

kết quả kém. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Singh (2023) với tỷ lệ PHCN khá chiếm 13,3%, rất tốt và tốt chiếm 86,7% [4]. Trong nghiên cứu, có 3 BN đạt kết quả kém, đây là những BN gãy nhóm C3, với tổn thương gãy vụn và lún phần mặt khớp và hành xương.

Chúng tôi không gặp viêm xương, chậm liền xương, khớp giả, gãy nẹp vít. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Bá Ngọc [3] và nhiều tác giả khác.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu điều trị 46 BN gãy kín đầu dưới dưới xương chày phạm khớp bằng kết hợp xương nẹp vít khóa, tuổi trung bình $48,4 \pm 14,0$ tuổi, nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn sinh hoạt, gãy loại B2 chiếm tỉ lệ cao nhất. Kết quả nghiên cứu khả quan, đa số các BN được nắn chỉnh về vị trí giải phẫu và kết quả nắn chỉnh tốt đạt tỉ lệ 67,0%, trung bình đạt 17,4%. 100% BN có can xương tại ổ kết xương. Kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm AOFAS đạt tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ cao 80,4%, khá chiếm tỉ lệ 13%. Đây là phương pháp hiệu quả, an toàn, đem lại phục hồi chức năng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luo T.D., Eady J.M., Aneja A., et al. (2017). Classifications in brief: Ruedi Allgower

- classification of tibial platfond fractures. Clin Orthop Relat Res, 475: 1923–28.
2. Sagar H.S., Arun K.N., Prabhanjan K. (2021). Distal tibia metaphyseal fractures treated with minimally invasive percutaneous plate osteosynthesis. International Journal of Orthopaedics Sciences 7(4): 477-80.
3. Nguyễn Bá Ngọc, Phạm Ngọc Thắng, Nguyễn Sỹ Triều (2023). Kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương chày bằng kết hợp xương nẹp khóa tại bệnh viện Quân Y 103. Tạp chí Y học Việt Nam, 532(1B): 6-10.
4. Satnam Singh (2023). Prospective study on distal tibial locking plating vs interlock nailing in the management of distal tibia shaft fracture. International Journal of Life Sciences, Biotechnology and Pharma Research, 12(3): 1742-46.
5. D. Wu, C. Peng, G. Ren, et al. (2020). Novel anterior curved incision combined with MIPO for Pilon fracture treatment. BMC Musculoskeletal Disorders, 21: 1-9.
6. Jiang Liangjun, Zheng Qiang, Li Hang, et al. (2017). Injury mechanism, fracture characteristics and clinical treatment of pilon fracture with intact fibula—A retrospective study of 23 pilon fractures. Journal of Clinical Orthopaedics Trauma, 8: S9-S15.
7. Deniz Gulabi, Özgür Toprak, Cengiz Sen, et al. (2012). The mid-term results of treatment for tibial pilon fractures. Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery, 18(5): 429-425.
8. P.R. Dhanasekaran, D.S. Anandan, M. Sathish (2019). Outcome analysis of management of tibial pilon fracture by medial locking compression plating. International Journal of Orthopaedics Sciences, 5(1.5): 481-486.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẺ SƠ SINH MẮC NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP DƯỚI CƠ NHIỄM VIRUS HỢP BÀO HÔ HẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Phạm Thị Tươi¹, Thái Bằng Giang², Nguyễn Thị Quỳnh Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm và kết quả điều trị trẻ sơ sinh bị nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm virus hợp bào hô hấp (RSV) tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, được thực hiện trên 82 bệnh nhân. Các biến số khảo sát bao gồm đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. **Kết quả:** Nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm RSV ở trẻ sơ sinh gặp ở bé trai nhiều hơn bé gái, với tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1; tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Thời gian từ

khí xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi nhập viện trung bình là $2,96 \pm 0,96$ ngày. Các triệu chứng thường gặp nhất bao gồm: ho (100%), khò khè (80,5%), ran ẩm nhỏ hạt (97,6%), ran rít và ran ngáy (30,5%), suy hô hấp (53,7%). Về cận lâm sàng, số lượng bạch cầu và nồng độ CRP chủ yếu nằm trong giới hạn bình thường. Hình ảnh X-quang phổi cho thấy các tổn thương thường gặp là đám mờ hoặc mờ rải rác (63,4%), dày thành phế quản (25,6%) và ứ khí (15,9%). Tỷ lệ nuôi cấy phát hiện vi khuẩn, cũng như kết quả tìm vi khuẩn và virus đồng nhiễm, đều tương đối thấp. Có 100% bệnh nhân điều trị khỏi và đỡ, trong đó 75,6% bệnh nhân khỏi hẳn và được ra viện. Không có bệnh nhân nặng chuyển viện hoặc xin về. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm RSV ở trẻ sơ sinh có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tương đối điển hình, với triệu chứng hô hấp chiếm ưu thế. Hầu hết các chỉ số huyết học, vi sinh và hình ảnh học đều nằm trong giới hạn nhẹ đến trung bình. Việc điều trị chủ yếu khỏi và đỡ, cho thấy sự thành công của phác đồ hiện tại. **Từ khóa:** Trẻ sơ sinh; Nhiễm khuẩn hô hấp; Virus hợp bào hô hấp.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: quynhnga@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

SUMMARY**TREATMENT OUTCOMES OF NEONATES WITH LOWER RESPIRATORY TRACT INFECTION ASSOCIATED WITH RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS AT XANH PON GENERAL HOSPITAL**

Objective: This study aimed to describe the characteristics and treatment outcome of neonates with lower respiratory tract infections associated with respiratory syncytial virus (RSV) at Xanh Pon General Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 82 patients. The variables investigated included demographic characteristics, clinical manifestations, and subclinical findings. **Results:** Lower respiratory tract infections associated with RSV in neonates were more common in males than females, with a male-to-female ratio of 1.4:1; however, this difference was not statistically significant. The average time from the onset of initial symptoms to hospital admission was 2.96 ± 0.96 days. The most common manifestations included cough (100%), wheezing (80.5%), fine moist rales (97.6%), rhonchi and crackles (30.5%), and respiratory distress (53.7%). In terms of laboratory findings, white blood cell counts and CRP levels were mostly within normal limits. Chest X-rays frequently revealed patchy or diffuse opacities (63.4%), bronchial wall thickening (25.6%), and hyperinflation (15.9%). The detection rate of bacterial pathogens via culture, as well as co-detection of bacterial and viral co-infections, was relatively low. All patients recovered or improved, with 75.6% fully recovered and discharged. No patients required transfer to higher-level care or left the hospital prematurely. **Conclusion:** The study demonstrates that RSV-associated lower respiratory tract infections in neonates present with relatively typical clinical and subclinical characteristics, with respiratory symptoms predominating. Most hematological, microbiological, and radiological parameters remained within mild to moderate ranges. The treatment outcomes were mostly favorable, indicating the effectiveness of the current therapeutic regimen. **Keywords:** Neonates; Respiratory infection; Respiratory Syncytial Virus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp là nguyên nhân hàng đầu gây mắc và tử vong ở trẻ em toàn cầu. Virus là căn nguyên chiếm 50–90% các trường hợp, trong đó virus hợp bào hô hấp (RSV) là một trong những nguyên nhân quan trọng nhất [1]. Tại Việt Nam, RSV được ghi nhận là một tác nhân chính gây bệnh hô hấp. Lưu Thị Hoa (2017) ghi nhận 27,9% trẻ sơ sinh viêm phổi nhiễm RSV tại Trung tâm Sơ sinh Bệnh viện Nhi Trung ương [6], còn Nguyễn Thị Trang (2021) báo cáo tỷ lệ 33,1% [7]. Trong những năm gần đây, tỷ lệ trẻ sơ sinh nhiễm RSV tăng, nhiều trường hợp nhập viện với suy hô hấp nặng. Việc nghiên cứu đặc điểm và kết quả điều trị là cần thiết nhằm giảm tử vong và biến chứng. Trong

bối cảnh thay đổi khí hậu và dịch COVID-19, cần đánh giá lại đặc điểm bệnh do RSV hiện nay. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị của trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm virus hợp bào hô hấp tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân điều trị tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn được chẩn đoán Viêm phổi và Viêm tiểu phế quản có nhiễm RSV.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được triển khai tại Khoa Sơ sinh-Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, trong khoảng thời gian từ tháng 1/1/2021 đến 30/ 9/2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Áp dụng công thức tính ước lượng một tỷ lệ trong quần thể, chọn $\alpha = 0,05$, $Z = 1,96$, $p = 0,3$ ước tính theo nghiên cứu trong nước trước đó, $d = 0,1$. Tính được cỡ mẫu tương ứng được là 81 mẫu. Chọn mẫu thuận tiện, tất cả những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời điểm nghiên cứu được đưa vào nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu: Các biến số được thu thập và phân tích bao gồm: thông tin nhân khẩu học (tuổi, giới tính), Cân nặng lúc sinh, Tuổi thai, Tuổi vào viện, Bệnh lý phổi hợp. Đặc điểm lâm sàng: Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi nhập viện; triệu chứng (Ho, Chảy mũi, Phát ban...); Đặc điểm cận lâm sàng: Số lượng bạch cầu, bạch cầu Lympho, bạch cầu Trung tính, Protein C phản ứng...

2.6. Quy trình nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân sơ sinh nhập viện được chẩn đoán viêm phổi hoặc viêm tiểu phế quản sẽ được kiểm tra kết quả xét nghiệm RSV tại thời điểm nhập viện hoặc trong vòng 48 giờ sau khi nhập viện. Những trường hợp có kết quả xét nghiệm dương tính với virus hợp bào hô hấp (RSV) sẽ được đưa vào nhóm nghiên cứu. Sau đó, nhóm này sẽ được thu thập dữ liệu để mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập và phân tích, xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Thống kê mô tả: theo tỷ lệ phần trăm (%), tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh các chỉ số theo phương pháp thống kê y học, được kiểm định bằng các test thống kê: test t ghép cặp, Kiểm định bằng test khi bình phương, kiểm định Man-Whitney.... Sự khác biệt coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu

tuan thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 82 trẻ sơ sinh được nghiên cứu, không có trường hợp nào nhiễm RSV ở nhóm 0–7 ngày tuổi. Có 46,3% trẻ thuộc nhóm 8–15 ngày tuổi và 53,7% thuộc nhóm trên 15 ngày tuổi. Phần lớn trẻ (93,9%) là trẻ đủ tháng (≥ 37 tuần tuổi thai), và 96,3% có cân nặng lúc sinh ≥ 2.500 g. Trẻ nam chiếm tỷ lệ 58,5%. Thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi nhập viện là 2,96 ngày, trong đó thời gian dài nhất là 5 ngày và ngắn nhất là 1 ngày. Hơn một nửa số bệnh nhân (53,7%) có biểu hiện suy hô hấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% trẻ có triệu chứng ho, 80,5% trẻ khò khè, 57,3% trẻ bú kém hoặc bỏ bú và 51,2% trẻ có triệu chứng đường hô hấp trên như chảy mũi hoặc ngạt mũi. Ngoài ra, 31,7% trẻ có biểu hiện sốt và 15,9% trẻ bị nôn. Một số triệu chứng ít gặp hơn bao gồm: kích thích (13,4%), li bì (7,3%), tiêu chảy (4,9%) và phát ban (3,7%). Trong số 26 trẻ có sốt (chiếm 31,7%). (Bảng 1)

Bảng 1: Triệu chứng cơ năng của trẻ sơ sinh mắc nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm RSV

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Kích thích	11	13,4
Li bì	6	7,3
Bú kém, bỏ bú	47	57,3
Phát ban	3	3,7
Ho	82	100
Sốt	26	31,7
Chảy mũi, ngạt mũi	42	51,2
Khò khè	66	80,5
Nôn	13	15,9
Tiêu chảy	4	4,9

Triệu chứng phổ biến nhất ở trẻ sơ sinh mắc nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm virus hợp bào hô hấp (RSV) là ran ẩm nhỏ hạt, gặp ở 97,6% trường hợp. Các triệu chứng nặng cũng khá thường gặp, bao gồm: thở nhanh (45,1%), rút lõm lồng ngực mạnh, rút lõm hõm ức và đầu gật gù theo nhịp thở (41,5%), tím tái (32,9%) và giảm độ bão hòa oxy máu với SpO₂ không thở oxy < 90% (30,5%). Một số triệu chứng khác được ghi nhận gồm: ran rít, ran rắng (30,5%), giảm thông khí phổi khi nghe phổi (12,2%) và thở rên (1,2%). (Bảng 2)

Bảng 2: Triệu chứng thực thể của trẻ sơ sinh mắc nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm RSV

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Thở nhanh	37	45,1	
Rút lõm lồng ngực mạnh, rút lõm hõm ức, đầu gật gù theo nhịp thở	34	41,5	
Ngừng thở	0	0	
Thở rên	1	1,2	
Tím tái	27	32,9	
Ran ẩm nhỏ hạt	80	97,6	
Ran rít, ran rắng	25	30,5	
Nghe giảm thông khí phổi	10	12,2	
SpO ₂ không O ₂	<90%	25	30,5
	$\geq 90\%$	57	69,5

Bảng 3 cho thấy số lượng bạch cầu trung bình của trẻ là 9,65 G/L, trung vị là 9,3 G/L, đều nằm trong giới hạn bình thường.

Bảng 3: Chỉ số bạch cầu, CRP ở trẻ sơ sinh mắc nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm RSV

Số lượng	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Trung vị	Min	Max
Bạch cầu (G/l)	9,65 \pm 2,63	9,3	4,1	16,7
BC trung tính (%)	31,8 \pm 12,2	30,1	13,9	72,3
BC lympho (%)	45 \pm 12,8	46	14,6	69,8
CRP (mg/l)	3,8 \pm 13,2	0,8	0,1	111,6

Bảng 4 cho thấy trên hình ảnh X-quang phổi của các bệnh nhân sơ sinh mắc nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm virus hợp bào hô hấp (RSV), 63,4% có hình ảnh đám mờ hoặc mờ rải rác, 25,6% có dấu hiệu dày thành phế quản và 15,9% có biểu hiện ứ khí. Ngoài ra, 4,9% trẻ có tổn thương mô kẽ và 4,9% có tổn thương thùy phổi. Không ghi nhận trường hợp nào có tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi hay xẹp phổi.

Bảng 4: Đặc điểm X quang phổi ở trẻ sơ sinh mắc nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm RSV

X quang phổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Tổn thương phổi	Đám mờ/Mờ rải rác	52	63,4
	Dày thành phế quản	21	25,6
	Kẽ	4	4,9
	Thùy	4	4,9
	Ứ khí	13	15,9
Tràn dịch màng phổi	0	0	
Tràn khí màng phổi	0	0	
Xẹp phổi	0	0	

Bảng 5 cho thấy kết quả nuôi cấy dịch tỵ hầu và xét nghiệm virus đồng nhiễm ở trẻ sơ sinh mắc nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm RSV. Trong số 82 bệnh nhân, có 18 trẻ (22,0%) được thực hiện nuôi cấy dịch tỵ hầu, trong đó 94,4% cho kết quả âm tính và chỉ 1 trường hợp (5,6%) dương tính với Staphylococcus coagulase negative. Về xét

nghiệm virus đồng nhiễm, chỉ có 7 trẻ (8,5%) được làm PCR hoặc test nhanh với các virus khác, và tất cả đều cho kết quả âm tính.

Dưới đây là bảng được trình bày theo yêu cầu:

Bảng 5: KQ nuôi cấy dịch ty hầu và phân bố chủng vi khuẩn đồng nhiễm, xét nghiệm và phân bố các loại virus đồng nhiễm ở trẻ sơ sinh mắc NKHH dưới có nhiễm RSV

Nhóm	Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nuôi cấy dịch ty hầu	Không được nuôi cấy	64	78,0
	Được nuôi cấy	18	22,0
	• Âm tính	17	94,4
	• Dương tính	1	5,6
Xét nghiệm virus khác	Không làm xét nghiệm	75	91,5
	Được làm PCR hoặc test nhanh	7	8,5
	• Âm tính	7	100,0
	• Dương tính	0	0,0

Bảng 6 cho thấy 100% bệnh nhân điều trị khỏi và đỡ, trong đó 75,6% bệnh nhân khỏi hẳn và được ra viện. Không có bệnh nhân nặng chuyển viện hoặc xin về.

Bảng 6: Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Khỏi, ra viện	62	75,6
Đỡ, giảm	20	24,4
Nặng chuyển viện	0	0
Tử vong, xin về	0	0
Tổng	82	100

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi nhập viện là 2,96 ngày, tương đương với nghiên cứu của Lê Thị Ngọc Anh tại Bệnh viện Nhi Trung Ương (2,6 ngày) và ngắn hơn so với các nghiên cứu của Lu L và cộng sự tại Trung Quốc (3–5 ngày) [3] và Do LAH tại miền Nam Việt Nam (4 ngày) [4]. Điều này cho thấy trẻ sơ sinh tại Hà Nội có khả năng tiếp cận sớm với dịch vụ y tế, đặc biệt ở các cơ sở tuyến trung ương. Triệu chứng cơ năng thường gặp ở trẻ nhiễm RSV bao gồm ho (100%), khô khè (80,5%), ran ẩm nhỏ hạt (97,6%) và chảy mũi hoặc ngạt mũi (51,2%), phản ánh tổn thương chủ yếu tại tiểu phế quản – vị trí RSV thường gây viêm [2]. Ngoài ra, 57,3% trẻ có bú kém hoặc bỏ bú, cho thấy ảnh hưởng toàn thân của bệnh và nhấn mạnh vai trò của chăm sóc dinh dưỡng hỗ trợ trong điều trị. Tỷ lệ sốt được ghi nhận là 31,7%, gần với kết quả của Đỗ Thanh Hải (32,9%) [8], nhưng cao hơn so với Lưu Thị Hoa (21,1%) [6]. Đa số các

trường hợp sốt đều ở mức nhẹ (29,3%), phù hợp với nhận định của Piedimonte G và Perez MK rằng RSV ít gây viêm toàn thân mạnh [2]. Các biểu hiện toàn thân khác như kích thích (13,4%), li bì (7,3%) hay tiêu chảy (4,9%) hiếm gặp và không đặc trưng.

Các dấu hiệu thực thể thường gặp bao gồm thở nhanh (45,1%), rút lõm lồng ngực (41,5%), tím tái và SpO₂ < 90% (30,5%). Những biểu hiện này phản ánh tình trạng suy hô hấp ở mức độ vừa đến nặng, đúng với cảnh báo của Piedimonte G về khả năng tiến triển nặng của RSV ở trẻ sơ sinh [2]. Ran ẩm nhỏ hạt xuất hiện ở 97,6% trẻ, ran rít hoặc ran ngáy ở 30,5%, giảm thông khí ở 12,2%, tương đương với nghiên cứu của Lưu Thị Hoa (96,8%) [6]. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy biểu hiện hô hấp chiếm ưu thế trong nhiễm RSV. Nghiên cứu của Lu L và cộng sự tại Trung Quốc trên 1.803 trẻ sơ sinh cũng cho thấy đặc điểm tương tự: ho 99,7%, sốt 21,8%, khô khè 9,9%, thở nhanh 50,6%, khó thở 19,8%, tím tái 5,2%, cần thở oxy 17,2% [3]. Những dữ liệu này củng cố đặc trưng lâm sàng điển hình của RSV là tổn thương đường hô hấp dưới và nguy cơ suy hô hấp ở nhóm trẻ nhỏ.

Đặc điểm cận lâm sàng. Số lượng bạch cầu trung bình của trẻ sơ sinh trong nghiên cứu là 9,65 G/l, với 98,8% nằm trong giới hạn bình thường, chỉ 1,2% có giảm bạch cầu và không ghi nhận trường hợp nào tăng bạch cầu. Tỷ lệ bạch cầu trung tính trung bình là 31,8%, lympho chiếm 45%, phù hợp với đặc điểm đáp ứng miễn dịch trong nhiễm virus ở trẻ nhỏ. Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhi được phát hiện sớm và không có phản ứng viêm toàn thân mạnh.

Về CRP, giá trị trung bình là 3,8 ± 13,2 mg/l và trung vị là 0,8 mg/l. Phần lớn trẻ (90,2%) có CRP ở mức bình thường (< 6 mg/l), chỉ 9,8% có tăng nhẹ. Kết quả này phản ánh đặc trưng của nhiễm virus với phản ứng viêm yếu. So với nghiên cứu của Vũ Công Thành (2020), tỷ lệ CRP tăng (36,8%) và bạch cầu tăng (19,2%) cao hơn đáng kể [9]. Tương tự, Đỗ Thanh Hải (2022) cũng ghi nhận 38,4% tăng bạch cầu và 19,2% tăng CRP [8], cho thấy sự khác biệt về miễn dịch giữa trẻ sơ sinh và trẻ lớn.

Hình ảnh X-quang phổi thường gặp là các đám mờ hoặc mờ rải rác (63,4%), dày thành phế quản (25,6%) và ứ khí (15,9%). Các tổn thương kẽ và thùy chỉ chiếm 4,9%, không ghi nhận trường hợp nào có tràn dịch hoặc xẹp phổi. Những kết quả này phù hợp với mô tả của Piedimonte G và Perez MK (2014) [2], cũng như các số liệu tương đồng trong nghiên cứu của Vũ

Công Thành (2020)[9] và Phạm Thị Minh Hồng (2004) [5].

Tỷ lệ phát hiện vi khuẩn đồng nhiễm trong nghiên cứu thấp, do chỉ 22% trẻ được nuôi cấy dịch tỵ hầu, trong đó 94,4% âm tính và chỉ 1 ca (5,6%) dương tính với *Staphylococcus coagulase negative*. Điều này khác biệt đáng kể so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang (2021), ghi nhận 40,4% có vi khuẩn đồng nhiễm, chủ yếu là *Streptococcus pneumoniae* và *Haemophilus influenzae* [7]. Trong khi đó, xét nghiệm virus đồng nhiễm chỉ được thực hiện ở 8,5% số trẻ và đều âm tính. So với nghiên cứu của Lu L và cộng sự, tỷ lệ này tương đương với 8,02% đồng nhiễm virus trong nhóm bệnh nhân RSV tại Trung Quốc [3], cho thấy đồng nhiễm virus có thể xảy ra nhưng khó phát hiện nếu không xét nghiệm thường quy.

Kết quả điều trị. Trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm RSV tại khoa sơ sinh bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn có tỷ lệ khỏi và đỡ được ra viện chiếm 100%, không có bệnh nhân tử vong, xin về và chuyển viện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Vũ Công Thành (năm 2020) [9], ghi nhận không có trường hợp nào tử vong hoặc xin về, 100% bệnh nhân điều trị khỏi ra viện hoặc đỡ được chuyển tuyến dưới điều trị tiếp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm RSV ở trẻ sơ sinh có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tương đối điển hình, với triệu chứng hô hấp chiếm ưu thế. Hầu hết các chỉ số huyết học, vi sinh và hình ảnh học đều nằm trong giới hạn nhẹ đến trung bình. Việc

điều trị chủ yếu khỏi và đỡ, cho thấy sự thành công của phác đồ hiện tại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Avendaño Carvajal L, Perret Pérez C.** Epidemiology of Respiratory Infections. *Pediatr Respir Dis*. Published online February 1, 2020;263-272. doi:10.1007/978-3-030-26961-6_28 1
2. **Piedimonte G, Perez MK.** Respiratory Syncytial Virus Infection and Bronchiolitis. *Pediatr Rev*. 2014;35(12):519-530. doi:10.1542/pir.35-12-519 3
3. **Lu L, Yan Y, Yang B, et al.** Epidemiological and clinical profiles of respiratory syncytial virus infection in hospitalized neonates in Suzhou, China. *BMC Infect Dis*. 2015;15(1):431. doi:10.1186/s12879-015-1155-x 5
4. **Do LAH, Bryant JE, Tran AT, et al.** Respiratory Syncytial Virus and Other Viral Infections among Children under Two Years Old in Southern Vietnam 2009-2010: Clinical Characteristics and Disease Severity. *PLOS ONE*. 2016;11(8):e0160606. doi:10.1371/journal.pone.0160606 7
5. **Phạm Thị Minh Hồng.** Tình hình nhiễm vi rút hợp bào hô hấp tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2001-2002. *Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*. 2005;9(1). 8
6. **Lưu Thị Hoa.** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của trẻ sơ sinh viêm phổi có nhiễm virus hợp bào hô hấp tại Bệnh viện Nhi Trung ương. In: *Luận văn thạc sỹ. Đại học Y Hà Nội*; 2017. 9
7. **Nguyễn Thị Trang.** Một số yếu tố liên quan đến viêm phổi sơ sinh nặng có nhiễm virus hợp bào hô hấp tại trung tâm sơ sinh bệnh viện nhi trung ương năm 2020-2021. In: *Luận văn thạc sỹ. Đại học Y Hà Nội*; 2021. 10
8. **Đỗ Thanh Hải.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tiểu phế quản do nhiễm RSV tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. In: *Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội*; 2022. 11
9. **Vũ Công Thành.** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi có nhiễm virus hợp bào hô hấp ở trẻ em. In: *Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội*; 2020. 12

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NGỪNG TUẦN HOÀN NGOẠI VIỆN CÓ NGƯỜI CHỨNG KIẾN TẠI TRUNG TÂM CẤP CỨU A9 BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Tiên Anh^{1,2}, Trần Hữu Thông^{1,2}, Nguyễn Anh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện (OHCA) có người chứng kiến tại Trung tâm Cấp cứu

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

A9 – Bệnh viện Bạch Mai. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu 121 bệnh nhân OHCA từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025. Tiêu chí lựa chọn gồm: ngừng tuần hoàn xảy ra ngoài cơ sở y tế, có người chứng kiến, bệnh nhân ≥ 18 tuổi, tình trạng được xác nhận bởi nhân viên y tế. Dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn người chứng kiến. Kết cục thần kinh được đánh giá theo thang điểm CPC tại thời điểm ra viện. **Kết quả:** Nam giới chiếm 70,2%, tuổi trung bình $57,6 \pm 17,3$. CPR bởi người chứng kiến chỉ đạt 22,1%, chủ yếu là người thân hoặc nhân viên y tế. Tỷ lệ tái lập tuần hoàn trước viện và sống sót khi xuất viện cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có CPR sớm. **Kết luận:** CPR sớm do người chứng kiến có vai