

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM PHỔI DO MICOPLASMA PNEUMONIAE Ở TRẺ EM VÀO ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TUYÊN QUANG TỪ THÁNG 4/2024 ĐẾN THÁNG 9/2024

Đỗ Thị Thu Giang^{1*}, Hồ Phương Thúy¹,
Phạm Đỗ Thục Anh², Trịnh Thị Huyền¹, Nguyễn Thị Thu Hương¹

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang

²Bệnh viện E

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* ở trẻ em vào điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang từ tháng 4/2024 đến tháng 9/2024.

Đối tượng: 230 bệnh nhân nhi được chẩn đoán viêm phổi do *M.pneumoniae* có độ tuổi ≤ 15 và được chẩn đoán viêm phổi do *Mycoplasma Pneumoniae* bằng ELISA: Xét nghiệm vi sinh tìm kháng thể kháng *Mycoplasma* (IgM *Mycoplasma pneumonia* dương tính) trong dịch tỵ hầu, dịch nội khí quản, dịch màng phổi dương tính.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Tuổi mắc bệnh trung bình $3,9 \pm 2,6$ tuổi, trong đó nam chiếm 52,6%. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là ho với 214/230 trường hợp (chiếm 93%). Triệu chứng trên X-quang thường gặp nhất là tổn thương phổi lan tỏa 2 bên 138/230 bệnh nhi chiếm 60%.

Từ khóa: Viêm phổi, *M.pneumoniae*, trẻ em

DESCRIPTION OF CLINICAL AND PARACLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PNEUMONIA CAUSED BY M. PNEUMONIAE IN CHILDREN TREATED AT TUYEN QUANG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL FROM APRIL 2024 TO SEPTEMBER 2024

Do Thi Thu Giang^{1*}, Ho Phuong Thuy¹,
Pham Do Thuc Anh², Trinh Thi Huyen¹, Nguyen Thi Thu Huong¹

¹Tuyen Quang Provincial General Hospital

²E Hospital

Objective: To describe the epidemiological, clinical, and paraclinical characteristics of pneumonia caused by *Mycoplasma pneumoniae* in pediatric patients admitted to Tuyen Quang General Hospital from April 2024 to September 2024.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 230 pediatric patients aged ≤ 15 years diagnosed with *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia. Diagnosis was confirmed by ELISA testing for anti-*Mycoplasma pneumoniae* IgM antibodies detected in nasopharyngeal aspirates, endotracheal aspirates, or pleural fluid samples.

Nhận bài: 15-6-2025; Phản biện: 02-7-2025; Chấp nhận: 20-8-2025

Người chịu trách nhiệm: Đỗ Thị Thu Giang

Email: bsdogiang@gmail.com

Địa chỉ: Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang

Results: The mean age at diagnosis was 3.9 ± 2.6 years. Male patients accounted for 52.6% of cases. The most common clinical symptom was cough, observed in 214 out of 230 patients (93%). The most frequent radiographic finding was bilateral diffuse pulmonary infiltrates, detected in 138 out of 230 patients (60%).

Conclusion: Pneumonia due to *Mycoplasma pneumoniae* in children at Tuyen Quang General Hospital during the study period predominantly occurred in younger age groups, with typical clinical manifestation of cough and bilateral diffuse lung infiltrates on chest X-ray. ELISA testing played an essential role in the timely diagnosis and management of the disease.

Keywords: pneumonia, *M.pneumoniae*, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cho đến nay vẫn là nguyên nhân thường gặp, có tỉ lệ mắc và tử vong hàng đầu ở trẻ em dưới 5 tuổi. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm có khoảng 156 triệu ca mắc viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi trong đó có khoảng 20 triệu ca phải nhập viện. Tử vong do viêm phổi chiếm 19% trong tổng số tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi tại các nước phát triển [1]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Phạm Thu Hiền (2014) và Hà Thị Thanh Vân (2021), có tỉ lệ phát hiện tác nhân gây bệnh do *M.pneumoniae* lần lượt là 26,3% [2] và 66,7% [3]. Viêm phổi do *M. pneumoniae* có triệu chứng lâm sàng và hình ảnh X-quang phổi rất đa dạng, nếu không có kinh nghiệm sẽ dễ nhầm với viêm phổi do các nguyên nhân khác. Hơn nữa, do cấu tạo đặc biệt không có vách tế bào nên *M. pneumoniae* không chịu sự tác dụng của nhóm β -Lactam - nhóm kháng sinh thường được sử dụng trong điều trị viêm phổi ở trẻ em. Vì vậy, việc tiên lượng, chẩn đoán chính xác để được lựa chọn kháng sinh thích hợp sẽ mang lại lợi ích lớn cho bệnh nhân và gia đình của trẻ. Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang hàng năm tiếp nhận rất nhiều trẻ em mắc viêm phổi, viêm phổi kéo dài. Trong năm vừa qua có nhiều bệnh nhân vào viện và được chẩn đoán viêm phổi do *M.pneumoniae*. Việc tiếp cận chẩn đoán, điều trị viêm phổi do *M.pneumoniae* còn hạn chế do kỹ thuật nuôi cấy trước đây cho kết quả muộn, bệnh viện chưa thực hiện Polymerase Chain Reaction (PCR) dẫn đến nhiều bệnh nhân diễn biến nặng và nhiều biến chứng. Do đó, việc nhận biết được dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng trên thực tế sẽ có những hướng tiếp cận cho các bác sĩ tuyến cơ sở. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng

bệnh viêm phổi do *M.pneumoniae* khoa Nhi Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm các bệnh nhi ≤ 15 tuổi được chẩn đoán viêm phổi do *M.pneumoniae* vào điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang từ tháng 4/2024 đến tháng 9/2024.

2.2. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân ≤ 15 tuổi được chẩn đoán viêm phổi do *M.Pneumoniae*. Gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được xác định có viêm phổi và ELISA: Xét nghiệm vi sinh tìm kháng thể kháng *Mycoplasma* (IgM *Mycoplasma pneumoniae* dương tính) trong dịch tỵ hầu, dịch nội khí quản, dịch màng phổi dương tính.

2.3. Tiêu chuẩn loại ra khỏi đối tượng nghiên cứu

Trẻ viêm phổi mắc các bệnh khác theo như bệnh gan, thận, bệnh máu và các dị tật bẩm sinh nặng. Trẻ đã được điều trị bằng các thuốc có tác dụng lên hệ miễn dịch trước khi vào viện. Gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu:

- Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức xác định cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả.

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot \frac{p \cdot q}{d^2}$$

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần có.

α : Là mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$.

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số giới hạn tin cậy, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

$p = 0,93$ (Tỉ lệ bệnh nhi mắc viêm phổi do *M.pneumoniae* có triệu chứng ho theo nghiên cứu của Trịnh Thị Huyền)[4]. $q = 1 - p$, $d = 0,05$. Áp dụng công thức ta có cỡ mẫu $n = 100$ bệnh nhân. Trên thực tế chúng tôi thu thập được 230 bệnh nhân.

2.5. Xử lý số liệu nghiên cứu

Các số liệu được xử lý bằng phần mềm của chương trình SPSS 20.0. Sử dụng các test thống kê thích hợp cho các biến số chọn của nghiên cứu. Các thông số định lượng được thể hiện dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Các tần

suất được trình bày theo tỷ lệ %. Sử dụng test T để so sánh hai giá trị trung bình và test χ^2 so sánh hai tỷ lệ. Các thông số được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác. Kết quả nghiên cứu đảm bảo tính trung thực, phản ánh đúng thực trạng và sẽ phản hồi lại cho ngành y tế và cho bệnh viện khi kết thúc nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng của bệnh nhi mắc viêm phổi do *M.pneumoniae* tại khoa nhi bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang ($n = 230$)

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học bệnh nhi mắc viêm phổi do *M.pneumoniae*

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tuổi		
< 5 tuổi	183	42,1
5 – 9 tuổi	33	14,3
≥ 10 tuổi	14	6
Giới		
Nam	121	52,6
Nữ	109	47,4
Địa dư		
Thành thị	119	51,7
Nông thôn	111	48,3
Dân tộc		
Kinh	195	84,8
Dân tộc khác	35	15,2

Nhận xét: Trong tổng số 165 bệnh nhi có 47,4 % là trẻ nữ. Độ tuổi trung bình là $3,9 \pm 2,6$ tuổi, trong đó nhóm tuổi ≥ 5 có tỷ lệ cao nhất (42,1 %), tuổi nhỏ nhất là 6 tháng tuổi. Tỷ lệ bệnh nhi sống ở thành phố (51,7 %).

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhi mắc viêm phổi do *M.pneumoniae* ($n=230$)

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Ho	214	93
Sốt	190	82,6
Khò khè	56	24,3
Khó thở	45	19,6
Đau ngực	4	1,7

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có triệu chứng ho với 214/230 trường hợp (chiếm 93%). 82,6% bệnh nhân có triệu chứng sốt. Khò khè, khó thở chiếm tỷ lệ thấp tương ứng là 24,3% và 19,6%. Chỉ có 4/230 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 1,7%) có triệu chứng đau ngực.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể của viêm phổi do *M.pneumoniae* theo nhóm tuổi

		Tuổi		<5T (n = 183)		5T- 9T (n = 33)		≥ 10T (n = 14)		Tổng (n = 230)		p
		n	%	n	%	n	%	n	%			
Nhịp thở	Thở nhanh	42	22,9	11	33,3	0	0	53	23	0,314		
	Bình thường	141	77,1	22	66,7	14	100	177	76			
SpO ₂	≥95%	168	91,8	30	89,3	14	100	212	92,2	0,746		
	90 - 94%	15	8,1	3	10,7	0	0	18	7,8			
Nghe phổi	Giảm thông khí	15	8,1	5	15,2	4	28,6	24	10,1	0,662		
	Có ran tại phổi	165	90,1	27	81,8	11	78,6	203	88,2			

Nhận xét: Triệu chứng thực thể hay gặp nhất là SpO₂ ≥ 95% chiếm 92,2%, sau đó là có ran tại phổi (88,2%), thở nhanh chiếm 23%. Có sự khác nhau giữa các nhóm tuổi về tình trạng thở nhanh, nghe phổi có ran, SpO₂ không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 4. Triệu chứng ngoài phổi của viêm phổi do *M.pneumoniae* theo nhóm tuổi

		Tuổi		<5T (n = 183)		5T- 9T (n = 33)		≥ 10T (n = 14)		Tổng (n = 230)		p
		n	%	n	%	n	%	n	%			
Tim mạch	Nhịp nhanh	42	23,0	8	24,2	0	0	50	21,7	0,532		
	Bình thường	141	77,0	25	75,8	14	100	180	78,3			
Tiêu hóa	Nôn	26	14,2	1	3,1	0	0	27	11,7	0,556		
	Đau bụng	15	8,2	4	12,1	4	25,0	23	10,0			
	Tiêu chảy	24	13,1	6	18,1	0	0	30	13,0			
	Bình thường	118	64,5	22	66,7	10	75,0	150	78,3			

Nhận xét: Triệu chứng ở cơ quan tiêu hoá chiếm tỉ lệ cao nhất là 33,7%, tim mạch chiếm 12,7%. Sự khác biệt về các triệu chứng ngoài phổi này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhi mắc viêm phổi do *M.pneumoniae* tại khoa nhi bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang (n = 230)

Bảng 5. Vị trí tổn thương trên X-quang (n = 230)

Tổn thương	Lan tỏa 2 bên (n=128)	Khu trú (n = 92)				
		Phải (n = 64)			Trái (n = 28)	
		Trên	Giữa	Dưới	Trên	Dưới
Bệnh nhân	138	25	7	33	10	17
Tỷ lệ %	60.0	10.9	3.1	14.3	4.3	7.4
Đau ngực	4	1,7				

Nhận xét: 60% bệnh nhân có hình ảnh tổn thương X-quang lan tỏa 2 bên. Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương khu trú là 40%, trong đó có 64/92 bệnh nhân tổn thương khu trú bên phải, 28/92 bệnh nhân tổn thương khu trú bên trái.

Bảng 6. Đặc điểm xét nghiệm huyết học theo nhóm tuổi

Triệu chứng \ Tuổi		<5T (n = 183)		5T - 9T (n = 33)		≥ 10T (n = 14)		Tổng (n = 230)		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
WBC	Giảm	2	1,1	1	3,1	0	0	3	1,3	0,107
	Bình thường	60	32,8	18	54,5	10	75,0	88	38,2	
	Tăng	121	66,1	14	42,4	4	25,0	139	60,5	
	TB±SD	12,6 ± 5,4		11,5 ± 6,8		9,6 ± 4,0		12,3 ± 5,7		
RBC	Giảm	6	3,3	1	3	0	0	7	3,1	0,987
	Bình thường	170	92,8	31	94	14	100	215	93,4	
	Tăng	7	4,0	1	3	0	0	8	3,5	
	TB±SD	4,6 ± 0,5		4,8 ± 0,4		4,6 ± 0,5		4,6 ± 0,5		
HGB	Giảm	36	36,0	1	3,6	0	0	37	28,0	0,009
	Bình thường	63	63,0	27	96,4	4	100	94	71,2	
	Tăng	1	1,0	0	0	0	0	1	0,8	
	TB±SD	113,7±14,0		125,0±9,4		122,7±13,0		116,3±14,0		
PLT	Giảm	6	3,3	0	0	4	25,0	10	4,3	0,092
	Bình thường	150	82,0	27	81,8	10	75,0	187	81,3	
	Tăng	27	14,7	6	18,2	0	0	33	14,4	
	TB±SD	346,2±98,6		344,2±90,4		256±120,6		343±98,0		

Nhận xét: Bệnh nhi có dấu hiệu tăng số lượng bạch cầu, và tăng tiểu cầu với tỉ lệ lần lượt là 69,5%, và 14,4%. Số lượng hemoglobin giảm có tỉ lệ là 28,0%. Tỉ lệ tăng số lượng bạch cầu và giảm số lượng hemoglobin gặp nhiều ở nhóm tuổi từ 12 tháng đến dưới 5 tuổi với 66,1 % và 36,0%. Có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi về số lượng hemoglobin. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 7. Phân bố CRP theo nhóm tuổi

CRP \ Tuổi	<5T (n = 183)		5T- 9T (n = 33)		≥ 10T (n = 14)		Tổng (n = 230)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<6 mg/l	53	29,0	19	57,6	4	25,0	76	33,0	0,532
≥6 mg/l	130	71,0	14	42,4	10	75,0	154	67,0	
TB ± SD	21,8 ± 28,2		15,1 ± 25,9		25,7 ± 34,4		20,5 ± 27,8		

Nhận xét: Trong 230 bệnh nhi nhập viện. Trẻ có số lượng CRP ≥6 mg/l với tỉ lệ 67%. CRP <6 mg/l chiếm 33%. Nhóm tuổi từ 12 tháng đến dưới 5 tuổi và ≥10 tuổi có tỉ lệ CRP ≥6 mg/l chiếm tỉ lệ lần lượt là 71% và 75%. Nhóm trẻ từ 5 tuổi đến 9 tuổi có tỉ lệ CRP <6 mg/l chiếm phần lớn (57,6%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của trẻ em mắc viêm phổi do *M.pneumoniae*.

* Tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 230 trẻ nhập viện mắc viêm phổi do *M.pneumoniae* trẻ dưới 5 tuổi chiếm phần lớn (79,6%). Kết quả nghiên này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Hà Thị Thanh Vân (2021) có tỉ lệ trẻ mắc viêm phổi do *M.pneumoniae* chiếm tỉ lệ cao ở nhóm tuổi từ 1 - 5 tuổi (62,7%) [3]. Tương tự, kết quả nghiên cứu của tác giả Lu Y. (2018) tại Bệnh viện Nhi đồng Đại học Soochow trên 3358 mắc viêm phổi do vi khuẩn *Mycoplasma* cũng cho thấy trẻ < 5 chiếm 77,5% [5]. Lứa tuổi mắc viêm phổi do *M.pneumoniae* phần lớn trẻ dưới 5 tuổi của chúng tôi có sự tương đồng với nhiều nghiên cứu, chứng tỏ có sự liên quan giữa tỉ lệ mắc bệnh với khả năng đề kháng của trẻ. Khi trẻ lớn hơn, cơ quan hô hấp phát triển lớn hơn và hoàn thiện dần. Do đó, ở trẻ lớn tỉ lệ viêm phổi cũng giảm đi.

* Giới tính

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 121 trẻ nữ chiếm 52,6% và 109 trẻ nam chiếm 47,4%. Tỉ lệ nữ/ nam = 1,11/1. Điều này phù hợp với nghiên cứu khác trước đây tại Việt Nam của Phạm Thu Hiền (2014) viêm phổi do *M.pneumoniae* có tỉ lệ nam/nữ là 1,15/1 [2]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của Trần Thị Cườm và cộng sự năm 2018 tại bệnh viện Nhi Trung ương, tỉ lệ mắc viêm phổi do *M.pneumoniae* ở nam/nữ là 1,45/1 [6].

* Dân tộc

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn trẻ mắc viêm phổi là dân tộc Kinh là 84,8%, dân tộc khác chiếm 15,2%. Tỉ lệ dân tộc Kinh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn dân tộc thiểu số có thể là do vị trí địa lí của bệnh viện, nguồn bệnh nhân tập chung chủ yếu từ các phường trong thành phố và các huyện trong tỉnh.

* Địa dư

Trên 230 trẻ mắc viêm phổi được đưa vào nghiên cứu có 119 trẻ sống tại thành phố chiếm 51,7 % và 111 trẻ sống khu vực nông thôn chiếm tỉ lệ cao hơn với 48,3%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt nhiều giữa tỉ lệ mắc bệnh ở thành thị và nông thôn. Do vị trí của bệnh viện được đặt ở trung tâm thành phố xung quanh có các bệnh viện tuyến huyện nên bệnh nhân chủ yếu sẽ là người dân sống ở thành thị. Tuy nhiên là bệnh viện tuyến cuối của tỉnh nên cũng là nơi tiếp nhận bệnh nhân chuyển đến từ các huyện. Vì vậy không có sự chênh lệch quá nhiều về tỉ lệ mắc bệnh ở 2 nhóm đối tượng trên.

4.2 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ em mắc viêm phổi do *M.pneumoniae*.

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng

* Triệu chứng cơ năng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sốt, ho là các là triệu chứng hay nhất của viêm phổi do *M.pneumoniae* có 82,6% trẻ có triệu chứng sốt và 93% có triệu chứng ho. Kết quả nghiên cứu của tác giả Lee E. Nghiên cứu hồi cứu này tuyển 150 trẻ em nhập viện do viêm phổi *M.pneumoniae* trong khoảng thời gian từ tháng 5 năm 2019 đến tháng 2 năm 2020 cho ghi nhận sốt và ho chiếm tỉ lệ cao là 100% [7]. Tại Việt Nam, tác giả Trịnh Thị Huyền (2017) nghiên cứu trên 160 bệnh nhi từ 6 tháng - 15 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung cho kết quả 93,13% bệnh nhi bị ho, 82,50% bệnh nhi bị sốt [4]. Như vậy, ho và sốt là một trong những triệu chứng hay gặp nhất của bệnh lý đường hô hấp nói chung và viêm phổi nói riêng, trong đó có cả viêm phổi do *M.pneumoniae*. Vì vậy với tất cả các bệnh nhân dù có triệu chứng ho và sốt trên lâm sàng các bác sĩ cũng nên tầm soát viêm phổi do *Mycoplasma* để tránh bỏ sót chẩn đoán.

* Triệu chứng ngoài phổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng và bệnh kèm theo ngoài phổi ở bệnh nhi mắc viêm phổi do *M.pneumoniae* thì trẻ có nhịp tim nhanh chiếm 21,7%, dấu hiệu về đường tiêu hoá (nôn, đau bụng, tiêu chảy) chiếm 34,7%. Kết

quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với một số nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Theo tác giả Hà Thị Thanh Vân (2021), triệu chứng đường tiêu hóa nôn và tiêu chảy chiếm tỉ lệ 20,6% và 11,8% [3]. Tương tự, tác giả Del Valle-Mendoza J. (2017) ghi nhận nôn, đau bụng, tiêu chảy chiếm tỉ lệ lần lượt là: 31%, 25%, 17,71% [8]. Có thể thấy rằng, tổn thương ngoài phổi của viêm phổi do vi khuẩn *Mycoplasma* khá phong phú và đa dạng ở các hệ cơ quan. Vì vậy các bác sĩ lâm sàng cần thăm khám tổng quát tránh bỏ sót tổn thương để phát hiện sớm và kịp thời các biến chứng nguy hiểm có thể xảy ra

4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

* Hình ảnh Xquang

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hình ảnh tổn thương lan tỏa 2 bên chiếm tỉ lệ cao nhất là 60%, sau đó là khu trú thùy phổi chiếm 40%. Tổn thương khu trú thùy dưới phổi phải chiếm tỉ lệ cao nhất là 14,3%. Sau đó là thùy trên phổi phải (10,9%) và thùy dưới phổi trái là 7,4%.

Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước. Theo tác giả Hà Thị Thanh Vân (2021) cũng ghi nhận tổn thương trên X-quang hay gặp nhất trong viêm phổi do *M.pneumoniae* là mờ hai rốn phổi chiếm tỉ lệ 59,8%, tiếp theo đến tổn thương đồng đặc chiếm 27,5% [3]. Nghiên cứu của Trịnh Thị Huyền (2017) trên 160 bệnh nhi từ 6 tháng - 15 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả X-quang của bệnh nhân viêm phổi do *M.pneumoniae* giữa các nhóm tuổi. Trong đó, có 60% bệnh nhân có tổn thương Xquang lan tỏa, 40% tổn thương thùy, phân thùy. Trẻ dưới 5 tuổi có tổn thương Xquang là lan tỏa 2 bên chiếm ưu thế 69,75%. Trẻ em ≥ 5 tuổi, tổn thương thùy, phổi thùy chiếm ưu thế với 64,44%[4].

* CPR

Phần lớn trẻ nhập viện có chỉ số CRP ≥ 6 mg/l là 67%. Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu khác: Theo nghiên cứu của tác giả Lê Thị Hồng Hanh (2021) nghiên cứu 28 bệnh nhân viêm phổi do *M.pneumoniae* có mang gen kháng macrolid trong thời gian từ tháng 6 năm

2018 đến tháng 12 năm 2018 có CRP tăng (trị số trung bình 42 mg/l) trong 71,4% [9]. Theo Phạm Thu Hiền trẻ viêm phổi do *M.pneumoniae* có tăng CRP là 79,07%[2], Phạm Văn Hoà có 80/119 (67,2%) trẻ viêm phổi do *M.pneumoniae* tăng CRP và CRP trung bình $3,36 \pm 5,48$ mg/dL [10], Trần Thị Cườm có 52/63 (82,5%) trẻ viêm phổi nặng do *M.pneumoniae* tăng CRP [6]. Theo tác giả Izumikawa K. cho thấy trên 52 trẻ mắc viêm phổi do *M.pneumoniae* chỉ số bạch cầu và CRP đều tăng [11]. CRP được sử dụng để chẩn đoán tình trạng viêm nhiễm, nó góp phần định hướng khi cần quyết định có sử dụng kháng sinh hay không. CRP rất có giá trị trong chẩn đoán viêm phổi do vi khuẩn. CRP tăng cao nhất sau khi nhiễm khuẩn 48 giờ và giảm dần khi điều trị bằng kháng sinh có kết quả. Vì vậy nồng độ CRP rất phụ thuộc vào thời điểm làm xét nghiệm trong quá trình nhiễm bệnh. Nhưng hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy nồng độ CRP đều tăng trong viêm phổi do vi khuẩn không điển hình và là một tiêu chí để xem xét dùng kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Pneumonia in children. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>, 8 August 2023.
2. **Phạm Thu Hiền.** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng viêm phổi không điển hình do vi khuẩn trẻ em, Luận văn Tiến sỹ Y học, Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội 2014.
3. **Hà Thị Thanh Vân, Nguyễn Thị Yến.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi nhiễm chlamydia pneumoniae và mycoplasma pneumoniae ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương", Tạp chí Y học Việt Nam 2021;506(1):233 - 237.
4. **Trịnh Thị Huyền.** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi do *Mycoplasma Pneumoniae* tại Bệnh viện Nhi trung ương, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội 2017.
5. **Lu Y, Wang Y, Hao C et al.** Clinical characteristics of pneumonia caused by *Mycoplasma pneumoniae* in children

- of different ages. *Int J Clin Exp Pathol* 2018;11(2):855-861.
6. **Trần Thị Cườm**. Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng viêm phổi nặng do *Mycoplasma Pneumoniae* tại Bệnh viện Nhi trung ương, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội 2018.
7. **Lee E, Lee YY**. Risk factors for the development of post-infectious bronchiolitis obliterans after *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia in the era of increasing macrolide resistance. *Respiratory medicine* 2020;175:106209. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106209>
8. **Del Valle-Mendoza J, Orellana-Peralta F, Marcelo-Rodríguez A et al**. High Prevalence of *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydia pneumoniae* in Children with Acute Respiratory Infections from Lima, Peru. *PLoS One* 2017;12(1):787 - 790. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170787>
9. **Lê Thị Hồng Hanh, Đặng Mai Liên, Phùng Thị Bích Thủy**. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị bằng macrolid ở bệnh nhi viêm phổi do *mycoplasma pneumoniae* có gen kháng macrolid. *Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa* 2021.
10. **Phạm Văn Hòa**. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị viêm phổi do *mycoplasma pneumoniae* tại Bệnh viện Xanh Pôn. *Tạp chí Nhi Khoa* 2019;23(4):179 -184.
- Izumikawa K. Clinical Features of Severe or Fatal *Mycoplasma pneumoniae* Pneumonia. *Front Microbiol* 2016;7:800.
11. **Izumikawa K**. Clinical Features of Severe or Fatal *Mycoplasma pneumoniae* Pneumonia. *Front Microbiol* 2016;7:800.