

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH NĂM 2022-2023

### TÓM TẮT

Bùi Thị Hồng Thanh<sup>1\*</sup>, Trương Thị Phương Mai<sup>1</sup>, Trần Diệu Thuý<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thanh Tâm<sup>2</sup>, Vũ Thanh Liêm<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Nga<sup>1</sup>, Vũ Minh Phúc<sup>3</sup>

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi sơ sinh tại bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2022-2023.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 440 trẻ sơ sinh được chẩn đoán viêm phổi đến khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Thái Bình từ tháng 6/2022 đến tháng 5/2023.

**Kết quả:** Tỷ lệ trẻ sơ sinh viêm phổi nhập viện trên 3 ngày tuổi là 98,9%. Tỷ lệ trẻ nam mắc viêm phổi sơ sinh là 57%.

Triệu chứng lâm sàng của viêm phổi sơ sinh chủ yếu là ho, khò khè, thở nhanh, nghe phổi có ran hoặc thông khí giảm, rút lõm lồng ngực. Cận lâm sàng hình ảnh X-quang phổi chủ yếu là tổn thương mờ không đều lan tỏa hai trường phổi. Tỷ lệ suy hô hấp ở viêm phổi sơ sinh là 48%. Tỷ lệ nhiễm RSV ở viêm phổi sơ sinh là 19,1%. Tỷ lệ cấy dịch tỵ hầu dương tính là 4,5% trong đó tác nhân gây bệnh là *S. aureus* chiếm 60%.

**Kết luận:** Ho, khò khè, thở nhanh, nghe phổi có ran, rút lõm lồng ngực là các dấu hiệu lâm sàng hay gặp nhất. Tổn thương mờ không đều lan tỏa hai trường phổi là dấu hiệu thường gặp trên X-quang phổi. Tỷ lệ nhiễm RSV là 19,1%. Kết quả cấy dịch tỵ hầu dương tính là 4,5%.

**Từ khóa:** Sơ sinh, viêm phổi sơ sinh, lâm sàng, cận lâm sàng.

### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF NEONATAL PNEUMONIA AT THE NEONATAL DEPARTMENT OF THAI BINH CHILDREN'S HOSPITAL IN 2022-2023

#### ABSTRACT

**Objective:** Description of clinical and paraclinical characteristics of neonatal pneumonia at the Neonatal Department of Thai Binh Children's Hospital.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Bệnh viện Nhi Thái Bình

3. Sinh viên K54E, trường Đại học Y Dược Thái Bình

\* Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hồng Thanh

Email: thanhphuc1974@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/7/2025

Ngày phản biện: 14/9/2025

Ngày duyệt bài: 17/9/2025

**Research subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study of 440 newborns diagnosed with pneumonia who were examined and treated at Thai Binh Children's Hospital from June 2022 to May 2023.

**Results:** The rate of hospitalized newborns with pneumonia over 3 days old was 98.9%. The rate of male children with neonatal pneumonia was 57%.

Clinical symptoms of neonatal pneumonia were mainly cough, wheezing, rapid breathing, lung crackles or decreased lung sounds, and chest retraction. Paraclinical chest X-ray images were mainly diffuse, uneven opacity in both lung fields. The rate of respiratory failure in neonatal pneumonia was 48%. The rate of RSV infection in neonatal pneumonia was 19.1%. The rate of positive nasopharyngeal culture was 4.5%, of which the causative agent was *S. aureus*, accounting for 60%.

**Conclusion:** Cough, wheezing, rapid breathing, crackles on lung auscultation, and chest indrawing are the most common clinical signs. Diffuse, irregular opacities in both lung fields are common signs on chest X-ray. The prevalence of RSV infection is 19.1%. Positive nasopharyngeal culture results are 4.5%

**Keywords:** Neonatal, neonatal pneumonia, clinical, paraclinical.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi ở trẻ sơ sinh (còn gọi là viêm phổi sơ sinh) là tình trạng nhiễm trùng phổi, xảy ra ở trẻ sơ sinh. Nhờ sự phát triển của nền y học hiện đại, tỷ lệ trẻ bị viêm phổi sơ sinh tử vong đã giảm đi đáng kể, tuy nhiên đây vẫn là gánh nặng đối với sức khỏe toàn cầu, nhất là những nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam [1].

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), viêm phổi là nguyên nhân gây tử vong cho khoảng 1,4 triệu trẻ dưới 5 tuổi [2]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Bùi Thị Bích Hà và cộng sự tỷ lệ tử vong cho trẻ viêm phổi sơ sinh là 7.69% [3].

Triệu chứng lâm sàng của viêm phổi sơ sinh thường không điển hình, nhiều trường hợp viêm phổi rất nặng triệu chứng toàn thân như bỏ bú, ngủ lịm, da xanh tái hơn là các triệu chứng của phổi.

Có nhiều nguyên nhân khác nhau gây viêm phổi sơ sinh như virus, vi khuẩn và nấm. Tuy nhiên, tại Thái Bình việc nghiên cứu một cách hệ thống triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm phổi sơ sinh chưa được nhiều tác giả đề cập đến. Phân biệt viêm phổi sơ sinh với các bệnh gây suy hô hấp cấp tính khác ở trẻ sơ sinh còn là một vấn đề khó khăn cho các thầy thuốc lâm sàng đặc biệt trong vòng 24÷48h sau sinh dẫn đến chẩn đoán muộn và điều trị không kịp thời sẽ dẫn đến tử vong và để lại những di chứng nặng nề. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2022- 2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

#### Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những trẻ sơ sinh được chẩn đoán và điều trị viêm phổi theo phác đồ điều trị viêm phổi sơ sinh của Bệnh viện Nhi Thái Bình.

#### \* Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu [4].

- Lâm sàng:
  - + Dấu hiệu nhiễm trùng: giảm phản xạ, li bì, nôn, sốt hoặc hạ thân nhiệt, thờ rên, ho.
  - + Khám phổi: Có ran phổi hoặc chỉ thấy thông khí giảm.
  - + Dấu hiệu suy hô hấp ví dụ thở nhanh  $\geq 60$  lần/phút, có cơn ngừng thở  $> 20$  giây, rút lõm lồng ngực, SaO<sub>2</sub> giảm  $< 90\%$ .
  - Cận lâm sàng: Xquang ngực có thể thấy một trong các tổn thương mờ không đều lan tỏa hai trường phổi, dày thành phế quản, đám mờ đỉnh phổi...
- Chẩn đoán xác định khi bệnh nhân có các tiêu chuẩn sau:
  - + Lâm sàng trẻ có triệu chứng hô hấp: Thở nhanh/ hoặc rút lõm lồng ngực nặng/ hoặc phổi có ran.
  - + Hình ảnh Xquang ngực có tổn thương nhu mô phổi.
- \* Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu: bệnh nhi không đủ các tiêu chuẩn lâm sàng và cận lâm sàng như trên, có các bệnh kèm theo (như tim bẩm sinh, bệnh rối loạn chuyển hoá, bệnh phổi bẩm sinh, ...), gia đình không đồng ý nghiên cứu.

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 6/2022 đến tháng 5/2023.

**Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Sơ sinh bệnh viện Nhi Thái Bình.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu toàn bộ tất cả những trẻ sơ sinh được chẩn đoán và điều trị viêm phổi theo phác đồ điều trị viêm phổi sơ sinh của Bệnh viện Nhi Thái Bình.

#### Phương pháp thu thập số liệu:

- + Thu thập dữ liệu lâm sàng: Mô tả các đặc điểm lâm sàng theo phiếu thu thập số liệu.
- + Thu thập các dữ liệu cận lâm sàng: Mô tả các chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng theo phiếu thu thập số liệu.
- Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu
  - Phân loại viêm phổi sơ sinh theo thời điểm khởi phát bệnh
    - + Viêm phổi sơ sinh sớm: Bệnh khởi phát  $\leq 3$  ngày sau đẻ.
    - + Viêm phổi sơ sinh muộn: Bệnh khởi phát  $> 3$  ngày sau đẻ.
  - Tuổi thai: Chia thành 2 nhóm:
    - + Đẻ non:  $< 37$  tuần
    - + Đủ tháng:  $\geq 37$  tuần.
  - Cân nặng: dưới 2500 gram, trên 2500gram
  - Các kết quả cận lâm sàng gồm: X- quang ngực thẳng, công thức máu, Protein phản ứng C (CRP), xét nghiệm vi sinh.

### 2.3. Xử lý số liệu

- Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.
- Sử dụng các thuật toán thống kê y học cơ bản: Tính giá trị trung bình, tính tỷ lệ %, sử dụng test Khi bình phương ( $\chi^2$ ), kiểm định Fisher's Exact test.

### 2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Việc điều tra đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xét nghiệm dịch tễ hầu xác định căn nguyên gây bệnh ở Bệnh nhi viêm phổi không làm ảnh hưởng xấu đến bệnh nhi tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của bệnh nhi đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu theo số quyết định. Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng khoa học Bệnh viện Nhi Thái Bình theo quyết định số 10/BB- HĐKH ngày 22 tháng 11 năm 2023.

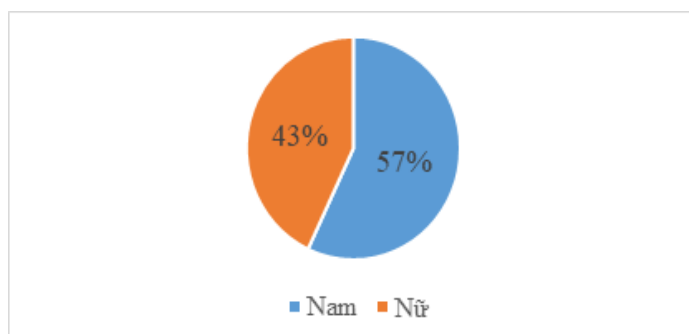
### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

**Bảng 1. Tuổi, cân nặng bệnh nhi khi vào viện và tuổi thai khi sinh**

|                                | Số bệnh nhi (n = 440) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------------|-----------------------|-----------|
| Tuổi bệnh nhân khi vào viện    |                       |           |
| ≤ 3 ngày                       | 5                     | 1,1       |
| > 3 ngày                       | 435                   | 98,9      |
| Cân nặng bệnh nhi khi vào viện |                       |           |
| < 2500 gram                    | 28                    | 6,4       |
| ≥ 2500 gram                    | 412                   | 93,6      |
| Tuổi thai khi sinh             |                       |           |
| Non tháng                      | 30                    | 6,8       |
| Đủ tháng                       | 410                   | 93,2      |

Bệnh nhi tham gia nghiên cứu có tuổi trên 3 ngày 98,9%; 93,6% bệnh nhi có cân nặng từ 2500 gram trở lên, 6,4% bệnh nhân có cân nặng lúc sinh thấp dưới 2500 gram, hầu hết bệnh nhi đủ tháng chiếm 93,2%.



**Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhi theo giới**

Tỉ lệ trẻ trai viêm phổi sơ sinh nhiều hơn số trẻ gái (57,0 % so với 43,0%).

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng tham gia nghiên cứu

**Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của viêm phổi**

| Triệu chứng                            | Số bệnh nhi (n= 440) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------------------|----------------------|-----------|
| Ho                                     | 409                  | 93,0      |
| Khò khè                                | 399                  | 90,7      |
| Thở nhanh                              | 387                  | 88,0      |
| Nghe phổi thấy ran hoặc thông khí giảm | 360                  | 81,8      |
| Rút lõm lồng ngực                      | 215                  | 48,9      |
| Sốt                                    | 35                   | 7,9       |
| Tím tái                                | 167                  | 38,0      |

Các triệu chứng lâm sàng hay gặp ho 93%, khò khè 90,7%, thở nhanh 88%, nghe phổi thấy ran hoặc thông khí giảm 360 81,8%, rút lõm lồng ngực 48,9%. Ngoài ra sốt gặp với tỷ lệ thấp 7,9%.

**Bảng 3. Tình trạng suy hô hấp**

| Suy hô hấp       | Số bệnh nhi (n= 440) | Tỷ lệ (%) |
|------------------|----------------------|-----------|
| Không suy hô hấp | 229                  | 52,0      |
| Có suy hô hấp    | 211                  | 48,0      |
| Tổng             | 440                  | 100       |

Có 52,0% các trường hợp viêm phổi sơ sinh không có suy hô hấp.

**Bảng 4. Hình ảnh X-quang ngực thẳng**

| Hình ảnh X-quang ngực thẳng          | Số bệnh nhi (n= 440) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------------------|----------------------|-----------|
| Mờ không đều lan tỏa hai trường phổi | 394                  | 89,5      |
| Dày thành phế quản                   | 13                   | 3,0       |
| Đám mờ đỉnh phổi                     | 15                   | 3,4       |
| Khác                                 | 18                   | 4,1       |

Tỷ lệ mờ không đều lan tỏa 2 trường phổi ở bệnh nhân viêm phổi sơ sinh là 89,5%, hình ảnh dày thành phế quản là 3,0%. Có 3,4% bệnh nhi viêm phổi sơ sinh có hình ảnh tổn thương đám mờ đỉnh phổi.

**Bảng 5. Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng**

|                                                             | Số bệnh nhi (n= 440) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------------------------------------|----------------------|-----------|
| Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính (BC/ mm <sup>3</sup> ) |                      |           |
| ≤ 1.500                                                     | 49                   | 11,1      |
| 1.501- 5.000                                                | 318                  | 72,3      |
| ≥ 5.001                                                     | 73                   | 16,6      |
| Kết quả CRP (mg/l)                                          |                      |           |
| < 10                                                        | 404                  | 91,8      |
| ≥ 10                                                        | 36                   | 8,2       |
| Xét nghiệm RSV                                              |                      |           |
| RSV (+)                                                     | 84                   | 19,1      |
| RSV (-)                                                     | 356                  | 80,9      |
| Xét nghiệm cấy dịch tỵ hầu                                  |                      |           |
| Dương tính                                                  | 20                   | 4,5       |
| Không có VK gây bệnh                                        | 420                  | 95,5      |

Bệnh nhi có bạch cầu trung tính từ 1.500- 5.001mm<sup>3</sup> máu; có 8,2% các trường hợp viêm phổi sơ sinh có CRP tăng trên 10mg/l. Đa số bệnh nhi có test nhanh RSV âm tính (80,9%), tỷ lệ bệnh nhi có test nhanh RSV dương tính 19,1%, tỷ lệ cấy dịch tỵ hầu dương tính là 4,5%.

**Bảng 6. Phân bố một số chủng vi khuẩn gây bệnh**

| Vi khuẩn   |                        | Từng loại vi khuẩn |      |
|------------|------------------------|--------------------|------|
|            |                        | n                  | %    |
| Gram dương | S. pneumoniae          | 0                  | 0,0  |
|            | S. aureus              | 12                 | 60,0 |
| Gram âm    | E. coli                | 4                  | 20,0 |
|            | H. influenzae          | 3                  | 15,0 |
|            | M. catarrhalis         | 1                  | 5,0  |
|            | Pseudomonas aeruginosa | 0                  | 0,0  |
| Tổng       |                        | 20                 | 100  |

Kết quả cấy dịch tỵ hầu cho thấy, ở nhóm vi khuẩn gram dương S. aureus chiếm 60%, nhóm vi khuẩn gram âm chiếm 40% trong số trường hợp cấy dương tính.

**Bảng 7. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy hô hấp**

|                                            | Có suy hô hấp<br>n (%) | Không suy hô hấp<br>n (%) | OR 95%CI        | p     |
|--------------------------------------------|------------------------|---------------------------|-----------------|-------|
| Mối liên quan giữa nhiễm RSV và suy hô hấp |                        |                           |                 |       |
| RSV (+)                                    | 74 (88,0)              | 10 (12,0)                 | 11,829          | 0,01  |
| RSV (-)                                    | 137 (38,5)             | 219 (61,5)                | (5,842- 23,951) |       |
| Mối liên quan giữa nhóm tuổi và suy hô hấp |                        |                           | -               | 0,019 |
| ≤ 3 ngày                                   | 5 (100)                | 0 (0)                     |                 |       |
| > 3 ngày                                   | 206 (47,3)             | 229 (52,7)                |                 |       |

Trẻ RSV dương tính có khả năng suy hô hấp gấp 11,824 lần so với trẻ RSV âm tính với 95% CI từ 5,842- 23,951 với  $p < 0,01$  và viêm phổi sơ sinh sớm có tỷ lệ suy hô hấp cao hơn viêm phổi sơ sinh muộn với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu

Bệnh nhi ≤ 3 ngày tuổi chiếm tỷ lệ 1,1% và bệnh nhi tuổi trên 3 ngày chiếm 98,9%, kết quả này của chúng tôi khác với các nghiên cứu khác do các nghiên cứu trước đây lấy mốc 7 ngày để phân loại viêm phổi sơ sinh sớm và viêm phổi sơ sinh muộn, trong nghiên cứu này của chúng tôi lấy mốc là 3 ngày và thực tế những bệnh nhân sơ sinh non tháng, nhẹ cân cũng nhập điều trị tại khoa Hồi sức tích cực [5].

Trẻ trai chiếm 57%, trẻ trai bị bệnh nhiều hơn trẻ gái tỷ lệ 1,32%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Vũ Thị Phương, Phan Thị Thúy Tuệ và cs [6], [7].

Bệnh nhi đủ tháng 93,2 %, có 6,4 % bệnh nhi có cân nặng lúc sinh dưới 2500 gram, tỷ lệ này khác với một số nghiên cứu do trong thực tế những bệnh nhi non tháng, cân nặng thấp cũng nhập và điều trị tại khoa Hồi sức tích cực. Tuổi thai và cân nặng lúc sinh là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng của viêm phổi sơ sinh [8].

##### 4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng tham gia nghiên cứu và một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy hô hấp

Bệnh nhi đến viện khi mắc bệnh  $1 \leq 3$  ngày (73,6%),  $4 \leq 7$  ngày (24,1%) và trên 7 ngày chiếm số ít 2,3%.

##### \* Triệu chứng lâm sàng của viêm phổi

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ho là triệu chứng lâm sàng hàng đầu gặp ở viêm phổi chiếm 93,0%, khò khè 90,7%, thở nhanh 88,0%, phổi có ran hoặc thông khí giảm 81,8%, rút lõm lồng ngực 48,9% và tím chiếm 38,0%. Ngoài ra, triệu chứng sốt chiếm 8,0%. Kết quả nghiên cứu

của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu khác [5], [6].

Bảng 3.3 cho thấy có 48% trẻ sơ sinh viêm phổi suy hô hấp, bởi vậy nên xem viêm phổi sơ sinh như là một tình trạng cấp cứu, vì đặc điểm viêm phổi sơ sinh khác với viêm phổi trẻ lớn, khó chẩn đoán, triệu chứng lâm sàng không điển hình, diễn biến thường.

##### \* Đặc điểm X-quang ngực thẳng

Tỷ lệ bệnh nhi có tổn thương mờ không đều lan tỏa hai trường phổi chiếm tỷ lệ 89,5%, kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Phương [6]. Đối với trẻ sơ sinh, các viêm nhiễm thường có xu hướng lan tỏa do đó tổn thương cả 2 bên phổi sẽ chiếm ưu thế. Một số nghiên cứu cũng đưa ra giả thuyết phế quản bên phải to hơn và dốc hơn phế quản bên trái nên các vi khuẩn, virus cùng với các chất từ vùng mũi họng dễ đi vào phổi phải hơn phổi trái. Ngoài ra hình ảnh đám mờ vùng đỉnh phổi chiếm 3,4%, hình ảnh dày thành phế quản chiếm 3,0% và các hình ảnh khác chiếm 4,1%.

##### \* Đặc điểm số lượng bạch cầu đa nhân trung tính, CRP, RSV, cấy dịch tỵ hầu và một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy hô hấp.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số lượng bạch cầu của bệnh nhân viêm phổi chủ yếu từ  $\geq 5000/\text{mm}^3$  máu chiếm 68,1%. Chỉ có 6, 6% bạch cầu từ dưới  $1.5000/\text{mm}^3$  máu và 25,3% có bạch cầu từ  $1.500- 5.000/\text{mm}^3$  máu. Kết quả của chúng tôi khác với các nghiên cứu khác do nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là gặp viêm phổi sơ sinh muộn. Công thức bạch cầu của trẻ sơ sinh thay đổi theo ngày tuổi [8].

Cấy dịch tỵ hầu dương tính chiếm tỷ lệ 4,5%, chủ yếu là gặp vi khuẩn gram dương chiếm tới 60% (S.



aureus), căn nguyên do vi khuẩn gram âm chiếm 40% trong đó E. coli chiếm 20% trong tổng số ca cấy dịch tỵ hầu dương tính. Nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của các tác giả khác căn nguyên hay gặp là do vi khuẩn gram âm [6], [8]. Sở dĩ có sự khác biệt như vậy là do trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là viêm phổi sơ sinh muộn và do ý nghĩa của việc cấy dịch tỵ hầu chưa cao.

Khi xét nghiệm RSV có 19,1% bệnh nhi viêm phổi có nhiễm RSV. Tỷ lệ bệnh nhi viêm phổi không nhiễm RSV là 80,9%. Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm RSV có suy hô hấp cao hơn so với bệnh nhi không nhiễm RSV, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Điều này có ý nghĩa trong việc chẩn đoán và điều trị đối với những bệnh nhi viêm phổi sơ sinh có nhiễm RSV cần đánh giá và theo dõi sát biểu hiện của tình trạng suy hô hấp.

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ viêm phổi sơ sinh sớm có tỷ lệ suy hô hấp cao hơn viêm phổi sơ sinh muộn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Không có mối liên quan giữa cân nặng khi sinh và tình trạng suy hô hấp với  $p > 0,05$ . Nghiên cứu của Arshiya Syeda tại Ấn Độ năm 2023, nhận thấy rằng có mối liên quan giữa tuổi khởi phát viêm phổi với tuổi thai ( $p = 0,002$ ), trẻ sinh non  $< 37$  tuần có nguy cơ viêm phổi cao hơn trẻ sinh đủ tháng, có một số yếu tố nguy cơ chính gây khởi phát viêm phổi là các nguy cơ trước sinh như vỡ ối non, mẹ sốt trước sinh [9].

## V. KẾT LUẬN

Viêm phổi sơ sinh tại bệnh viện Nhi Thái Bình chủ yếu khởi phát sau 3 ngày tuổi với các triệu chứng ho, khò khè, thở nhanh; suy hô hấp 48%, tỷ lệ RSV 19,1%; trẻ có RSV dương tính suy hô hấp cao gấp 11 lần so với trẻ RSV âm tính. Kết quả này gợi ý cần tăng cường phát hiện sớm RSV và điều trị hô hấp tích cực.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hooven, T. A., & Polin, R. A. (2017). Pneumonia. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 22(4), 206–213. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.03.002>.
2. WHO. Pneumonia in children. 2022. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.
3. Bùi Thị Bích Hà, Nguyễn Minh Phương, Nguyễn Thị Thu Ba (2020), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ sơ sinh non tháng tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2019- 2020, Tạp chí y dược học Cần Thơ, 30, 2020, tr.15-22.
4. WHO. Pneumonia. 2016. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en/>, accessed: 10/6/2016.
5. Viêm phổi sơ sinh (2021), Phác đồ điều trị Bệnh viện Nhi Thái Bình, 340-343. Chương trình viêm phổi trẻ em. Hội nghị tổng kết hoạt động. tr 22.
6. Vũ Thị Phương (2012), Nghiên cứu nguyên nhân vi khuẩn gây bệnh, kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến tử vong trong viêm phổi sơ sinh tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2011, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hải Phòng, năm 2012.
7. Phan Thị Thúy Tuệ, Phạm Văn Anh, Nguyễn Đình Tuyền (2023), nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến suy hô hấp sơ sinh nặng tại bệnh viện sản – nhi tỉnh Quảng Ngãi. Tạp Chí Y học Việt Nam, 529(1),361-366. <https://doi.org/10.51298/vmj.v529i1.6315>.
8. Khu Thị Khánh Dung (2003), nghiên cứu đặc điểm lâm sàng vi khuẩn và một số yếu tố liên quan đến viêm phổi sơ sinh, Luận án tiến sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.
9. Syeda, A., Reddy, L., Ksl Sowmya, Manta, S., & Ahmed, N. (2023). A study of risk factors and clinical characteristics of neonatal pneumonia in a tertiary care centre. *International Journal of Contemporary Pediatrics*, 10(2), 227–233. <https://doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20230089>.