

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở TRẺ MẮC VIÊM PHỔI NHIỄM MYCOPLASMA PNEUMONIAE TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI NĂM 2023-2024

Trần Thùy Linh¹, Trần Đức Hậu¹, Thân Thị Thùy Linh¹,
Phạm Đức Tuấn¹, Nguyễn Hữu Hiếu¹, Nguyễn Thị Ngọc Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở trẻ mắc viêm phổi nhiễm *Mycoplasma pneumoniae* (*M. pneumoniae*) tại Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội năm 2023-2024.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 346 bệnh nhi (3 tháng – 15 tuổi) được chẩn đoán viêm phổi nhiễm *M. pneumoniae*, điều trị nội trú từ 01/01/2023 đến 31/12/2024 tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

Kết quả: Trong 346 bệnh nhân, tuổi trung bình $4,18 \pm 2,26$ tuổi; nhóm 1–4 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (64,2%). Bệnh ghi nhận quanh năm và tập trung chủ yếu trong các tháng 5-7 (53,7%). Triệu chứng thường gặp nhất là ho (100%) và sốt (81,8%); trong khi 30,3% bệnh nhân có nghe phổi bình thường. Đa số bệnh nhân có $SpO_2 \geq 95\%$ khi nhập viện (93,1%). Trên X-quang, tổn thương thâm nhiễm phế nang gặp nhiều nhất (48,8%); siêu âm phổi phát hiện đông đặc ở 68,2% số bệnh nhân được khảo sát. CRP tăng ở 71,1%; bạch cầu tăng 46,8%; trong số bệnh nhân được định lượng, 94,1% có tăng LDH. Macrolide được sử dụng là kháng sinh ban đầu ở 97,7% trường hợp; tuy nhiên, 15,6% bệnh nhân cần chuyển quinolone do không đáp ứng với điều trị ban đầu. Tỷ lệ khỏi và đỡ giảm đạt 98,8%; thời gian nằm viện trung bình $5,3 \pm 2,3$ ngày; không có tử vong.

Kết luận: Viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* ở tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh gặp chủ yếu ở nhóm tuổi 1–4 với biểu hiện nổi bật là ho và sốt; trong khi các dấu hiệu thực thể tại phổi có thể không điển hình. Tổn thương phổi trên X-quang chủ yếu là thâm nhiễm phế

nang. Tăng LDH và siêu âm phổi có thể hỗ trợ đánh giá tổn thương nhu mô phổi. Phần lớn bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị bằng macrolide, tuy nhiên cần theo dõi sát để kịp thời điều chỉnh phác đồ ở các trường hợp không đáp ứng.

Từ khóa: Viêm phổi, *Mycoplasma pneumoniae*, trẻ em, macrolide, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND TREATMENT OUTCOMES OF CHILDREN WITH MYCOPLASMA PNEUMONIAE PNEUMONIA AT PEDIATRIC DEPARTMENT, TAM ANH GENERAL HOSPITAL, HANOI, 2023-2024

Objectives: To describe the clinical characteristics, paraclinical findings, and treatment outcomes of children with *Mycoplasma pneumoniae* (*M. pneumoniae*) pneumonia at the Pediatric Department, Tam Anh General Hospital, Hanoi, during 2023–2024.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 346 hospitalized children aged 3 months to 15 years who were diagnosed with *M. pneumoniae* pneumonia and treated at Tam Anh General Hospital, Hanoi, between January 1, 2023 and December 31, 2024.

Results: Among the 346 patients, the mean age was 4.18 ± 2.26 years, with children aged 1–4 years accounting for the largest proportion (64.2%). Cases occurred throughout the year, with a marked peak from May to July (53.7%). The most common clinical manifestations were cough (100%) and fever (81.8%), whereas 30.3% of patients had normal lung auscultation findings. Most patients had an oxygen saturation (SpO_2) $\geq 95\%$ on admission (93.1%). Chest radiography most commonly showed alveolar infiltrates (48.8%), while lung ultrasound detected pulmonary consolidation in

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thùy Linh
Email: tran.thuy.linh.271293@gmail.com
Ngày nhận bài: 7/6/2026
Ngày phản biện khoa học: 15/6/2026
Ngày duyệt bài: 31/7/2026

68.2% of the examined patients. Elevated C-reactive protein (CRP) and leukocytosis were observed in 71.1% and 46.8% of patients, respectively. Among patients who underwent lactate dehydrogenase (LDH) measurement, 94.1% had elevated LDH levels. Macrolides were used as the initial antibiotic therapy in 97.7% of patients; however, 15.6% required switching to quinolones because of an inadequate clinical response. The overall treatment success rate was 98.8%, with a mean hospital stay of 5.3 ± 2.3 days, and no deaths were recorded.

Conclusions: *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia at Tam Anh General Hospital predominantly affected children aged 1–4 years, with cough and fever as the principal clinical manifestations, whereas physical examination findings could be unremarkable. Alveolar infiltration was the most common radiographic finding. Elevated LDH levels and lung ultrasound may provide useful adjunctive information for assessing pulmonary parenchymal involvement. Most patients responded favorably to macrolide therapy; however, close monitoring of treatment response is essential to enable timely modification of the antibiotic regimen in patients who fail initial therapy.

Keywords: Pneumonia, *Mycoplasma pneumoniae*, children, macrolide, clinical features, paraclinical features, treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ em, với hơn 740.000 ca tử vong toàn cầu mỗi năm; ước tính mỗi trẻ dưới 5 tuổi ở các nước đang phát triển mắc viêm phổi trung bình 0,29 lần/năm [1]. Trong các tác nhân gây viêm phổi, nhóm vi khuẩn không điển hình chiếm 20% ca viêm phổi cộng đồng, trong đó *Mycoplasma pneumoniae* (*M. pneumoniae*) đóng vai trò quan trọng, chiếm 8–12,5% ở tất cả các nhóm tuổi và lên đến 16–23% ở trẻ trên 5 tuổi [2].

Sau đại dịch COVID-19, nhiều quốc gia ghi nhận sự bùng phát mạnh của *M. pneumoniae* ở trẻ em, đặc biệt tại Châu Á và Châu Âu vào

năm 2023-2024 [3]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu gần đây tại Bệnh viện Nhi Trung ương và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy viêm phổi *M. pneumoniae* ngày càng gặp nhiều hơn ở nhóm trẻ dưới 5 tuổi - xu hướng khác biệt so với mô tả cổ điển về nhóm học đường [4,5]. Bệnh có biểu hiện lâm sàng đa dạng, không điển hình, dễ nhầm lẫn với các căn nguyên khác. Thêm vào đó, tình trạng không đáp ứng macrolide ngày càng được ghi nhận nhiều hơn, đặt ra thách thức lớn trong điều trị [6].

Mặc dù đã có một số nghiên cứu trong nước về viêm phổi *M. pneumoniae*, nhưng chủ yếu được thực hiện tại các bệnh viện tuyến cuối. Trong khi đó, đặc điểm bệnh nhân, thực hành chẩn đoán và điều trị có thể khác nhau giữa các cơ sở y tế, đặc biệt trong giai đoạn sau đại dịch khi mô hình lưu hành của tác nhân gây bệnh đã thay đổi. Đến nay, chưa có nghiên cứu nào được công bố về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của viêm phổi nhiễm *M. pneumoniae* ở trẻ em điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi nhiễm *M. pneumoniae* ở bệnh nhi nội trú tại Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội năm 2023-2024; (2) Nhận xét kết quả điều trị ở các bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

346 bệnh nhi từ 3 tháng đến dưới 16 tuổi được chẩn đoán viêm phổi nhiễm *M. pneumoniae*, điều trị nội trú tại Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ 01/01/2023 đến 31/12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi từ 3 tháng đến dưới 16 tuổi
- Chẩn đoán viêm phổi theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2014): trẻ có ho kèm ít nhất một trong các dấu hiệu sốt $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, thở nhanh (theo tuổi), rút lõm lồng ngực, nghe phổi bất thường, hoặc X-quang có thâm nhiễm nhu mô phổi [7].

- Tiêu chuẩn nhiễm *M. pneumoniae* dựa vào:
 - + PCR *M. pneumoniae* dương tính từ bệnh phẩm đường hô hấp
 - + Và/hoặc IgM *M. pneumoniae* huyết thanh dương tính [2].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhi viêm phổi *M. pneumoniae* có bệnh nền suy giảm miễn dịch, bệnh phổi mạn, bệnh tim, thận, gan, xơ nang; viêm phổi bệnh viện; hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện

*** Các biến số, chỉ số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá**

Thông tin chung của trẻ: Tuổi, giới, thời điểm mắc bệnh, thuốc kháng sinh sử dụng trước vào viện

Đặc điểm lâm sàng: Các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt độ, SpO₂, triệu chứng hô hấp: thở nhanh (3 tháng - 12 tháng tuổi: ≥ 50 lần/phút; 1-5 tuổi: ≥ 40 lần/phút; > 5 tuổi: ≥ 30 lần/phút), ho, khô khè, rút lõm lồng ngực, triệu chứng thực thể tại phổi (ran ẩm to nhỏ hạt, ran rít, ran ngáy,...), triệu chứng ngoài phổi: ban da, tiêu chảy, nôn

Đặc điểm cận lâm sàng: Gồm

- Tổn thương trên X-quang ngực (Thâm nhiễm phế nang: bóng mờ tổn thương phế

nang có bờ không rõ, tổn thương có tính hợp lưu, hệ thống; Thâm nhiễm mô kẽ: hình mờ dạng lưới, nốt, phân bố theo mô kẽ phổi, không có đặc điểm lấp đầy phế nang; Đông đặc: vùng tăng đậm độ nhu mô phổi do phế nang bị lấp đầy bởi dịch mủ, máu hoặc tế bào, biểu hiện bởi bóng mờ tương đối đồng nhất, che lấp các mạch máu trong vùng tổn thương, thường có dấu hiệu khí phế quản đồ và không gây giảm thể tích phổi; Thâm nhiễm 1 thùy: bóng mờ đồng nhất và giới hạn rõ, giải phẫu tương đương với thùy phổi hoặc một phần phổi, có dấu hiệu khí phế quản đồ, không kéo hoặc đẩy các cấu trúc lân cận)

- Siêu âm màng phổi (Đông đặc: vùng nhu mô phổi mất khí, có hình ảnh giống nhu mô gan, bờ thường không đều, có thể thấy khí phế quản đồ hoặc dịch phế quản đồ; Trần dịch màng phổi: khoang trống âm hoặc giảm âm nằm giữa lá thành và lá tạng màng phổi, thay đổi theo tư thế; có thể thấy phổi nổi trong dịch hoặc dấu hiệu xoang hoành cột sống).

- Các chỉ số viêm: Tăng bạch cầu (3 tháng - < 2 tuổi: $> 13,2$ G/L; 2 tuổi - 6 tuổi: $> 11,5$ G/L; > 6 tuổi: 4,2-10,2 G/L); CRP tăng ($> 0,5$ mg/dL); LDH tăng (> 225 U/L)

Kết quả điều trị: Số ngày điều trị, kháng sinh lựa chọn ban đầu, kháng sinh phối hợp, đổi thuốc, kết quả điều trị: Đờ/giảm, không thay đổi, nặng lên, Ra viện/Chuyển viện.

*** Thu thập số liệu**

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh viện theo bệnh án nghiên cứu được thiết kế thống nhất.

*** Xử lý số liệu:**

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS phiên bản 20.0. Biên định lượng phân phối chuẩn được trình bày dưới

dạng trung bình $\pm$ SD; không phân phối chuẩn trình bày dưới dạng trung vị (IQR). Biểu định tính trình bày tần số và tỷ lệ %. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua hội đồng khoa học của Bệnh viện đa khoa Tâm Anh. Nghiên cứu hồi cứu sử dụng hồ sơ bệnh án và không can thiệp vào quá trình điều trị. Mọi thông tin cá nhân của người bệnh

được mã hóa và bảo mật trong toàn bộ quá trình nghiên cứu,

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

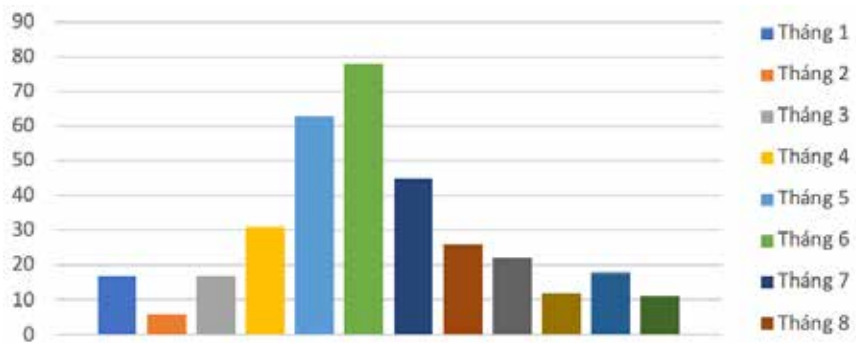
Từ 1/1/2023 – 31/12/2024, có 346 bệnh nhân mắc viêm phổi nhiễm *M. pneumoniae* đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, chúng tôi thu được kết quả sau:

* Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân viêm phổi *M. pneumoniae* (n=346)

	Đặc điểm	n	%
Tuổi mắc bệnh	< 1 tuổi	10	2,9
	1 – 4 tuổi	222	64,2
	≥ 5 tuổi	114	32,9
	Tuổi trung bình $\bar{x} \pm SD$ (tuổi)	4,18 $\pm$ 2,26	
Giới	Nam	183	52,9
	Nữ	163	47,1
Tiền sử điều trị	Dùng kháng sinh trước nhập viện	183	52,9
	Trong đó: dùng macrolide trước nhập viện	99	28,6

Trong 346 bệnh nhân, tuổi trung bình của bệnh nhân là 4,18 $\pm$ 2,26 tuổi (nhỏ nhất 5 tháng tuổi, lớn nhất 11 tuổi 7 tháng; trung vị 3,75 tuổi), trong đó tỷ lệ cao nhất ở nhóm 1-4 tuổi (64,2%). Tỷ lệ mắc bệnh ở nam và nữ không có sự khác biệt (nam/nữ = 1,12:1). Có 52,9% bệnh nhân đã dùng kháng sinh trước khi nhập viện, trong đó 28,6% bệnh nhân dùng macrolid trước khi nhập viện.



Biểu đồ 1. Đặc điểm phân bố ca bệnh theo tháng trong năm

Các trường hợp viêm phổi do *M. pneumoniae* được ghi nhận quanh năm, tuy nhiên số ca nhập viện tăng rõ trong giai đoạn tháng 5 đến tháng 7, chiếm 53,7% tổng số trường hợp.

* Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi *M. pneumoniae* (n=346)

Triệu chứng lâm sàng		n	%
Sốt		283	81,8
Triệu chứng hô hấp	Ho	346	100
	Khò khè	45	13,0
	Thở nhanh	60	17,3
	Rút lõm lồng ngực	28	8,1
Triệu chứng ngoài phổi	Nôn	90	26,0
	Tiêu chảy	34	9,8
	Ban da	11	3,2
SpO2	≥ 95%	322	93,1
	92–94%	16	4,6
	< 92%	8	2,3
Thực thể tại phổi	Ran ẩm to nhỏ hạt	139	40,2
	Ran rít, ran ngứa	113	32,7
	Nghe phổi không phát hiện bất thường	105	30,3

Ho và sốt là hai triệu chứng cơ năng nổi bật nhất. Các triệu chứng ngoài phổi gồm nôn (26,0%), tiêu chảy (9,8%), ban da (3,2%). Về thực thể, ran ẩm to nhỏ hạt gặp ở 40,2% bệnh nhân, ran rít, ran ngứa 32,7%; đặc biệt có đến 30,3% nghe phổi không có bất thường. Các triệu chứng khác như thở nhanh ghi nhận ở 17,3% bệnh nhân; rút lõm lồng ngực 8,1% và 24 bệnh nhân (6,9%) có SpO2 ≤ 94%.

* Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của viêm phổi *M. pneumoniae* (n=346)

Cận lâm sàng	n	%
Bạch cầu tăng	162	46,8%
CRP tăng (>0,5 mg/dL)	246	71,1%; Trung vị: 1,15 (IQR:1,96)
LDH tăng (n=34)	32	94,1%; TB: 311,32 ± 70,3 U/L

Cận lâm sàng		n	%
X-quang	Thâm nhiễm phế nang	169	48,8%
	Thâm nhiễm 1 thùy	90	26,0%
	Thâm nhiễm kẽ	72	20,8%
	Đông đặc	66	19,1%
Siêu âm màng phổi (n=261)	Đông đặc	178	68,2%
	Tràn dịch màng phổi	20	7,5%

Ở trẻ viêm phổi nhiễm *M.pneumoniae*, 71,1% các trường hợp có tăng CRP, trung vị CRP là 1,15 mg/dL (IQR: 1,96). Bạch cầu tăng ở 46,8%, trung vị 10,83 G/L (IQR: 5,79). LDH tăng ở 94,1% số bệnh nhân được xét nghiệm (n=34), trung bình $311,32 \pm 70,3$ U/L. Tổn thương trên X-quang phổi chủ yếu là thâm nhiễm phế nang (48,8%), còn đông đặc phổi chiếm 19,1%. Trong 261 bệnh nhân được

siêu âm phổi, hình ảnh đông đặc phổi ghi nhận ở 68,2% và tràn dịch màng phổi ở 7,5%.

*** Kết quả điều trị**

Tỷ lệ khỏi và đỡ giảm đạt 98,8%; 1,2% (4 bệnh nhân) cần chuyển viện. Thời gian nằm viện trung bình $5,3 \pm 2,3$ ngày (1–13 ngày) và không ghi nhận trường hợp tử vong trong thời gian nghiên cứu.

Bảng 4. Phương pháp điều trị (n=346)

Đặc điểm điều trị	n	%
Macrolide	338	97,7
Chuyển sang quinolone	54	15,6
Phối hợp cephalosporin đường tiêm	179	51,7
Phối hợp amoxicillin-clavulanat/ampicillin-sulbactam	157	45,4
Corticoid toàn thân	14	4,0

Macrolide là kháng sinh được lựa chọn ban đầu ở hầu hết bệnh nhân (97,7%). Tuy nhiên, 15,6% (54 bệnh nhân) cần chuyển sang quinolone do không đáp ứng macrolide sau điều trị ban đầu. 51,7% phối hợp cephalosporin đường tiêm, 45,4% phối hợp amoxicillin-clavulanat/ampicillin-sulbactam. Corticoid toàn thân dùng ở 4,0% bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

*** Đặc điểm tuổi, giới và tiền sử dùng kháng sinh trước nhập viện**

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,18 \pm 2,26$ tuổi, nhóm 1–4 tuổi chiếm đa số (64,2%). Kết quả này tương đồng với Phan Thị Thu Minh (2024) tại Bệnh viện Nhi Trung ương (tuổi trung bình $4,08 \pm 2,11$ tuổi) [4] và Ngô Thị Huyền Trang (2025) tại

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với nhóm 24–60 tháng chiếm 47,5% [5]. Xu hướng gặp nhiều ở trẻ dưới 5 tuổi được quan sát ở nhiều nghiên cứu trong nước gần đây, phản ánh sự thay đổi dịch tễ học của *M. pneumoniae* sau đại dịch COVID-19, việc giảm tiếp xúc xã hội trong giai đoạn giãn cách được cho là làm giảm miễn dịch cộng đồng đối với *M. pneumoniae*, dẫn đến sự gia tăng số ca mắc ở những trẻ chưa từng tiếp xúc trước đó. Hiện tượng này cũng được ghi nhận tại Nhật Bản, Hàn Quốc và nhiều quốc gia châu Âu [3]. Tỷ lệ nam/nữ là 1,12/1, không có sự chênh lệch đáng kể - phù hợp với nhận xét của đa số tác giả trong và ngoài nước [4,5]. Nghiên cứu ghi nhận bệnh xuất hiện quanh năm nhưng tập trung nhiều nhất trong giai đoạn tháng 5-7.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 183/346 bệnh nhân, tương đương 52,9%, đã dùng kháng sinh trước nhập viện; trong đó 99/346 bệnh nhân, tương đương 28,6%, đã sử dụng macrolid. Kết quả này phản ánh thực tế lâm sàng phổ biến là trẻ có sốt và ho thường được điều trị kháng sinh ngoại trú trước khi nhập viện. Về ý nghĩa lâm sàng, tiền sử dùng macrolid trước nhập viện không chỉ ảnh hưởng đến biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm chỉ số viêm, mà còn là một yếu tố cần kiểm soát khi phân tích tình trạng không đáp ứng macrolid.

* Đặc điểm lâm sàng

Ho (100%) và sốt (81,8%) là các triệu chứng cơ năng nổi bật nhất, phù hợp với kết quả của Phan Thị Thu Minh (ho 92,1%, sốt 60%) [4]. Đặc điểm “triệu chứng cơ năng rầm rộ nhưng thực thể nghèo nàn” được thể hiện rõ khi có tới 30,3% bệnh nhân nghe phổi không phát hiện tiếng bất thường. Tỷ lệ khò khè (13%) và rút

lõm lồng ngực (8,1%) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhóm viêm phổi nặng của Đặng Mai Liên (28,6% và 74,3%) [8], điều này phản ánh tính chất bệnh nhẹ-vừa của quần thể nghiên cứu tại cơ sở tư nhân.

Các triệu chứng ngoài phổi bao gồm nôn (26%), tiêu chảy (9,8%), ban da (3,2%) phù hợp với đặc điểm sinh bệnh học của *M. pneumoniae*: vi khuẩn có thể gây phản ứng viêm hệ thống thông qua cơ chế miễn dịch và cytokine, dẫn đến tổn thương ngoài phổi ở nhiều cơ quan [2].

* Đặc điểm cận lâm sàng

CRP tăng ở 71,1% bệnh nhân, cao hơn Phan Thị Thu Minh (49,1%) [4] nhưng tương đồng với Đặng Mai Liên (71,4%) [8]; sự khác biệt có thể do thời điểm lấy mẫu và ngưỡng định nghĩa CRP tăng khác nhau. Bạch cầu tăng ở 46,8%, gần tương đương Đặng Mai Liên (45,7%) [8] nhưng thấp hơn Phan Thị Thu Minh (77%) [4]. Tuy nhiên, các chỉ số này không có giá trị phân biệt đặc hiệu với các căn nguyên viêm phổi khác. Do đó, việc chẩn đoán *M. pneumoniae* vẫn cần dựa trên sự kết hợp giữa đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và các xét nghiệm căn nguyên như PCR hoặc huyết thanh học. Trong nghiên cứu của chúng tôi, LDH tăng ở 94,1% số bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm, với giá trị trung bình $311,32 \pm 70,3$ U/L. Mặc dù số lượng bệnh nhân được định lượng LDH còn hạn chế (34 trường hợp), kết quả này phù hợp với vai trò của LDH là một chỉ số phản ánh tổn thương nhu mô phổi và đáp ứng viêm trong viêm phổi do *M. pneumoniae*. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chúng tôi chưa phân tích mối liên quan giữa nồng độ LDH với mức độ nặng hoặc kết quả

điều trị, do số bệnh nhân được xét nghiệm còn ít. Đây là một hướng nghiên cứu cần được tiếp tục trong các nghiên cứu tiền cứu với cỡ mẫu lớn hơn.

Thâm nhiễm phế nang là tổn thương X-quang phổ biến nhất (48,8%). Ngô Thị Huyền Trang ghi nhận mờ hai rốn phổi (43,4%) và đông đặc thùy (39,4%) [5], còn Đặng Mai Liên ghi nhận đông đặc nhu mô chiếm 51,4% [8] trong nhóm viêm phổi nặng - sự đa dạng này phù hợp với tính đa hình thái tổn thương của *M. pneumoniae* trên phim X-quang [2]. Siêu âm màng phổi phát hiện tràn dịch ở 7,5% - thấp hơn 20% ở nhóm viêm phổi nặng của Đặng Mai Liên [8], có thể do nhóm nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là bệnh thể vừa. Đáng chú ý, tỷ lệ phát hiện đông đặc trên siêu âm ghi nhận nhiều hơn tỷ lệ đông đặc trên X-quang ngực (68,2% so với 19,1%), điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu cho thấy siêu âm phổi có độ nhạy cao hơn trong phát hiện các tổn thương đông đặc sát màng phổi và lượng dịch màng phổi ít. Bên cạnh ưu điểm không sử dụng tia X, siêu âm còn giúp theo dõi diễn biến tổn thương trong quá trình điều trị. Tuy nhiên, siêu âm phổi chỉ đánh giá tốt các tổn thương tiếp xúc với màng phổi và phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm người thực hiện, do đó vẫn cần phối hợp với lâm sàng và X-quang hoặc CT khi cần thiết.

* Kết quả điều trị

Macrolide vẫn là lựa chọn kháng sinh ban đầu ở hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu và đa số có diễn biến lâm sàng thuận lợi. Tuy nhiên, 15,6% bệnh nhân cần chuyển sang quinolone do không đáp ứng lâm sàng với macrolide. Tỷ lệ này phù hợp với xu hướng gia tăng MUMPP tại Việt Nam và đặt ra yêu

cầu về theo dõi chặt chẽ đáp ứng điều trị trong 48–72 giờ đầu. Corticoid toàn thân chỉ dùng ở 4% bệnh nhân, phù hợp khuyến cáo chỉ sử dụng trong thể nặng/kháng trị [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không đánh giá đột biến gen 23S rRNA, do đó không thể khẳng định các trường hợp này là viêm phổi nhiễm *M. pneumoniae* kháng macrolide (macrolide-resistant *M. pneumoniae*). Việc thay đổi kháng sinh hoàn toàn dựa trên diễn biến lâm sàng và quyết định của bác sĩ điều trị.

Tỷ lệ điều trị thành công cao (98,8%), không tử vong - phù hợp với Phan Thị Thu Minh (95,2% khỏi hoàn toàn, không tử vong) [4]. Thời gian nằm viện trung bình $5,3 \pm 2,3$ ngày ngắn hơn đáng kể so với Phan Thị Thu Minh ($10,2 \pm 7,4$ ngày) [4] - có thể do tiêu chuẩn nhập viện và đặc điểm bệnh nhân ở cơ sở tư nhân khác với bệnh viện công tuyến cuối. Kết quả này cho thấy tiên lượng chung của viêm phổi nhiễm *M. pneumoniae* ở trẻ em là thuận lợi khi được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Tuy nhiên, nghiên cứu chỉ đánh giá kết quả trong thời gian nằm viện và chưa theo dõi các di chứng hô hấp sau xuất viện.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi nhiễm *Mycoplasma pneumoniae* tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội gặp chủ yếu ở trẻ 1–4 tuổi, và xuất hiện quanh năm, tập trung nhiều nhất trong giai đoạn tháng 5–7. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ho và sốt, trong khi khoảng một phần ba bệnh nhân khi nghe phổi không phát hiện bất thường. Trên X-quang, tổn thương thâm nhiễm phế nang là hình ảnh phổ biến nhất; tuy nhiên ở những bệnh nhân được siêu âm phổi phát hiện đông đặc ở tỷ lệ cao, cho thấy giá

trị của phương pháp này trong đánh giá tổn thương phổi. Đa số trường hợp đáp ứng tốt với điều trị bằng macrolide và có kết quả điều trị thuận lợi. Tuy nhiên, một số bệnh nhân cần thay đổi kháng sinh do không đáp ứng với điều trị ban đầu, cho thấy cần theo dõi sát diễn biến để tối ưu hóa hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Igor Rudan, Cynthia Boschi-Pinto, Zrinka Biloglav, et al.** (2008). Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. *Bull World Health Organ*, 86(5), 408–416.
2. **Jung Yeon Shim (2022).** Current perspective on atypical pneumonia in children. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 65(1), 1–9.
3. **Meyer Sauter PM, Beeton ML, et al.** (2023). *Mycoplasma pneumoniae*: delayed re-emergence after COVID-19 pandemic restrictions. *Lancet Microbe*. doi:10.1016/S2666-5247(23)00344-0.
4. **Phan Thị Thu Minh, Nguyễn Ngọc Sáng, Lê Thị Hồng Hanh, et al.** (2024). Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và kết quả điều trị viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* ở trẻ em. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 539(3), 30–34.
5. **Ngô Thị Huyền Trang, Nguyễn Thị Hà, Nguyễn Sỹ Đức, et al.** (2025). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi nhiễm *Mycoplasma pneumoniae* ở trẻ em tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 189(4), 179–186.
6. **Nguyễn Thị Thanh Phúc** (2024). Kết quả điều trị viêm phổi *Mycoplasma pneumoniae* mang gen kháng macrolide ở trẻ em. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2024.
7. **Bộ Y tế (2014).** Hướng dẫn xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em. Quyết định số 101/QĐ-BYT. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. **Đặng Mai Liên, Lê Thị Hồng Hanh, Hoàng Thị Thu Hằng, et al.** (2023). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và một số yếu tố liên quan tới viêm phổi nặng do *Mycoplasma pneumoniae* ở trẻ em. *Tạp chí Nhi khoa*, 16(5), 1–8.