

# THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI TÁI PHÁT TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Nguyễn Thị Minh Thảo<sup>1\*</sup>, Lê Thị Hồng Hạnh<sup>2</sup>, Phan Việt Hải<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi tái phát ở trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa Hô hấp, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và đề xuất giải pháp điều trị viêm phổi tái phát ở trẻ dưới 5 tuổi.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên bệnh nhi dưới 5 tuổi được viêm phổi tái phát điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 01/01/2024 đến 31/12/2024.

**Kết quả:** Nghiên cứu thu nhận 228 (4,8%) trường hợp viêm phổi tái phát trong tổng số 4876 ca nhập viện ở trẻ dưới 5 tuổi, chủ yếu ở trẻ dưới 36 tháng (89,9%). Có 70,6% trẻ mắc 2 đợt viêm phổi. Triệu chứng thường gặp là thở nhanh (100%), ho (100%), sốt (28,9%), rút lõm lồng ngực (18%), rale phổi (100%) và có biến chứng suy hô hấp (11%). Cận lâm sàng cho thấy có 76,3% trẻ tăng số lượng bạch cầu, 46,5% trẻ tăng CRP. Tổn thương chủ yếu trên phim Xquang ngực: rải rác nốt mờ (73,7%). Những vi khuẩn phân lập được ở trẻ viêm phổi tái phát là *Streptococcus pneumoniae* (13/42), *Haemophilus influenzae* (15/42), *Moraxella catarrhalis* (7/42) và *Mycoplasma pneumoniae* (7/42). Ngoài ra tỷ lệ nhiễm RSV khá cao (16,7%).

**Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi đã xác định được một số triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp ở trẻ mắc viêm phổi tái phát tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, qua đó góp phần cải thiện công tác chẩn đoán và điều trị viêm phổi tái phát ở trẻ em dưới 5 tuổi.

**Từ khóa:** Viêm phổi tái phát, Viêm phổi, Lâm sàng, Cận lâm sàng.

## CURRENT SITUATION AND TREATMENT STRATEGIES FOR RECURRENT PNEUMONIA IN CHILDREN AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Nguyen Thi Minh Thao<sup>1\*</sup>, Le Thi Hong Hanh<sup>2</sup>, Phan Viet Hai<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi

<sup>2</sup>Vietnam National Children's Hospital

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of recurrent pneumonia in children under five years of age at the Respiratory Department, Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital, and to propose treatment strategies for recurrent pneumonia in this population.

**Methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on pediatric patients under five years old diagnosed with recurrent pneumonia and treated at the Respiratory Department of Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from January 1, 2024, to December 31, 2024.

Nhận bài: 15-9-2025; Phản biện: 02-10-2025; Chấp nhận: 22-10-2025

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Minh Thảo

Email: nguyenminhthao94@gmail.com

Địa chỉ: Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

**Results:** A total of 228 cases of recurrent pneumonia were recorded, accounting for 4.8% of 4,876 hospital admissions among children under five years of age. The majority of cases occurred in children under 36 months (89.9%), and 70.6% of patients experienced two episodes of pneumonia. Common clinical manifestations included tachypnea (100%), cough (100%), fever (28.9%), chest retraction (18%), pulmonary rales (100%), and respiratory failure (11%). Laboratory findings revealed leukocytosis in 76.3% and elevated CRP in 46.5% of patients. Chest X-ray abnormalities were mainly scattered nodular opacities (73.7%). The most frequently isolated bacterial pathogens were *Streptococcus pneumoniae* (13/42), *Haemophilus influenzae* (15/42), *Moraxella catarrhalis* (7/42), and *Mycoplasma pneumoniae* (7/42). In addition, RSV infection was detected in 16.7% of cases.

**Conclusions:** This study identified the most common clinical and paraclinical features of recurrent pneumonia in children treated at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital, providing valuable insights for improving the diagnosis and management of recurrent pneumonia in children under five years of age.

**Keywords:** Recurrent pneumonia, Pneumonia, Clinical features, Paraclinical findings.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một trong những bệnh lý nhiễm trùng đường hô hấp dưới phổ biến và nghiêm trọng, đặc biệt ở trẻ em dưới 5 tuổi, khi hệ miễn dịch còn non yếu và dễ bị tấn công bởi các tác nhân vi sinh vật gây bệnh [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở nhóm tuổi này, chiếm khoảng 15% tổng số ca tử vong, tương đương hơn 800.000 trẻ mỗi năm [2]. Tại Việt Nam, viêm phổi vẫn là một gánh nặng lớn đối với hệ thống y tế, đặc biệt tại các vùng nông thôn, do các yếu tố như ô nhiễm, suy dinh dưỡng và lạm dụng kháng sinh. Viêm phổi tái phát là tình trạng trẻ bị từ hai đợt viêm phổi trong một năm hoặc ít nhất ba đợt viêm phổi trong suốt cuộc đời, với hình ảnh X-quang phổi hồi phục hoàn toàn giữa các đợt [3]. Nghiên cứu của Montella và cộng sự (2017) cho thấy, 7 - 11,4% trẻ nhập viện vì viêm phổi có diễn tiến tái phát [4]. Nghiên cứu của Hoàng Kim Lâm và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy, tỷ lệ viêm phổi tái phát chiếm 29,4% trong số các trường hợp viêm phổi nặng nhập viện tại khoa điều trị Hồi sức - Cấp cứu, với tỷ lệ biến chứng và tử vong cao, đặc biệt ở nhóm có bệnh lý nền [5]. Tuy nhiên, điều trị hiện nay vẫn chủ yếu dựa vào kinh nghiệm và sử dụng kháng sinh rộng rãi, chưa chú trọng tìm nguyên nhân sâu xa. Tại Nghệ An, nơi có khí hậu khắc nghiệt và ô nhiễm không khí cao, số trẻ viêm phổi tái phát ngày càng tăng. Trong bối cảnh đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Thực trạng

và giải pháp điều trị viêm phổi tái phát ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An" với 2 mục tiêu :

1. Mô tả thực trạng lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi tái phát ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2. Đề xuất giải pháp điều trị viêm phổi tái phát ở trẻ dưới 5 tuổi, phù hợp với điều kiện cơ sở vật chất và năng lực chuyên môn của bệnh viện.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Bệnh án bệnh nhân được chẩn đoán là viêm phổi tái phát, dưới 5 tuổi, được điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 01/01/2024 đến 31/12/2024.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu

Bệnh nhân dưới 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi dựa theo hướng dẫn của Bộ Y tế: Chẩn đoán viêm phổi và mức độ nặng (viêm phổi, viêm phổi nặng) ở trẻ em chủ yếu dựa vào lâm sàng.

Viêm phổi tái phát được định nghĩa theo tiêu chuẩn của Taha Özçelik [3] :

- Có  $\geq 2$  đợt viêm phổi trong khoảng thời gian 12 tháng hoặc  $\geq 3$  đợt trong suốt thời gian bất kì.

- Hình ảnh X quang tim phổi giữa các lần hoàn toàn bình thường.

Cha/mẹ bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Trẻ được chuyển qua cơ sở y tế khác hoặc bỏ điều trị.

Cha/mẹ bệnh nhân từ chối tham gia vào nghiên cứu.

### 2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: 1/1/2024 - 31/12/2024

Địa điểm: Khoa Hô hấp - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

### 2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện (mẫu toàn bộ): có 228 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

### 2.2.3. Các chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm chung: nhóm tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh trong năm 2024, tiền sử sản khoa, tuổi thai, cân nặng sau sinh, suy hô hấp sau sinh, tiền sử tiêm chủng, tiền sử thở máy, tiền sử dị ứng, số đợt mắc viêm phổi trong năm.

Đặc điểm lâm sàng: viêm long đường hô hấp, ho, sốt, thở nhanh, rale phổi, có biến chứng suy hô hấp, các bệnh lý kèm theo như thiếu máu, suy dinh dưỡng, trào ngược dạ dày thực quản, dị dạng đường hô hấp.

Đặc điểm cận lâm sàng: Máu (số lượng bạch cầu, bạch cầu trung tính, bạch cầu ưa acid, số lượng hemoglobin, CRP), Xquang tim phổi (phân bố kết quả theo nhóm tuổi và mô tả tổn thương), xét nghiệm vi sinh vật (phân lập vi khuẩn, virus gây bệnh)

Mức độ đề kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây viêm phổi tái phát.

### 2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Lọc danh sách các bệnh nhân viêm phổi tái phát tại phòng Công nghệ thông tin Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Sau đó tiến hành thu thập bệnh án của các bệnh nhân đó trên phần mềm Bệnh viện, lựa chọn sao chép các chỉ tiêu, tiêu chuẩn phù hợp từ bệnh án gốc sang bệnh án nghiên cứu.

Thông tin nghiên cứu được thu thập bằng “Bộ câu hỏi nghiên cứu” đã được thiết kế sẵn. Tất cả các biến nghiên cứu đều hiện diện trong nghiên cứu này.

Tiến hành thu thập các hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong giai đoạn từ 1/1/2024 đến 31/12/2024.

### 2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu: Toàn bộ mẫu bệnh án nghiên cứu được kiểm tra trước khi tiến hành nhập số liệu. Các số liệu sau khi thu thập được mã hóa theo mẫu thống nhất, nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0; Phân tích thống kê mô tả: biến định tính mô tả theo số lượng, tỷ lệ phần trăm; Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn dưới dạng  $X \pm SD$  với các biến có phân phối chuẩn và trung vị, tứ phân vị (IQR) 25 và 75 với phân phối không chuẩn; Thuật toán Chi-Square test, so sánh tỷ lệ; Phân tích đơn biến, đa biến.

### 2.2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua của Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội và được sự cho phép thực hiện của Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội. Các số liệu trong nghiên cứu trung thực, chính xác.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1.** Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung (N = 228)	Số lượng	Tỷ lệ %	
Nhóm tuổi (tháng)	<12	94	41,2 %
	12 - 36	111	48,7%
	36 - 60	23	10,1%
Tuổi trung bình (tháng)	16,75	13 (9,6)	1
Giới tính	Nam	149	65,4%
	Nữ	79	34,6%

**Nhận xét:** Nhóm tuổi dưới 36 tháng có tỷ lệ tái phát viêm phổi cao nhất với 89,9%, không có khác biệt nhiều giữa nhóm trẻ dưới 12 tháng và 12 - 36 tháng. Tỷ lệ mắc viêm phổi tái phát ở trẻ nam 65,4% cao hơn nữ 34,6%, tỷ lệ nam/nữ

(1,9/1). Trẻ đẻ mổ có tỷ lệ tái phát cao là 44,3%, trẻ đẻ non và cân nặng sau sinh thấp cũng có tỷ lệ tái phát tương đương 12,7% và 11%.

**Bảng 2.** Phân bố số đợt tái nhiễm viêm phổi theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi (tháng)	Số đợt tái nhiễm viêm phổi (n, %)		
	2	3 - 5	> 5
< 12	68 (29,8%)	26 (11,4%)	0
12 - 36	76 (33,3%)	35 (15,3%)	0
36 - 60	17 (7,5%)	6 (2,7%)	0
Tổng	161 (70,6%)	67 (29,4%)	

*Nhận xét:* Tỷ lệ trẻ bị viêm phổi tái phát có xu hướng cao hơn ở nhóm tuổi dưới 36 tháng, trong đó nhóm 12 - 36 tháng chiếm tỷ lệ lớn nhất. Tuy nhiên, sự khác biệt về số đợt tái nhiễm viêm phổi giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê ( $\chi^2 = 0,196$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,90$ ).

**Bảng 3.** Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi tái nhiễm theo nhóm tuổi

Đặc điểm lâm sàng	Nhóm tuổi (tháng)			
	< 12 (n = 94)	12 - 36 (n = 111)	36 - 60 (n = 23)	Tổng (n = 228)
Viêm long đường hô hấp trên	94 (100%)	111 (100%)	23 (100%)	100%
Sốt	31 (33%)	30 (27%)	5 (21,7%)	28,9%
Ho	94 (100%)	111 (100%)	23 (100%)	100%
Thở nhanh theo tuổi	94 (100%)	111 (100%)	23 (100%)	100%
Rút lõm lồng ngực	21 (22,3%)	15 (13,5%)	5 (21,7%)	18%
Ran ở phổi	94 (100%)	111 (100%)	23 (100%)	100%
Biến chứng suy hô hấp	13 (13,8%)	9 (8,1%)	3 (13%)	11%

*Nhận xét:* Các triệu chứng viêm long đường hô hấp trên, ho, thở nhanh, ran ở phổi xuất hiện ở 100% trẻ trong cả ba nhóm tuổi, đây là các biểu hiện lâm sàng chính yếu và phổ biến nhất. Sốt gặp ở 28,9% trẻ chủ yếu ở nhóm < 36 tháng (tổng 61/228 ca). Rút lõm lồng ngực gặp 18,0% trẻ, phân bố tương đối đồng đều giữa các nhóm. Suy hô hấp chiếm 11,0%, thường gặp hơn ở nhóm < 12 tháng.

**Bảng 4.** Kết quả công thức máu ngoại vi và CRP

Nhóm tuổi (tháng)	< 12 (n = 94)	12 - 36 (n = 111)	36 - 60 (n = 23)	Tổng (n = 228)	p
Huyết sắc tố (g/l)	<120 (85,1%)	80 (65,8%)	73 (20%)	158 (69,3%)	0,000
	≥120 (14,9%)	14 (34,2%)	38 (80%)	70 (30,7%)	
Bạch cầu (/mm <sup>3</sup> )	< 10 (18,1%)	17 (27%)	30 (30,4%)	54 (23,7%)	0,235
	≥10 (81,9%)	77 (73%)	81 (69,6%)	174 (76,3%)	
CRP (mg/l)	≤ 6 (23,7%)	54 (48,6%)	54 (60,9%)	122 (53,5%)	0,342
	>6 (76,3%)	40 (51,4%)	57 (39,1%)	106 (46,5%)	

*Nhận xét:* Tỷ lệ thiếu máu gặp nhiều ở trẻ dưới 12 tháng chiếm 80/228 ca và giảm dần theo tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tình trạng thay đổi chỉ số bạch cầu không khác nhau giữa các nhóm tuổi, sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 5.** Đặc điểm X quang tim phổi

Loại tổn thương	Nhóm tuổi (tháng)			
	< 12 (n = 94)	12 - 36 (n = 111)	36 - 60 (n = 23)	Tổng (n = 228)
Theo định khu giải phẫu	7 (7,4%)	9 (8,1%)	7 (30,4%)	23 (10,1%)
Nốt rải rác	76 (80,9%)	80 (72,1%)	12 (52,1%)	168 (73,7%)
Tổn thương dạng kê	4 (4,3%)	10 (9%)	3 (13%)	17 (7,5%)
Phối hợp	7 (7,4%)	12 (10,8%)	1 (4,5%)	20 (8,7%)

*Nhận xét:* Nhóm  $\leq 12$  tháng: chủ yếu là tổn thương dạng nốt rải rác (80,9%), biểu hiện giai đoạn cấp. Nhóm 12 - 36 tháng: vẫn chủ yếu nốt rải rác nhưng có xu hướng tăng tổn thương dạng kê và phối hợp. Nhóm 36 - 60 tháng: tỷ lệ tổn thương khu trú theo định khu giải phẫu tăng mạnh (30,4%), trong khi nốt rải rác giảm rõ (52,1%). Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,011$ ).

**Bảng 6.** Căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi tái phát

Căn nguyên (N = 228)			Số bệnh nhân (n=31)	Tỷ lệ (%)
Vi khuẩn	Gram âm	<i>Haemophilus influenza</i>	15	6,6%
		<i>Moraxella carrtahallis</i>	3	1,3%
	Gram dương	<i>Streptococcus pneumonia</i>	13	5,7%
	Virus hợp bào hô hấp (RSV)		38	16,7%

*Nhận xét:* Trong 228 bệnh nhân viêm phổi tái phát, 31 bệnh phẩm phân lập được vi khuẩn (Gram âm 18/31, Gram dương 13/31), 38 trẻ dương tính với RSV.

**Bảng 7.** Mức độ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn *Haemophilus influenza* gây viêm phổi tái phát

STT	Tên kháng sinh	Haemophilus influenza (n=15)
1	Ampicillin + Sulbactam	12 (80%)
2	Cefuroxime	14 (93,3%)
3	Cefotaxime	1*(6,7%)
4	Ceftriaxone	1*(6,7%)
5	Ceftazidime	3*(20%)
6	Meronem	0
7	Clarythromycin	-
8	Azithromycin	2 (13,3%)
9	Erythromycin	-
10	Ciprofloxacin	0
11	Vancomycin	-

"- " Không thực hiện. "\*" Trung gian

*Nhận xét:* Vi khuẩn *Haemophilus influenza* còn nhạy cảm với các kháng sinh nhóm Cephalosprin thế hệ III. tỷ lệ đề kháng với Ampicillin + Sulbactam và cefuroxim tương đối cao.

#### IV. THẢO LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 228 bệnh nhân viêm phổi tái phát cho thấy nhóm trẻ mắc bệnh chủ yếu từ 12 - 36 tháng tuổi, trung bình 16,75 tháng. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của Hoàng Kim Lâm cũng cho thấy tuổi viêm phổi tái phát khi nhập viện là 17,0 tháng [5]. Tỷ lệ mắc viêm phổi tái diễn ở trẻ nam là 65,4% cao hơn trẻ nữ 34,6%, tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1. Nghiên cứu Đinh Dương Tùng Anh cũng có tỷ lệ nam/nữ 1,74/1 [6].

Nghiên cứu của chúng tôi thấy trẻ mắc 2 đợt viêm phổi là 70,6%, tương tự với nghiên cứu của Đinh Dương Tùng Anh, và cao hơn hẳn so với nghiên cứu của Hùng Văn Tường tại Bệnh viện Nhi Trung ương là 53,5% bệnh nhân có 2 đợt viêm phổi [7]. Trong nhóm tái phát 2 đợt viêm phổi chủ yếu tập trung ở độ tuổi dưới 12 tháng 29,8% và 12-36 tháng là 33,3%, không có sự khác biệt nhiều về 2 nhóm tuổi này. Nhóm tái phát 3-5 đợt chiếm 29,4%, kết quả nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu của Phạm Ngọc Toàn theo dõi trên 145 bệnh nhi viêm phổi tái phát số đợt tái phát 3-5 đợt chiếm 62,1% [8].

Triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy viêm long đường hô hấp trên, ho, thở nhanh, rale phổi gặp 100% ở các trẻ viêm phổi tái phát, nhóm trẻ dưới 12 tháng gặp nhiều nhất là viêm long đường hô hấp trên (100%), rale phổi (100%), ho (100%), sốt (33%), rút lõm lồng ngực (22,3%) và có biến chứng suy hô hấp (13,8%). Các nhóm tuổi từ 12 - 36 tháng và 36 - 60 tháng thì ngoài các triệu chứng thường gặp như viêm long đường hô hấp trên (100%), ho (100%), thở nhanh (100%), rale phổi (100%), thì các triệu chứng sốt, rút lõm lồng ngực và biến chứng suy hô hấp giảm dần theo tuổi. Nghiên cứu của Lê Thị Lệ Thảo cũng cho thấy viêm long đường hô hấp trên (99,4%), ho (100%), rale phổi (100%), rút lõm lồng ngực (19,3%) [9]. Điều này có thể là do nghiên cứu của tác giả cũng thực hiện tại bệnh viện tuyến tỉnh, cho thấy sự tương đồng về mô hình bệnh tật giữa các bệnh viện tuyến tỉnh khá giống nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, xét nghiệm chỉ số viêm tăng rõ, có 76,3% trẻ có tăng bạch cầu và 46,5% trẻ tăng CRP. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phạm Ngọc Toàn thấy 73,1% trẻ có tăng bạch cầu, 55,6% trẻ có tăng CRP

[8]. Một số tổn thương trên phim Xquang của trẻ viêm phổi tái phát trong nghiên cứu là tổn thương nốt mờ rải rác (73,7%), theo định khu giải phẫu (10,1%), tổn thương dạng kê (7,5%) và tổn thương phối hợp (8,7%). Nghiên cứu của Lê Thị Lệ Thảo cũng tương tự, tổn thương dạng nốt mờ rải rác chiếm 77,7% [9]. Tương tự với nghiên cứu của Phạm Ngọc Toàn, tổn thương theo định khu giải phẫu 9% [8].

Trong 228 bệnh nhân viêm phổi tái phát của chúng tôi, 35 bệnh phẩm phân lập được vi khuẩn (Gram âm 18/31, Gram dương 13/31) chiếm 14%, 38 trẻ dương tính với virus (100% RSV) chiếm 16,7%. Kết quả này thấp hơn kết quả trong nghiên cứu của Phạm Ngọc Toàn là vi khuẩn 27,6% và virus là 60% [8]. Điều này có thể do nghiên cứu của tác giả thực hiện ở Bệnh viện Nhi Trung ương, nơi điều trị các tình trạng bệnh nặng hơn, các phòng xét nghiệm đạt chuẩn cao hơn, trong khi các xét nghiệm phát hiện virus thường gặp của các bệnh lý hô hấp như *Rhinovirus*, *Adenovirus* ở các tuyến tỉnh như Nghệ An ít được thực hiện. Tuy nhiên kết quả này lại tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Lệ Thảo, tỷ lệ nhiễm RSV 12,3% [9].

Nghiên cứu của chúng tôi phân lập được 31 mẫu vi khuẩn bao gồm: *Streptococcus pneumoniae* (13/31), *Haemophilus influenzae* (15/31), *Moxella carrtahallis* (3/31). Vi khuẩn *Haemophilus influenzae* đề kháng cao với Ampicillin + Sulbactam (80%), Cefuroxim (93,3%) và tính nhạy cảm còn cao với nhóm kháng sinh Cephalosporin thế hệ III (Cefotaxim, Ceftriaxon, Ceftazidime). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Thanh Duyên [10].

#### V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên 228 trẻ viêm phổi tái phát, cho thấy nhóm mắc bệnh chủ yếu dưới 36 tháng (trung bình 16,75 tháng), trẻ nam chiếm ưu thế. Phần lớn trẻ mắc 2 đợt viêm phổi trong năm. Các triệu chứng thường gặp là viêm long đường hô hấp trên, ho, thở nhanh, rale phổi. nhóm trẻ dưới 12 tháng dễ gặp sốt, rút lõm lồng ngực và suy hô hấp hơn. Có 76,3 trẻ tăng bạch cầu và 46,5% tăng CRP, hình ảnh Xquang chủ yếu là tổn thương nốt mờ rải rác. Tác nhân gây bệnh thường gặp gồm *Streptococcus*

*pneumonia*, *Haemophilus influenza* và *RSV*. Vi khuẩn *Haemophilus influenza* xu hướng kháng cao với Ampicillin + Sulbactam, Cefuroxim. Kết quả cho thấy vi khuẩn có xu hướng kháng cao với một số kháng sinh thường dùng. Nghiên cứu nhằm nâng cao tầm quan trọng của việc phòng bệnh, nâng cao miễn dịch và sử dụng kháng sinh hợp lý để giảm tỷ lệ tái phát.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Harris, Clark J, Coote N et al.** British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011. *Thorax* 2011;66 Suppl 2:ii1-23. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2011-200598>
2. **"Pneumonia."** Accessed: Oct. 11, 2025. [Online]. Available: <https://www.who.int/health-topics/pneumonia>
3. **Özçelik T, Oksay SC, Girit S.** Diagnostic approach to the etiology of recurrent pneumonia in children. *Pediatr Pulmonol* 2014;59(12):3650-3659. <https://doi.org/10.1002/ppul.27275>
4. **Montella S, Corcione A, Santamaria F.** Recurrent Pneumonia in Children: A Reasoned Diagnostic Approach and a Single Centre Experience. *Int. J. Mol. Sci.* 2017;18(2):296. <https://doi.org/10.3390/ijms18020296>
5. **Hoang KL, Ta AT, Pham, VT.** Severe recurrent pneumonia in children: Underlying causes and clinical profile in Vietnam. *Ann Med Surg* 2021;67:102476. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102476>
6. **Vũ Thị Thủy, Đặng Văn Chức, Phạm Văn Thức, Đinh Dương Tùng Anh.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đặc điểm vi khuẩn học của viêm phổi tái diễn nặng tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng 2021-2022. *Tạp Chí Y Học Việt Nam* 2025;548(1):1-3. <https://doi.org/10.51298/vmj.v548i1.13226>
7. **Huỳnh Văn Tường, Phan Hữu Nguyệt Diễm, Trần Anh Tuấn.** Đặc điểm lâm sàng và vi sinh của viêm phổi cộng đồng nặng ở trẻ từ 2-59 tháng tuổi. *Tạp Chí Y Học TP Hồ Chí Minh* 2012;16(1):76-80.
8. **Phạm Ngọc Toàn, Lê Thanh Hải, Lê Thị Minh Hương.** Căn nguyên vi sinh vật của bệnh viêm phổi tái nhiễm ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2016-2018. *Luận văn tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2019.*
9. **Lê Thị Lệ Thảo, Nguyễn Thị Xuân Hương.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ viêm phổi tái diễn tại bệnh viện Đa khoa Tỉnh Vĩnh Phúc. *Tạp Chí Y Học Việt Nam* 2014;544(2):384-388. <https://doi.org/10.51298/vmj.v544i2.11895>
10. **Lê Thanh Duyên.** Đặc điểm lâm sàng, tính nhạy cảm kháng sinh và phân bố týp huyết thanh của *Streptococcus pneumoniae* và *Haemophilus influenzae* trong viêm phổi cộng đồng trẻ em tại Hải Dương. *Luận án, Đại học Y Hà Nội, 2021.*