ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRẺ VIÊM PHỔI DO *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Tome Lekxoumphon , Ngô Thị Thu Hương
Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét một số yếu tố liên quan thời gian điều trị ở trẻ mắc viêm phổi do Haemophilus influenzae tại khoa Nhi Hô Hấp, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2025-2026.*

Phương pháp nghiên cứu: *Nghiên cứu mô tả cắt ngang*

Đối tượng: *86 trẻ được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng do Haemophilus influenzae, điều trị tại khoa Nhi Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 12/2025 đến tháng 4/2026.*

Kết quả: *Tuổi trung bình 16,2 ± 10,2 tháng, tỷ lệ nam/nữ tương đương 4:3. Tỷ lệ trẻ đã tiêm vắc-xin Hib là 52,3%. Triệu chứng thường gặp nhất là tiếng ran phổi gặp ở 98,8%, suy hô hấp (thở nhanh và/hoặc rút lõm lồng ngực) gặp ở 12,8%. Tổn thương nốt mờ lan tỏa trên X-quang chiếm 74,4%. Về xét nghiệm, tăng CRP gặp ở 60,5%, tăng bạch cầu 73,2%. Thời gian nằm viện trung bình 7,7 ± 2,0 ngày.*

Kết luận: *Viêm phổi do H. influenzae ở trẻ em chủ yếu gặp ở trẻ trên 12 tháng tuổi, biểu hiện lâm sàng nổi bật với ho có đờm và tiếng ran phổi, tổn thương lan tỏa trên X-quang, đáp ứng điều trị tốt với 100% trẻ khỏi hoặc đỡ.*

Từ khóa: *viêm phổi cộng đồng, Haemophilus influenzae, trẻ em.*

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* PNEUMONIA AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL

Tome Lekxoumphon , Ngo Thi Thu Huong
Hanoi Medical University

Objective: To describe the clinical and laboratory characteristics and to identify factors associated with the duration of hospitalization among children with *Haemophilus influenzae* pneumonia treated at the Department of Pediatric Respiratory Medicine, Xanh Pon General Hospital, from 2025 to 2026.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted.

Participants: A total of 86 children diagnosed with community-acquired pneumonia caused by *Haemophilus influenzae* who were treated at the Department of Pediatric Respiratory Medicine, Xanh Pon General Hospital, from December 2025 to April 2026.

Results: The mean age was 16.2 ± 10.2 months, with a male-to-female ratio of approximately 4:3. Among the study participants, 52.3% had received Hib vaccination. The most common clinical finding was abnormal breath sounds on lung auscultation, observed in 98.8% of children. Respiratory distress was observed in 12.8% of cases. Diffuse nodular opacities were the predominant radiographic finding, accounting for 74.4% of cases. Laboratory investigations showed elevated C-reactive protein (CRP) levels in 60.5% of children and leukocytosis in 73.2%. The mean length of hospital stay was 7.7 ± 2.0 days.

Nhận bài: 29-8-2026; Phản biện: 06-10-2026; Chấp nhận: 15-10-2026
Người chịu trách nhiệm: Ngô Thị Thu Hương
Email: thuhuong@hmu.edu.vn
Địa chỉ: Trường Đại học Y Hà Nội

Conclusion: *Haemophilus influenzae* pneumonia in children occurred predominantly in those older than 12 months. The most prominent clinical manifestations were productive cough and abnormal breath sounds on lung auscultation, while diffuse pulmonary lesions were the predominant radiographic finding. Treatment outcomes were favorable, with 100% of children showing clinical improvement or recovery.

Keywords: community-acquired pneumonia, Haemophilus influenzae, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi hiện là nguyên nhân nhiễm trùng gây tử vong hàng đầu ở trẻ em dưới 5 tuổi trên toàn thế giới, chiếm khoảng 14% tổng số tử vong ở nhóm tuổi này và 81% số ca tử vong do viêm phổi xảy ra trong 2 năm đầu đời [1] [2]. Căn nguyên gây viêm phổi ở trẻ em rất đa dạng: do vi-rút, vi khuẩn (điển hình và không điển hình), trong đó *Haemophilus influenzae* (*H. influenzae*) là một vi khuẩn hay gặp, chiếm 31,6% căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi theo nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung Ương năm 2023-2024 [3]. Mặc dù đã có vắc-xin phòng bệnh, nhưng tỷ lệ trẻ nhiễm vi khuẩn này cũng như tình trạng nặng ở các trẻ chưa tiêm phòng hay chẩn đoán muộn làm nặng tình trạng viêm phổi dẫn đến khó thở và suy hô hấp nhanh chóng. Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn là bệnh viện hạng 1 của Sở Y tế Hà Nội, nơi khám và điều trị viêm phổi cho các trẻ em Hà Nội, trong thời gian qua sau đại dịch Covid-19, dịch Sởi, dịch chân tay miệng liên tục xuất hiện làm cho tỷ lệ viêm phổi của trẻ tăng lên. Nhờ vào kỹ thuật xét nghiệm phân tử, xét nghiệm PCR đa mồi vi khuẩn mà tỷ lệ các trẻ nhiễm *H. influenzae* ngày càng được phát hiện giúp cho các bác sĩ chẩn đoán và điều trị hiệu quả hơn. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ em viêm phổi do Haemophilus influenzae tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2025-2026".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 86 trẻ được chẩn đoán viêm phổi nhiễm *H. influenzae* điều trị nội trú tại khoa Nhi Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 12/2025 đến tháng 4/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi được chẩn đoán viêm phổi theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới [4] và có kết quả PCR *H. influenzae* dương tính hoặc cấy dịch tỵ hầu tìm thấy Haemophilus influenzae.

Tiêu chuẩn loại trừ: Gia đình trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nhi Hô Hấp, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

- Thời gian thu thập số liệu: tháng 12/2025 đến tháng 4/2026.

2.3. Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi (tháng), giới tính, tiền sử tiêm chủng vắc-xin Hib.

- Đặc điểm lâm sàng: lý do vào viện, ho đờm, mức độ sốt, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, tiếng ran phổi và các triệu chứng kèm theo (tiêu chảy).

- Đặc điểm cận lâm sàng: hình ảnh tổn thương trên X-quang phổi, công thức máu, CRP, GOT, GPT.

- Đặc điểm điều trị: điều trị kháng sinh trước nhập viện, thời gian nằm viện.

2.4. Xử lý số liệu và phương pháp thống kê

Số liệu được thu thập và nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0 bằng các thuật toán thống kê phù hợp trong nghiên cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 12/2025 đến tháng 4/2026, có 86 trẻ viêm phổi cộng đồng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, sau khi phân tích chúng tôi có kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		N =86	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi (tháng)	2 - 12	36	41,9
	≥ 12	50	58,1
	Tuổi trung bình (X±SD)	16,2 ± 10,2	0,75
Giới	Nam	49	57,0
	Nữ	37	43,0
Tiền sử tiêm chủng vắc-xin Hib	Đã tiêm	41	47,7
	Chưa tiêm	45	52,3

Nhận xét: Nhóm tuổi trên 12 tháng hay gặp nhất với tỷ lệ 58,1% . Tỷ lệ trẻ nam và nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 4:3. Tỷ lệ trẻ chưa tiêm chủng vắc-xin Hib cao chiếm tỷ lệ 52,3%.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng theo tình trạng tiêm vắc-xin Hib (n = 86)

Đặc điểm	Đã tiêm Hib (n = 41,%)	Chưa tiêm Hib (n = 45,%)	p
Sốt cao	9 (22,0)	8 (17,8)	0,787
Ho có đờm	40 (97,6)	41 (91,1)	0,363
Ran ở phổi	40 (97,6)	45 (100,0)	1,000
Thở nhanh	4 (9,8)	7 (15,6)	0,421

Nhận xét: Triệu chứng tổn thương đường hô hấp ở nhóm trẻ đã tiêm và chưa tiêm Hib có biểu hiện lâm sàng ho, sốt cao và tổn thương ở phổi không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng theo tình trạng tiêm vắc-xin Hib (n = 86)

Chỉ số		Đã tiêm Hib (n=41,%)	Chưa tiêm Hib (n=45,%)	p
Số lượng bạch cầu	Tăng > 10G/l	35 (85,4)	28 (62,2)	0,015
	Bình thường	6 (14,6)	17 (37,8)	
CRP	Tăng > 5mg/l	28 (68,3)	24 (53,3)	0,156
	Bình thường	13 (31,7)	21 (46,7)	
Hemoglobin	Giảm < 110 g/l	7 (17,1)	18 (40,9)	0,016
	Bình thường	34 (82,9)	37 (59,1)	
GOT/AST (IU/L)		40,2 ± 12,5	57,2 ± 52,6	0,086
GPT/ALT (IU/L)		22,5 ± 22,4	32,9 ± 38,3	0,117
X-quang: nốt mờ lan tỏa		29 (70,7%)	35 (77,8%)	0,454
X-quang: tổn thương khu trú		7 (11,1%)	3 (6,7%)	0,183

Nhận xét: Tình trạng tăng số lượng bạch cầu (>10G/l), tăng CRP (>5mg/l) và giảm Hemoglobin (<110g/l) với tình trạng tiêm chủng vắc-xin Hib của trẻ có liên quan mang ý nghĩa thống kê (p<0,05). Tổn thương nốt mờ lan tỏa trên X-quang chiếm ưu thế ở cả hai nhóm (70,7% so với 77,8%).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan tới tình trạng viêm phổi ở trẻ (n=86)

	Viêm phổi đơn thuần (n=51)	Viêm phổi không đơn thuần* (n=35)	p
Tiêm chủng vắc-xin Hib, n (%)	28 (54,9)	13 (37,1)	0,105
Tiền sử nhiễm trùng đường hô hấp, n (%)	26 (51,0)	16 (45,7)	0,631
Tuổi (tháng), TB±ĐLC	19,0 ± 10,1	12,1 ± 8,9	<0,001
Bạch cầu (G/l), TB±ĐLC	13,1 ± 4,2	12,7 ± 4,2	0,741
Hb (g/l), TB±ĐLC	119,6 ± 6,3	108,6 ± 9,7	<0,001
Tiểu cầu (G/l), TB±ĐLC	331,6 ± 102,0	376,0 ± 122,2	0,103
CRP (mg/l), TB±ĐLC	14,5 ± 22,8	16,8 ± 24,7	0,614

**Viêm phổi không đơn thuần bao gồm các trường hợp trẻ mắc viêm phổi kèm tiêu chảy cấp và/hoặc thiếu máu.*

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, Hemoglobin với tình trạng viêm phổi không đơn thuần (p<0,05).

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận 100% trường hợp trẻ có thuyên giảm triệu chứng hoặc khỏi bệnh và xuất viện, không có trường hợp nặng phải chuyển viện và tử vong.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến thời gian nằm viện của trẻ (n= 86)

	Thời gian điều trị	Giai đoạn 2 (n=135)	OR (KTC 95%)	p
	< 7 ngày (n=22)	≥ 7 ngày (n=64)		
Giới nam, n (%)	9 (40,9)	40 (62,5)	0,415 (0,154 - 1,117)	0,078
Tiêm chủng vắc-xin Hib, n (%)	12 (54,5)	29 (45,3)	0,690 (0,261 - 1,827)	0,454
Điều trị kháng sinh trước nhập viện, n (%)	11 (57,9)	19 (32,2)	0,345 (0,119 - 0,999)	0,045
Suy hô hấp, n (%)	2 (9,1)	5 (7,8)	0,847 (0,152 - 4,716)	1,000
Tuổi (tháng), TB±ĐLC	15,7 ± 10,0	16,3 ± 10,3	-	0,751

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy có mối liên quan mang ý nghĩa thống kê giữa điều trị kháng sinh trước khi nhập viện với thời gian điều trị nội trú (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của trẻ viêm phổi do *H. influenzae* là 16,2 ± 10,2 tháng, bệnh tập trung chủ yếu ở nhóm trẻ trên 12 tháng tuổi (58,1%). Đây là giai đoạn hệ miễn dịch và cơ chế bảo vệ đường hô hấp của trẻ chưa hoàn thiện, đồng thời cũng là thời điểm trẻ bắt đầu đi học mầm non, khiến trẻ có nguy cơ phơi nhiễm với nhiều tác nhân vi sinh vật hơn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu năm 2025 tại Bệnh viện Nhi Trung Ương trên 343 bệnh nhi từ 1 tháng – 5 tuổi của tác giả Bùi Bích Ngọc, trong đó nhóm trẻ trên 12 tháng tuổi cũng chiếm phần lớn (56,6%) [5]. Về tiền sử tiêm chủng, 47,7% trẻ trong nghiên cứu đã được tiêm vắc-xin Hib, trong khi 52,3% chưa được tiêm phòng. Đáng lưu ý, vắc-xin Hib chỉ tạo miễn dịch đặc hiệu đối với *H. influenzae* type b, trong khi trên thực tế các chủng không định type ngày càng trở thành nhóm căn nguyên phổ biến gây bệnh ở trẻ nhỏ. Do nghiên cứu của chúng tôi không thực hiện định type huyết thanh, chúng tôi không thể phân biệt các trường hợp viêm phổi do chủng type b với các chủng không định type, đây có thể là lý do khiến biểu hiện lâm sàng và diễn biến bệnh giữa các trẻ trong nghiên cứu có sự khác biệt nhất định.

Nghiên cứu về các dấu hiệu lâm sàng như sốt cao, ho đờm và ran ở phổi không có sự khác biệt với nhóm trẻ đã tiêm phòng vaccin Hib và nhóm chưa tiêm. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ho đờm (82/86 trẻ tương đương 95,3%)

và triệu chứng thực thể thường gặp là tiếng ran phổi (85/86 trẻ tương đương 98,8%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trên 123 trẻ mắc viêm phổi tại Bệnh viện Nhi Trung Ương của tác giả Trần Phan Ninh với tỉ lệ trẻ ho là 94,3% và có tiếng ran ở phổi là 93,5% [6].

Chúng tôi ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng tăng số lượng bạch cầu và tiền sử tiêm chủng vắc-xin Hib (p<0,05). Tỷ lệ trẻ có tăng số lượng bạch cầu trong nghiên cứu của chúng tôi là 73,2%, cao hơn tỷ lệ 57,8% được ghi nhận trong nghiên cứu của Ninh Quốc Đạt [7]. CRP tăng (≥5 mg/L) gặp ở 60,5% trường hợp và là chỉ số viêm thường gặp nhất, phù hợp với bản chất viêm phổi do vi khuẩn. So với nghiên cứu của Trần Quang Khải và cộng sự về viêm phổi thùy ở trẻ em có căn nguyên chủ yếu là *H. influenzae* và phế cầu (tăng bạch cầu 43,9%, tăng CRP 56,1%), tỷ lệ tăng bạch cầu và CRP trong nghiên cứu của chúng tôi đều cao hơn, sự khác biệt có thể liên quan đến khác biệt về tiêu chuẩn chọn mẫu và phân bố lứa tuổi giữa hai nghiên cứu [8]. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu gần đây của Bùi Bích Ngọc năm 2025 trên 343 trẻ viêm phổi do HI tại Bệnh viện Nhi Trung ương, ghi nhận tỷ lệ tăng bạch cầu 67,3% và tăng CRP 66,5% [5].

Về hình ảnh X-quang, tổn thương dạng nốt mờ lan tỏa chiếm ưu thế với 64/86 trẻ (74,4%), trong khi tổn thương khu trú thùy/phân thùy chỉ gặp ở 11,6% và không ghi nhận trường hợp tràn dịch màng phổi. Kết quả này phù hợp với xu hướng được ghi nhận trong nghiên cứu của Bùi Bích Ngọc, trong đó tổn thương lan tỏa cũng chiếm ưu thế (59,5%) so với tổn thương khu trú thùy/phân thùy (36,4%) [5], gợi ý rằng viêm phế quản phổi lan tỏa là kiểu tổn thương X-quang đặc trưng của viêm phổi do *H. influenzae* ở trẻ nhỏ, khác với hình ảnh đông đặc thùy điển hình thường gặp trong viêm phổi do phế cầu ở trẻ lớn hơn.Tỷ lệ tổn thương lan tỏa trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có thể còn liên quan đến sự khác biệt về phân bố lứa tuổi và tiêu chuẩn phân loại tổn thương X-quang giữa các nghiên cứu.

Chúng tôi ghi nhận nhóm trẻ viêm phổi không đơn thuần (trẻ mắc viêm phổi kèm tiêu chảy cấp và/hoặc thiếu máu) chiếm 40,7%. Kết quả tìm mối liên một số yếu tố với tình trạng viêm phổi, chúng tôi ghi nhận có 3 yếu tố liên quan: tuổi, hemoglobin máu và thời gian nằm viện. Trẻ càng nhỏ, đặc biệt là nhóm dưới 2 tuổi, cấu trúc giải phẫu đường thở chưa hoàn thiện (lòng phế quản hẹp, khả năng đàn hồi kém) cùng với hệ miễn dịch đặc hiệu chưa trưởng thành là điều kiện thuận lợi để mầm bệnh xâm nhập và gây bệnh nặng hơn. Thiếu máu làm giảm khả năng vận chuyển oxy của hồng cầu tới các mô, gây tình trạng thiếu oxy tổ chức, buộc hệ hô hấp phải tăng sức hoạt động bù trừ. Đồng thời, thiếu máu làm giảm chức năng của đại thực bào phế nang và sự tăng sinh của tế bào lympho T, khiến cơ thể mất đi hàng rào bảo vệ tự nhiên trước tác nhân gây bệnh. Việc ghi nhận mối liên quan giữa tình trạng viêm phổi và thời gian nằm viện là một hệ quả logic về mặt lâm sàng. Nhóm trẻ viêm phổi không đơn thuần (có thiếu máu hoặc tiêu chảy kèm theo) đòi hỏi phác đồ điều trị đa chuyên khoa, cần thời gian dài hơn để phục hồi cả tổn thương tại phổi, bù nước điện giải và cải thiện dinh dưỡng, dẫn đến kéo dài số ngày điều trị nội trú.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi cộng đồng do *H. influenzae* ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2025-2026, chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ trên 12 tháng tuổi. Không có sự khác biệt về lâm sàng ở hai nhóm trẻ đã tiêm chủng Hib và chưa tiêm, có sự khác biệt về tình trạng tăng số lượng bạch cầu, tăng CRP và giảm hemoglobin ở hai nhóm trẻ. Thời gian nằm viện trung bình 7,7 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization**. Pneumonia in children.Geneva: WHO; 2022. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia.
2. **Walker CLF, Rudan I, Liu L** *et al.* Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. The Lancet 2013;381(9875):1405-1416. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60222-6

3. **Tạ Quang Đạo, Nguyễn Thị Diệu Thúy, Phan Văn Nhã, Phạm Thu Nga**. Nguyên nhân và kết quả điều trị viêm phổi nặng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam 2024;543(2):196-199. https://doi.org/10.51298/vmj.v543i2.11433
4. **World Health Organization**. Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses. World Health Organization; 2013.
5. **Bùi Bích Ngọc, Lê Đức Quang, Lê Thị Hồng Hanh, Phan Văn Nhã, Phạm Thu Nga**. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi cộng đồng do Haemophilus influenzae và tính nhạy cảm kháng sinh của Haemophilus influenzae tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam 2025;556(1):62-66. https://doi.org/10.51298/vmj.v556i1.16249
6. **Trần Phan Ninh**. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh biến chứng của viêm phổi ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2022 đến tháng 1/2025. Tạp chí Y học cộng đồng. 2025; 66(4): 1-8. https://doi.org/10.52163/yhc.v66i4.2850
7. **Vũ Thị Trang, Lê Thị Văn, Ninh Quốc Đạt**. Viêm phổi cộng đồng trẻ em: phân tích căn nguyên và tính kháng kháng sinh tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2026; 198 (1): 548-555. https://doi.org/10.52852/tcncyh.v198i1.4412
8. **Trần Quang Khải, Nguyễn Duy Bảo** và cộng sự. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tác nhân vi sinh gây viêm phổi thùy ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2024. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2025;(87):87-93. http://doi.org/10.58490/ctump.2025i87.3738