



HỘI HÔ HẤP  
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

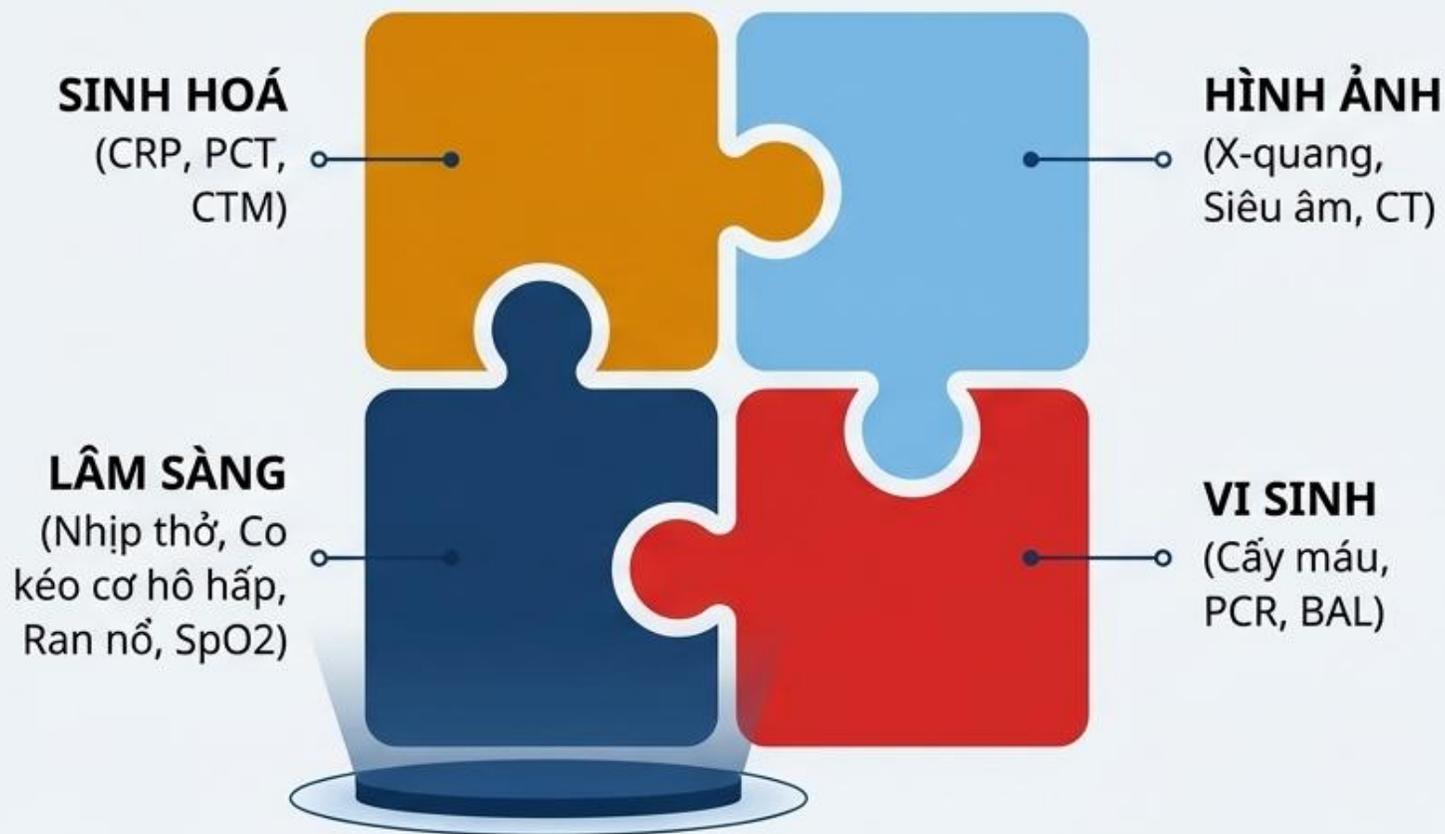
**HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN HỘI HÔ HẤP - HRS 2026**  
THE ANNUAL CONFERENCE OF THE HO CHI MINH RESPIRATORY SOCIETY

# Viêm phổi cộng đồng trẻ em: chỉ định xét nghiệm CLS nào ?

**PGS. PHAN HỮU NGUYỆT DIỄM**

VŨNG TÀU, TP.HCM - NGÀY 21 THÁNG 3 NĂM 2026

# Bốn Trụ Cột Chẩn Đoán: Lâm Sàng Là Trái Tim



## Nền tảng lâm sàng



Chẩn đoán cốt lõi vẫn dựa vào thăm khám thực thể tại tuyến cơ sở.



Dấu hiệu then chốt: Thở nhanh (theo ngưỡng tuổi).



Dấu hiệu cảnh báo: SpO<sub>2</sub> thấp, cơ kéo cơ hô hấp.

# Tiếp cận Lâm sàng: Nền tảng của chẩn đoán

Chẩn đoán vẫn chủ yếu dựa vào lâm sàng, đặc biệt tại tuyến y tế cơ sở.

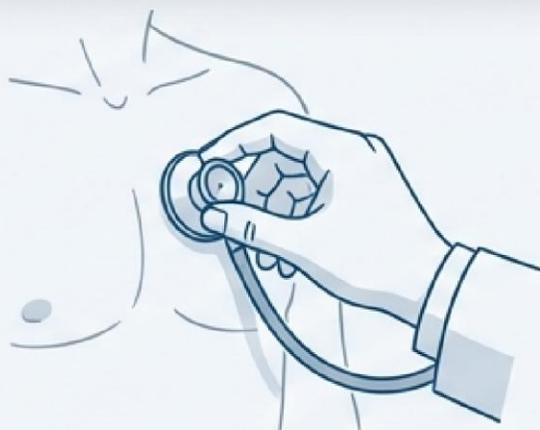


## Dấu hiệu then chốt

Thở nhanh (theo ngưỡng tuổi quy định)

## Dấu hiệu cảnh báo

- ❗ SpO<sub>2</sub> thấp
- ⚠️ Cơ kéo cơ hô hấp
- 👂 Nghe phổi có ran nổ



## Dấu hiệu cảnh báo

- ⚠️ SpO<sub>2</sub> thấp
- 👂 Co kéo cơ hô hấp
- ⚠️ Nghe phổi có ran nổ



## Lưu ý quan trọng

Kỹ năng thăm khám thực thể quyết định việc phân loại độ nặng ban đầu.

## Các Nguyên Tắc Vàng Trong Chỉ Định (Theo WHO, BTS, IDSA)



**Không xét nghiệm tràn lan.**

Chỉ định phải gắn liền với mức độ nặng và bối cảnh (Ngoại trú - Nội trú - ICU).



**Không chụp X-quang thường quy cho các ca viêm phổi nhẹ (không nặng).**



**Không dùng CRP/PCT đơn độc để quyết định việc bắt đầu hay dừng sử dụng kháng sinh**

**Trọng tâm cốt lõi:** Điều trị dựa trên đánh giá lâm sàng vẫn là kim chỉ nam.

# Bản Chất Của Cận Lâm Sàng: 4 Vai Trò Cốt Lõi



## Xác định & Phân biệt căn nguyên

(Vi khuẩn vs. Virus, xác định mầm bệnh, bất thường di truyền).



## Đánh giá mức độ & Biến chứng

(Suy hô hấp qua Khí máu, tổn thương giải phẫu, tổn thương mô/đông máu).



## Theo dõi đáp ứng điều trị

(Sự thay đổi của chỉ số viêm, cảnh báo thất bại điều trị).



## Can thiệp điều trị trực tiếp

(Nội soi gắp dị vật, hút nút nhầy).

# Giải Mã Viêm & Nhiễm Trùng: Từ CTM đến Biomarker

## Công Thức Máu (CTM)

⇒ Bạch cầu ↑ → Gợi ý **Vi khuẩn** 

⇒ Bạch cầu Bình thường/Thấp  
→ Gợi ý **Virus** hoặc **Nhiễm trùng rất nặng**   


⇒ Tiểu cầu ↑ → Tình trạng **viêm kéo dài** 

## Cuộc chuyển giao Biomarker



**CRP:** Tốt cho theo dõi đáp ứng điều trị, nhưng độ đặc hiệu nguyên nhân không cao. Nồng độ **>100 mg/L** gợi ý **viêm nặng/VK điển hình.**

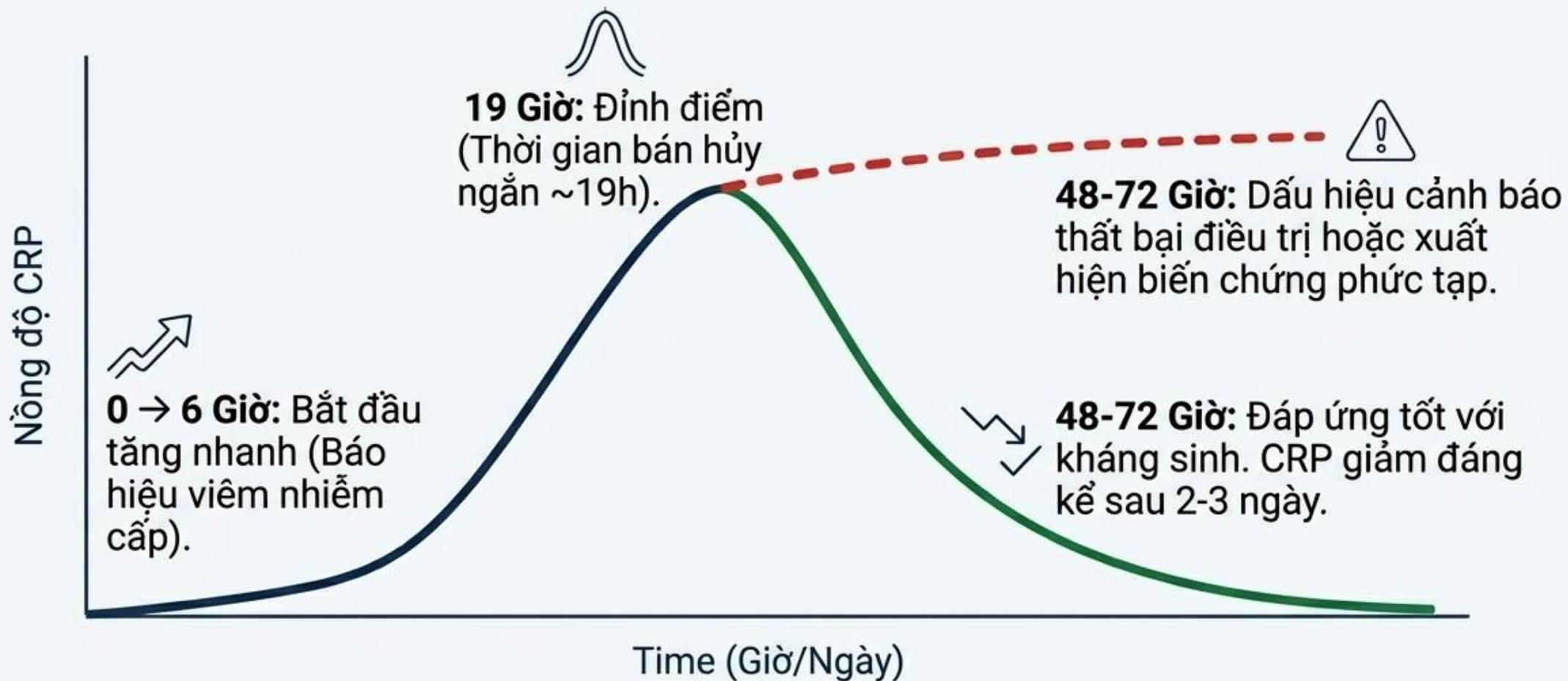


**PCT:** Có giá trị CAO NHẤT trong phân biệt Vi khuẩn vs. Virus.

PCT ↑ → **Vi khuẩn** 

PCT Thấp → **Virus**   
(Giúp hạn chế lạm dụng kháng sinh) 

# Động Học CRP: Thước Đo Đáp Ứng Điều Trị



CRP không quyết định kháng sinh, nhưng xu hướng biến thiên của nó cung cấp dữ liệu khách quan hơn các triệu chứng lâm sàng mơ hồ ở trẻ.

# Cuộc Cách Mạng Hình Ảnh "Không Tia Xạ"



## Siêu âm phổi (LUS)

Không nhiễm xạ, an toàn, làm tại giường. Độ chính xác tương đương X-quang. **Ưu thế vượt trội:** Phát hiện tràn dịch màng phổi.



## CT Ngực

Không làm thường quy.

**Chỉ định khi:** Viêm phổi nặng không đáp ứng, nghi ngờ **dị dạng, áp-xe**, hoặc hoại tử phổi.



## X-Quang ngực

**DỪNG** chụp thường quy cho viêm phổi nhẹ ngoại trú.

**Chỉ định khi:** Nặng, không đáp ứng sau 48-72h, hoặc nghi ngờ biến chứng.

# Truy Tìm Tác Nhân Căn Nguyên

## Tiêu Chuẩn Hiện Tại



### Cấy máu

Chỉ định: Viêm phổi nặng, sốt cao kéo dài, trẻ < 3 tháng, nghi nhiễm trùng huyết. (Tỷ lệ (+) thấp nhưng giá trị chẩn đoán cực cao).



### PCR & Test Nhanh (Sputum/NPA)

Tìm RSV, Influenza, SARS-CoV-2, Mycoplasma (trẻ lớn).

## Kỹ Nguyên Sinh Học Phân Tử (CFPNGS)



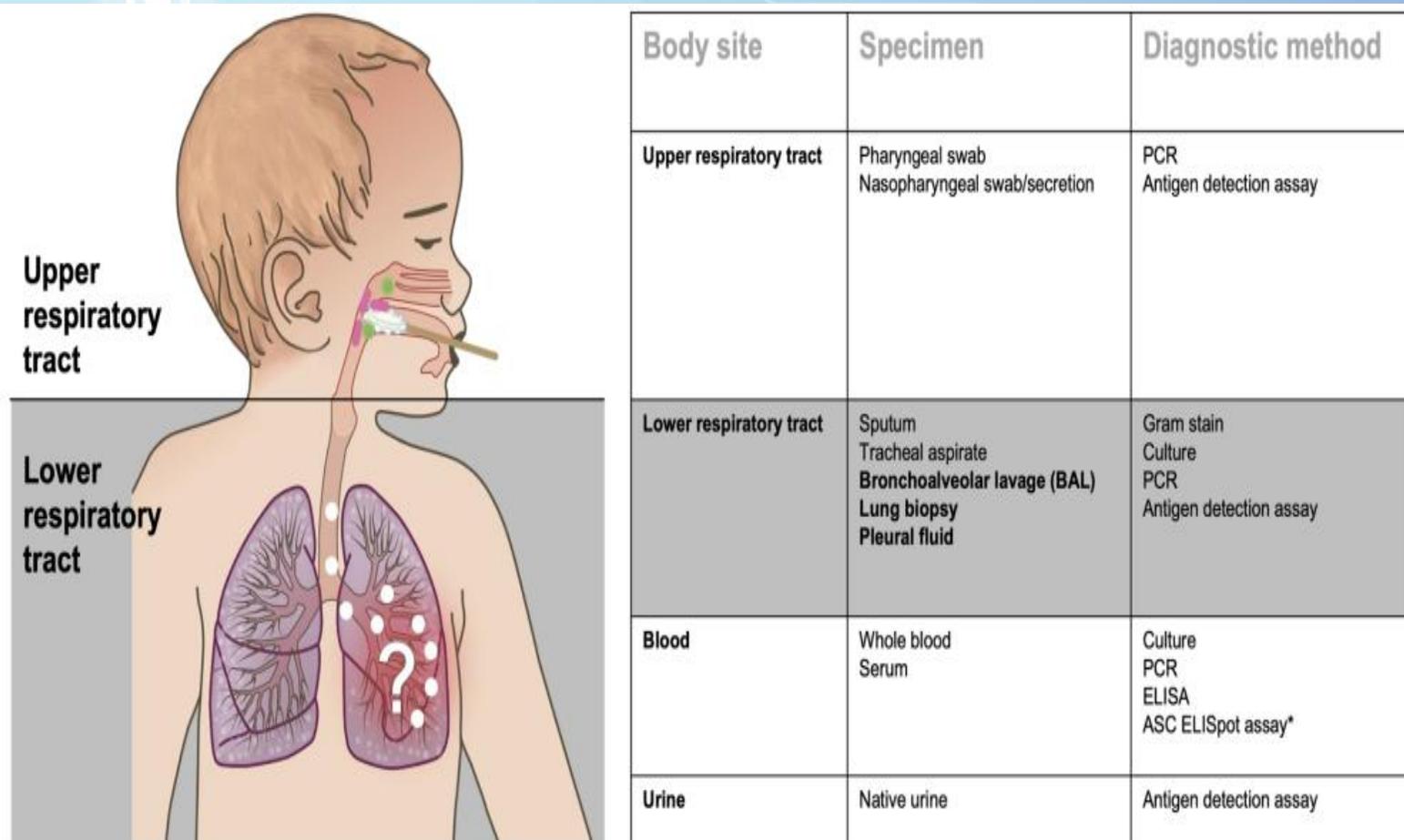
Giải trình tự DNA tự do trong huyết tương.



**Ưu điểm:** Hứa hẹn cho ca CAP nặng hoặc cấy máu âm tính.



**Thách thức:** Chi phí cao, chưa phổ biến rộng rãi.

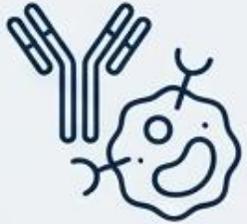


**Fig.2** Specimens and diagnostic methods for the microbiological diagnosis of CAP in children. Abbreviations: ASC, antibody-secreting cell; ELISA, enzyme-linked immunosorbent assay (serology); ELISpot, enzyme-linked immunospot assay (cell-based assay); PCR, polymerase chain reaction. Figure adapted from Meyer Sauter [10]. Sam-

ples taken directly from the lungs are shown in bold and are the “gold standard” for the microbiological diagnosis of CAP. \*The detection of pathogen-specific ASCs by ELISpot is not yet a validated method for the microbiological diagnosis of CAP

# Chẩn Đoán Chuyên Sâu & Dấu Ấn Miễn Dịch

## Bắt Mạch *Mycoplasma pneumoniae*



Xét nghiệm ELISpot (Phát hiện ASC - Tế bào tiết kháng thể đặc hiệu).

- ✓ → Độ chính xác cao: Chỉ (+) ở trẻ thực sự nhiễm bệnh.
- ✓ → **KHÔNG** (+) ở người lành mang trùng hoặc viêm phổi do mầm bệnh khác.

## Khi Nào Cần Định Lượng IgG?



Chỉ định: Viêm phổi nặng/tái phát nhiều lần, nghi ngờ Suy giảm miễn dịch (SGMD).

- ⚠ Trẻ trai > 6 tháng: Tầm soát XLA (giảm gamma globulin máu liên kết X).
- Lưu ý:** IgG tổng bình thường vẫn có thể VP tái phát do "Thiếu hụt phân lớp IgG" (nhạy cảm với Phế cầu, Hib).
- ⚠ Trẻ lớn: Cân nhắc CVID nếu IgG giảm vừa kèm IgA thấp.

# Vũ Khí Cuối Cùng: Nội Soi & Sinh Thiết

## Rửa Phế Quản Phế Nang - BAL

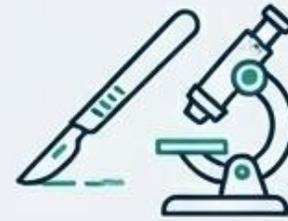


- Vai trò: Chất lượng bệnh phẩm cao nhất. Tỷ lệ tìm thấy tác nhân lên tới 80% ở trẻ SGMD bị VP nặng. Giải quyết >50% ca VP nặng không rõ nguyên nhân.

- Ứng dụng: Tìm nấm, lao, *P. jirovecii*, giải phẫu bệnh kẽ. Gắp dị vật, phẫu bệnh kẽ. Gắp dị vật, hút nút nhầy.

- Nhược điểm: xâm lấn cao, cần gây mê/an thần, nguy cơ tụt SpO<sub>2</sub>/co thất.

## Sinh Thiết Phổi (Tiêu chuẩn Vàng)



- Dành cho: Bệnh phổi kẽ (ILD), u hạt, viêm phổi không rõ nguyên nhân sau khi kiệt quệ xét nghiệm.

- Thực hiện: Xuyên thành phế quản hoặc nội soi lồng ngực.

# Ma Trận Quyết Định | **Vùng Xanh**: Điều Trị Ngoại Trú

## BẮT BUỘC



- Khám đánh giá lâm sàng (nhịp thở, rút lõm lồng ngực, khả năng bú/ăn).
- Đo SpO2 (Mục tiêu > 92%).

## TÙY CHỌN



- Test nhanh virus (Influenza, RSV, COVID-19) nếu có dịch lưu hành.

## KHÔNG KHUYẾN CÁO



- X-Quang ngực (Không thay đổi hướng xử trí).
- Công thức máu (Không phân biệt được VK/Virus rõ ràng ở mức độ nhẹ).
- CRP / PCT (Không cần thiết).

# Ma Trận Quyết Định | Vùng Vàng: Cần Nhập Viện

## NÊN LÀM TỨC TIÊN



- Đo SpO2: Đánh giá suy hô hấp.
- X-Quang ngực: Xác nhận chẩn đoán, tìm biến chứng tràn dịch/áp-xe.
- Công thức máu: Đánh giá mức độ viêm hệ thống.
- CRP: Đánh dấu mốc cơ sở (baseline) để theo dõi diễn tiến điều trị.

## CÂN NHẮC THÊM



- PCR virus hô hấp.
- Mycoplasma PCR/Huyết thanh học (với trẻ > 5 tuổi).

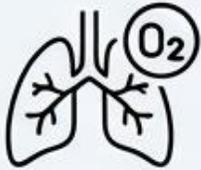
## KHÔNG LÀM THƯỜNG QUY



- Cấy máu (Trừ khi có sốt cao liên tục hoặc dấu hiệu nhiễm trùng huyết).

# Ma Trộn Quyết Định | Vùng Đỏ: VP Nặng & ICU

**TẤT CẢ GUIDELINES KHUYẾN CÁO BẮT BUỘC LÀM TOÀN DIỆN**



**SpO2 & Khí máu động mạch (ABG):** Đánh giá chính xác mức độ suy hô hấp, kiềm toan.



**Công thức máu + CRP + PCT:** Tiên lượng nguy cơ tử vong, khẳng định nhiễm khuẩn nặng.



**Công thức máu + CRP + PCT:** Tiên lượng nguy cơ tử vong, khẳng định nhiễm khuẩn nặng.



**Cấy máu + PCR đa tác nhân:** Định danh ngay kẻ thù để đánh trúng đích.



**LDH, Ferritin, D-dimer:** Tâm soát bão cytokine và biến chứng đông máu.

# Lời Kết: Bác Sĩ Là Người Giải Mã



**Triệu chứng**  
(Manh mối)



**Cận lâm sàng**  
(Bộ giải mã)



**Tư duy Bác sĩ**  
(Người kết nối)

## Sức mạnh của đa mô thức

Việc vận dụng hợp lý cận lâm sàng tạo ra một "bản đồ" tình trạng bệnh, giúp điều trị trúng đích, tránh lạm dụng thuốc và không bỏ sót căn nguyên nguy hiểm.

## Thông điệp cốt lõi

Chẩn đoán viêm phổi trẻ em giống như giải một mật mã. Triệu chứng lâm sàng là manh mối bên ngoài. Cận lâm sàng là bộ giải mã chuyên dụng giúp bác sĩ nhìn thấu vào bên trong.

Công cụ hiện đại nhất của nền y khoa vẫn luôn là tư duy lâm sàng nhạy bén của người thầy thuốc.



HỘI HÔ HẤP  
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

**HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN HỘI HÔ HẤP - HRS 2026**  
THE ANNUAL CONFERENCE OF THE HO CHI MINH RESPIRATORY SOCIETY

# **CẢM ƠN QUÝ ĐỒNG NGHIỆP ĐÃ CHÚ Ý LẮNG NGHE**

VŨNG TÀU, TP.HCM - NGÀY 21 THÁNG 3 NĂM 2026

# 3 Câu hỏi trắc nghiệm CME

- **Câu 1.** Chỉ định **chụp X-quang ngực** trong viêm phổi trẻ em là khi nào?
  - A. Tất cả trẻ viêm phổi nghi ngờ
  - B. Viêm phổi nhẹ điều trị ngoại trú
  - C. Viêm phổi nặng, nhập viện hoặc không đáp ứng sau 48–72 giờ**
  - D. Chỉ khi  $SpO_2 > 95\%$

- **Câu 2.** Phát biểu nào sau đây là **ĐÚNG** về vai trò của CRP/Procalcitonin (PCT) trong viêm phổi trẻ em?
  - A. CRP/PCT được dùng đơn độc để quyết định có dùng kháng sinh hay không
  - B. PCT tăng luôn khẳng định viêm phổi do vi khuẩn
  - C. CRP chủ yếu dùng để theo dõi đáp ứng điều trị**
  - D. CRP/PCT bắt buộc làm thường quy cho mọi trường hợp viêm phổi

- **Câu 3.** Trong các trường hợp sau, **cấy máu** được khuyến cáo chỉ định **chọn lọc** khi nào?
  - A. Mọi trẻ viêm phổi điều trị ngoại trú
  - B. Viêm phổi nhẹ, đáp ứng tốt kháng sinh
  - C. **Viêm phổi nặng, sốt cao kéo dài hoặc trẻ < 3 tháng**
  - D. Trẻ viêm phổi do virus đã xác định bằng PCR