Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 14, 306-310

THE CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF RSV PNEUMONIA IN CHILDREN AGED 2 MONTHS TO 60 MONTHS AT BAC NINH PROVINCIAL CENTRAL HOSPITAL

Nguyễn Thị Bích Hồng[1], Nguyễn Đắc Trung[1], Nguyễn Thành Nam[1,2]

[1]*Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy - No. 284 Luong Ngoc Quyen Street, Thai Nguyen City, Vietnam*
[2]*Bach Mai Hospital - No. 78 Giai Phong Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam*

Received: 27/05/2026
Reviced: 19/07/2026; Accepted: 10/09/2026

ABSTRACT

Background: Respiratory syncytial virus (RSV) is one of the most common causes of acute lower respiratory infections in children globally, accounting for about 40% to 90% of pneumonia-related hospitalizations and up to 50% of pneumonia-related hospitalizations in children.

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of RSV pneumonia in children aged 2 months to 60 months at Bac Ninh Provincial Central Hospital. Material and Method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 241 children diagnosed with RSV pneumonia between 2 and 60 months of age during September 2025 and June 2026.

Results: Male children accounted for a higher proportion (62.2%). The average age was 19.35 ± 15.48 months. Most children were diagnosed with pneumonia (97.9%), with severe pneumonia accounting for 2.1%. The most common subjective symptoms were cough (99.8%), wheezing (91.7%), fever (85.9%). Lung rales were the most common (98.8%), chest retraction (2.5%). The children with elevated white blood cell count were 46.1%, neutrophil count were 63.1%, and CRP were 27.8%. Chest X-ray findings mainly showed increased bronchial density in both bronchi (88.4%).

Conclusion: RSV pneumonia in children in this study was mainly mild to moderate, with typical clinical and paraclinical features such as cough, wheezing, fever, stridor, and predominant pulmonary rales. Severe complications of RSV pneumonia were uncommon.

Keywords: Pneumonia, Respiratory Syncytial Virus (RSV), children, Bac Ninh province.

*Corresponding author
Email: bsntnam@gmail.com **Phone**: (+84) 903 236 017 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD14.6582

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN 60 THÁNG VIÊM PHỔI DO RSV TẠI BỆNH VIỆN TRUNG TÂM TỈNH BẮC NINH

Nguyễn Thị Bích Hồng[1], Nguyễn Đắc Trung[1], Nguyễn Thành Nam[1,2]

[1]Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên - Số 284 Đường Lương Ngọc Quyến, Thành phố Thái Nguyên, Việt Nam
[2]Bệnh viên Bạch Mai - Số 78 Đường Giải Phóng, phường Kim Liên, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 27/05/2026
Ngày chỉnh sửa: 19/07/2026; Ngày duyệt đăng: 10/09/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vi-rút hợp bào hô hấp (RSV) là nguyên nhân phổ biến nhất gây viêm phổi ở trẻ em và ước tính gây ra từ 40% đến 90% các trường hợp nhập viện do viêm phổi và lên đến 50% các trường hợp nhập viện do viêm phổi ở trẻ em.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ từ 2 tháng đến 60 tháng viêm phổi do RSV tại Bệnh viện Trung tâm tỉnh Bắc Ninh. Đối tượng và Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 241 trẻ được chẩn đoán viêm phổi RSV từ 2 tháng đến 60 tháng trong thời gian tháng 09/2025 - 6/2026.

Kết quả: Trẻ nam chiếm đa số (62,2%), tuổi trung bình là 19,35 ± 15,48 tháng. Hầu hết là trẻ được chẩn đoán viêm phổi (97,9%), viêm phổi nặng chiếm 2,1%. Triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất lần lượt là triệu chứng ho (99,8%), khò khè (91,7%), sốt (85,9%). Ran ở phổi gặp chủ yếu 98,8%, rút lõm lồng ngực 2,5%. Tỷ lệ trẻ có bạch cầu tăng chiếm 46,1%, bạch cầu trung tính tăng chiếm 63,1%, CRP tăng chiếm 27,8%, X-quang phổi tổn thương chủ yếu là rốn phổi (88,4%).

Kết luận: Viêm phổi do RSV ở trẻ em trong nghiên cứu chủ yếu biểu hiện ở mức độ nhẹ đến trung bình, với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng điển hình như ho, khò khè, sốt, thở rít, ran ở phổi chiếm ưu thế, ít gặp biến chứng nặng.

Từ khóa: viêm phổi, Virus hợp bào hô hấp (RSV), trẻ em, tỉnh Bắc Ninh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mắc bệnh và nhập viện do viêm phổi ở trẻ em vẫn ở mức cao, vì đây là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em, đặc biệt là ở các nước có thu nhập thấp như Campuchia, Lào, Việt Nam, Trung Quốc và Philippines[1]. Nguyên nhân gây viêm phổi bao gồm nhiều tác nhân gây nhiễm trùng khác nhau. Tuy nhiên, vi-rút chiếm một tỷ lệ đáng kể, như nghiên cứu của Kouni và cộng sự cũng đã chỉ ra, trong đó nhiễm trùng đồng thời vi-rút ở trẻ em bị nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính chiếm 42,5%[2]. Theo nhiều nghiên cứu và tài liệu, vi-rút là nguyên nhân phổ biến nhất gây nhiễm trùng đường hô hấp dưới cấp tính[3]. Đáng chú ý, vi-rút hợp bào hô hấp (RSV) đặc biệt phổ biến ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ dưới 6 tháng tuổi. Ngoài ra, các vi-rút khác như adenovirus, cúm, á cúm, rhinovirus là những nguyên nhân quan trọng, RSV là nguyên nhân hàng đầu[2]. Nghiên cứu của Rodríguez-Martínez và cộng sự (2009) đã ghi nhận 2.267 trẻ em bị nhiễm trùng đường hô hấp dưới, trong đó 87,8% được xác định là do RSV gây ra, biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng khá đa dạng[4]. Một số trường hợp, viêm phổi do RSV có nguy cơ nặng hơn, hoặc gây ra viêm phổi kéo dài và đe dọa tính mạng, cần phải nhập viện vào đơn vị chăm sóc đặc biệt để hỗ trợ hô hấp[5]. Do đó, nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ từ 2 tháng đến 60 tháng viêm phổi do RSV tại Bệnh viện Trung tâm tỉnh Bắc Ninh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi được chẩn đoán xác định viêm phổi do RSV dương tính điều trị nội trú tại khoa Nhi, Bệnh viện trung tâm tỉnh Bắc Ninh từ tháng 09/2025 đến tháng 06/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhi

- Trẻ từ 2-60 tháng tuổi.
- Cha/ mẹ trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi[6] theo hướng dẫn của Bộ Y tế.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm RSV bằng test nhanh (+): Trẻ được chẩn đoán nhiễm RSV bằng test nhanh kháng nguyên SD BIOLINE RSV (Standard Diagnostics Inc., Hàn Quốc) trên bệnh phẩm dịch tỵ hầu. Mẫu bệnh phẩm được lấy và xét nghiệm theo đúng quy trình chuẩn của bệnh viện và hướng dẫn của nhà sản xuất. Kết quả được đọc sau 15–30 phút bởi kỹ thuật viên xét nghiệm đã được đào tạo. Theo nhà sản xuất, bộ kit có độ nhạy 92,3% và độ đặc hiệu 93,3%.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhi

- Trẻ mắc các bệnh lý mạn tính hoặc suy giảm miễn dịch.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thời gian thu thập số liệu từ tháng 9/2025 đến tháng 6/2026 tại Bệnh viện Trung tâm tỉnh Bắc Ninh.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu - tiến cứu.
- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ trong một quần thể với độ chính xác tương đối.

*Tác giả liên hệ
Email: bsntnam@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 903 236 017 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD14.6582

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu.

$Z_{1-\alpha/2}$= Hệ số tin cậy (95%).

d: Sai số tương đối mong muốn (0,06)

p: tỷ lệ trẻ có sốt do viêm phổi do RSV là 66,2% (theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền năm 2022 tại Bệnh viện Nhi Hải Dương). → Thay vào công thức: n=239 bệnh nhi. Như vậy cỡ mẫu tối thiểu là 239 trẻ. Trên thực thế chúng tôi khảo sát được 241 trẻ tham gia nghiên cứu.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu liên tiếp. Tất cả bệnh nhi từ 2–60 tháng tuổi nhập Khoa Nhi, Bệnh viện Trung tâm Tỉnh Bắc ninh, được chẩn đoán viêm phổi do RSV, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu đều được đưa vào nghiên cứu.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, lứa tuổi.

+ Đặc điểm lâm sàng: Sốt, ho, chảy mũi, khò khè, thở rít, tím tái, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, co kéo cơ hô hấp, ran ở phổi, ...

+ Đặc điểm cận lâm sàng: Tổng phân tích tế bào máu, CRP, chụp Xquang ngực thẳng.

- Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, tham khảo hồ sơ bệnh án và kết hợp thăm khám trẻ.

+ Tình trạng thiếu máu: dựa trên khám lâm sàng (da xanh, niêm mạc nhợt, lòng bàn tay nhợt) và dựa vào chỉ số Hb theo lứa tuổi.

+ Tình trạng dinh dưỡng của trẻ được đánh giá theo Chuẩn tăng trưởng của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO 2006) bằng chỉ số cân nặng theo tuổi (WAZ), chiều cao theo tuổi (HAZ) và cân nặng theo chiều cao (WHZ). Phân loại dựa trên điểm Z-score, được tính bằng phần mềm WHO Anthro phiên bản 3.2.2 đối với trẻ dưới 5 tuổi.

2.4. Phân tích số liệu:

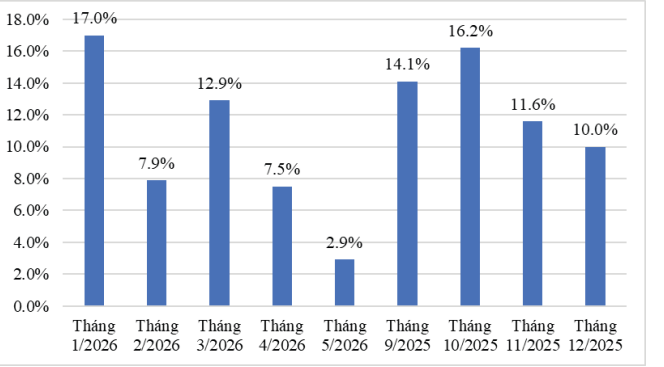
Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 23.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ (%); các biến định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị tùy theo phân bố dữ liệu. So sánh tỷ lệ giữa các nhóm được thực hiện bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test khi tần số mong đợi <5; so sánh trung bình bằng kiểm định t-Student hoặc Mann–Whitney U test khi cần. Giá trị p <0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê và các ước lượng được trình bày kèm khoảng tin cậy 95% (95%CI).

2.5. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được sự thông qua Hội đồng đề cương nghiên cứu và được chấp thuận Hội đồng đạo đức nghiên cứu trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên (Số 1088/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 16 tháng 9 năm 2025).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tỷ lệ trẻ nam chiếm cao hơn so với trẻ nữ (62,2% so với 37,8%), tuổi trung bình trong nghiên cứu là 19,35 ± 15,48 tháng, khi phân loại các nhóm tuổi mắc bệnh khá tương đồng nhóm 2-6 tháng chiếm 21,2%, nhóm 7-12 tháng chiếm 23,7%, nhóm 13 - 24 tháng chiếm 24,1% và nhóm 25 - 60 tháng chiếm 31,1%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ trẻ viêm phổi do RSV theo các tháng trong năm

Tỷ lệ mắc bệnh nhiều nhất tập trung vào tháng 1 chiếm 17%, tiếp theo là tháng 10 chiếm 16,2%, tháng 9 chiếm 14,1%, tháng 11 là 11,6%.

Bảng 1. Phân bố thời gian bị bệnh, mức độ bệnh lúc vào viện

Các chỉ số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian bị bệnh trước khi vào viện	1-3 ngày	119	49,4
	4-7 ngày	122	50,6
	Trung bình	3,72 ± 1,28	
Phân loại VP theo mức độ	Viêm phổi	236	97,9
	VP nặng	5	2,1

Thời gian trẻ mắc bệnh trước khi vào viện trung bình là 3,72 ± 1,28 ngày. Hầu hết là trẻ được chẩn đoán viêm phổi chiếm 97,9% chỉ có 5 trường hợp được chẩn đoán viêm phổi nặng chiếm 2,1%.

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng cơ năng theo nhóm tuổi của trẻ viêm phổi do RSV

Nhóm tuổi / Triệu chứng	2 - 6 tháng		7 - 12 tháng		13 - 24 tháng		25 - 60 tháng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sốt	37	72,5	49	86,0	55	94,8	66	88,0	207	85,9
Ho	51	100	57	100	58	100	74	98,7	240	99,8
Khò khè	46	90,2	53	93,0	54	93,1	68	90,7	221	91,7
Chảy mũi	9	17,6	17	29,8	16	27,6	18	24,0	60	24,9
Nôn	2	3,9	1	1,8	5	8,6	2	2,7	10	4,1
Ăn/bú kém	3	5,9	0	0,0	1	1,7	1	1,3	5	2,1

Triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất lần lượt là triệu chứng ho (99,8%), khò khè (91,7%), sốt (85,9%). Triệu chứng cơ năng gặp ít nhất là ăn kém/ bú kém (2,1%).

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng thực thể theo nhóm tuổi của trẻ viêm phổi do RSV

Nhóm tuổi / Triệu chứng	2 - 6 tháng		7 - 12 tháng		13 - 24 tháng		25-60 tháng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ran ở phổi	51	100	56	98,2	58	100	73	97,3	238	98,8
Suy hô hấp	1	2,0	0	0,0	2	3,4	2	2,7	5	2,1
RLLN	1	2,0	0	0,0	2	3,4	3	4,0	6	2,5

Ran ở phổi gặp chủ yếu 98,8%, suy hô hấp 2,1%, rút lõm lồng ngực 2,5%, không có trường hợp nào bị rối loạn nhịp thở.

Bảng 4. Đặc điểm thiếu máu và tuổi của trẻ viêm phổi do RSV

Nhóm tuổi / Thiếu máu	2 -≤6 tháng		7-12 tháng		13-24 tháng		25-60 tháng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Có	43	84,3	32	56,1	35	60,3	41	54,7	151	62,7
Không	8	15,7	25	43,9	23	39,7	34	45,3	90	37,3
Tổng	51	21,2	57	23,7	58	24,1	75	31,1	241	100
p-value	0,04									

Tỷ lệ trẻ viêm phổi có kèm theo thiếu máu chiếm 62,7% trong đó gặp nhiều nhất ở nhóm trẻ từ

2-6 tháng (84,3%), nhóm 13-24 tháng (60,3%), ít nhất là nhóm 25-60 tháng (54,7%).

Bảng 5. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng theo tuổi của trẻ viêm phổi do RSV

Nhóm tuổi / Mức độ	2 - 6 tháng		7-12 tháng		13 - 24 tháng		25-60 tháng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SDD	9	17,6	9	15,8	8	13,8	16	21,3	42	17,4
Bình thường	42	82,4	48	84,2	50	86,2	59	78,7	199	82,6
Tổng	51	21,2	57	23,7	58	24,1	75	31,1	241	100
P-value	0,69									

Tỷ lệ trẻ viêm phổi có SDD chiếm 17,8%, trong đó tập trung nhiều ở nhóm 25-60 tháng, tiếp theo là nhóm 2-6 tháng (17,6%), nhóm 7-12 tháng (15,8%).

Bảng 6. Đặc điểm số lượng bạch cầu, NEU, CRP theo nhóm tuổi

Đặc điểm / Nhóm tuổi		2 - 6 tháng		7-12 tháng		13-24 tháng		25-60 tháng		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SLBC	Tăng*	29	56,9	28	49,1	30	51,7	24	32,0	111	46,1
	Không	22	43,1	29	50,9	28	48,3	51	68,0	130	53,9
P-value		0,02									
NEU	Tăng	34	66,7	30	52,6	33	56,9	55	73,3	152	63,1
	Không	17	33,3	27	47,4	25	43,1	20	26,7	89	36,9
P-value		0,06									
CRP (n = 222)	Tăng	11	23,9	7	13,5	20	37,0	29	41,4	67	30,2
	Không	35	76,1	45	85,6	34	63,0	41	58,6	155	69,8
P-value		0,04									

Tỷ lệ bạch cầu tăng chiếm 46,1%, bạch cầu trung tính tăng (63,1%), CRP tăng chiếm 30,2%.

Bảng 7. Hình ảnh tổn thương trên phim Xquang của trẻ viêm phổi do RSV

Kết quả chụp Xquang	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường/ phổi sáng	16	6,6
Tăng đậm rốn phổi	213	88,4
Tổn thương dạng đám mờ đông đặc ở thuỳ, phân thuỳ	12	5,0
Tổng	241	100

Tổn thương trên phim chụp Xquang ngực thẳng gặp chủ yếu là tăng đậm rốn phổi chiếm 88,4%, chỉ có 6,6% các trẻ viêm phổi do RSV là có hình ảnh chụp ngực thẳng - phổi sáng.

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ mắc bệnh nhiều nhất tập trung vào tháng 1 chiếm 17%, tháng 10 chiếm 16,2%, tháng 9 chiếm 14,1%, tháng 11 chiếm 11,6%. Tác giả Huỳnh Lê Ngọc Diễm tại Cần Thơ cũng ghi nhận tháng cho thấy các thời điểm có số ca mắc bệnh cao là tháng 01 (18,3%), tháng 10 là (9,9%), tháng 11 (19,8%) và 12 (12,2%)[7]. Ngược lại nghiên cứu tại Hải Dương lại ghi nhận số trẻ mắc viêm phổi do RSV cao nhất vào tháng 7 (28,3%) và tăng nhiều từ tháng 6 đến tháng 9 rồi giảm dần[8].

Triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất ho (99,8%), khò khè (91,7%), sốt (85,9%). Triệu chứng cơ năng gặp ít nhất là ăn kém/ bú kém (2,1%). Tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền ghi nhận các triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho (98,9%), thở nhanh (81,2%), sốt (66,2%), khò khè (44%), triệu chứng gặp ít nhất là nôn (9,9%), ỉa lỏng (6,2%)[8]. Nghiên cứu của Huỳnh Lê Ngọc Diễm[7], nghiên cứu của Nguyễn Đình Chung[9], nghiên cứu của Trịnh Thị Huyền[10] cũng tương tự. Như vậy, triệu chứng viêm phổi do RSV thường gặp là triệu chứng ho, khò khè.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ran ở phổi gặp chủ yếu 98,8%, suy hô hấp (2,1%), rút lõm lồng ngực 2,5%, không có trường hợp nào bị rối loạn nhịp thở. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền[8] ghi nhận nghe phổi có ran ẩm (97%), nhưng dấu hiệu thở nhanh (81,2%) lại cao hơn nghiên cứu so với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Huỳnh Lê Ngọc Diễm[7] cũng ghi nhận dấu hiệu thở nhanh chiếm 69,47%, có 90,8% trẻ viêm phổi có ran ngáy. Như vậy đây cũng là dấu hiệu điển hình gặp ở trẻ viêm phổi do RSV.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thiếu máu ở trẻ viêm phổi do RSV là 62,7% trong đó gặp nhiều nhất ở nhóm trẻ từ 2-6 tháng (84,3%), nhóm 13-24 tháng (60,3%), ít nhất là nhóm 25-60 tháng (54,7%). Khi đối sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước như nghiên cứu của Nguyễn Đình Chung tại Bệnh viện Nhi Trung ương ghi nhận tỷ lệ thiếu máu là 54,6%, nhóm trẻ 6-12 tháng có tỷ lệ thiếu máu cao nhất sau đó đến nhóm 13-24 tháng[9]; nghiên cứu của Trịnh Thị Huyền cũng nghi nhận trẻ viêm phổi có kèm theo thiếu máu chiếm 54,1%[10]. Có thể giải thích ở lứa tuổi này lượng sữa mẹ cung cấp cho trẻ ngày một giảm, nhu cầu của trẻ ngày một tăng, trẻ tiếp xúc với môi trường nhiều hơn, trẻ dễ bị ốm hơn, trẻ bắt đầu ăn dặm, nên nếu như chế độ ăn bổ sung không hợp lý thì thiếu máu thiếu sắt ở lứa tuổi này là rất dễ xảy ra.

Tỷ lệ trẻ viêm phổi có SDD chiếm 17,4%, trong đó tập trung nhiều ở nhóm 25-60 tháng, tiếp theo là nhóm 2-6 tháng (17,6%), nhóm 7-12 tháng (15,8%). Một số nghiên cứu trong nước và quốc tế ghi nhận tỷ lệ SDD ở trẻ viêm phổi dao động khá rộng, thường từ 15% - 40%, tùy theo khu vực, điều kiện kinh tế - xã hội và tiêu chuẩn đánh giá[11]. Các nghiên cứu tại các nước đang phát triển thường cho thấy tỷ lệ cao hơn, do SDD vẫn là vấn đề phổ biến và là yếu tố nguy cơ quan trọng làm tăng tỷ lệ mắc và mức độ nặng của viêm phổi[12].

Tỷ lệ trẻ có bạch cầu tăng chiếm 46,1%, bạch cầu trung tính tăng chiếm 63,1%, CRP tăng chiếm 27,8%. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Văn tại viện Nhi Trung ương ghi nhận có 75,2% bệnh nhân có số lượng bạch cầu ≤ 10 G/L, phần lớn là bạch cầu lympho và 53,0% bệnh nhân có chỉ số CRP > 6 mg/L[13]. Ở trẻ viêm phổi do vi-rút, số lượng bạch cầu có thể tăng, bình thường hoặc giảm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, hình ảnh Xquang ngực thẳng chủ yếu là tình trạng tăng đậm rốn phổi hai bên (88,4%). Điều này phản ánh đặc điểm tổn thương điển hình của nhiễm RSV, trong đó tổn thương tập trung chủ yếu ở đường thở nhỏ hơn là nhu mô phổi. Về mặt cơ chế bệnh sinh, RSV là vi-rút có xu hướng gây viêm và phù nề niêm mạc phế quản, tăng tiết nhầy và hoại tử biểu mô đường thở, dẫn đến hiện tượng dày thành phế quản và tăng đậm các nhánh phế quản trên phim X-quang[14]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Niles và cộng sự hồi cứu trên 400 bệnh nhi RSV cho thấy hình ảnh đám mờ phế nang xuất hiện ở 26,4 - 49,2% tùy mức độ nặng[14].

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng test nhanh kháng nguyên SD BIOLINE RSV để chẩn đoán nhiễm RSV, không thực hiện xét nghiệm panel virus hoặc RT-PCR cho bệnh nhi. Do đó, không thể loại trừ hoàn toàn tình trạng đồng nhiễm các vi-rút hô hấp khác và đây là một hạn chế của nghiên cứu.

5. KẾT LUẬN

Trong tổng số 241 trẻ tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình trong nghiên cứu là 19,35 ± 15,48 tháng, trẻ nam chiếm đa số (62,2%), với đặc điểm lâm sàng điển hình như ho, khò khè, sốt, thở rít, ran ở phổi. Hình ảnh chụp Xquang thẳng chủ yếu là tình trạng tăng đậm các nhánh phế quản hai bên. Tỷ lệ mắc RSV tập trung nhiều ở tháng 1, 9, 10, 11 lần lượt là (17%, 16,2%, 14,1%, 11,6%).

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Nguyen TK, Tran TH, Roberts CL, Fox GJ, Graham SM, Marais BJ. Risk factors for child pneumonia - focus on the Western Pacific Region. *Paediatric respiratory reviews*. Jan 2017;21(1):95-101. doi:10.1016/j.prrv.2016.07.002

[2] Kouni S, Karakitsos P, Chranioti A, Theodoridou M, Chrousos G, Michos A. Evaluation of viral co-infections in hospitalized and non-hospitalized children with respiratory infections using microarrays. *Clinical microbiology and infection : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*. Aug 2013;19(8):772-7. doi:10.1111/1469-0691.12015

[3] Nguyen PTK, Robinson PD, Fitzgerald DA, Marais BJ. The dilemma of improving rational antibiotic use in pediatric community-acquired pneumonia. *Frontiers in pediatrics*. 2023;11(1):1095166. doi:10.3389/fped.2023.1095166

[4] Rodríguez-Martínez CE, Rodríguez DA, Nino G. Respiratory syncytial virus, adenoviruses, and mixed acute lower respiratory infections in children in a developing country. *Journal of medical virology*. May 2015;87(5):774-81. doi:10.1002/jmv.24139

[5] Mazur NI, Caballero MT, Nunes MC. Severe respiratory syncytial virus infection in children: burden, management, and emerging therapies. *The Lancet*. 2024;404(10458):1143-1156. doi:10.1016/S0140-6736(24)01716-1

[6] Bộ Y Tế. Quyết định ban hành hướng dẫn xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em (Quyết định số: 101/QĐ-BYT). In: tế BY, editor. Bộ Y tế: Bộ Y tế; 2014.

[7] Huỳnh Lê Ngọc Diễm, Nguyễn Minh Phương, Nguyễn Thị Thu Cúc. Tình hình nhiễm rsv bệnh viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em dưới 2 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2019-2020. *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*. 2020;30:1-7.

[8] Nguyễn Thị Thu Hiền, Hoàng Minh Hào, Nguyễn Thị Ngọc Anh, và cộng sự. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do RSV ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2022. *Tạp chí Y Học Việt Nam*. 2024;541(1):288-291.

[9] Nguyễn Đình Chung, Nguyễn Thị Yến, Lê Thị Hoa. Tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân viêm phổi từ 1 - 24 tháng điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. *Tạp chí Nhi khoa*. 2018;18(4):21-27.

[10] Trịnh Thị Huyền, Lê Thị Kim Dung, Nguyễn Đắc Trung, Đỗ Thị Thu Giang. Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi có nhiễm rsv tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang. *Tạp Chí Y học Cộng đồng*. 2024;67(1):251-256.

[11] Kirolos A, Blacow RM, Parajuli A, et al. The impact of childhood malnutrition on mortality from pneumonia: a systematic review and network meta-analysis. *BMJ global health*. Nov 2021;6(11):e007411. doi:10.1136/bmjgh-2021-007411

[12] Gamal Y, Mahmoud AO, Mohamed SAA, I. Mohamed J, Raheem YFA. Prevalence and impact of malnutrition on outcomes and mortality of under-five years children with pneumonia: a study from Upper Egypt. *European Journal of Pediatrics*. 2023/10/01 2023;182(10):4583-4593. doi:10.1007/s00431-023-05138-2

[13] Nguyễn Ngọc Văn, Lê Thị Minh Hương. Đặc điểm lâm sàng viêm phổi do virus ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. *Tạp chí Nhi khoa*. 2023;16(1):153-160.

[14] Niles D, Larsen B, Balaji A, Delaney D, Campos E, all e. Retrospective Review of Clinical and Chest X-Ray Findings in Children Admitted to a Community Hospital for Respiratory Syncytial Virus Infection. *Clinical pediatrics*. Dec 2018;57(14):1686-1692. doi:10.1177/0009922818795902