hàm sữa bằng IRM sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng cho thấy 100% các răng không có biểu hiện bất thường trên lâm sàng và X-quang, 100% các răng điều trị thành công. IRM có thể coi là vật liệu được khuyến khích sử dụng trên lâm sàng. Tuy nhiên, vẫn cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian dài hơn để đánh giá hiệu quả thành công trong điều trị tủy buồng của vật liệu IRM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gonzalez-Lara. A, Ruiz-Rodriguez MS, Pierdant-Perez M, et al.** Zinc Oxide-Eugenol Pulpotomy in Primary Teeth: A 24-Month Follow-up. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 2016;40(2):107-112.
2. **Hui-Derksen EK, et al.** Reinforced zinc oxide-eugenol pulpotomy: A retrospective study. Pediatric Dentistry; 2013. 35(43-36).
3. **Chédid JC, Pilipili C.** A 24 month evaluation of zinc oxide pulpotomy on primary canines. Rev Belge Med Dent. 2008;63:69-76.
4. **Chien MM, Setzer S, Cleaton-Jones P.** How does zinc oxide-eugenol compare to ferric sulphate as a pulpotomy material? SADJ. 2001;56(3): 130-135.
5. **Stanley HR.** Design for a human pulp study. 1968b. 756–764 p. (Part IL. Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathoiogy.).
6. **Stanley HR.** Design for a human pulp study. 1968. 633–647 p. (Part I. Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathoiogy).
7. **Dickey DM, El-Kafrawy AH, Mitchell DF.** Clinical and microscopic pulp response to a composite restorative material. The Journal of the American Dental Association. 1974;88:108-113.
8. **Avery JK.** Response of the pulp and dentine to contact with filling materials. Journal of Dentai Research. 1975;54(B):188-197.
9. **Watts A, Paterson RC.** Pulpal response to a zinc oxide-eugenol cement. 1987;20:82-86. Int Endod Journal. 1987;20:82-86.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI TẬP TRUNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG NĂM 2023

Phạm Văn Hưng[1], Ngô Thị Minh[2], Nguyễn Thị Hương[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị viêm phổi tập trung ở trẻ em điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2023. **Phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện từ 01/04/ 2023 – 30/09/ 2023 chúng tôi thu thập được 146 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 34,8 ± 30,9 tháng tuổi, nam nhiều hơn nữ. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ho (93,1%) và sốt (85,6%), đau ngực chiếm 10,9%. Triệu chứng thực thể thường gặp là thở nhanh (81,5%), ran ở phổi (47,9%), rút lõm lồng ngực (31,5%), hội chứng đông đặc với tỷ lệ thấp 6,8%. Trên phim chụp x quang ngực thẳng có 74,6% trẻ có hình ảnh đám mờ tập trung không điển hình, 25,4% trẻ có hình ảnh đám mờ hình tam giác điển hình và chủ yếu tổn thương ở thùy trên phổi phải. Số lượng bạch cầu trung bình trong máu ngoại vi của nhóm nghiên cứu là 15,2 ± 6,6 G/l. Nồng độ CRP trung bình là 68,2 ± 38,9 mg/l, CRP tăng chiếm 80,1% các trường hợp. Có 61,6% số trẻ tìm được nguyên nhân gây bệnh. Trong đó, nguyên nhân gặp nhiều nhất là Mycoplasma pneumonia (41,8%), vi khuẩn Gram dương (19,9%) và vi khuẩn Gram âm (5,5%). Kết quả điều trị khỏi chiếm 97,9%, có 2,1% trẻ xin ra viện ngay sau khi nhập viện. Thời gian nằm viện trung bình là 9,6 ± 5,3 ngày. **Kết luận:** Viêm phổi tập trung là bệnh lý khá phổ biến ở trẻ em, rất khó để chẩn đoán viêm phổi tập trung nếu chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng. Nên chụp x quang ngực thẳng với tất cả những trường hợp nghi ngờ để tránh bỏ sót, nguyên nhân chủ yếu là Mycoplasma Pneumonia, Haemophilus Influenzae, Streptococcus Pneumoniae.

Từ khóa: viêm phổi, trẻ em.

[1]*Trường Đại học Phenikaa*
[2]*Bệnh viện Nhi Hải Dương*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hưng
Email: phamhungyhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.11.2023
Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023
Ngày duyệt bài: 22.01.2024

SUMMARY

CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF CONCENTRATED PNEUMONIA TREATMENT IN CHILDREN AT HAI DUONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2023

Objective: Describing the clinical and paraclinical characteristics and commenting on the results of pneumonia treatment that centralizing in children at the Respiratory Department of Hai Duong Children's Hospital in 2023. **Method:** Concurtent cohort study, cut across describe. **Result:** The study was conducted from April 1st, 2023 to September 30th, 2023 on 146 eligible patients. The average age of studied group was 34.8 ± 30.9 months, with more female than male. The most common symptoms were cough (93.1%) and fever (85.6%), chest pain 10.9%. Common

physical symptoms were tachypnea (81.5%), pulmonary rales (47.9%), chest indrawing (31.5%), and consolidation syndrome with a low rate of 6.8%. On plain chest x-ray, 74.6% of children had atypical focused opacities, 25.4% of children had typical triangular opacities and mainly damaged in the right upper lobe of the lungs. The average number of white blood cells in the peripheral blood of the studied group was 15.2 ± 6.6 G/l. The average CRP concentration was 68.2 ± 38.9 mg/l, increased CRP accounted for 80.1% of cases. 61.6% of children was found the cause of the disease. Among them, the most common causes were Mycoplasma pneumonia (41.8%), Gram-positive bacteria (19.9%), and Gram-negative bacteria (5.5%). The succeedly cured result was 97.9%, with 2.1% of those asking to be discharged immediately after admission. The averaged hospital-stayed period were 9.6 ± 5.3 days. **Conclusion:** Concentrated pneumonia is a fairly common disease in children. It is difficult to diagnose concentrated pneumonia based only on clinical symptoms. A straight chest X-ray should be taken with all suspected cases to avoid omissions. The main causes are Mycoplasma Pneumonia, Haemophilus Influenzae, Streptococcus Pneumoniae. ***Keywords:*** pneumonia, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh rất thường gặp ở trẻ em, ước tính có khoảng 150 – 156 triệu trẻ em dưới 5 tuổi mắc viêm phổi hàng năm trên toàn thế giới. Có tới 40% các trường hợp mắc viêm phổi cần phải nhập viện, đây cũng là nguyên nhân dẫn đến khoảng 2 triệu ca tử vong mỗi năm, hầu hết đều xảy ra ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Viêm phổi tập trung là thuật ngữ dùng để chỉ những tổn thương phổi tập trung lại thành đám trên phim chụp x quang, đây là một thể lâm sàng của viêm phổi, trong đó điển hình là viêm phổi thùy [4]. Một công bố tổng quan của hiệp hội lồng ngực Anh năm 2011, phân tích từ 2076 nghiên cứu trên nhiều quốc gia cho thấy tỷ lệ mới mắc chung của viêm phổi là 14,7/10.000 trẻ em từ 0 – 16 tuổi mỗi năm, trong đó viêm phổi thùy chiếm tỷ lệ 17,6%. Lượng bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi tập trung đang ngày càng gia tăng. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Đào Minh Tuấn tại Bệnh viện Nhi Trung Ương trong 2 năm (2008 – 2010) ghi nhận tỷ lệ viêm phổi thùy trong tổng số trẻ dưới 15 tuổi mắc viêm phổi là 8,6% và nguyên nhân gây bệnh gặp nhiều nhất là tụ cầu chiếm 30,09%, tiếp đó là phế cầu (28,57%) [5]. Xuất phát từ thực tiễn trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị viêm phổi tập trung ở trẻ em điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ từ 2 tháng – 15 tuổi được chẩn đoán viêm phổi tập trung vào điều trị tại Khoa Hô hấp – Bệnh viên Nhi Hải Dương.

- ***Tiêu chuẩn lựa chọn:*** Trẻ được chẩn đoán viêm phổi tập trung dựa vào lâm sàng và x quang ngực thẳng có hình ảnh đám mờ tập trung hoặc thành thùy. Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- ***Tiêu chuẩn loại trừ:*** Viêm phổi tập trung do ký sinh trùng hoặc do lao, U phổi, phổi biệt lập.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện từ 01/04/ 2023 – 30/09/2023 tại khoa Hô hấp Bv Nhi Hải Dương.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- ***Cỡ mẫu:*** chọn mẫu thuận tiện.
- ***Phương pháp chọn mẫu:*** Bệnh nhân từ 2 tháng – 15 tuổi được chẩn đoán viêm phổi tập trung nhập viện điều trị tại Khoa Hô hấp - Bệnh viện Nhi Hải Dương.
- ***Nội dung nghiên cứu:*** đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Hỏi bệnh, khám lâm sàng, xét nghiệm máu, chụp X quang ngực thẳng, cấy dịch tỵ hầu và làm xét nghiệm miễn dịch.
- Công cụ: Bộ câu hỏi, mẫu bệnh án nghiên cứu.
- Phân tích số liệu: Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Việc thu thập thông tin dựa vào chẩn đoán và điều trị bệnh nhân hàng ngày, không ảnh hưởng đến tinh thần và thể chất của người bệnh, thông tin cá nhân được bảo mật và đã được hội đồng khoa học của bệnh viện thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/4/2023 đến 30/9/2023 chúng tôi thu thập được 146 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Kết quả thu được có một số đặc điểm sau:

Bảng 1. Phân bố bệnh theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
2 tháng – < 1 tuổi	3	2,1
≥ 1 tuổi – < 3 tuổi	19	13,0
≥ 3 - < 5 tuổi	34	23,3
≥ 5 tuổi	90	61,6
Tổng số	146	100
Giới	Nam	54,8
	Nữ	45,2

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 34,8

± 30,9 tháng tuổi, nhỏ nhất là 4 tháng, lớn nhất 15 tuổi, Nhóm tuổi trên 5 tuổi gặp nhiều nhất chiếm 61,6%. Nam gặp nhiều hơn nữ.

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n=146)	Tỷ lệ %
Ho	136	93,1
Sốt	125	85,6
Khò khè	67	45,9
Khó thở	32	21,9
Đau ngực	16	10,9
Rối loạn tiêu hóa	12	8,2
Đau bụng	8	5,4
Ban da	5	3,4

Triệu chứng thường gặp nhất là ho (93,1%) và sốt (85,6%). Đau ngực chiếm 10,9%.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thở nhanh	119	81,5
Rút lõm lồng ngực	46	31,5
Tím môi	36	24,7
SpO2 < 95%	38	26,0
Rì rào phế nang giảm	20	13,7
Ran ở phổi	70	47,9
Hội chứng đông đặc	10	6,8

Triệu chứng thường gặp là thở nhanh (81,5%), ran ở phổi (47,9%), rút lõm lồng ngực (31,5%). Hội chứng đông đặc gặp rất ít với tỷ lệ 6,8%. Khoảng 1/4 số trẻ có biểu hiện suy hô hấp.

Bảng 4. Tổn thương trên phim chụp x quang ngực thẳng

Tổn thương Xquang	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đám mờ hình tam giác điển hình	37	25,4
Đám mờ tập trung không điển hình	109	74,6
Tràn dịch màng phổi	9	6,2
Tràn khí màng phổi	0	0,0

Có 74,6% trẻ có hình ảnh đám mờ tập trung không điển hình, 25,4% trẻ có hình ảnh đám mờ hình tam giác điển hình.

Bảng 5. Vị trí tổn thương thùy phổi

Vị trí tổn thương thùy phổi		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Phổi phải (n=109)	Thùy trên	50	34,2
	Thùy giữa	27	18,6
	Thùy dưới	32	21,9
Phổi trái (n=36)	Thùy trên	10	6,8
	Thùy dưới	26	17,8
Phổi hợp 2 thùy (n=1)	1	0,7	

Tổn thương phổi phải chiếm 74,6% nhiều hơn tổn thương ở phổi trái (24,6%). Thùy trên phổi phải tổn thương nhiều nhất (34,2%)

Bảng 6. Số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính

Số lượng bạch cầu	Viêm phổi (n=109)	Viêm phổi nặng (n=37)	Tổng (n=146)	p
4-10 G/l	34 (31,2%)	12 (32,4%)	46 (31,5%)	0,97
> 10 G/l	75 (68,8%)	25 (67,6%)	100 (68,5%)	
Số lượng BC trung bình	15,2 ± 6,6 (G/l)			

Số lượng bạch cầu trung bình trong máu ngoại vi là 15,2 ± 6,6 G/l. Giá trị bạch cầu tăng không liên quan đến mức độ nặng của bệnh (p= 0,97).

% bạch cầu đa nhân trung tính	Viêm phổi (n=109)	Viêm phổi nặng (n=37)	Tổng (n=146)	p
Bình thường	50 (45,9%)	8 (21,6%)	58 (39,7%)	0,04
Tăng	59 (54,1%)	29 (78,4%)	88 (60,3%)	
Tổng	109	37	146	

Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao hơn ở nhóm viêm phổi nặng (p = 0,04).

Bảng 7. Nồng độ CRP

CRP (mg/l)	Số bệnh nhân (n=146)	Tỷ lệ %
< 6 mg/l	29	19,9
> 6 mg/l	117	80,1
Tổng	**146**	**100**
Giá trị CRP trung bình: 68,2±38,9 (0,05-225,7mg/l)		

Nồng độ CRP trung bình là 68,2 ± 38,9 mg/l, CRP tăng chiếm 80,1%.

Bảng 8. Căn nguyên vi khuẩn phân lập được

Căn nguyên gây viêm phổi tập trung phân lập được	Số bệnh nhân (n=146)	Tỷ lệ %
Vi khuẩn Gram dương	29	19,9
Vi khuẩn Gram âm	8	5,5
Mycoplasma pneumoniae	61	41,8
Không tìm thấy nguyên nhân	56	38,4

Có 61,6% số trẻ tìm được nguyên nhân. Trong đó, nguyên nhân gặp nhiều nhất là M. pneumonia (41,8%), vi khuẩn Gram dương (19,9%) và vi khuẩn Gram âm (5,5%).

Bảng 9. Kết quả điều trị chung

Kết quả điều trị chung	Số bệnh nhân (n=146)	Tỷ lệ %
Khỏi	143	97,9
Xin ra viện	3	2,1
Chuyển viện	0	0
Chuyển khoa	0	0

Kết quả điều trị khỏi chiếm 97,9%, có 2,1% trẻ xin ra viện ngay sau khi nhập viện.

Bảng 10. Thời gian điều trị

Số ngày điều trị	Số bệnh nhân (n=146)	Tỷ lệ %
≤ 7 ngày	9	6,2
7 - < 14 ngày	130	91,7
≥ 14 ngày	7	4,8
Ngày điều trị trung bình: 9,6 ± 5,3 (ngày)		

Thời gian nằm viện trung bình là 9,6 ± 5,3 ngày. Phần lớn từ 7 - < 14 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Về thông tin chung của nhóm nghiên cứu độ tuổi trung bình là 46,8 ± 30,9 tháng tuổi, nhỏ nhất là 4 tháng tuổi và lớn nhất là 15 tuổi, nhóm trên 5 tuổi là hay gặp nhất, tương tự như nghiên cứu của Đào Minh Tuấn với lứa tuổi mắc bệnh từ 3 – 7 tuổi [5]. Nghiên cứu của Đinh Thị Yến tuổi mắc viêm phổi thùy trung bình là 55,8 ± 39,4 tháng tuổi [7], Lê Thị Hồng Hanh và CS (2013) trên 120 bệnh nhi viêm phổi thùy cho thấy tuổi mắc bệnh trung bình là 4,7 ± 2,9 tuổi, nhóm tuổi hay mắc viêm phổi thùy là 2 – 5 tuổi (58,3%) [3]. Tỷ lệ trẻ nam nhiều hơn nữ tương tự như của Lê Thị Hồng Hanh tỷ lệ viêm phổi thùy gặp nhiều ở trẻ trai hơn trẻ gái [3].

Về triệu chứng cơ năng có 93,1% trẻ có biểu hiện ho và 85,6% trẻ có sốt tương tự như tác giả Đào Minh Tuấn (79,4% ho và 75% sốt) [5], Lê Thị Hồng Hanh (100% ho và 94,2% sốt) [3], Đinh Thị Yến (93,7% ho và 98,4% sốt) [7]. Nghiên cứu Coley B với 96% trẻ sốt, 97% trẻ ho [10]. Biểu hiện đau ngực chiếm 10,9%, khó thở chiếm 21,9%, không gặp các tổn thương nào về tim mạch, thần kinh, chỉ có tổn thương đường tiêu hóa như đau bụng (5,4%) và rối loạn tiêu hóa (8,2%), kết quả này của chúng tôi ít hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh với các biểu hiện ở đường tiêu hóa ở trẻ em viêm phổi chiếm 18,8%[8].

Về triệu chứng thực thể nhịp thở nhanh so với tuổi gặp với tỷ lệ khá phổ biến 81,5%. Nghiên cứu của Đào Minh Tuấn cũng cho kết quả tương tự với biểu hiện thở nhanh hay gặp ở trẻ viêm phổi thùy với tỷ lệ 69,1%[5]. Nhiều nghiên cứu khác cũng ghi nhận thở nhanh có độ nhạy và độ đặc hiệu khá cao dao động từ 85 – 90%.Vì vậy, trong quá trình thăm khám, các bác sĩ cần thăm khám kỹ lưỡng và đặc biệt đếm nhịp thở của trẻ. Các triệu chứng như ran ở phổi chiếm 47,9%, co kéo cơ hô hấp chiếm 31,5%. Tỷ lệ này tương tự như nghiên cứu của Lê Thị Hồng Hanh [3], nghiên cứu của Đào Minh Tuấn [5] và nhiều nghiên cứu trên thế giới. Như vậy, có tới hơn 50% trường hợp trẻ bị viêm phổi tập trung không nghe thấy ran ở phổi, rất dễ bỏ sót nếu trẻ có hiểu hiện ho sốt mà không được chụp x quang ngực thẳng. Hội chứng đông đặc rất đặc trưng cho viêm phổi thùy ở người lớn nhưng đối với trẻ, hội chứng này rất khó phát hiện nghiên cứu của chúng tôi với 6,8% số trẻ có hội chứng đông đặc và phần lớn xuất hiện ở trẻ lớn. Tương tự như nghiên cứu của Lê Thị Hồng Hanh chỉ có 5,8% trẻ có hội chứng đông đặc [3], và trong nghiên cứu của Phạm Thu Hiền hội chứng đông đặc cũng ít gặp với tỷ lệ 12,7% [4].

Hình ảnh trên phim chụp xquang ngực thẳng cho thấy có tới 74,6% là những tổn thương tập trung không điển hình. Các vị trí tổn thương thùy phổi ghi nhận tổn thương đơn thuần 1 thùy phổi chiếm đa số (99,3%), phổi phải xuất hiện tổn thương nhiều hơn so với phổi trái (74,7% so với 24,6%). Trong đó tổn thương gặp nhiều nhất ở thùy trên phổi phải (34,2%), tiếp đó là thùy dưới phổi phải (18,6%), có 17,8% tổn thương xuất hiện ở thùy dưới phổi trái. Kết quả nghiên cứu cũng tương tự như nghiên cứu về viêm phổi thùy ở trẻ em của Đào Minh Tuấn cũng ghi nhận tổn thương xuất hiện chủ yếu ở 1 thùy của phổi (88,2%), trong đó tổn thương thường gặp nhất là thùy trên phổi phải (44,3%)[6]. Nghiên cứu về viêm phổi thùy ở trẻ em của Đinh Thị Yến cũng ghi nhận kết quả tương tự như của chúng tôi [7].

Số lượng bạch cầu trung bình là 15,2 ± 6,6 G/l, đa số trẻ viêm phổi tập trung có số lượng bạch cầu tăng trên 10 G/l (> 67%) phù hợp với nghiên cứu của Đào Minh Tuấn với tỷ lệ tăng bạch cầu trong viêm phổi tái diễn là > 80% [6]. Có khoảng 1/3 số trường hợp viêm phổi tập trung không tăng số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi. Coley B còn đưa ra kết luận rằng giá trị tăng bạch cầu không liên quan đến mức độ nặng của bệnh[10]. Sự gia tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính có giá trị hơn sự ra tăng số lượng bạch cầu trong việc phân biệt viêm phổi do vi khuẩn và virus [6]. Trong phân tích của chúng tôi tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng chiếm 60,3%, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đinh Thị Yến đa số trẻ có tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng (61,9%)[7]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn có tình trạng CRP tăng với giá trị CRP trung bình là 68,2 ± 38,9mg/l, CRP tăng ở mức vừa và cao (>20mg/l) chiếm 80,1%. Nghiên cứu của Coley B chứng minh rằng việc xét nghiệm CRP hàng ngày ở bệnh nhân viêm phổi nặng nhằm phát hiện những bệnh nhân có diễn biến xấu. Nghiên

cứu này cũng chỉ ra rằng những bệnh nhân có sự giảm nhanh nồng độ CRP có thể rút ngắn thời gian điều trị kháng sinh đồng thời hạn chế độc tính của thuốc [10].

Về căn nguyên vi khuẩn phân lập được có 38,4% trẻ mắc viêm phổi tập trung không tìm được căn nguyên. Có 61,6% trẻ viêm phổi tập trung tìm được căn nguyên gây bệnh. Theo y văn nguyên nhân gây viêm phổi tập trung thường gặp nhất là do S. pneumoniae, tuy nhiêu nghiên cứu của chúng tôi cho thấy M. pneumonia gặp nhiều hơn (41,8%), tiếp đó đến vi khuẩn Gram dương (S. pneumonia, S. aureus…) chiếm 19,9% và vi khuẩn Gram âm (H. influenza…) chiếm 5,5%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu gần đây như Lê Thị Hồng Hanh với nguyên nhân gây viêm phổi tập trung là M. pneumonia 36,7%, S. pneumoniae 18,3%, H.Influenza 7,5% [3]. Trần Quang Khải với tỷ lệ gây viêm phổi tập trung hay gặp nhất là do M. pneumonia 69,7%, S. pneumoniae 53,0%, H.Influenza 13,6% [2]. Có thể sự khác biệt này là do hiện nay chúng ta quan tâm nhiều đến M. pneumonia, vi khuẩn này thường được phát hiện bằng kỹ thuật PCR dịch tỵ hầu hoặc kháng thể IgM, IgG trong máu, năm nay cũng là năm gia tăng tình trạng nhiễm M. pneumonia, cũng có thể trẻ em ngày nay được tiêm vắc xin phòng S. pneumoniae nên tỷ lệ mắc bệnh do nhóm vi khuẩn này có thể giảm.

Về kết quả điều trị có 97,9% trẻ khỏi bệnh, có 2,1% trẻ xin ra viện ngay trong ngày nhập viện do gia đình muốn lên tuyến trên, không có trường hợp nào diễn biến nặng hoặc tử vong. Tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Bình năm 2020 kết quả cho thấy có 79,5% bệnh nhân được điều trị khỏi ra viện, 20,5% bệnh nhân được điều trị đỡ, thuyên giảm và được kê đơn về nhà điều trị tiếp, không có trường hợp bệnh nhân nào xuất hiện tình trạng nặng xin dừng điều trị hoặc tử vong [1]. Kết quả nghiên cứu của Đinh Thị Yến thấy có 80,4% bệnh nhân được điều trị khỏi ra viện, 12% bệnh nhân điều trị đỡ, thuyên giảm được ra viện điều trị ngoại trú, có tới 6,4% bệnh nhân xuất hiện tình trạng nặng thêm cần chuyển tuyến trên để điều trị [7].

Thời gian nằm viện trung bình là 9,6 ± 5,3 ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 23 ngày. Đa số trẻ có thời gian nằm viện ≤ 14 ngày (95,2%) tương tự như nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Yến với thời gian nằm viện trung bình là 13,2 ± 4,7 ngày [7], Trần Quang Khải là 13,1 ± 4,7 ngày [2]. Tuy nhiên nghiên cứu này lại thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh với thời gian nằm viện trung bình là 18,0 ± 2,7 ngày [8]. Có sự khác biệt như vậy có thể do tác giả Nguyễn Thị Vân Anh tiến hành nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân có tình trạng viêm phổi nặng nên số ngày nằm viện kéo dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi tập trung là bệnh lý khá phổ biến ở trẻ em, rất khó để chẩn đoán viêm phổi tập trung nếu chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng. Nên chụp x quang ngực thẳng với tất cả những trường hợp nghi ngờ để tránh bỏ sót. Tác nhân gây viêm phổi tập trung chủ yếu là M. pneumonia, H. Influenzae, S. pneumoniae. Vì vậy lựa chọn thuốc kháng sinh điều trị nên tập trung vào những căn nguyên này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thanh Bình** (2020), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi tập trung ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
2. **Trần Quang Khải**. Đặc điểm bệnh viêm phổi tập trung ở trẻ em từ 2 tháng – 15 tuổi tại khoa Nội tổng quát 2 bệnh viên nhi đồng 1. Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Dược Hồ Chí Minh. 2016.
3. **Lê Thị Hồng Hanh, Nguyễn Thị Ngọc Trân, Đặng Mai Liên, et al**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính nhạy cảm với kháng sinh của vi khuẩn trong viêm phổi thùy ở trẻ em. Tạp chí Y học Việt Nam. 2013;411(2):53-59.
4. **Phạm Thu Hiền**. Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng viêm phổi không điển hình do vi khuẩn ở trẻ em. Luận văn tiến sĩ y học Viện vệ sinh dịch tễ trung ương. 2014.
5. **Đào Minh Tuấn**. Nghiên cứa biểu hiện lâm sàng và căn nguyên viêm phổi thùy ở trẻ em. Tạp chí y học quân sự. 2011;5:34-38.
6. **Đào Minh Tuấn**. Nghiên cứu các căn nguyên gây viêm phổi và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi ở trẻ em từ 1 tháng đến 15 tuổi tại khoa Hô hấp bệnh viện nhi Trung ương. Tạp chí y học Việt Nam. 2013;10(2):14 - 20.
7. **Đinh Thị Yến**. Lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị 63 trường hợp viêm phổi thùy tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng. Tạp chí Nhi khoa. 2015;8(6):23 – 29.
8. **Nguyễn Thị Vân Anh**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae ở trẻ em trên 1 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện Trường đại học y Hà Nội. 2011
9. **Liu L, Oza S, Hogan D, et al**. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet. 2016;388(10063):3027-3035.
10. **Coley B.** Community-acquired Pneumonia and Bronchiolitis in Childhood Caffey's Pediatric Diagnostic Imaging, 12th edition, Cincinnati Children's Hospital Medical Center. 2014;371-381.