

CLINICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS OF SEVERE PNEUMONIA WITH RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS INFECTION IN CHILDREN FROM 2 MONTHS TO UNDER 5 YEARS OLD AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Luan Thi Bích Thủy^{1*}, Nguyen Thanh Trung²

¹TNU - University of Medicine and Pharmacy, ²Thai Nguyen National Hospital

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 11/9/2023	This study describes clinical and subclinical characteristics and some factors related to the severity of pneumonia caused by respiratory syncytial virus infection in children from 2 months to under 5 years old. The subjects were 105 children from 2 months to under 5 years old diagnosed with respiratory syncytial virus pneumonia at the Pediatric Center of Thai Nguyen National Hospital from July 2022 to the end of June 2023. The results showed that: The most common danger sign were "Can't suck, can't drink" (31.4%), convulsion (24.8%). The most common respiratory symptoms were cough, wheezing, runny nose, tachypnea, chest indrawing, auscultation with moist rales and more common in the severe pneumonia group than in the pneumonia group. Less common symptoms were cyanosis (14.3%) lethargic (5.7%) and encountered mainly in the severe pneumonia group the rate of increasing neutrophil accounts for (70.5%). Increasing CRP accounted for (57.1%), with lesions on X-ray accounted for (64.8%). The rate of severe pneumonia caused by RSV infection accounted for 53.3%. Risk factors associated with severe pneumonia were preterm newborn, young age (2-12 month), malnutrition, bacterial co-infection... with $p < 0.05$.
Revised: 17/10/2023	
Published: 24/10/2023	
KEYWORDS	
RSV	
Factors	
Children	
Severe pneumonia	
Clinical	

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ NẶNG VIÊM PHỔI DO NHIỄM VIRUS HỢP BÀO HÔ HẤP Ở TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Luan Thị Bích Thủy^{1*}, Nguyễn Thành Trung²

¹Trường Đại học Y Dược – ĐH Thái Nguyên, ²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 11/9/2023	Nghiên cứu này mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng viêm phổi do nhiễm virus hợp bào hô hấp ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 105 trẻ em từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi do nhiễm virus hợp bào hô hấp tại Trung tâm Nhi khoa Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 7 năm 2022 đến hết tháng 6 năm 2023. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân thường gặp nhất: không bú, uống được (31,4%), co giật (24,8%). Triệu chứng hô hấp thường gặp nhất là: ho, khò khè, chảy mũi, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, ran ẩm ở phổi gặp chủ yếu ở nhóm viêm phổi nặng nhiều hơn nhóm viêm phổi. Triệu chứng ít gặp là tím tái chiếm 14,3%, li bì chiếm 5,7% chủ yếu gặp ở nhóm trẻ viêm phổi nặng. Cận lâm sàng, tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính (70,5%), tăng CRP (57,1%), có hình ảnh tổn thương trên Xquang chiếm 64,8%. Tỷ lệ viêm phổi nặng do nhiễm RSV chiếm 53,3%. Các yếu tố: Đẻ non, tuổi nhỏ (2-12 tháng), suy dinh dưỡng, đồng nhiễm vi khuẩn... có liên quan đến mức độ nặng viêm phổi với $p < 0,05$.
Ngày hoàn thiện: 17/10/2023	
Ngày đăng: 24/10/2023	
TỪ KHÓA	
RSV	
Yếu tố liên quan	
Trẻ em	
Viêm phổi nặng	
Lâm sàng	

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.8736>

* Corresponding author. Email: luanthibichthuy94@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Viêm phổi (VP) là bệnh thường gặp ở trẻ em, là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ nhỏ, đặc biệt là trẻ dưới 1 tuổi, trẻ sơ sinh và trẻ suy dinh dưỡng, là nguyên nhân nhiễm trùng gây tử vong lớn nhất ở trẻ em trên toàn thế giới. Có 740.180 trẻ dưới 5 tuổi tử vong vào năm 2019, chiếm 14% tổng số ca tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi nhưng chiếm 22% tổng số ca tử vong ở trẻ từ 1 đến 5 tuổi. Theo thống kê năm 2019 của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), trong nguyên nhân gây viêm phổi thì virus hợp bào hô hấp là nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em (chiếm trên 60%) [1]. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả đều cho thấy viêm phổi do RSV chiếm tỷ lệ cao nhất trong các căn nguyên virus khác [2]-[5]. Mặc dù có những triệu chứng lâm sàng cho thấy trẻ nhiễm virus nhưng không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu nào để chẩn đoán xác định nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng viêm phổi do virus ở trẻ em rất đa dạng, phụ thuộc vào lứa tuổi và các yếu tố liên quan. Yếu tố nguy cơ của tình trạng nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính do RSV bao gồm đẻ non, bệnh tim bẩm sinh có ảnh hưởng huyết động, hay loạn sản phế quản phổi và những bệnh nhân suy giảm miễn dịch [6], [7]. Ngoài ra, một số yếu tố khác như tuổi nhỏ, suy dinh dưỡng, thiếu sữa mẹ, đồng nhiễm với các tác nhân khác. Do đó, việc xác định được các đặc điểm, yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi do virus là rất cần thiết để cải thiện chiến lược phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị hiệu quả hơn. Từ thực tế đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi do nhiễm virus hợp bào hô hấp ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2022-2023.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi có nhiễm RSV tại Trung tâm Nhi khoa - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 7/2022 – tháng 6/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có độ tuổi từ 2 tháng – dưới 5 tuổi.
- Gia đình bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi (VP), viêm phổi nặng (VPN), theo WHO 2014 [8].
- + Viêm phổi: Bệnh nhân vào viện vì ho hoặc khó thở cộng với ít nhất một trong các dấu hiệu sau: Thở nhanh: 2 - < 12 tháng: ≥ 50 lần/phút; 12 tháng – 5 tuổi: ≥ 40 lần/phút, rút lõm lồng ngực, có thể nghe ran phổi: ran âm nhỏ hạt, ran nổ, ran phế quản, giảm thông khí khu trú.
- + Viêm phổi nặng: Trẻ có dấu hiệu của VP kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:
- Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: Không thể bú hoặc uống, nôn tất cả mọi thứ, li bì hoặc khó đánh thức, co giật.

- Dấu hiệu suy hô hấp nặng: Tím trung tâm hoặc độ bão hòa oxy (SpO_2) $< 90\%$, thở rên.

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi có nhiễm RSV

- Test RSV bằng phương pháp Quick test dương tính.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ lớn hơn 5 tuổi và nhỏ hơn 2 tháng.
- Thân nhân không chấp nhận tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7/2022 đến tháng 6/2023.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

* Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần có

p = 0,852 (Theo nghiên cứu của Vũ Công Thành (2020) tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Nhi Trung ương, viêm phổi có nhiễm RSV chiếm 85,2%) [9].

d: Độ chính xác mong muốn (chọn d=0,07)

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ là hệ số giới hạn tin cậy.

Thay vào công thức ta có n = 98,859

=> Dự kiến chọn cỡ mẫu tối thiểu là: n= 99

***Chọn mẫu:** Thực tế chúng tôi đã chọn và tiến hành nghiên cứu trên 105 bệnh nhi đủ tiêu chuẩn để nghiên cứu.

*** Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Chỉ số và biến số nghiên cứu

- Thông tin chung: Tuổi, giới tính, tuổi thai...
- Triệu chứng nguy hiểm toàn thân: Li bì, hôn mê, co giật, không bú, uống được.
- Triệu chứng toàn thân:
 - + Thân nhiệt dùng nhiệt kế thủy ngân có vạch phân độ tương ứng 0,1°C. Trong nghiên cứu này chúng tôi đo nhiệt độ ở nách.
 - + Sốt: Khi nhiệt độ đo ở nách $\geq 37,5^\circ\text{C}$.
 - + Bình thường: Khi nhiệt độ 36,5 – $<37,5^\circ\text{C}$.
 - + Hạ thân nhiệt: Khi nhiệt độ đo ở nách $<36,5^\circ\text{C}$.
- Triệu chứng hô hấp: Ho, khò khè, chảy nước mũi, rút lõng lồng ngực (RLLN), nhịp thở, tím, ran phổi.
- Các chỉ số cận lâm sàng: Số lượng bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính (BCĐNTT), CRP, được so sánh với bảng tham chiếu các xét nghiệm huyết học, sinh hóa, đông máu, khí máu theo lứa tuổi của Bộ Y tế.
- X quang phổi: Nhận định kết quả do bác sĩ khoa chẩn đoán hình ảnh nhận định.
- Hình ảnh tổn thương phổi bao gồm: Dạng nốt mờ nhỏ rải rác 2 phổi, tổn thương tập trung rón phổi, dạng đám mờ đông đặc ở thùy, phân thùy. Tổn thương khác: ứ khí; xẹp phổi; tràn dịch; tràn khí khoang màng phổi.
- Mối liên quan giữa nhóm tuổi, đẻ non, suy dinh dưỡng (SDD), đồng nhiễm vi khuẩn với mức độ nặng của viêm phổi do nhiễm RSV.

2.6. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Chỉ tiêu lâm sàng được thu thập thông qua thăm khám, đánh giá bệnh nhân tại thời điểm trẻ nhập viện được chẩn đoán VP do nhiễm RSV. Các chỉ tiêu khác về cận lâm sàng, đặc điểm chung đối tượng được thu thập thông qua ghi chép thông tin từ hồ sơ bệnh án tại bệnh viện và phỏng vấn trực tiếp người nhà. Các chỉ tiêu về yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến điều trị: khai thác từ hồ sơ bệnh án của trẻ, thăm khám đánh giá của cán bộ y tế, phỏng vấn cha/mẹ/người nuôi dưỡng bệnh nhân. Các chỉ tiêu về yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến điều trị: khai thác từ hồ sơ bệnh án của trẻ, thăm khám đánh giá của cán bộ y tế, phỏng vấn cha/mẹ/người nuôi dưỡng bệnh nhân. Sử dụng phần mềm SPSS 25.0 để nhập và xử lý số liệu. Tính tần suất và tỷ lệ % đối với các biến định tính. Tính mối liên quan: Sử dụng test Chi bình phương (χ^2), trong trường hợp điều kiện χ^2 không thỏa mãn, sử dụng test Fisher's Exact cho bảng 2x2 hoặc test Phi and Cramer's V cho bảng lớn hơn 2x2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Đảm bảo khám, đánh giá bệnh nhi một cách toàn diện và tỉ mỉ, điều trị đúng theo chuyên môn, quy định của khoa và bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu không sử dụng vào mục đích khác.

Cha mẹ, người chăm sóc bệnh nhi đồng ý tham gia nghiên cứu và các thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật theo quy định của khoa và bệnh viện.

Việc tiến hành nghiên cứu được sự phê duyệt và thông qua của Hội đồng đánh giá đề cương và Hội đồng y đức của Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi khảo sát trên 105 bệnh nhân, trong đó: Nhóm trẻ 2 tháng đến < 12 tháng tuổi chiếm 72,6%, 12 tháng đến < 60 tháng chiếm 23,8%. Tỷ lệ trẻ nam là 74,3%, trẻ nữ là 25,7%. Trung vị tuổi: 5 tháng, trong đó có 25% trường hợp dưới 2 tháng và 75% trường hợp trên 11 tháng. Trẻ đa số mắc bệnh vào mùa thu (T9-T11) chiếm 48,6%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi do RSV

Triệu chứng nguy hiểm toàn thân – triệu chứng toàn thân được trình bày tại bảng 1.

Bảng 1. Triệu chứng nguy hiểm toàn thân – Triệu chứng toàn thân

Triệu chứng	Viêm phổi nặng (n = 56)		Viêm phổi (n=49)		Tổng (n= 105)	
	n	%	n	%	n	%
Co giật	17	30,4	0	0,0	17	16,2
Không bú, uống được	38	67,9	0	0,0	38	36,2
Nôn tất cả mọi thứ	10	17,9	0	0,0	10	9,5
Lì bì khó đánh thức	6	10,7	0	0,0	6	5,7
Sốt cao	40	56,3	31	43,7	71	67,6
Nhiệt độ						
Sốt nhẹ, vừa	12	52,2	11	47,8	23	21,9
Bình thường	2	22,2	7	77,8	9	8,6
Hạ thân nhiệt	2	100	0	0,0	2	1,9

*** Nhận xét:** Các triệu chứng nguy hiểm toàn thân gặp trong viêm phổi nặng trong đó triệu chứng không bú, uống được gặp tỷ lệ cao nhất 67,9%, tiếp sau đó là co giật gặp 30,4%. Triệu chứng nôn tất cả mọi thứ, lì bì khó đánh thức gặp tỷ lệ ít hơn 17,9%; 10,7%. Triệu chứng sốt cao chiếm tỷ lệ: 67,6% gặp chủ yếu ở nhóm viêm phổi nặng; hạ thân nhiệt có tỷ lệ 1,9% gặp ở nhóm viêm phổi nặng. Triệu chứng sốt ($\geq 37,5$ oC) chiếm 89,5%, triệu chứng hạ thân nhiệt hiếm gặp 2 trường hợp ở nhóm viêm phổi nặng chiếm 1,9%.

Triệu chứng hô hấp được trình bày tại bảng 2.

Bảng 2. Triệu chứng hô hấp

Triệu chứng	Viêm phổi nặng		Viêm phổi		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Ho	49	51,0	47	49,0	96	91,4
Khò khè	50	60,2	33	39,8	83	79,0
Chảy mũi	44	51,8	41	48,2	85	81,0
Thở nhanh	55	88,7	7	11,3	62	59,0
Tím tái	31	100	0	0,0	31	29,5
RLLN	29	70,7	12	29,3	41	39,0
Ran ẩm, ran nổ	31	54,4	26	45,6	57	54,3

*** Nhận xét:** Triệu chứng hay gặp nhất trong viêm phổi nhiễm RSV là: Ho (91,4%); chảy nước mũi (81%); khò khè (79%); thở nhanh (59%), ran ẩm, ran nổ (54,3%) và gặp ở nhóm trẻ

viêm phổi nặng hơn nhóm trẻ viêm phổi. Triệu chứng: tím tái chiếm 29,5%; rút lõm lồng ngực chiếm 39,0% ít gặp và gặp chủ yếu ở nhóm viêm phổi nặng.

Các đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu được trình bày tại bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của viêm phổi do RSV

Phân loại viêm phổi		Viêm phổi nặng		Viêm phổi		Tổng	
Triệu chứng		n	%	n	%	n	%
Số lượng bạch cầu	Tăng	31	56,4	24	43,6	55	52,4
	Bình thường	23	47,9	25	52,1	48	45,7
	Giảm	2	100	0	0,0	2	1,9
Tăng tỷ lệ BCDNTT		40	54,1	34	45,9	74	70,5
CRP		37	59,7	25	40,3	60	57,1

*** Nhận xét:** Số lượng bạch cầu tăng $\geq 12000/\text{mm}^3$ và tăng tỷ lệ Ne ở nhóm viêm phổi nặng đều cao hơn ở nhóm viêm phổi ($56,4\% > 43,6\%$ và $54,1\% > 45,9\%$). Số lượng bạch cầu $< 4000/\text{mm}^3$ hiếm gặp, chỉ có 2 trường hợp ở nhóm viêm phổi nặng. CRP tăng chiếm 57,1%, nhóm viêm phổi nặng là 59,7%, nhóm viêm phổi là 40,3%.

Đặc điểm Xquang phổi của đối tượng nghiên cứu được trình bày tại bảng 4.

Bảng 4. Đặc điểm Xquang của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm Xquang	Viêm phổi nặng		Viêm phổi		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Tập trung rốn phổi	20	57,1	15	42,9	35	33,3
Lan tỏa 2 phổi	18	60,0	12	40,0	30	28,6
Bình thường	14	42,4	19	57,6	33	31,4
Khác	4	57,1	3	42,9	7	6,7

*** Nhận xét:** Tổn thương trên X-quang: Tập trung rốn phổi, lan tỏa 2 phổi ở nhóm viêm phổi nặng đều cao hơn nhóm viêm phổi ($57,1\% > 42,9\%$ và $60\% > 40\%$). Tổn thương X-quang khác như là: tràn dịch, tràn khí màng phổi, viêm thùy, phân thùy phổi gặp 57,1% ở nhóm viêm phổi nặng và 42,9% ở nhóm viêm phổi.

Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi do nhiễm RSV được trình bày tại bảng 5.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi do nhiễm RSV

Phân loại viêm phổi		Viêm phổi nặng		Viêm phổi		P
Đặc điểm		n	%	n	%	
Đẻ non	< 37 tuần	31	67,4	15	32,6	<0,05
	≥ 37 tuần	25	42,2	34	57,6	
Tuổi	2 - <12 tháng	51	63,7	29	36,3	<0,05
	12 - < 60 tháng	5	20	20	80	
SDD	Có SDD	36	66,7	18	33,3	<0,05
	Không SDD	20	39,2	31	60,8	
Đồng nhiễm vi khuẩn	Đồng nhiễm vi khuẩn	38	62,3	23	37,7	<0,05
	Không đồng nhiễm vi khuẩn	18	40,9	26	59,1	
Thiếu máu	Có	25	59,5	17	40,5	>0,05
	Không	31	49,2	32	50,8	
Tổng		56	53,3	49	46,7	

*** Nhận xét:** Trẻ đẻ non tháng, suy dinh dưỡng, đồng nhiễm vi khuẩn, tuổi 2 - <12 tháng là yếu tố liên quan có ý nghĩa đến mức độ nặng viêm phổi do RSV ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi với $p < 0,05$.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Các triệu chứng nguy hiểm toàn thân gặp trong viêm phổi nặng trong đó triệu chứng không bú, uống được gặp tỷ lệ cao nhất 67,9%, tiếp sau đó là co giật gặp 30,4%. Triệu chứng nôn tất cả mọi thứ, li bì khó đánh thức gặp tỷ lệ ít hơn 17,9%; 10,7%. Triệu chứng sốt cao chiếm tỷ lệ 67,6%, gặp chủ yếu ở nhóm viêm phổi nặng; hạ thân nhiệt có tỷ lệ 1,9% gặp ở nhóm viêm phổi nặng. Một số nghiên cứu khác cho thấy kết quả thấp hơn. Lưu Thị Thùy Dương (2019) ghi nhận 21,3% bỏ bú hoặc không uống được; 9,2% trẻ co giật; 4,0% trẻ nôn tất cả mọi thứ; 3,4% trẻ li bì khó đánh thức [10]. Điều này có thể do nghiên cứu của tác giả chỉ thực hiện ở trẻ 2-36 tháng.

Triệu chứng sốt ($\geq 37,5$ oC) chiếm 89,5% trẻ có sốt trong quá trình điều trị, triệu chứng hạ thân nhiệt hiếm gặp 2 trường hợp ở nhóm viêm phổi nặng chiếm 1,9%. Kết quả này tương đồng với tác giả Quách Ngọc Ngân ghi nhận sốt chiếm 72,9% [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng hô hấp hay gặp nhất trong viêm phổi nhiễm RSV là: Triệu chứng hay gặp nhất trong viêm phổi nhiễm RSV là: Ho (91,4%); chảy nước mũi (81%); khò khè (79%); thở nhanh (59%), ran ẩm, ran nổ (54,3%) và gặp ở nhóm trẻ viêm phổi nặng nhiều hơn nhóm trẻ viêm phổi. Triệu chứng tím tái chiếm 29,5%; rút lõm lồng ngực chiếm 39,0% ít gặp và gặp chủ yếu ở nhóm viêm phổi nặng. Các triệu chứng viêm long đường hô hấp (ho, khò khè, chảy mũi) gặp ở nhóm nghiên cứu với tỷ lệ rất cao, lớn hơn 80%. Điều này rất phù hợp với tính chất gây viêm long, xuất tiết dờm rãi nhiều của virus RSV. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả như Nguyễn Thành Nhôm (2015) cho thấy triệu chứng ho chiếm 97,7% [12], nghiên cứu của Hoàng Thị Phương Thanh ghi nhận có 84,5% trẻ viêm phổi có triệu chứng khò khè [13], nghiên cứu của Vũ Công Thành (2020) chỉ ra rằng triệu chứng chảy mũi chiếm 43,9% [9].

Triệu chứng thực thể hay gặp và có ý nghĩa trong chẩn đoán viêm phổi là thở nhanh, rút lõm lồng ngực, ran ở phổi. Thở nhanh là biểu hiện sớm của khó thở. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thở nhanh chiếm 59%, rút lõm lồng ngực 39%, tím tái 29,5%, ran ẩm, nổ 54,3%. Nghiên cứu của Lưu Thị Thùy Dương (2019) cho kết quả cao hơn, thở nhanh gặp 73,0%, rút lõm lồng ngực cũng thường gặp với tần suất 46,2%, ran ẩm, ran nổ 91,4% [10]. Nghiên cứu của Trần Kiên Hào ghi nhận triệu chứng thở nhanh chiếm 100%, rút lõm lồng ngực là 66,67% [2].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Số lượng bạch cầu tăng $\geq 12000/\text{mm}^3$ và tăng tỷ lệ Ne ở nhóm VPN đều cao hơn ở nhóm VP (56,4% > 43,6% và 54,1% > 45,9%). Số lượng bạch cầu < 4000/mm³ hiếm gặp, chỉ có 2 trường hợp ở nhóm VPN. Tỷ lệ CRP tăng chiếm 57,1%, gặp ở nhóm VPN là 59,7%, nhóm VP là 40,3%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lưu Thị Thùy Dương (2019) [10].

Chụp X-quang tim phổi luôn được coi là một xét nghiệm quan trọng để chẩn đoán VP. Kết quả không những giúp ích rất nhiều cho những trường hợp lâm sàng không rõ ràng, mà X-quang còn giúp định khu được tổn thương và theo dõi điều trị. Trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ có hình ảnh tổn thương trên X-quang chiếm 68,6%, trong đó tổn thương tập trung rốn phổi, lan tỏa 2 phổi ở nhóm viêm phổi nặng đều cao hơn nhóm viêm phổi (57,1% > 42,9% và 60% > 40%). Tổn thương X-quang khác như là: tràn dịch, tràn khí màng phổi, viêm thùy, phân thùy phổi gặp 57,1% ở nhóm viêm phổi nặng và 42,9% ở nhóm viêm phổi. Kết quả trên tương tự như nhiều nghiên cứu khác. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thành Nhôm (2015) có 59 trẻ (45,5%) thấy có tổn thương trên X-quang ngực [12]. Lưu Thị Thùy Dương (2019) có 58,0% viêm phổi có tổn thương phổi trên phim X-quang. Tổn thương X-quang gặp nhiều nhất là lan tỏa 2 phổi chiếm 27,6% [10].

4.3. Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi do nhiễm RSV

Tỷ lệ trẻ mắc viêm phổi nặng do nhiễm RSV trong nghiên cứu của chúng tôi là 53,3%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Vũ Công Thành [9].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ viêm phổi nặng ở nhóm đẻ non (<37 tuần) chiếm 67,4%, cao hơn nhóm đủ tháng (≥ 37 tuần) chiếm 42,2%. Nhóm tuổi 2 - <12 tháng (63,7%) cao

hơn nhóm 12 - < 60 tháng (20%). Nhóm trẻ có SDD (66,7%) cao hơn nhóm không SDD (39,2%). Lứa tuổi càng nhỏ tỷ lệ mắc VP nặng càng cao, trẻ dưới 6 tháng hệ miễn dịch nói chung, đặc biệt là miễn dịch dịch thể, lượng IgA tiết trên bề mặt niêm mạc phế quản còn chưa hoàn chỉnh và rất thấp nên khả năng chống lại tác nhân gây bệnh rất yếu. Trẻ bị SDD đặc biệt là SDD nặng có hiện tượng suy giảm miễn dịch, làm mất hàng rào bảo vệ cơ thể. Trẻ đẻ non chưa hoàn thiện hệ miễn dịch nên khả năng chống đỡ với các tác nhân gây bệnh đường hô hấp còn kém. Các trẻ sinh ra trước ba tháng cuối thai kỳ không nhận được globulin miễn dịch G của mẹ, giúp bảo vệ một phần chống lại sự lây nhiễm vi sinh vật. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Vũ Công Thành [9].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trẻ có đồng nhiễm vi khuẩn có tỷ lệ mắc viêm phổi nặng cao hơn nhóm còn lại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh [5].

5. Kết luận

Tỷ lệ trẻ mắc viêm phổi nặng do nhiễm RSV tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2022 – 2023 là 56 trẻ chiếm 53,3% và 49 trẻ viêm phổi chiếm 46,7%.

Triệu chứng lâm sàng hay gặp: Ho, khô khè, chảy mũi, sốt, ran ẩm/nở, thở nhanh.

Cận lâm sàng: Hình ảnh tổn thương Xquang ngực 64,8%, có 54,3% bệnh nhân có thay đổi số lượng bạch cầu, tỷ lệ BCĐNTT tăng chiếm 70,5%; CRP tăng chiếm 57,1%.

Các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi do nhiễm RSV là suy dinh dưỡng, đẻ non, tuổi nhỏ, đồng nhiễm vi khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] G. Piedimonte *et al.*, "Respiratory syncytial virus infection and bronchiolitis," *Peadiatr Rev.*, vol. 35, no. 12, pp. 519-530, 2014.
- [2] H. K. Tran, T. H. Huynh, and S. H. Nguyen, "Clinical Features and subclinical findings of pneumonia with respiratory syncytial virus infection in children under 5 years old," *Pediatrics magazine*, vol. 9, no. 4, pp. 30-35, 2016.
- [3] Q. N. Do, "Microbiology cause pneumonia in children 2 months to 5 years old at Thai Nguyen central hospital," *Vietnamese medical journal*, vol. 8, no. 2, pp. 225-226, 2021.
- [4] T. T.T. Pham, H. T. Le, and T. B. T. Phung, "Rate of infection with some viral bacteria in children with recurrent pneumonia and respiratory failure at the National Children's Hospital," (in Vietnamese), *Journal of Pediatric Research and Parctice*, vol. 5, no. 1, pp. 168-169, 2021.
- [5] A. T. Nguyen, "Epidemiological clinical characteristics of severe acute respiratory infection with respiratory syncytial virus infection in the intensive care unit of the national of peiatrics," *Journal of pediatrics*, vol. 14, no. 3, pp. 35-41, 2021.
- [6] E. E. Walsh and C. B. Hall, *Respiratory Syncytial Virus*. Churchill Livingstone, Philadelphia, 2015.
- [7] C. B. Hall and E. E. Walsh, *Respiratory Syncytial Virus*. Saunders Elsevier, Philadelphia, 2009.
- [8] World Health Organization, *Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities*, 2014, p. 19.
- [9] T. C. Vo, "Clinical epidemiological of severe pneumonia with respiratory syncytial virus infection in children," Level 2 specialized thesis, Ha Noi medical university, Ha Noi, pp. 41-49, 2020.
- [10] D. T. T. Luu, "Clinical and clinical characteristics and risk factors of severe pneumonia in children from 2-36 months at Thai Nguyen natrional hospital," Resident doctor thesis, Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy, pp. 37-54, 2019.
- [11] N. N. Ngan and H. M. T. Pham, "Clinical and microbiological characteristics of community-acquired pneumonia in children from 2 months to 5 years old at Can Tho Children's Hospital," *City Medicine, Ho Chi Minh*, vol. 18, no. 1, pp. 294-300, 2014.
- [12] N. V. Phan, H. T. T. Vo, and Nh. T. Nguyen, "Clinical and clinical characteristics and risk factors of severe pneumonia in children from 2 months to under 5 years old at Vinh Long Provincial General Hospital," *Proceedings of scientific research projects of Vinh Long General Hospital*, 2015, pp. 1-10.
- [13] T. P. T. Hoang, "Characteristics and causes of pneumonia in children under 5 years old at Thai Nguyen Central Hospital Children's Center," Master's thesis in Medicine, Thai Nguyen University of Medicine and Pharmac, 2017.