

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM PHỔI CÓ NHIỄM RSV Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA HÔ HẤP BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH NĂM 2024

Lưu Thị Hoa^{1*}, Phan Trọng Luân², Nguyễn Thị Diệu Thuý³,
Trương Thị Phương Mai¹, Đoàn Thị Ngọc Hoa¹, Phạm Thị Thu Huyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi có nhiễm RSV ở trẻ dưới 5 tuổi điều trị nội trú tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu

Kết quả: Có 909 bệnh nhân viêm phổi có nhiễm RSV, 57,3% trẻ dưới 6 tháng, nam là chủ yếu, tỷ lệ nam/ nữ là 1,5/1. Số bệnh nhân mắc bệnh cao nhất vào tháng 3 (n=146) và tháng 2 (n=140), trong khi thấp nhất vào tháng 6 (n=22), sau đó giảm dần vào các tháng giữa năm và tăng nhẹ trở lại vào cuối năm. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất trong viêm phổi có nhiễm RSV là: ho, thở nhanh (100%), sốt (97,2%), ran ẩm to nhỏ hạt (95,8%) và khò khè (86,4%), suy hô hấp (32,6%). Trẻ viêm phổi nặng chiếm 32,6%. Cận lâm sàng: Hình ảnh tổn thương hay gặp trên X-quang của viêm phổi có nhiễm RSV không đặc hiệu chủ yếu là hình ảnh dày thành phế quản/ tổ chức kẽ chiếm (88,34%). Xét nghiệm máu: Số lượng bạch cầu và CRP trung bình là $10,3 \pm 3,9$ G/L và $10,6 \pm 14,6$ mg/L

Kết luận: Trong năm 2024, tỷ lệ viêm phổi có nhiễm RSV rải rác quanh năm, cao nhất vào tháng 2 và tháng 3. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ho, thở nhanh, sốt, khò khè, phổi có ran ẩm. Cận lâm sàng: có hình ảnh dày thành phế quản/tổ chức kẽ trên X quang ngực, không có sự thay đổi số lượng bạch cầu và CRP. Tỷ lệ viêm phổi nặng có nhiễm RSV là 32,6%.

Từ khóa: viêm phổi, virus hợp bào hô hấp (RSV)

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF RSV-ASSOCIATED PNEUMONIA IN HOSPITALIZED CHILDREN UNDER FIVE YEARS OF AGE AT THE RESPIRATORY DEPARTMENT, THAI BINH CHILDREN'S HOSPITAL, 2024

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình
2. Bệnh Viện Nhi Thái Bình
3. Trường Đại học Y Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Lưu Thị Hoa

Email: luuhoa225@gmail.com

Ngày nhận bài: 9/01/2026

Ngày phản biện: 10/4/2026

Ngày duyệt bài: 14/4/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of RSV-associated pneumonia in hospitalized children under five years of age at the Respiratory Department, Thai Binh Children's Hospital, 2024.

Methods: Retrospective study

Results: A total of 909 children with RSV-associated pneumonia were included, of whom 57.3% were under 6 months of age. Males predominated, with a male-to-female ratio of 1.5:1. The number of cases peaked in March (n=146) and February (n=140), while the lowest number was recorded in June (n=22), followed by a decline during mid-year and a slight increase toward the end of the year. The most common clinical manifestations were cough and tachypnea (100%), fever (97.2%), crackles (95.8%), and wheezing (86.4%). Respiratory failure was observed in 32.6% of cases, and severe pneumonia accounted for 32.6%. Paraclinical findings were largely non-specific. Chest radiographs predominantly showed bronchial wall thickening and interstitial changes (88.34%). The mean white blood cell count and C-reactive protein (CRP) levels were 10.3 ± 3.9 G/L and 10.6 ± 14.6 mg/L, respectively.

Conclusions: In 2024, RSV-associated pneumonia occurred year-round, with peaks in February and March. The most common clinical manifestations were cough, tachypnea, fever, wheezing, and crackles on lung auscultation. Paraclinical findings included bronchial wall thickening and interstitial changes on chest radiographs. White blood cell counts and C-reactive protein (CRP) levels were generally within normal ranges. The proportion of severe RSV-associated pneumonia was 32.6%.

Keywords: Pneumonia; Respiratory syncytial virus; Children; Clinical characteristics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là tình trạng tổn thương viêm nhu mô phổi, có thể lan tỏa cả 2 phổi hoặc tập trung ở một thùy phổi. Viêm phổi mắc phải cộng đồng (CAP)

là viêm phổi mắc ở ngoài cộng đồng hoặc 48 giờ đầu tiên nằm viện[1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 2019, viêm phổi gây tử vong 740.180 trẻ < 5 tuổi trên toàn cầu [2]. Virus là nguyên nhân hay gặp nhất gây viêm phổi ở trẻ < 5 tuổi [3]. Trong đó, virus hợp bào hô hấp (RSV) chiếm tỷ lệ cao [4]. Tuy nhiên, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi nhiễm RSV ở trẻ em < 5 tuổi rất đa dạng, phụ thuộc vào lứa tuổi và một số yếu tố khác liên quan. Do đó, việc xác định được các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh rất cần thiết trong việc chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa cho bệnh nhân. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi có nhiễm RSV ở trẻ dưới 5 tuổi điều trị nội trú tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả trẻ từ 1 tháng tuổi đến < 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi có nhiễm RSV, điều trị nội trú tại Khoa Hô hấp- Bệnh viện Nhi Thái Bình từ 1/1/2024- 31/12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Trẻ từ 1 tháng – dưới 5 tuổi

Được chẩn đoán xác định là viêm phổi có nhiễm RSV

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi, viêm phổi nặng theo Bộ y tế (2014)

Test RSV bằng phương pháp test nhanh kháng nguyên

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Tiêu chuẩn viêm phổi theo Bộ Y Tế 2014: Trẻ ho, sốt kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau: Thở nhanh, rút lõm lồng ngực, giảm thông khí, có tiếng bất thường (ran ẩm, ran phé quản, ran nổ...)

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi nặng khi trẻ có dấu hiệu viêm phổi kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu:

+ Tím tái hoặc SpO₂ < 90%

+ Thở gắng sức nặng (ví dụ thở rên, rút lõm lồng ngực rất nặng)

+ Có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: bỏ bú hoặc không uống được, rối loạn tri giác như lơ mơ hoặc hôn mê, co giật

+ Trẻ dưới 2 tháng tuổi.

-Tiêu chuẩn chẩn đoán có nhiễm RSV: Xét nghiệm tìm RSV bằng phương pháp Quick test.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đồng nhiễm các tác nhân khác
- Không có đầy đủ thông tin nghiên cứu theo mẫu bệnh án thống nhất.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu

Quy trình nghiên cứu: Tra cứu hồi cứu trên hồ sơ bệnh án tất cả trẻ từ 1 tháng tuổi đến dưới 5 tuổi nhập viện Bệnh viện Nhi Thái Bình, đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được thu thập vào mẫu nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Biến số và chỉ số nghiên cứu: Gồm đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (Giới, tuổi ,tháng nhập viện), dấu hiệu lâm sàng như: sốt, thở nhanh, khô khè, rút lõm lồng ngực, tím tái, mức độ suy hô hấp. Các biến số cận lâm sàng như: số lượng bạch cầu, chỉ số CRP, hình ảnh tổn thương trên Xquang phổi.

+ Sốt: được ghi nhận khi người nhà khai trẻ sốt từ mấy hôm trước hoặc đang có nhiệt độ nách >37,5°C

+ Thở nhanh theo tuổi: theo WHO [2]

< 2 tháng: > 60 lần/phút

2 - <12 tháng: > 50 lần/phút

12 tháng - <5 tuổi: > 40 lần/phút

+ Rút lõm lồng ngực: là dấu hiệu 1/3 phần dưới lồng ngực lõm vào khi trẻ hít vào

+ Co kéo cơ hô hấp phụ: được xác định khi trẻ có triệu chứng thở gật gù, lõm hõm ức hoặc co kéo cơ liên sườn

+ Khô khè: là tiếng thở thô ráp nghe thì thở ra, là dấu hiệu tắc nghẽn đường hô hấp dưới

+ Tím tái hoặc SpO₂ < 90%

Thu thập số liệu: Các biến số, chỉ số được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, quan sát hồi cứu. Nghiên cứu viên tổng hợp bệnh án nghiên cứu và tổng kết số liệu. Các thông tin được kiểm tra đầy đủ và bổ sung trước khi nhập số liệu.

Xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 27.0

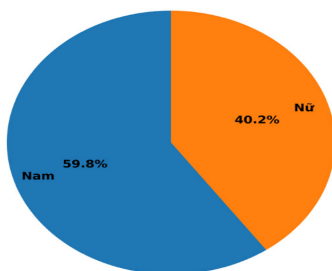
Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu tiến hành sau khi được sự chấp thuận của Hội đồng khoa học của Bệnh viện Nhi Thái Bình. Mọi thông tin liên quan đến bệnh nhân đều được bảo mật. Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố theo tuổi

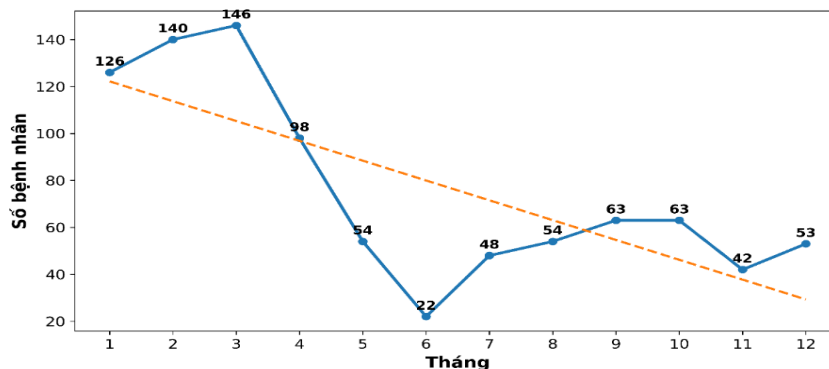
Tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 2 tháng	163	17,9
2 tháng - <6 tháng	358	39,4
6 tháng - < 12 tháng	211	23,2
12 tháng - < 5 tuổi	177	19,5
Tuổi trung bình (tháng)	X ± SD 7,27 ± 7,17	
Tổng số	909	100

Nhận xét: Phần lớn trẻ ở nhóm tuổi < 6 tháng tuổi (57,3%), tuổi trung bình 7,27 ± 7,17 (tháng), tuổi nhỏ nhất là 1 tháng, tuổi lớn nhất là 51 tháng.



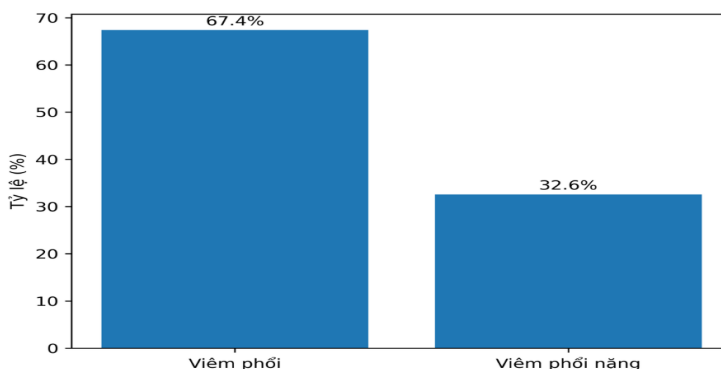
Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Tỷ lệ nam (59,8%), nữ (40,2%); tỷ lệ nam/nữ = 1,5/1



Biểu đồ 2. Phân bố bệnh nhân theo tháng mắc bệnh trong năm

Nhận xét: Số bệnh nhân mắc bệnh cao nhất vào tháng 3 (n=146) và tháng 2 (n=140), trong khi thấp nhất vào tháng 6 (n=22), sau đó giảm dần vào các tháng giữa năm và tăng nhẹ trở lại vào cuối năm.



Biểu đồ 3. Phân bố theo mức độ nặng viêm phổi có nhiễm RSV

Nhận xét: Có 32,6% trẻ viêm phổi nặng, 67,4% trẻ viêm phổi.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện

Triệu chứng \ Bệnh nhân	Tổng số	Tỷ lệ %	
Sốt	884	97,2	
Ho	909	100	
Khò khè	785	86,4	
Thở nhanh	909	100	
Tím tái	296	32,6	
Rút lõm lồng ngực	296	32,6	
Ran ẩm to, nhỏ hạt	871	95,8	
Ran rít, ran ngáy	422	46,4	
Suy hô hấp	Không	613	67,4
	Độ 1	179	19,7
	Độ 2	87	9,6
	Độ 3	30	3,3

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ho và thở nhanh (100%), tiếp theo là sốt (97,2%), ran ẩm (95,8%) và khò khè (86,4%). Các dấu hiệu nặng bao gồm tím tái, rút lõm lồng ngực và suy hô hấp đều được ghi nhận với cùng tỷ lệ 32,6%. Điều này cho thấy các dấu hiệu này có xu hướng đồng thời xuất hiện ở cùng một nhóm bệnh nhân có mức độ bệnh nặng, phù hợp với đặc điểm lâm sàng của viêm phổi nặng do RSV. Trong đó, suy hô hấp được phân bố theo các mức độ khác nhau, chủ yếu là độ 1 (19,7%), độ 2 (9,6%) và độ 3 (3,3%).

Bảng 3. Đặc điểm Xquang phổi của bệnh nhân khi vào viện

Xquang \ Bệnh nhân	Tổng số	Tỷ lệ %	
Tổn thương phổi	Nốt mờ/ đám mờ	81	8,91
	Dày thành phế quản / tổ chức kẽ	803	88,34
	Bình thường	23	2,53
Tràn dịch màng phổi	2	0,22	
Bạch cầu	X ± SD	10,3 ± 3,9	
CRP	X ± SD	10,6 ± 14,6	
Tổng		909	100

Nhận xét: Có 97,47% bệnh nhân ghi nhận bất thường trên X-quang ngực, trong đó hình ảnh dày thành phế quản/tổ chức kẽ chiếm tỷ lệ cao nhất (88,34%), tiếp theo là nốt mờ/đám mờ (8,91%). Tràn dịch màng phổi được ghi nhận ở 2 trường hợp (0,22%). Giá trị trung bình của bạch cầu và CRP lần lượt là 10,3 ± 3,9 G/L và 10,6 ± 14,6 mg/L, với độ phân tán lớn, gợi ý đáp ứng viêm không đặc hiệu.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ viêm phổi có nhiễm RSV cao nhất ở nhóm trẻ dưới 6 tháng tuổi (57,3%), giảm dần ở nhóm 6–12 tháng (23,2%) và thấp nhất ở nhóm trên 12 tháng (19,5%). Điều này cho thấy gánh nặng bệnh tập trung chủ yếu ở trẻ nhỏ, đặc biệt trong năm đầu đời.

Điều này có thể được giải thích bởi sự chưa hoàn thiện của hệ miễn dịch ở trẻ sơ sinh và nữ nhi, cùng với đặc điểm giải phẫu đường hô hấp

nhỏ hẹp và dễ bị tổn thương. Ngoài ra, miễn dịch thụ động từ mẹ giảm dần theo thời gian sau sinh cũng làm tăng tính nhạy cảm với nhiễm RSV trong những tháng đầu đời.

Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam (59,8%) cao hơn so với trẻ nữ (40,2%), với tỷ lệ nam/nữ là 1,5:1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Trung Thanh (2021) [5], cho thấy sự khác biệt giới tính có thể là một đặc điểm dịch tễ thường gặp của nhiễm RSV.

Về phân bố theo thời gian, các trường hợp viêm phổi có nhiễm RSV được ghi nhận quanh năm, với số ca cao nhất vào tháng 2 và tháng 3, giảm trong các tháng giữa năm và tăng nhẹ trở lại vào cuối năm. Điều này gợi ý tính chất lưu hành theo mùa của RSV trong bối cảnh địa phương.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ viêm phổi nặng chiếm 32,6% và 67,4% viêm phổi không nặng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự tác giả Vũ Công Thành tại Bệnh viện Nhi Trung Ương (2020) ghi nhận trẻ viêm phổi nặng nhiễm RSV chiếm 37,9%, viêm phổi không nặng chiếm 62,1% [6].

Các triệu chứng (ho, sốt, khò khè) gặp ở nhóm nghiên cứu với tỷ lệ rất cao (100%; 97,2% và 86,4%). Điều này phù hợp với tính chất gây viêm long, xuất tiết nhiều của virus RSV. Ho là triệu chứng thường gặp nhất và xuất hiện sớm nhất trong viêm phổi ở trẻ em, về mặt sinh lý phản xạ ho là một cơ chế quan trọng của đường hô hấp. Phản xạ ho giúp tống dị vật và các chất viêm xuất tiết ra khỏi đường thở, giúp làm sạch phế quản. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Phạm Văn Hòa tại Bệnh viện Nhi Trung Ương 2017 có 100% bệnh nhân ho [7]. 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, là triệu chứng gặp 100% số bệnh nhân. Lý giải điều này do thở nhanh là hiện tượng thiếu oxy khi phổi bị viêm, bị mất tính đàn hồi giãn nở, tính mềm mại làm chức năng trao đổi khí bị giảm sút khiến trẻ phải tăng nhịp thở để đảm bảo đủ lượng oxy cung cấp cho cơ thể. Thở nhanh là một trong những triệu chứng điển hình và có giá trị để phát hiện sớm trẻ viêm phổi.

Rút lõm lồng ngực trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 32,6%, trẻ nhập viện có biểu hiện suy hô hấp 32,6%. RSV gây tổn thương biểu mô đường thở, tăng tiết nhày và phù nề niêm mạc phế quản, dẫn đến tắc nghẽn đường thở và giảm trao đổi khí, hậu quả là suy hô hấp. Ran ở phổi là một triệu chứng quan trọng để chẩn đoán viêm phổi, tình trạng viêm tiết dịch trong lòng phế nang tạo ra ran ẩm nhỏ hạt. Trong nghiên cứu cho thấy 95,8% bệnh nhân có ran ẩm to, nhỏ hạt ở phổi. Trong đó có 46,4% bệnh nhân có kèm theo ran rít, ran ngáy. Kết quả nghiên cứu tương tự so với nghiên cứu của Đào Minh Tuấn 87,5% [8]. Nguyễn Hồng Minh Khánh,

Phạm Minh Hồng cho thấy triệu chứng ran ở phổi chiếm tỷ lệ 90,91% [9]

Bệnh nhân có hình ảnh bất thường trên X-quang (97,47%), tương đồng với tác giả Hoàng Trung Thanh nghiên cứu bệnh nhân dưới 5 tuổi viêm phế quản phổi có nhiễm RSV có 90,3% bệnh nhân có tổn thương trên X- quang ngực thẳng [5]. Trong đó dày thành phế quản/ tổ chức kẽ chiếm ưu thế (88,34%), nốt mờ/ đám mờ (8,91%), có 2 bệnh nhân có tràn dịch màng phổi. Số lượng bạch cầu và CRP trung bình là $10,3 \pm 3,9$ G/L và $10,6 \pm 14,6$ mg/L, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền (2022) tại Bệnh viện Nhi Hải Dương, số lượng bạch cầu và CRP trung bình là $9,55 \pm 3,8$ G/L và $5,97 \pm 9,24$ mg/L [10]. Chỉ số nhiễm trùng gồm số lượng bạch cầu và CRP thường không tăng phù hợp với cơ chế bệnh sinh do virus gây ra.

V. KẾT LUẬN

Trẻ mắc viêm phổi nhiễm RSV thường gặp ở trẻ nhỏ, đặc biệt dưới 6 tháng tuổi (57,3%) Viêm phổi nhiễm RSV chủ yếu ảnh hưởng đến trẻ nhỏ, đặc biệt trong những tháng đầu đời, với gánh nặng bệnh tật đáng kể và phân bố quanh năm, có xu hướng tăng vào các tháng đầu năm. Biểu hiện lâm sàng điển hình là ho, thở nhanh, sốt và khò khè, trong khi các dấu hiệu nặng như suy hô hấp vẫn chiếm tỷ lệ cao, phản ánh nguy cơ tiến triển nặng của bệnh. Hình ảnh X-quang phổi chủ yếu là tổn thương dạng kẽ, cùng với sự thay đổi không đặc hiệu của các chỉ số viêm, gợi ý vai trò nổi bật của cơ chế bệnh sinh do virus. Những kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận diện sớm và theo dõi chặt chẽ nhóm trẻ nguy cơ cao nhằm tối ưu hóa chiến lược chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bộ Y tế. 2014.** Hướng dẫn xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em. Quyết định số 101/QĐ-BYT.
- 2. World Health Organization. 2022.** Pneumonia in children. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.
- 3. British Thoracic Society Standards of Care Committee. 2011.** Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in children. <https://www.brit-thoracic.org.uk/quality-improvement/clinical-resources/paediatric-community-acquired-pneumonia>.
- 4. García-García ML, Calvo C, Pozo F & et al. 2012.** Spectrum of respiratory viruses in children

with community-acquired pneumonia. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 31(8):808–813.

5. Hà Thị Trung, Nguyễn Thị Yến, Phạm Thị Ngọc. 2021. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phế quản phổi nhiễm RSV ở trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 505(2).

6. Vũ Công Thành. 2020. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi do RSV ở trẻ em. Luận văn chuyên khoa II. Trường Đại học Y Hà Nội.

7. Phạm Văn Hòa. 2017. Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và tính kháng kháng sinh của viêm phổi do *Haemophilus influenzae* ở trẻ em. Luận văn thạc sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội.

8. Đào Minh Tuấn. 2013. Nghiên cứu căn nguyên và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi ở trẻ em. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 10(2):14–20.

9. Nguyễn Hoàng Vũ Khánh, Phạm Thị Minh Hiền. 2012. Đặc điểm viêm phổi kéo dài tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 12(4):124–127.

10. Nguyễn Thị Thanh Huyền, Hoàng Minh Hạnh, Nguyễn Thị Ngọc Anh và cs. 2024. 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*. 541(1).