phổ trung bình hoặc kháng sinh nhóm macrolid thường đủ khả năng kiểm soát các tác nhân gây bệnh thường gặp, đồng thời góp phần hạn chế tình trạng kháng kháng sinh do sử dụng kháng sinh phổ rộng không cần thiết. Cefuroxime là cephalosporin thế hệ 2 có hiệu quả đối với nhiều vi khuẩn gây nhiễm khuẩn hô hấp cộng đồng, trong khi Azithromycin và Clarithromycin đặc biệt có vai trò trong các trường hợp nghi ngờ nhiễm vi khuẩn không điển hình. Ngược lại, ở nhóm viêm phế quản phổi nặng, tỷ lệ sử dụng Cefotaxime và Ceftriaxone cao hơn đáng kể. Đây là các cephalosporin thế hệ 3 có phổ kháng khuẩn rộng, hiệu lực mạnh và thường được chỉ định đường tĩnh mạch cho các trường hợp bệnh nặng hoặc có nguy cơ biến chứng. Việc ưu tiên sử dụng các kháng sinh này phản ánh xu hướng điều trị tích cực nhằm kiểm soát nhanh tình trạng nhiễm khuẩn và giảm nguy cơ tiến triển nặng.

Kết quả điều trị cho thấy đa số trẻ ở cả hai nhóm đều đáp ứng tốt với phác đồ điều trị. Tỷ lệ đỡ hoặc khỏi bệnh ở nhóm viêm phế quản phổi không nặng đạt 95,2%, cao hơn so với nhóm viêm phế quản phổi nặng là 85,7%. Ngược lại, tỷ

lệ không cải thiện hoặc phải chuyển tuyến ở nhóm viêm phế quản phổi nặng cao hơn nhóm không nặng. Kết quả này là phù hợp với diễn biến tự nhiên của bệnh. Các trường hợp viêm phế quản phổi không nặng thường được phát hiện sớm, mức độ tổn thương phổi còn hạn chế và đáp ứng tốt với điều trị kháng sinh thích hợp. Trong khi đó, ở nhóm viêm phế quản phổi nặng, trẻ thường có tình trạng nhiễm khuẩn lan rộng hơn, suy hô hấp hoặc các yếu tố nguy cơ kèm theo như suy dinh dưỡng, tuổi nhỏ hoặc bệnh lý nền, dẫn đến thời gian hồi phục kéo dài và nguy cơ thất bại điều trị cao hơn. Mặc dù nhóm viêm phế quản phổi nặng có tỷ lệ đỡ hoặc khỏi bệnh thấp hơn nhóm không nặng, nhưng tỷ lệ đạt 85,7% vẫn cho thấy hiệu quả tương đối tốt của các phác đồ điều trị đang được áp dụng. Kết quả này có thể liên quan đến việc lựa chọn kháng sinh phù hợp với mức độ nặng của bệnh, đặc biệt là việc sử dụng các cephalosporin thế hệ 3 ở phần lớn các trường hợp nặng.

V. KẾT LUẬN

Viêm phế quản phổi nhiễm RSV chủ yếu gặp ở nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi (83,7%). Tỷ lệ bệnh nhi nam: nữ là 1,3:1. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là ho, chảy mũi, khô khè, thở nhanh, rút lõm lồng ngực. Số lượng bạch cầu và chỉ số CRP không tăng cao tại thời điểm trẻ nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The World Health Organization** (19 December 2025): Respiratory syncytial virus (RSV).
2. **Đinh Thị Phương Mai** (2025). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ mắc viêm phổi cộng đồng nhiễm RSV tại Trung tâm Nhi khoa - Bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 546, số 3, tr. 99 - 102.
3. **Xiaoxiao Qu** (2025) Epidemiological and clinical characteristics of bacterial co-detection in respiratory syncytial virus-positive children in Wenzhou, China, 2021 to 2023, BMC Infectious Diseases; 25:697.
4. **Nardin Kirolos** (2025). Risk Factors for Severe Disease Among Children Hospitalized With Respiratory Syncytial Virus. JAMA Network. 2025 Apr 11: 8(4).
5. **Hoàng Trung Thanh và cộng sự** (2021). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phế quản phổi nhiễm RSV ở trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc. Tạp chí Y học Việt Nam, 505(2).
6. **Lê Thị Hồng Hạnh** (2020). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng ở trẻ viêm phổi nặng có nhiễm RSV tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp chí nghiên cứu và thực hành Nhi khoa. 4(5):1-9.
7. **Lixia Vương** (2025). Correlation Between Inflammatory Markers and Pathogenic Bacteria in Children's Winter Respiratory Infections in Xinjiang. Journal of Infection. 2025; 90(3): 331-343.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ MIỆNG NỔI VỊ TRĂNG VÀ XỬ TRÍ CÁC BIẾN CHỨNG CỦA UNG THƯ MIỆNG NỔI

Thái Nguyên Hưng¹, Nguyễn Lam Trường², Thai Diệp Anh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư miệng nổi.*

2 *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật của UTMN và các biến chứng của UTMN.*

Kết quả: 15 BN, Nam 86,7%; Nữ 13,3%; Tuổi TB 65,67±7,07. Tiền sử: Cắt đoạn DD do loét DD-TT 66,7%, do UTDD 33,3%. Lâm sàng: đau bụng, gầy sút 93,3%; Hẹp miệng nổi 46,7%; XHTH 2/15 BN (13,3%); vỡ quai tới 13,3%, thủng miệng nổi 6,7%. Nội soi dạ dày (NSDD) khối UTMN tại đường khâu nối DD-ruột 93,3%; Khối UT tâm vị (không ở miệng nổi) 6,7%. CLVT khối UTMN ≤ 5 cm 73,3% (11/15 BN), khối UTMN > 5 cm 26,7%. Nhóm 1 (n=10)UTMN/cắt DD do loét DD-TT mổ tháo miệng nổi, cắt GTBDD 5/10 BN (50%), Cắt GTBDD 3/10 BN (30%), nối Braun, đặt Volker 10%; Mổ thông hồng tràng (MHT) và làm hậu

¹ Bệnh viện K

² Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Mã bài: **N674**

Ngày nhận bài: 11.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2026

Ngày duyệt bài: 13.4.2026