

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI DO MYCOPLASMA PNEUMONIAE Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Trần Thị Thúy Hà, Trần Văn Phú, Phạm Thị Thanh Thủy

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Viêm phổi là vấn đề sức khỏe toàn cầu do tác động lớn đối với sức khỏe của trẻ em, đặc biệt là trẻ nhỏ. *M. pneumoniae*, một loại vi khuẩn “không điển hình”, là nguyên nhân của 10% tới 40% các trường hợp viêm phổi cộng đồng. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhi viêm phổi do *M. pneumoniae*. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán viêm phổi do *M. pneumoniae* vào điều trị tại Khoa Nhi – sơ sinh, Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2024. Kết quả nghiên cứu cho thấy: độ tuổi hay gặp là nhóm 2 - 15 tuổi (83,4%). Trong đó, trẻ bị bệnh chủ yếu từ tháng 2 đến tháng 5 trong năm. Bệnh cảnh lâm sàng của viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* với biểu hiện ho khan trên 1 tuần và sốt dưới 39 độ C là chủ yếu. Các triệu chứng ngoài phổi ít gặp. Đa số có số lượng bạch cầu $11,5 \pm 3,6$ G/L. Hình ảnh tổn thương phổi thùy, phân thùy chiếm tỷ lệ cao: 51,7%, đặc biệt hay gặp ở nhóm trẻ trên 5 tuổi. Trẻ nhỏ thường có tổn thương lan tỏa toàn bộ hai bên phổi với bệnh cảnh lâm sàng rầm rộ hơn so với nhóm trẻ lớn. 98,3 % bệnh nhân được điều trị khỏi, đỡ giảm với nhóm Macrolide và Quinolone. Nhiễm *Mycoplasma pneumoniae* là một bệnh lý khá thường gặp, phần lớn là nhóm tuổi 2 tháng-15 tuổi. Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu là sốt và ho, kèm theo các hình ảnh tổn thương ở phổi, thường nặng hơn ở trẻ nhỏ nhưng đáp ứng điều trị vẫn rất tốt khi dùng các nhóm kháng sinh đặc hiệu.

Từ khóa: *Mycoplasma pneumoniae*, viêm phổi, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, Kết quả điều trị.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là vấn đề sức khỏe toàn cầu do tác động lớn đối với sức khỏe của trẻ em, đặc biệt là trẻ nhỏ. Tỷ lệ mắc bệnh viêm phổi khác nhau tùy theo điều kiện địa dư, điều kiện kinh tế - xã hội và tỷ lệ trẻ mắc bệnh cao hơn ở các nước đang phát triển so với các nước phát triển. Tại các nước đang phát triển, nhiễm khuẩn đường hô hấp không chỉ phổ biến mà còn nghiêm trọng, làm hơn 4 triệu trẻ em tử vong mỗi năm, riêng viêm phổi là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ em tại các nước này [1].

Trong những năm gần đây, người ta đã quan tâm nghiên cứu về *M. pneumoniae*, một loại vi khuẩn “không điển hình”, là nguyên nhân của 10% tới 40% các trường hợp viêm phổi cộng

đồng [2]. Viêm phổi do *M. pneumoniae* với các triệu chứng lâm sàng và hình ảnh xquang phổi rất đa dạng, nếu không có kinh nghiệm sẽ dễ nhầm với viêm phổi do các nguyên nhân khác. Bệnh cũng có nhiều mức độ khác nhau nhưng thường diễn biến dai dẳng nếu không được điều trị, làm ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của trẻ. *M. pneumoniae* không chỉ gây tổn thương ở đường hô hấp mà còn có những rối loạn nghiêm trọng ở hệ tuần hoàn, thần kinh, huyết học... thậm chí gây tử vong.

Viêm phổi do *M. pneumoniae* cũng có nhiều mức độ khác nhau nhưng thường diễn biến dai dẳng nếu không được điều trị, làm ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của trẻ. *M. pneumoniae* không chỉ gây tổn thương ở đường hô hấp mà còn có những rối loạn nghiêm trọng ở hệ tuần hoàn, thần kinh, huyết học...

Tác giả chính: *Phạm Thị Thanh Thủy*
Email: *phamthuy47@gmail.com*

Ở Việt Nam, viêm phổi do *M. pneumoniae* có xu hướng tăng lên trong những năm gần đây [3]. Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An chưa có nghiên cứu đánh giá một cách toàn diện về tình hình viêm phổi do *M. Pneumoniae* ở trẻ em. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chủ yếu ở bệnh nhi viêm phổi do *M. pneumoniae* tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An; đánh giá kết quả điều trị ở những bệnh nhân viêm phổi do *M. pneumoniae*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán viêm phổi do *M. pneumoniae* vào điều trị tại Khoa Nhi – sơ sinh, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi, được chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới [4] và tiêu chuẩn Viêm phổi do *Mycoplasma*: viêm phổi và IgM và/hoặc PCR *M. pneumoniae* trong dịch tỵ hầu dương tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ viêm phổi mắc các bệnh khác theo như bệnh suy gan, suy thận, bệnh rối loạn đông 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.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi có 60 bệnh nhân viêm phổi đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu và xác định được do *M. pneumoniae*.

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

Đặc điểm		n	%
Giới	Nam	34	56,7
	Nữ	26	43,3
Nhóm tuổi	Dưới 2 tuổi	10	16,6
	2-5 tuổi	25	41,7
	> 5 tuổi	25	41,7

Trẻ nam gặp nhiều hơn nữ, tỉ lệ Nam: Nữ là 1,3:1. Đa số các bệnh nhân trong độ tuổi 2-15 tuổi (83,4%).

2. Phương pháp nghiên cứu

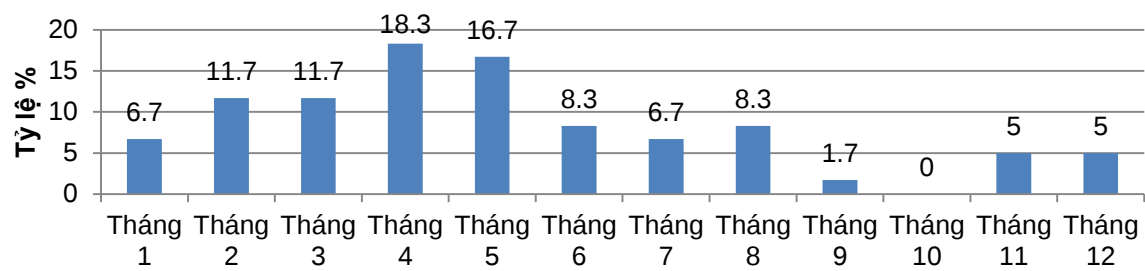
Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ là 60 bệnh nhân viêm phổi đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu và xác định được do *M. pneumoniae*. Bệnh nhân vào viện được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cần thiết, chụp Xquang phổi và cấy dịch tỵ hầu ngay sau khi được chẩn đoán viêm phổi. Khi có kết quả dương tính với *Mycoplasma Pneumoniae* (IgM dương tính và/hoặc PCR dịch tỵ hầu dương tính), bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu và tiến hành thu thập các biến số nghiên cứu, theo dõi quá trình điều trị và kết quả. Các biến số được nghiên cứu bao gồm: yếu tố dịch tễ liên quan giới tính, mùa mắc bệnh, triệu chứng lâm sàng chính, triệu chứng cận lâm sàng về xét nghiệm máu, chẩn đoán hình ảnh, điều trị kháng sinh đặc hiệu và kết quả điều trị.

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê (mô tả chung các biến số, so sánh tỉ lệ bằng kiểm định χ^2) bằng phần mềm SPSS 20, được trình bày dưới dạng các bảng và biểu đồ.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự cho phép của Ban Giám đốc Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Các bệnh nhân/thân nhân được hỏi ý kiến trước, và chỉ đưa vào nghiên cứu khi được sự đồng ý. Các thông tin bệnh nhân được bảo mật.



Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ bị bệnh theo tháng

Bệnh xảy ra quanh năm. Trong đó, trẻ bị bệnh chủ yếu từ tháng 2 đến tháng 5.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

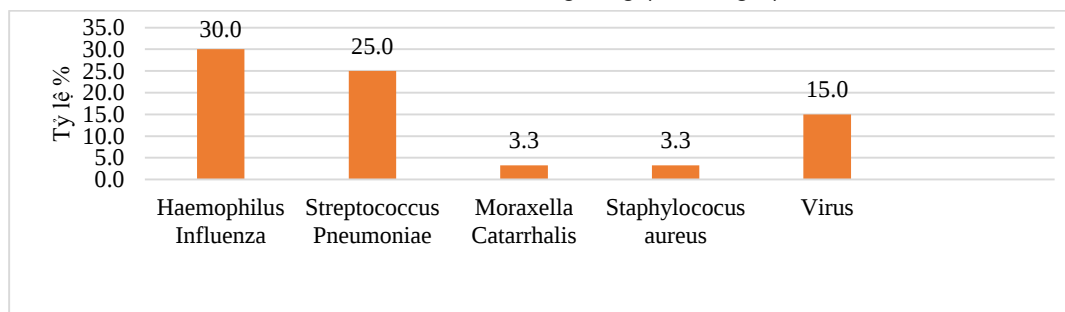
		Trẻ < 5 tuổi (n=35)	Trẻ ≥ 5 tuổi (n=25)	p
Cơ năng	Ho	59 (98,3%)		
	Sốt	50 (83,4%)		
	Khò khè	26 (43,4%)		
	Chảy mũi	24 (40%)		
	Khác	36 (60%)		
Ran phổi	Ran ẩm	23 (65,7%)	14 (56%)	>0,05
	Ran rít	4 (11,4%)	0 (0%)	
	Giảm thông khí	2 (5,7%)	2 (8%)	
	Không có ran	6 (17,1%)	9 (36%)	
Thở nhanh	Có	6 (17,1%)	4 (16%)	>0,05
	Không	29 (82,9%)	21 (84%)	

Triệu chứng cơ năng chủ yếu là ho và sốt (98,3% và 83,4%). Khò khè và chảy mũi chiếm tỉ lệ ít hơn đều bằng nhau 40%. Còn các triệu chứng ngoài phổi chiếm tỉ lệ thấp. Triệu chứng ran ẩm ở phổi chiếm 37/60 (61,7%) bệnh nhân. Có 25% bệnh nhân không có ran khi nghe phổi. Triệu chứng thở nhanh ở trẻ chỉ có 16,7% số trẻ. Có tới 83,3% trẻ không có triệu chứng thở nhanh.

Bảng 3. Triệu chứng cận lâm sàng

		Trẻ < 5 tuổi		Trẻ ≥ 5 tuổi		p
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Tổn thương phổi trên Xquang	Thùy, phân thùy	14	40%	17	68%	< 0,05
	Lan tỏa 2 bên	21	60%	8	32%	
Bạch cầu (G/L)	>10	23	65,7%	14	56%	>0,05
	≤ 10	12	34,3%	11	44%	
	X ± SD	11,5 ± 3,6 (5,35-20,59)				
CRP	CRP < 10	18 (30%)				
	10 ≤ CRP ≤ 20	25 (41,7%)				
	CRP > 20	17 (28,3%)				

Hình ảnh tổn thương thùy, phân thùy trên Xquang chiếm tỷ lệ cao hơn các tổn thương lan tỏa hai bên (51,7% và 48,3%). Trong nhóm trẻ <5 tuổi, tổn thương lan tỏa chiếm tỉ lệ cao hơn (60%); trong nhóm trẻ ≥ 5 tuổi, tổn thương thùy, phân thùy chiếm tỉ lệ cao hơn (51,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Số lượng bạch cầu trung bình là $11,5 \pm 3,6$ G/L. Số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi tăng >10 G/L chiếm tỉ lệ cao 61,7%. Nồng độ CRP trong máu tăng nhẹ (10-20 mg/L) chiếm tỉ lệ cao nhất 41,7%. Có 30% bệnh nhân CRP không tăng (<10 mg/L).



Biểu đồ 2: Phân bố tác nhân đồng nhiễm của đối tượng nghiên cứu

Các tác nhân đồng nhiễm phân lập được có Streptococcus Pneumoniae, Haemophilus Influenzae, Moraxella, Staphylococcus Aureus và một số vi rút như Adenovirus, cúm, MPV... Trong đó, Streptococcus Pneumoniae và Haemophilus Influenza có tỷ lệ cao nhất (25% và 30%).

Bảng 4: Kết quả điều trị của bệnh nhân

Kết quả	n	%
Khỏi	59	98,3
Nặng lên	1	1,7
Tử vong	0	0
Tổng	60	100

Tỷ lệ khỏi chiếm 98,3%, chỉ có 1/60 (1,7%) bệnh nhân nặng lên, chuyển tuyến trên. Không có trường hợp nào tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 60 bệnh nhân dương tính với Mycoplasma pneumoniae trên tổng số 432 bệnh nhân được khảo sát (13,9%). Viêm phổi do M. pneumoniae gặp nhiều ở lứa tuổi từ 2 - 5 tuổi (41,7%) và trên 5 tuổi (41,7%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Vân Anh (trên 48 trẻ bệnh tại Bệnh viện Nhi trung ương), Phạm Thu Hiền (Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương). Theo các tác giả, tỷ lệ mắc bệnh của trẻ trên 4 tuổi là 18,4 – 36,4% [5] [6]. Có sự khác biệt này có thể giải thích do hiện nay viêm phổi không điển hình do M. pneumoniae đã được quan tâm và chú ý nhiều

hơn. Mặt khác, chúng tôi sử dụng phương pháp PCR để chẩn đoán nên độ nhạy cao hơn. Tỷ lệ viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae ở nam/nữ là 1,3/1 không có sự khác biệt (56,7% nam và 43,3% nữ).

Đã có nhiều nghiên cứu báo cáo viêm phổi do M. pneumoniae xảy ra rải rác quanh năm tập trung nhiều vào những tháng mùa thu, giống với tác giả Nguyễn Thị Vân Anh [5]. So sánh với nghiên cứu của Phạm Thu Hiền bệnh gặp ở tất cả các tháng trong năm, cao điểm là tháng 3, 6, 10 [6]; còn theo Orellana-Peralta F tỷ lệ bệnh gặp nhiều vào mùa hè [7]. Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, bệnh tập trung ở các tháng 2,3,4,5 (quý 2). Sự khác biệt về mùa cũng như thời gian mắc bệnh có thể do thời tiết và điều kiện của từng vùng địa lý khác nhau.

Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân chủ yếu là ho và sốt (98,3% và 83,4%). Các triệu chứng khô khè và chảy mũi chiếm tỉ lệ ít hơn đều bằng nhau 40%. Còn các triệu chứng ngoài phổi như ban da, đau đầu, đau bụng chiếm tỉ lệ thấp. Ho là một triệu chứng thường gặp nhất trong các bệnh viêm phổi nói chung và viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae nói trên. Đây là dấu

hiệu quan trọng, cùng với sự thay đổi tần số thở sẽ giúp các bác sĩ hướng tới chẩn đoán viêm phổi ngay cả trong những trường hợp không phát hiện được ran ẩm hay ran nổ. Kết quả nghiên cứu cho thấy 98,3% trẻ có biểu hiện ho. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác ở Việt Nam cũng như trên thế giới của Shu Chiang Hsieh, Trần Nguyễn Như Uyên, với tỷ lệ ho dao động từ 88% tới 94% [8], [9].

M. pneumoniae không chỉ gây ra những tổn thương ở phổi, mà còn có các tổn thương ngoài phổi như phát ban, tiêu hóa, thần kinh, tim mạch... do cơ chế miễn dịch hoặc tác động trực tiếp của vi khuẩn lên các cơ quan đích. Trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp bệnh nhân nào tổn thương tim mạch, thần kinh, chỉ có phát ban 25%; hệ tiêu hóa 8,3%. Các biểu hiện ở hệ tiêu hóa như đau bụng, tiêu chảy, đi ngoài phân sống, nôn... Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với Nguyễn Thị Vân Anh 18,8% [5]. Tuy nhiên, theo Phạm Thu Hiền, tỷ lệ tiêu chảy, rối loạn tiêu hóa là 31,8% cao hơn so với kết quả của chúng tôi [6]. Sự khác biệt này có thể do điều kiện khí hậu, tập quán ăn uống và vệ sinh an toàn thực phẩm làm tăng khả năng lây lan của vi khuẩn.

Chẩn đoán viêm phổi trên lâm sàng chủ yếu dựa vào triệu chứng như ho, sốt, khạc đờm, tần số thở tăng, thay đổi về rung thanh, đặc biệt là phát hiện thấy có ran ẩm, nổ ở phổi. Ở những trẻ có tổn thương lan tỏa hai bên thì việc phát hiện ran trong khám lâm sàng là tương đối thuận lợi. Trái lại, những trẻ có tổn thương khu trú ở một hoặc vài phân thùy, thùy lại đòi hỏi khám xét tỉ mỉ hơn, thậm chí phải thăm khám nhiều lần. Chúng tôi phát hiện được 61,7% trẻ có ran ẩm hoặc ran rít ở phổi. Trong đó, ở trẻ dưới 5 tuổi, tỷ lệ này đạt 45% (27/60 trẻ), nhóm trên 5 tuổi 23,3% (14/60 trẻ). Như vậy, có tới 23,3% trẻ trên 5 tuổi không nghe thấy ran hoặc chỉ thấy tiếng phổi thô ráp không rõ ràng. Điều này là một khó khăn cho việc chẩn đoán cũng như theo dõi điều trị cho nhóm trẻ lớn. Tác giả Lê Đình Nhân nghiên cứu

24 trẻ trên 5 tuổi bị viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* cho thấy tỷ lệ trẻ có biểu hiện phổi thô chiếm 54,2% [10], cao hơn so tỷ lệ 23,3% của chúng tôi.

X-quang tim phổi luôn được coi là thường quy để chẩn đoán viêm phổi, vừa giúp ích rất nhiều cho những trường hợp lâm sàng không rõ ràng, vừa giúp định khu được tổn thương và theo dõi điều trị. Vì vậy, tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều được chụp X-quang ngay sau khi vào viện. Kết quả cho thấy hình ảnh viêm phổi lan tỏa hai bên chiếm tỷ lệ 48,3%; tổn thương khu trú ở một thùy hoặc vài phân thùy phổi ở một bên phổi chiếm 51,7%. Kết quả này phù hợp với kết quả của Shu Chiang Hsieh là 49%[8].

Số lượng bạch cầu của phần lớn các trường hợp viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* đều dưới $15 \times 10^9/L$. Khi so sánh hai nhóm tuổi, chúng tôi thấy rằng nhóm trẻ nhỏ dưới 5 tuổi có số lượng bạch cầu trung bình cao hơn so với nhóm còn lại (trên dưới $10,0 \times 10^9/L$). Tuy nhiên, do số lượng bệnh nhân còn nhỏ, sự chênh lệch giữa số lượng bạch cầu tối đa và tối thiểu trong các trường hợp tương đối lớn nên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

Kết quả xét nghiệm dịch tỵ hầu cho thấy chỉ có 31,7% bệnh nhân dương tính với *Mycoplasma pneumoniae*. Ngoài ra *Haemophilus Influenzae* và *Streptococcus Pneumoniae* là hai tác nhân chính đồng nhiễm gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em (30% và 25%).

Trong các bệnh nhân được điều trị tỷ lệ khỏi chiếm 98,3%, chỉ có 1/60 (1,7%) bệnh nhân nặng lên, chuyển tuyến trên. Không có trường hợp nào tử vong.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm *Mycoplasma pneumoniae* là một bệnh lý khá thường gặp ở trẻ em, phần lớn là nhóm 2-15 tuổi. Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu là sốt và các triệu chứng của đường hô hấp và các hình ảnh tổn thương ở phổi. Triệu chứng lâm sàng thường nặng hơn ở trẻ nhỏ nhưng đáp ứng

điều trị vẫn rất tốt khi dùng các nhóm kháng sinh thông thường và hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Rudan, I.Tomaskovic, L.Boschi-Pinto, C.Campbell, H. Global estimate of the incidence of clinical pneumonia among children under five years of age, *Bull World Health Organ*.2004;82(12): 895-903.
- [2] Kashyap B1, Kumar S, Sethi GR, Das BC, Saigal SR. Comparison of PCR, culture & serological tests for the diagnosis of Mycoplasma pneumoniae in community-acquired lower respiratory tract infections in children, *Indian J Med Res*. 2008;128(2): 134-9.
- [3] Lê Đình Nhân và cộng sự. Tình hình viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae ở trẻ 4 -15 tuổi tại Bệnh viện Trung Ương Huế, *Tạp chí Y học thực hành*. 2006;10: 67-70.
- [4] WHO. Pneumonia.Guidelines for the management of common childhood illnesses: 2013;76-90.
- [5] Nguyễn Thị Vân Anh. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae ở trẻ trên 1 tuổi tại bệnh viện Nhi Trung Ương, *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội*. 2011.
- [6] Phạm Thu Hiền, Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng viêm phổi không điển hình do vi khuẩn ở trẻ em, *Luận văn tiến sĩ y học, Viện vệ sinh dịch tễ Trung Ương*. 2014.
- [7] Orellana-Peralta F, Valle-Mendoza J D, et al. "High Prevalence of Mycoplasma pneumoniae and Chlamydia pneumoniae in Children with Acute Respiratory Infections from Lima, Peru", *Plos one journal*.2017;12(1).
- [8] Shu Chiang Hsieh, Yung Ting Kuo, Ming Sheng Chern. Mycoplasma pneumonia: Clinical and radiographic features in 39 children, *Pediatrics International*. 2007;49(3): 363-367.
- [9] Trần Nguyễn Như Uyên và cộng sự. Đặc điểm viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae ở trẻ em trên 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng I, *Thời sự Y Dược học*. 2002;7(1): 3-5.
- [10] Lê Đình Nhân, Trần Thị Minh Diễm và cs. Nghiên cứu một số đặc điểm bệnh viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae ở trẻ em từ 4- 15 tuổi tại khoa nhi Bệnh viện Trung ương Huế., *Luận văn thạc sĩ y học của bác sĩ nội trú bệnh viện, Huế*. 2005.

SUMMARY

CLINICAL, SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF PNEUMONIA TREATMENT CAUSED BY MYCOPLASMA IN CHILDREN AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Pneumonia is a global health problem due to its major impact on the health of children, especially young children. M. pneumoniae, an "atypical" bacterium, is the cause of 10% to 40% of community-acquired pneumonia cases. The study was conducted to evaluate some clinical and paraclinical characteristics and treatment outcomes of pediatric patients with pneumonia caused by M. pneumoniae. The study design was cross-sectional on 60 pediatric patients aged 2 months to 15 years diagnosed with pneumonia caused by M. pneumoniae and treated at the Department of Pediatrics - Neonatology, Nghe An General Hospital from January 2023 to June 2024. The study results showed that the most common age group was 2 - 15 years old (83.4%). Children were mainly sick from February to May of the year. The clinical picture of pneumonia caused by Mycoplasma pneumoniae is mainly a dry cough for over 1 week and a fever below 39 degrees Celsius. Extrapulmonary symptoms are rare. The majority have a white blood cell count of 11.5 ± 3.6 G/L. Images of lobar and segmental lung lesions account for a high proportion: 51.7%, especially common in children over 5 years old. Young children often have diffuse lesions in both lungs with a more dramatic clinical picture than older children. 98.3% of patients

were cured and improved with the Macrolide and Quinolone groups. *Mycoplasma pneumoniae* infection is a fairly common disease, mostly in the age group of 2 months to 15 years old. The main clinical symptoms are fever and cough, accompanied by images of lung lesions, often more severe in young children but the response to treatment is still very good when using specific antibiotic groups.

Keywords: *Mycoplasma pneumoniae*, pneumonia, clinical symptoms, paraclinical findings, treatment outcome.