

CHARACTERISTICS OF GLOBAL PNEUMONIA AT THE RESPIRATORY DEPARTMENT 1 IN CHILDREN'S HOSPITAL 2

Lai Le Hung, Le Thi Thanh Thuy, Le Thi Thanh Thao, Nguyen Tan Thien, Nguyen Hoang Phong*

Children's Hospital 2 -14 Ly Tu Trong, Sai Gon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 11/08/2025

Revised: 25/08/2025; Accepted: 24/09/2025

ABSTRACT

Objectives: A survey of the clinical characteristics, paraclinical findings, microbial agents, complications, and the treatment outcomes of the lobar pneumonia at the Respiratory Department 1 in Children's Hospital 2.

Method: A prospective case series report study.

Results: One hundred- thirty one (131) patients were described. The median age of onset was 5 years. Among the patients with global pneumonia, 96.9 % had completed the full Hib vaccination schedule, while 71% had not completed the pneumococcal vaccination. Most patients had normal white blood cell counts and neutrophil percentages in peripheral blood for their age. Elevated CRP levels (>20mg/dl) were found in 61.8% of global pneumonia cases. On chest X-rays, right lower lobe pneumonia was the most commonly observed. The bacterial causes of global pneumonia isolated through nasopharyngeal cultures had a low positive rate of 12.2%, with *S. aureus* being the most commonly identified organism. Other bacteria included *H. influenzae* and *S. pneumoniae*. Complications were present in 15.3% of global pneumonia cases, most commonly respiratory failure and sepsis, followed by lung consolidation, pleural empyema and necrosis. A total of 60.5% of cases responded to initial antibiotic treatment, while 39.5% did not respond and required either a change or addition of antibiotics. Among these, Levofloxacin was the most frequently substituted antibiotic (62.2%), which correlated with a 66.4% positive rate for IgM serology diagnostic for *Mycoplasma pneumoniae*.

Conclusion: Lobar pneumonia is a condition that can cause severe complications, with the leading bacterial pathogens being *Staphylococcus aureus* and *Streptococcus pneumoniae*. Therefore, initial antibiotic treatment for lobar pneumonia should cover both of these pathogens.

Keywords: Global pneumonia.

*Corresponding author

Email: nguyenhoangphong@gmail.com **Phone:** (+84) 903833321 **https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3323**

ĐẶC ĐIỂM VIÊM PHỔI THÙY TẠI KHOA HÔ HẤP 1 BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Lại Lê Hưng, Lê Thị Thanh Thùy, Lê Thị Thanh Thảo, Nguyễn Tấn Thiện, Nguyễn Hoàng Phong*

Bệnh viện Nhi Đồng 2 -14 Lý Tự Trọng, P. Sài Gòn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/08/2025

Chỉnh sửa ngày: 25/08/2025; Ngày duyệt đăng: 24/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tác nhân vi sinh, biến chứng, kết quả điều trị của viêm phổi thùy tại khoa Hô hấp 1, bệnh viện Nhi đồng 2.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca.

Kết quả: Có 131 ca được mô tả. Tuổi mắc bệnh trung vị là 5 tuổi. Triệu chứng thường gặp nhất là ho và sốt. 96,9% bệnh nhân viêm phổi thùy đã chích ngừa đủ vắc xin Hib, 71% bệnh nhân viêm phổi thùy không chích ngừa đủ vắc xin phế cầu. Hầu hết bệnh nhân có số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu trung tính trong máu ngoại vi bình thường theo tuổi. 61,8% bệnh nhân viêm phổi thùy có tăng CRP > 20mg/dl. Trên Xquang ngực thẳng viêm phổi thùy dưới phổi phải thường gặp nhất. Nguyên nhân vi khuẩn gây viêm phổi thùy phân lập qua cấy dịch tỵ hầu tỉ lệ dương tính thấp 12,2% trong đó gặp chủ yếu tụ cầu, ngoài ra còn gặp một số vi khuẩn khác như *Hemophilus influenzae*, phế cầu. Bệnh nhân viêm phổi thùy có biến chứng chiếm tỉ lệ là 15,3%, trong đó biến chứng thường gặp suy hô hấp, nhiễm trùng huyết, sau đó viêm xẹp phổi, tràn mủ màng phổi và hoại tử. 60,5% bệnh nhân đáp ứng với kháng sinh ban đầu, 39,5% bệnh nhân không đáp ứng phải thay đổi hoặc thêm kháng sinh, trong đó Levofloxacin được đổi nhiều nhất 62,2% tương đương huyết thanh chẩn đoán IgM *Mycoplasma pneumoniae* dương tính 66,4%.

Kết luận: Viêm phổi thùy là bệnh lý gây nhiều biến chứng nặng nề, với tác nhân vi khuẩn hàng đầu là *S.aureus* và *S.pneumoniae* vì vậy kháng sinh ban đầu điều trị viêm phổi thùy nên phủ được hai tác nhân này.

Từ khóa: Viêm phổi thùy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh lý hô hấp thường gặp ở trẻ em, trong đó viêm phổi thùy do *Streptococcus pneumoniae* chiếm tỉ lệ cao. Bệnh thường khu trú ở một thùy phổi nhưng có thể lan rộng và gây biến chứng như viêm mủ màng phổi hoặc màng tim, đặc biệt nguy hiểm ở trẻ dưới 1 tuổi và trẻ suy dinh dưỡng [1]. Năm 2015, ước tính có 900.000 trẻ dưới 5 tuổi tử vong vì viêm phổi, chủ yếu ở các nước thu nhập thấp, với tỉ lệ tăng nhanh ở khu vực Đông Nam Á[2].

Viêm phổi thùy có biểu hiện và đáp ứng điều trị khác với các thể viêm phổi khác. Nhiều trường hợp kháng kháng sinh thường quy, đòi hỏi thay đổi phác đồ nhiều lần. Tại Việt Nam, nghiên cứu cho thấy bệnh chủ yếu gặp ở trẻ 3-7 tuổi, với các tác nhân phổ biến là *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae* và *S. Aureus*[3].

Gần đây, tại Khoa Hô hấp 1 – Bệnh viện Nhi Đồng

2, ghi nhận nhiều trường hợp viêm phổi thùy nặng, đáp ứng điều trị kém và có biến chứng. Do đó, cần nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị các trường hợp viêm phổi thùy tại đơn vị.

2. ĐỐI TƯỢNG- PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hồi cứu một loạt ca bệnh.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi từ 2 tháng tuổi đến 15 tuổi được chẩn đoán viêm phổi thùy và điều trị nội trú tại khoa Hô hấp 1 bệnh viện Nhi đồng 2

2.3. Cỡ mẫu: Lấy trọn.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenhoangphong@gmail.com Điện thoại: (+84) 903833321 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3323>

2.4. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi thùy và điều trị nội trú tại khoa Hô hấp 1 bệnh viện Nhi đồng 2 từ tháng 5/2023 - tháng 12/2023 đáp ứng 3 tiêu chí:

+ Tuổi: 2 tháng - 15 tuổi.

+ Triệu chứng lâm sàng: Ho, khó thở, thở nhanh theo tuổi $\pm$ rút ngực. Thở nhanh theo độ tuổi theo WHO: 2 -<12 tháng: nhịp thở ≥ 50 lần/phút; 12 tháng- <5 tuổi: nhịp thở ≥ 40 lần/phút; và ≥ 5 tuổi: nhịp thở ≥ 30 lần/phút.

+ Hình ảnh X-quang ngực: Một hình ảnh điển hình của viêm phổi thùy (hình ảnh mờ tương đối đồng nhất chiếm một thùy hoặc thùy phổi và có hình ảnh đường thở phế quản bên trong) hoặc không điển hình (mờ bóng mờ có hình tròn tại một khu vực của phổi, kích thước khoảng 3-4 cm, rìa trong, không có nốt vôi hóa)..

2.5. Tiêu chuẩn loại trừ

Gia đình từ chối tham gia nghiên cứu.

Viêm phổi thùy bệnh viện.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Chúng tôi sử dụng bảng câu hỏi soạn sẵn để thu thập các thông tin về tiền sử, bệnh sử và thăm khám lâm sàng. Mỗi bệnh nhi được theo dõi đầy đủ trong suốt thời gian nằm viện. Mẫu dịch hút mũi sau (NTA) được lấy bởi bác sĩ hoặc điều dưỡng theo kỹ thuật chuẩn

Dữ liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Excel, xử lý bằng SPSS 20.0. Biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu phân phối không chuẩn. Biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. So sánh giữa các biến định tính sử dụng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher's exact test khi giá trị kỳ vọng < 5 . Kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 05/2023- tháng 12/2023, có 131 bệnh nhân viêm phổi thùy thỏa tiêu chuẩn của nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm dịch tễ học

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

	Tần số	%
<12, tháng	3	2,3%
12-35 tháng	17	13%
36-84 tháng	67	51,1%
>84 tháng	44	33,6%

Nhận xét: Tuổi trung vị là 5 tuổi (4–8 tuổi), nhỏ nhất 7 tháng, lớn nhất 14 tuổi. Trẻ từ 36–84 tháng chiếm 51,1%, >84 tháng chiếm 33,6%, dưới 36 tháng chỉ 15,3% ($p < 0,001$). Tỉ lệ nam/nữ là 1,1/1, không có khác biệt thống kê. Đa số bệnh nhân đến từ Đông Nam Bộ (58%), TP.HCM (29,8%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng:

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Khò khè	25	19,1
Sốt	121	92,4
Sốt cao $>38,5^{\circ}\text{C}$	101	77,1
Ho	130	99,2
Chảy mũi	20	15,3
Ban da	5	3,8
Đau đầu	9	6,9
Đau bụng	5	3,8
Tiêu chảy	31	23,7
Thở nhanh	50	38,2
Thở co lõm ngực	57	43,5
Thở co kéo cơ hô hấp phụ	29	22,1
Phập phồng cánh mũi	3	2,3
Ran ẩm	98	61,6
Ran nổ	24	15,1
Ran ngáy	10	6,3
Giảm rì rào phế nang	22	16,8

Nhận xét: Thời gian từ khởi bệnh đến nhập viện trung vị là 6 ngày. Lý do nhập viện thường gặp là sốt kèm ho (42,7%), ho đơn thuần (31,3%) và sốt (24,4%). Các triệu chứng phổ biến gồm ho (97,4%), thở co lõm (94,7%), sốt (65,8%) và ran ngáy/ran ẩm (55,3%).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Huyết học- sinh hóa

Bảng 3. Đặc điểm huyết học, sinh hóa (n=131).

Cận lâm sàng	Trung vị (Khoảng tứ vị)
Bạch cầu ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	12,1 (10-13,6)
Neutrophil ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	3,5 (2,4-5,5)
CRP (mg/L)	1,8 (0,6-12,1)

Nhận xét: Số lượng bạch cầu trung vị là $9,18 \times 10^3/\mu\text{L}$ (6,7–12,1), phần lớn nằm trong giới hạn bình

thường (79,4%). Bạch cầu tăng ở 11,5% và giảm ở 9,2% bệnh nhân. Neutrophil tăng ở 16,8%, trung vị là $5,3 \times 10^3/\mu\text{L}$ (3,6–7,6). CRP huyết thanh có trung vị là 31 mg/L (12–78), trong đó 61,8% bệnh nhân có CRP > 20 mg/L.

3.4. Hình ảnh học

X-quang ngực

Bảng 4. Đặc điểm X-quang ngực (n=131)

Vị trí viêm phổi thùy		Tần số	%
Phổi Phải	Trên	35	26,7
	Giữa	14	10,7
	Dưới	41	31,1
Phổi Trái	Trên	9	6,9
	Dưới	31	23,7
2 thùy 2 bên phổi		1	0,8

Nhận xét: Viêm phổi thùy dưới phổi phải thường gặp nhất chiếm tỉ lệ 31,1%, tiếp đến là thùy trên phổi trái chiếm tỉ lệ 26,7% và thùy dưới phổi trái chiếm tỉ lệ là 23,7%.

Siêu âm màng phổi

Bảng 5. Đặc điểm siêu âm màng phổi (n=131)

Đặc điểm tổn thương	Tần số	%
Đông đặc nhu mô phổi	68	51,9
Tràn dịch màng phổi + đông đặc nhu mô phổi	28	27,1
Tràn dịch	2	1,5
Hoại tử	1	1
Bình thường	4	3,9

Nhận xét: 51,9% siêu âm màng phổi có hình ảnh đông đặc nhu mô phổi, 27,1% có hình ảnh tràn dịch màng phổi kết hợp với đông đặc nhu mô phổi.

3.5. Đặc điểm vi sinh

Bảng 6. Đặc điểm cấy NTA (n=131).

	Tần số	%
Dương tính	16	12,2
Âm tính	115	87,8
Dương tính (n=16)		
Phế cầu	2	12,5
<i>S.aureus</i>	6	37,5
<i>H. influenzae</i>	4	25
<i>A.baumannii</i>	1	6,25

	Tần số	%
<i>H.parainfluenzae</i>	1	6,25
<i>P. aeruginosae</i>	2	12,5

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ cấy dịch hút mũi sau (NTA) dương tính là 12,2%. 16 trường hợp dương tính, *Staphylococcus aureus* là tác nhân chiếm tỉ lệ cao nhất (37,5%), tiếp theo là *Haemophilus influenzae* (25%) và *Streptococcus pneumoniae* (12,5%). Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các tác nhân không đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cấy máu được thực hiện trên 34/131 bệnh nhân, với tỉ lệ dương tính là 8,8%. Trong đó, *S. aureus* và *S. pneumoniae* là hai tác nhân phân lập chủ yếu, lần lượt chiếm 66,7% và 33,3%. Tất cả bệnh nhân đều được thực hiện xét nghiệm huyết thanh IgM *Mycoplasma pneumoniae*, trong đó có 66,4% trường hợp dương tính.

3.6. Đặc điểm biến chứng

Bảng 7. Đặc điểm biến chứng

	Tần số	%
Không	111	84,7
Có	20	15,3
Tràn mủ màng phổi	2	10
Nhiễm trùng huyết	3	15
Suy hô hấp	12	60
Hoại tử	1	5
Viêm xẹp	2	10

Nhận xét: Có 20/131 bệnh nhân viêm phổi thùy có biến chứng chiếm tỷ lệ là 15,3%, trong đó biến chứng suy hô hấp chiếm tỉ lệ cao nhất là 60%, nhiễm trùng huyết 15%, viêm xẹp phổi 10%, tràn mủ màng phổi 10% và hoại tử là 5%.

3.7. Đặc điểm điều trị

Hỗ trợ hô hấp

Bảng 8. Đặc điểm hỗ trợ hô hấp

		Tần số	%
Oxy		12	9,1
Không		119	90,9
Số ngày thở	Dài nhất	10	3 (1,36-4)
	Ngắn nhất	1	

Nhận xét: Có 9,1% bệnh nhi viêm phổi thùy có biến chứng suy hô hấp cần hỗ trợ oxy, thời gian thở oxy ngắn nhất là một ngày, dài nhất là 10 ngày, trung vị 3 ngày (1,36-4).

Điều trị**Bảng 9. Đặc điểm kháng sinh sử dụng ban đầu và đáp ứng sau điều trị**

Phác đồ	Số ca (%)	Đáp ứng (%)	Không đáp ứng (%)
Ceftriaxone	9 (6,9)	4 (3,1)	5 (3,8)
Ceftriaxone + Azithromycin	52 (39,7)	32 (24,4)	20 (15,3)
Ceftriaxone + Clarithromycin	52 (39,7)	36 (27,5)	16 (12,2)
Ceftriaxone + Amikacin + Clarithromycin	8 (6,1)	4 (3,1)	4 (3,1)
Ceftriaxone + Amikacin + Azithromycin	2 (1,5)	1 (0,8)	1 (0,8)
Ceftriaxone + Amikacin	1 (0,8)	0	1 (0,8)
Ceftriaxone + Vancomycin + Azithromycin	3 (2,3)	1 (0,8)	2 (1,5)
Ceftriaxone + Vancomycin + Clarithromycin	2 (1,5)	0	2 (1,5)
Ceftriaxone + Vancomycin + Amikacin + Azithromycin	2 (1,5)	1 (0,8)	1 (0,8)

Nhận xét: Có 39,7% bệnh nhân viêm phổi thùy sử dụng kháng sinh ban đầu là Ceftriaxone + Azithromycin, 39,7% bệnh nhân sử dụng kháng sinh ban đầu là Ceftriaxone + Clarithromycin, 6,9% kháng sinh ban đầu đơn thuần Ceftriaxone. Trong đó, 60,5% bệnh nhi viêm phổi thùy đáp ứng với kháng sinh ban đầu, 39,5% không đáp ứng, trong đó Ceftriaxone + Azithromycin 15,3%, Ceftriaxone + Clarithromycin 12,2%.

4. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm dân số học**

Tuổi trung vị của bệnh nhân là 5 tuổi (IQR: 4–8), với nhóm tuổi 36–84 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất (51,1%), tiếp theo là >84 tháng (33,6%), 12–36 tháng (13%) và <12 tháng (2,3%). Phân bố độ tuổi này tương đồng với các nghiên cứu trong nước như của Trần Quang Khải [3], Đinh Thị Yến [4] và Lê Thị Hồng Hanh [5], đều cho thấy viêm phổi thùy thường gặp ở trẻ từ 3 đến 7 tuổi, trái ngược với đặc điểm của viêm phổi cộng đồng – thường gặp ở trẻ <3 tuổi, đặc biệt là nhóm

<12 tháng tuổi.

Tỉ lệ trẻ nam mắc bệnh chiếm 52,7%, nữ 47,3%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Ho là triệu chứng nổi bật nhất, gặp ở 99,2% trường hợp, tiếp theo là sốt (92,4%) – trong đó 77,1% sốt $\geq 38,5^\circ\text{C}$, số ngày sốt trung vị là 6 ngày (IQR: 5–8). Khò khè gặp ở 19,1%. Một số triệu chứng ngoài hô hấp như tiêu chảy (23,7%), đau đầu (6,9%), ban da và đau bụng (đều 3,8%) cũng được ghi nhận.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đinh Thị Yến [4] (sốt 98,6%, ho 93,7%) và Trần Quang Khải [3] (ho 100%, sốt 95,5%). Tỉ lệ khò khè trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn (19,1%) so với Trần Quang Khải (44,8%) [3], nhưng tương đồng với Levine OS (24%) [6] và Pio A (25,3%) [7].

Ngoài ra, Liu và cộng sự [8] ghi nhận viêm phổi thùy do phế cầu ở trẻ em Trung Quốc thường có sốt kéo dài (8–50 ngày), ho, khó thở, ran ẩm và khò khè. Tác giả đề xuất nên xem xét viêm phổi do *M. pneumoniae* khi sốt kéo dài >10 ngày, CRP >40 mg/dL và có hình ảnh tổn thương thùy phổi lan rộng trên X-quang.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng**Xét nghiệm huyết học, sinh hoá, Xquang ngực**

Trong nghiên cứu đa phần bệnh nhân viêm phổi thùy có bạch cầu ngoại vi trong giới hạn bình thường (79,4%), với trung vị là 9,18 K/ μL (IQR: 6,7–12,1). Tỉ lệ tăng và giảm bạch cầu lần lượt là 11,5% và 9,2%. Về tỉ lệ bạch cầu trung tính, 80,9% ở mức bình thường theo tuổi, 16,8% tăng và chỉ 0,8% giảm. Những kết quả này khác biệt đáng kể với nhiều nghiên cứu trước đây như của Đinh Thị Yến (bạch cầu trung bình 13,06 K/ μL , neutrophil tăng 87,3%) hay Lin CJ [9] (bạch cầu trung bình >15 K/ μL ở cả nhóm biến chứng và không biến chứng). Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi việc nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu đã điều trị kháng sinh ngoại trú trước nhập viện, làm giảm phản ứng viêm ban đầu.

CRP trung vị là 31 mg/dL (IQR: 12–78), 61,8% bệnh nhân có CRP > 20 mg/dL. Kết quả tương đồng với Đinh Thị Yến [4] (CRP trung bình $32,59 \pm 11,26$ mg/dL), nhưng thấp hơn so với Lê Thị Hồng Hanh [5] (CRP trung bình 54,7 mg/dL) và nghiên cứu tại Đài Loan của Lin CJ [9]. Mặc dù CRP là chỉ dấu sinh học có độ nhạy cao trong nhiễm khuẩn, giá trị ngưỡng cắt tối ưu còn gây tranh cãi.

Tổn thương thùy dưới phổi phải chiếm ưu thế (31,1%), theo sau là thùy trên phổi trái (26,7%) và thùy dưới phổi trái (23,7%). Kết quả phù hợp với xu hướng tổn thương vùng thấp do lắng đọng dịch tiết và thông khí kém. Tuy nhiên, so với nghiên cứu của Trần Quang Khải [3] (thùy trên phải 38,8%) và Đinh Thị Yến [4] (phổi phải chiếm 81%), vị trí tổn thương

có phân bố khác nhau – có thể do sự khác biệt trong kỹ thuật đọc phim, độ tuổi bệnh nhân, hay yếu tố cơ địa.

Vì sinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều được cấy dịch hút tỵ hầu (NTA), với tỉ lệ dương tính là 12,2%. Ba tác nhân chủ yếu được phân lập gồm *Staphylococcus aureus* (37,5%), *Haemophilus influenzae* (25%) và *Streptococcus pneumoniae* (12,5%).

Tỉ lệ cấy NTA dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn đáng kể so với Đinh Thị Yến[4] (47,6%) – trong đó phế cầu là tác nhân chủ yếu (50%). Trong khi đó, nghiên cứu của Trần Quang Khải[3] cho thấy hiệu quả vượt trội của PCR: 97% mẫu NTA dương tính, với *Mycoplasma pneumoniae* chiếm tỉ lệ cao nhất (69,7%), kế đến là *S. pneumoniae*. Điều này củng cố vai trò của PCR trong chẩn đoán viêm phổi do vi khuẩn không điển hình, đặc biệt trong bối cảnh viêm phổi kháng kháng sinh ngày càng tăng.

Về huyết thanh chẩn đoán *Mycoplasma pneumoniae*, 66,4% bệnh nhân dương tính với IgM. Tuy nhiên, việc không thực hiện được xét nghiệm hiệu giá kháng thể kép hoặc PCR hạn chế độ chính xác trong chẩn đoán nhiễm khuẩn không điển hình. Nhiều nghiên cứu quốc tế và trong nước gần đây đã ghi nhận *M. pneumoniae* đang nổi lên như một trong những nguyên nhân hàng đầu gây viêm phổi thùy ở trẻ lớn, bên cạnh *S. pneumoniae* [3, 10].

4.4. Kết quả điều trị

Trong nghiên cứu này, 9,1% bệnh nhi viêm phổi thùy có biến chứng suy hô hấp cần hỗ trợ oxy, với thời gian thở oxy trung vị là 3 ngày (IQR: 1,36–4). Đây là tỉ lệ tương đối thấp, cho thấy đa phần bệnh nhân diễn tiến lâm sàng ổn định và đáp ứng tốt với điều trị ban đầu.

Về điều trị kháng sinh, 87% bệnh nhân được khởi trị bằng Ceftriaxone phối hợp Macrolide ± Amikacin, 7,7% dùng đơn trị liệu Ceftriaxone ± Amikacin và 5,3% được chỉ định Vancomycin ngay từ đầu. Cách chọn kháng sinh ban đầu trong nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Trần Quang Khải[3] tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, với tỉ lệ dùng Cephalosporin thế hệ 3 + Azithromycin cao (94,7%). Trong khi đó, nghiên cứu tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng của Đinh Thị Yến[4] có xu hướng sử dụng cephalosporin thế hệ 2 nhiều hơn. Khác biệt này phản ánh sự khác nhau về thực hành lâm sàng giữa các tuyến điều trị.

Tỉ lệ đáp ứng với kháng sinh ban đầu là 60,5%, tương đương với các nghiên cứu trong nước. 39,5% không đáp ứng, trong đó tỉ lệ thất bại cao hơn ở nhóm dùng Clarithromycin (15,3%) so với nhóm Azithromycin (16,1%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,367$). Trong số bệnh nhân cần thay

đổi kháng sinh, Levofloxacin là lựa chọn phổ biến nhất (62,2%), tương ứng với tỉ lệ cao bệnh nhân dương tính huyết thanh với *Mycoplasma pneumoniae* (66,4%). Có 53,4% được thay kháng sinh theo kháng sinh đồ hoặc tác nhân, trong khi 46,2% được thay theo kinh nghiệm, tuy nhiên tỉ lệ đáp ứng giữa hai nhóm không khác biệt rõ rệt ($p = 0,335$).

Khi phân tích cụ thể các tác nhân được phân lập từ cấy NTA, *S. aureus* có tỉ lệ đáp ứng điều trị ban đầu tốt hơn (66,7%), trong khi *H. influenzae* và *S. pneumoniae* có tỉ lệ không đáp ứng lần lượt là 75% và 50%.

So sánh với các nghiên cứu khác, Trần Quang Khải[3] ghi nhận 58,2% bệnh nhân đáp ứng điều trị ban đầu. Đáng chú ý, 100% bệnh nhân được thay kháng sinh theo tác nhân (sau PCR NTA) đều đáp ứng tốt. Ngược lại, trong nhóm thay kháng sinh theo kinh nghiệm, tỉ lệ thất bại cao hơn, cho thấy vai trò quan trọng của xét nghiệm xác định căn nguyên trong điều trị kháng sinh hợp lý.

Kết quả điều trị trong nghiên cứu rất khả quan: tất cả bệnh nhân đều hồi phục hoàn toàn, không ghi nhận tử vong. Thời gian nằm viện trung vị là 11 ngày (IQR: 9–16), thời gian dùng kháng sinh trung bình lần đầu là 9 ngày và lần hai là 8,5 ngày. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Quang Khải[3] (trung bình $13,1 \pm 4,65$ ngày) và Đinh Thị Yến[4] ($13,2 \pm 4,65$ ngày). Cả ba nghiên cứu đều ghi nhận tỉ lệ hồi phục >90% và không có tử vong trong nhóm nghiên cứu nội viện.

Ngoài ra, các nghiên cứu quốc tế như của Lin CJ[9] cũng cho thấy thời gian điều trị ở nhóm biến chứng kéo dài hơn (14–55 ngày), nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi sát và điều chỉnh điều trị sớm nếu không đáp ứng.

Tổng thể, việc lựa chọn kháng sinh ban đầu hợp lý và theo dõi lâm sàng chặt chẽ đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát viêm phổi thùy, đặc biệt trong bối cảnh tỷ lệ *Mycoplasma pneumoniae* ngày càng tăng và vấn đề đề kháng macrolide vẫn còn gây tranh cãi.

4.5. Biến chứng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 15,3% bệnh nhi viêm phổi thùy gặp biến chứng, trong đó suy hô hấp chiếm tỉ lệ cao nhất (60%), theo sau là nhiễm trùng huyết (15%), viêm xẹp phổi và tràn mủ màng phổi (mỗi loại 10%), và hoại tử nhu mô phổi chiếm 5%. Tỉ lệ này phản ánh tính chất nặng nề của một số thể viêm phổi thùy, đặc biệt khi không được chẩn đoán và xử trí kịp thời.

Trong một nghiên cứu đa trung tâm tại Bắc Mỹ trên 122 bệnh nhân của Iannini PB[11], tỉ lệ tử vong tại bệnh viện do viêm phổi thùy là 5,7%, trong đó phần lớn liên quan đến nhiễm khuẩn huyết và thất bại điều trị do kháng kháng sinh macrolide. Kết quả này

nhấn mạnh vai trò của đánh giá nhạy cảm kháng sinh trong điều trị sớm và đúng hướng.

Tại Trung Quốc, Liu JR[8] ghi nhận đa phần trẻ viêm phổi thùy hồi phục hoàn toàn. Tuy nhiên, cần lưu ý nhóm bệnh nhân nhiễm *Mycoplasma pneumoniae* thường có đáp ứng lâm sàng chậm và dễ kéo dài. Tác giả khuyến cáo cần theo dõi chặt các chỉ số viêm, chụp X-quang hoặc CT ngực nếu cần, để đánh giá diễn tiến và chỉ định điều trị phù hợp.

5. KẾT LUẬN

Viêm phổi thùy là bệnh lý gây nhiều biến chứng nặng nề, với tác nhân vi khuẩn hàng đầu là *S. aureus* và *S. pneumoniae* vì vậy kháng sinh ban đầu điều trị viêm phổi thùy nên phủ được hai tác nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bao F, Qu JX, Liu ZJ, Qin XG, Cao B (2013). The clinical characteristics, treatment and outcome of macrolide-resistant *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia in children]. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*;36(10):756-61.
- [2] McAllister DA, Liu L, Shi T, Chu Y, Reed C, Burrows J, et al (2019). Global, regional, and national estimates of pneumonia morbidity and mortality in children younger than 5 years between 2000 and 2015: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*;7(1):e47-e57.
- [3] Tran KQ, Pham VH, Nguyen PM, Tran HD, Lu HQ, La VG, et al (2020). Lobar pneumonia and bacterial pathogens in Vietnamese children. *Curr Pediatr Res*;24(7):247-53.
- [4] Đinh TY (2015). Lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị 63 trường hợp viêm phổi thùy tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. *Tap Chi Nhi Khoa*;8(6):23-9.
- [5] Lê THH, Nguyễn TNT (2013). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính nhạy cảm với kháng sinh trong viêm phổi thùy ở trẻ em. *Tap Chi Y Hoc Viet Nam*;411(2):53-9.
- [6] Levine OS, O'Brien KL, Deloria-Knoll M (2012). The Pneumonia etiology research for child health project: a 21st century childhood pneumonia etiology study. *Clin Infect Dis*. ;54(Suppl 2):S93-s101.
- [7] Pio A, Kirkwood BR, Gove S (2010). Avoiding hypothermia, an intervention to prevent morbidity and mortality from pneumonia in young children. *Pediatr Infect Dis J*;29:153-9.
- [8] Liu JR (2012). Clinical analysis of 20 cases with streptococcus pneumoniae necrotizing pneumonia in China. *Zhonghua Er Ke Za Zhi*;50(6):431-4.
- [9] Lin Chao-Jen CP-YHF-L, et al (2006). Radiographic, clinical, and prognostic features of complicated and uncomplicated community-acquired lobar pneumonia in children. *Journal of microbiology, immunology, and infection*;39(6):489-95.
- [10] Đào Minh T (2011). Nghiên cứu biểu hiện lâm sàng và căn nguyên viêm phổi thùy ở trẻ em. *Tap chí Y học quân sự* (5):34-8.
- [11] Iannini PB (2007). A case series of macrolide treatment failures in community acquired pneumonia. *J Chemother*;19(5):536-45.

