

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN TÂM TRÍ ĐÀ NẴNG

Hoàng Nguyễn Thanh Thủy^{1,2*}, Phạm Diễm Hương², Nguyễn, Trọng Nguyễn²

¹Trường Đại học Phan Châu Trinh

²Bệnh viện Tâm Trí Đà Nẵng

TÓM TẮT

Viêm phổi cộng đồng là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh và tử vong ở trẻ em, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển. Tình trạng lạm dụng kháng sinh và kháng thuốc hiện nay ảnh hưởng lớn đến hiệu quả điều trị.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi cộng đồng ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 182 trẻ mắc viêm phổi cộng đồng điều trị nội trú ≥ 3 ngày từ tháng 3 đến 9 năm 2023.

Kết quả: Nhóm tuổi 1–5 tuổi chiếm 63,2%; 55,5% là nam. Các triệu chứng phổ biến: ho (100%), sốt (71,4%), thở nhanh (57,7%), khò khè (50,5%). CRP tăng ở 83,5%, bạch cầu tăng 42,9%. Tổn thương phổi trên X-quang gặp ở 93,4%, chủ yếu dạng lan tỏa và thùy. Trẻ dùng kháng sinh trước nhập viện chiếm 26,9%. Phác đồ thường dùng gồm Cephalosporin thế hệ 3 (43,6%) và phối hợp beta-lactam với Macrolid (36,9%). Tỷ lệ khỏi bệnh đạt 98,9%.

Kết luận: Viêm phổi cộng đồng ở trẻ có biểu hiện đa dạng. Điều trị theo kinh nghiệm vẫn đạt hiệu quả cao nếu lựa chọn kháng sinh hợp lý và theo dõi sát lâm sàng.

Từ khóa: Viêm phổi cộng đồng, trẻ em, điều trị kháng sinh, Tâm Trí Đà Nẵng.

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN AT DA NANG MENTAL HOSPITAL

Hoang Nguyen Thanh Thuy^{1,2*}, Pham Diem Huong², Nguyễn Trọng Nguyễn²

¹Phan Chau Trinh University

²Tam Tri Da Nang General Hospital

Community-acquired pneumonia (CAP) is a leading cause of morbidity and mortality in children, especially in developing countries. The overuse and misuse of antibiotics contribute to reduced treatment effectiveness.

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate treatment outcomes of CAP in children at Tam Tri Da Nang General Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 182 pediatric patients with CAP hospitalized for at least 3 days from March to September 2023.

Results: The majority of patients were aged 1–5 years (63.2%), with 55.5% being male. Common symptoms included cough (100%), fever (71.4%), tachypnea (57.7%), and

Nhận bài: 25-11-2025; Phản biện: 02-12-2025; Chấp nhận: 29-01-2026

Người chịu trách nhiệm: Hoàng Nguyễn Thanh Thủy

Email:bsthuykhoanhi@gmail.com

Địa chỉ: Trường Đại học Phan Châu Trinh

wheezing (50.5%). Elevated CRP was observed in 83.5% of cases, and leukocytosis in 42.9%. Chest X-ray abnormalities were found in 93.4%, mainly diffuse and lobar infiltrates. A total of 26.9% of children had used antibiotics prior to admission. The most frequently used initial regimens were third-generation cephalosporins (43.6%) and beta-lactam/beta-lactamase inhibitor combinations with macrolides (36.9%). The treatment success rate was 98.9%.

Conclusion: CAP in children presents with diverse clinical and paraclinical features. Empirical antibiotic therapy remains effective when appropriate regimens are selected and clinical monitoring is closely performed.

Keywords: Community-acquired pneumonia, children, antibiotic therapy, Tam Tri Da Nang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi trên toàn thế giới, khoảng 15% tổng số ca tử vong trẻ em vào năm 2019 theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)[1].

Mặc dù tỷ lệ mắc viêm phổi tương đối đồng đều giữa các quốc gia, tỷ lệ tử vong ở trẻ em tại các nước đang phát triển, bao gồm Việt Nam, vẫn còn cao do hạn chế trong tiếp cận y tế, chẩn đoán muộn [2]. Chương trình kiểm soát nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính được Bộ Y tế triển khai từ những năm 1990 đã góp phần giảm tỷ lệ mắc bệnh, nhưng vẫn còn nhiều thách thức, đặc biệt là tình trạng sử dụng kháng sinh không hợp lý và sự gia tăng vi khuẩn kháng thuốc [3]. Việc khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả điều trị VPCĐ là rất cần thiết để cập nhật thực trạng và đề xuất hướng điều trị hợp lý. Nghiên cứu này được thực hiện tại Khoa Nhi,

Bệnh viện Đa khoa Tâm Trí Đà Nẵng nhằm cung cấp dữ liệu thực tiễn, góp phần nâng cao chất lượng điều trị và quản lý bệnh viêm phổi ở trẻ em tại tuyến cơ sở.

II. ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

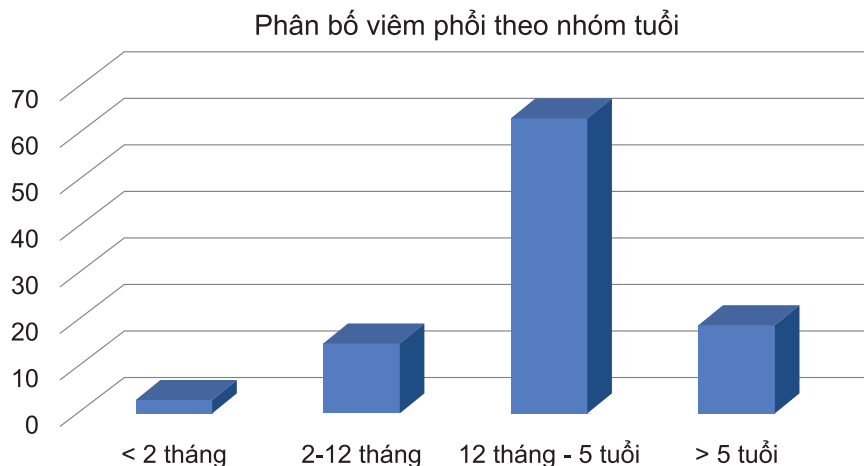
Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhi từ 1 tháng đến 15 tuổi, được chẩn đoán VPCĐ theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam (2015), nhập viện và điều trị tại khoa Nhi từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2023 [2], [3].

Tiêu chuẩn chọn mẫu: VPCĐ, điều trị nội trú liên tục ≥ 3 ngày, có hồ sơ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: viêm phổi bệnh viện, bỏ điều trị.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Tất cả bệnh nhân thỏa mãn qua khám bệnh, phiếu câu hỏi, xử lý bằng phần mềm MedCalc phiên bản 18.2.1.

III. KẾT QUẢ



Biểu đồ 1. Phân bố theo tuổi

Nhận xét: Viêm phổi gặp từ 12 tháng- 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 63.2%.

Bảng 1. Tần suất các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

Triệu chứng	Triệu chứng
Ho	182 (100%)
Sốt	130 (71,4%)
Thở nhanh	105 (57,7%)
Khò khè	92 (50,5%)
Rút lõm lồng ngực	43 (23,6%)
Nghe ran phổi	99 (54,4%)
Tím tái	6 (3,3%)
Bỏ bú, bú kém	28 (15,4%)
Nôn ói	19 (10,4%)
Thở rên	7 (3,8%)
CRP tăng vừa (10-40 mg/l)	111 (61%)
Bạch cầu tăng (>10 x 10 ⁹ /l)	78 (42,9%)
Tổn thương lan tỏa	98 (57,6%)
Tổn thương thùy	72 (4,4%)

Nhận xét: VP có tỉ lệ ho 100%, sốt 71,4%, thở nhanh 57,7%,CRP tăng vừa 61%

Bảng 2. Loại kháng sinh và thời gian sử dụng trước nhập viện

Nội dung	Nhóm KS	Tên kháng sinh	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Loại kháng sinh đã sử dụng trước nhập viện	Penicillin	Amox + a.clavulanic	37	66,07
		Cefuroxim	3	5,4
	C2G	Cefprozil	0	0
		C3G	Cefpodoxim	0
	Macrolid	Azithromycin	11	19,6
		Erythromycin	1	1,8
		Clarithromycin	0	0
Không rõ	Không rõ	9	16,1	
Thời gian sử dụng KS trước nhập viện	Chưa dùng		126	67,2
	≤ 3 ngày		33	18,1
	3 - ≤ 5 ngày		23	12,6
	Tổng		56	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được cho dùng Amoxicilin/acid clavulanic chiếm nhiều nhất (66,07%). Chỉ 67,2% bệnh nhân chưa dùng kháng sinh trước nhập viện

Bảng 3. Các phác đồ thay đổi trong quá trình điều trị Viêm phổi

TT	Phác đồ ban đầu	Phác đồ thay đổi		
		Phác đồ	n	%
1	Penicillin+(-)β lactamase	C3G	31	37,3
2		Penicillin+ (-) β lactamase + Macrolid	21	25,3
4	C2G	C2G+Macrolid	3	3,6
5		C3G	2	2,4

TT	Phác đồ ban đầu	Phác đồ thay đổi			
		Phác đồ	n	%	
6	C3G	Penicillin+(-) β lactamase	9	10,8	
7		C2G	4	4,8	
8		Penicillin + Glycopeptid + Quinolon	3	3,6	
9	Macrolid	Penicilin+chất ức chế beta lactamase	3	3,6	
10		C2G	C3G	2	2,4
11		Penicillin + Aminosid	1	1,2	
12	Penicillin + Aminosid	Penicilin+chất ức chế beta lactamase	1	1,2	
13		+ C3G	2	2,4	
14		+ Macrolid	1	1,2	
Tổng			83	100	

Nhận xét: Có 83 lần thay đổi phác đồ, trong đó đổi từ Penicilin+chất ức chế beta lactamase sang phối hợp thêm Macrolid chiếm 25,3%, hoặc sang C3G chiếm 37,3%.

Bảng 4. Phân tích đường dùng kháng sinh với mức độ nặng Viêm phổi

Đường dùng kháng sinh	Mức độ nặng Viêm phổi					
	Viêm phổi		Viêm phổi nặng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Uống	64	38,8	0	0	64	35,2
Tiêm	67	40,6	3	17,6	70	38,4
Uống + Tiêm	34	20,6	14	82,4	48	26,4
Tổng	165	100	17	100	182	100

Nhận xét: Điều trị Viêm phổi nặng bằng kết hợp kháng sinh uống và tiêm chiếm 82,4%, trong viêm phổi gặp 20,6%.

Bảng 5. Thời gian sử dụng kháng sinh và thời gian nằm viện

Nội dung	Thời gian (ngày)	
Thời gian sử dụng kháng sinh ban đầu	1,9 ± 0,8	
Thời gian sử dụng kháng sinh thay thế	2,5 ± 1,3	
Độ dài của đợt điều trị kháng sinh	Viêm phổi	5,27 ± 1,9
	Viêm phổi nặng	6,73 ± 2,1
Thời gian nằm viện	Viêm phổi	3,7 ± 2,2
	Viêm phổi nặng	5,9 ± 2,1

Nhận xét: Thời gian sử dụng kháng sinh ban đầu trung bình 1,9 ± 0,8 ngày, thời gian nằm viện trung bình VP là 3,7 ± 2,2 ngày, trong viêm phổi nặng 5,9 ± 2,1 ngày.

Bảng 6. Đánh giá hiệu quả điều trị viêm phổi theo mức độ nặng

Hiệu quả điều trị	Sau 3 ngày				Trước khi ra viện	
	Viêm phổi		Viêm phổi nặng		n	%
	n	%	n	%		
Khỏi	56	33,9	2	5,9	154	84,6
Đỡ	94	56,9	15	88,2	27	14,8
Không thay đổi	1	0,6	0	0	1	0,5
Nặng hơn	14	9,2	0	0	0	0
Tổng	165	100	17	100	182	100

Nhận xét: Tỷ lệ khỏi bệnh sau 3-5 ngày ngày điều trị đạt 33,9 % trong viêm phổi, đạt 31,9% trong viêm phổi nặng. Tỷ lệ khỏi trước khi ra viện đạt 84,6%, đỡ đạt 148%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, viêm phổi cộng đồng chủ yếu gặp ở nhóm trẻ từ 12 tháng đến dưới 5 tuổi (63,2%), phù hợp với đặc điểm dịch tễ đã ghi nhận trong các nghiên cứu trước đó ở Việt Nam và trên thế giới [6]. Trẻ nhỏ, đặc biệt dưới 5 tuổi, là nhóm tuổi có hệ miễn dịch chưa hoàn thiện, dễ bị ảnh hưởng bởi các yếu tố môi trường như thời tiết. Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ (55,5% so với 44,5%), điều này cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đó như của Nguyễn Văn Hưng và cộng sự (2023) [9]. Một số giả thuyết sinh học cho rằng hệ miễn dịch ở trẻ nam kém hơn trẻ nữ trong giai đoạn đầu đời, góp phần làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đường hô hấp.

Các biểu hiện lâm sàng của viêm phổi trong nghiên cứu rất phong phú. Sốt là triệu chứng phổ biến nhất, trong đó sốt nhẹ chiếm 45,6% và sốt cao chiếm 16,5%. Ho xuất hiện ở 100% bệnh nhi, với tỷ lệ ho khan và ho có đờm gần tương đương (52,2% và 47,8%). Thở nhanh được ghi nhận ở 57,7%, đây là một trong những dấu hiệu đặc hiệu cao để chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn của WHO [3].

Đáng chú ý, có đến 50% trẻ không có biểu hiện khó thở rõ ràng, cho thấy không phải tất cả các trường hợp viêm phổi đều biểu hiện triệu chứng rầm rộ. Một nửa số bệnh nhân có triệu chứng khò khè (50,5%), trong khi dấu hiệu rút lõm lồng ngực chỉ gặp ở 0,5% – cho thấy phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu thuộc nhóm

viêm phổi nhẹ đến trung bình. Tỷ lệ trẻ có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân thấp (8,8%), trong đó chủ yếu là nôn (8,3%) và co giật (1,1%), phù hợp với thực tế lâm sàng tại các bệnh viện tuyến dưới [4].

Về triệu chứng thực thể, ran rít, ran ngáy chiếm tỷ lệ cao nhất (54,4%), tiếp theo là ran ẩm (23,1%) và âm thô (8,2%). Đây là các dấu hiệu thường gặp của viêm phổi do virus hoặc do vi khuẩn không điển hình [6].

Về cận lâm sàng, 42,9% bệnh nhân có tăng bạch cầu máu ngoại vi, nhưng chỉ 23,1% có ưu thế bạch cầu hạt – dấu hiệu gợi ý viêm phổi do vi khuẩn. Trong khi đó, có đến 76,9% trường hợp có ưu thế lympho, cho thấy viêm phổi do virus hoặc vi khuẩn không điển hình vẫn chiếm tỷ lệ cao ở trẻ em, phù hợp với các nghiên cứu của Đào Minh Tuấn, Phạm Thu Hiền và nhiều tác giả khác tại Việt Nam [8].

CRP tăng trong phần lớn các trường hợp, trong đó tăng vừa chiếm 61%. Chỉ số CRP là dấu hiệu viêm nhạy và có vai trò hỗ trợ phân biệt viêm phổi do vi khuẩn hay virus, tuy nhiên không tuyệt đối [4], [5], [10].

Hình ảnh X-quang phổi ghi nhận chủ yếu là tổn thương lan tỏa (35,2%) và tổn thương dạng thùy (32,4%). Viêm phổi dạng tổn thương kẽ và đông đặc rải rác cũng chiếm tỷ lệ đáng kể (23,1%), cho thấy sự đa dạng về hình ảnh tổn thương phổi, có thể do nhiều tác nhân phổi hợp gây bệnh. Điều này phù hợp với

các nghiên cứu quốc tế như của M. Harris và Nicolas J. Bennett [7].

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ khỏi bệnh cao với đa số trẻ đáp ứng tốt sau điều trị nội trú. Trong số 182 bệnh nhân, chỉ có 17 trường hợp (9,3%) được xếp vào nhóm viêm phổi nặng. Phác đồ điều trị khởi đầu thường sử dụng Cephalosporin thế hệ 3 (43,6%) và phối hợp Penicillin + Macrolid (36,9%) theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi trẻ em của Bộ Y tế năm 2015 [2]. Ở nhóm viêm phổi nặng, phác đồ phối hợp C3G + Aminositid + Macrolid được sử dụng phổ biến (47,1%). Lý do các lần thay đổi kháng sinh là do bệnh nhân còn sốt, kém đáp ứng qua thời gian điều trị 48-72 giờ, phù hợp với khuyến cáo của Bộ Y tế [2], [6].

Tình trạng sử dụng kháng sinh trước nhập viện khá phổ biến (26,9%), đặc biệt cao ở nhóm viêm phổi nặng (41,2%), cho thấy lạm dụng kháng sinh vẫn còn là thực trạng cần kiểm soát. Loại kháng sinh sử dụng phổ biến nhất là Amoxicillin/acid clavulanic (66,1%), tiếp theo là nhóm Macrolid (19,6%) [9].

Nhìn chung, hiệu quả điều trị tại cơ sở nghiên cứu là tích cực, thời gian nằm viện tương đối ngắn và ít trường hợp phải chuyển tuyến hoặc tái nhập viện. Điều này phản ánh tính hợp lý của các phác đồ điều trị và khả năng kiểm soát viêm phổi tại tuyến đầu nếu được chẩn đoán và theo dõi chặt chẽ.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi cộng đồng ở trẻ em tại Bệnh viện Tâm Trí Đà Nẵng chủ yếu gặp ở nhóm tuổi từ 12 tháng đến dưới 5 tuổi (63,2%), trong đó trẻ nam chiếm 55,5%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là sốt (71,4%), ho (100%), thở nhanh (57,7%) và khò khè (50,5%). Về cận lâm sàng, 42,9% trẻ có tăng bạch cầu, CRP tăng vừa ở 61% và tổn thương phổi trên X-quang chủ yếu là lan tỏa (35,2%) và dạng thùy (32,4%).

Tỷ lệ sử dụng kháng sinh trước nhập viện là 26,9%, phổ biến nhất là Amoxicillin/acid clavulanic (66,1%). Phác đồ điều trị ban đầu thường dùng Cephalosporin thế hệ 3 (43,6%) và phối hợp Penicillin + Macrolid (36,9%). Có 45,6% trường hợp phải thay đổi phác đồ do không cải

thiện triệu chứng. Kết quả điều trị khả quan, với phần lớn bệnh nhân khỏi bệnh sau điều trị nội trú ngắn ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Walker CLF, Rudan I, Liu L et al.** Global burden of childhood pneumonia and diarrhea. *Lancet* 2013;381(9875):1405–1416. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60222-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60222-6)
2. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi ở trẻ em. Nhà xuất bản Y học; 2015.
3. **World Health Organization.** Revised WHO classification and treatment of pneumonia in children at health facilities. Geneva: WHO; 2014.
4. **Lê Thị H.** Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ viêm phổi nặng ở trẻ dưới 5 tuổi. *Tạp chí Y học TP. HCM* 2020;24(2):45–52.
5. **Shi T, McAllister DA, O'Brien KL et al.** Global burden of disease due to respiratory syncytial virus. *Lancet* 2017;390(10098):946–958. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)30938-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30938-8)
6. **Bradley JS, Byington CL, Shah SS et al.** The management of Community-Acquired Pneumonia in infants and children older than 3 months of age: Clinical practice Guidelines by the Pediatric infectious diseases society and the infectious diseases society of America. *Clin Infect Dis* 2011;53(7):e25-76. <https://doi.org/10.1093/cid/cir531>
7. **Phạm Văn Hưng, Ngô Thị Minh, Nguyễn Thị Hương.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị viêm phổi tập trung ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam* 2024;535(1B):333-337. <https://doi.org/10.51298/vmj.v535i1B.8457>
8. **Đào Minh Tuấn** và cộng sự. Nghiên cứu gần đây về tác nhân gây bệnh trong viêm phổi cộng đồng trên trẻ em. *Tạp chí y học Việt Nam* 2013;411:14-20.

9. **Phuong TK Nguyen** *et al.* Antibiotic use in children hospitalised with pneumonia in Central Vietnam, *Arch Dis Child* 2020;0:1-7. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-317733>
10. **Hecke OV, Bjerrum L, Gentile I** *et al.* Guidance on C-reactive protein point-of-care testing and complementary strategies to improve antibiotic prescribing for adults with lower respiratory tract infections in primary care. *Front Med (Lausanne)* 2023;30:10:1166742. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1166742>