

thuốc lá ở sinh viên đặc biệt các khối sinh viên năm giữa khóa học

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **SAMHSA**, Center for Behavioral Statistics and Quality. National Survey on Drug Use and Health, 2018 and 2019. Table 6.21B—Types of Illicit Drug, Tobacco Product, and Alcohol Use in Past Month among Persons Aged 18 to 22.
2. **Salas-Gomez D, Fernandez-Gorgojo M, Pozueta A, et al.** Binge Drinking in Young University Students Is Associated with Alterations in Executive Functions Related to Their Starting Age. *PLoS One*. 2016; 11(11): e0166834.
3. **Heather N, Partington S, Partington E, et al.** Alcohol use disorders and hazardous drinking among undergraduates at English universities. *Alcohol Alcohol*. 2011; 46(3): 270.
4. **UNFPA**. Báo cáo quốc gia về thanh niên Việt Nam. 2015; tr 52.
5. **Phạm Bích Diệp**. Bối cảnh uống rượu, bia của sinh viên Việt Nam. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2015; 6 (166): 470.
6. **Lê Trần Tuấn Anh, Nguyễn Thị Minh Ngọc, Nguyễn Thị Thanh Ngân**. Kiến thức, thái độ, hành vi uống rượu bia của sinh viên đa khoa hệ dài hạn trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2015. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2015; 11(171):29.
7. **WHO**. International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (version for 2007) Geneva, Switzerland. 2007.
8. **WHO**. Alcohol - September 2018. Truy cập ngày 01/3/2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
9. **Dương Hải**. Uống 1 lon bia/ngày cũng tăng nguy cơ mắc ung thư, vậy mà người Việt "không say, không về". *Báo Sức khỏe và đời sống*. 2019. Truy cập 01/03/2021. <https://suckhoedoisong.vn/uong-1-lon-bia-ngay-cung-tang-nguy-co-mac-ung-thu-vay-ma-nguoi-viet-khong-say-khong-ve-169158054.htm>
10. **Phan Văn Sang, Hồ Thị Thùy, Trần Xuân An**. Thực trạng lạm dụng rượu bia và các yếu tố liên quan của sinh viên tại một số trường Đại học và Cao đẳng ở thành phố Huế năm 2016. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2017; 27(8):366-373.

## MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH TẠI KHOA KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ 24 GIỜ, BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG.

Phạm Ngọc Toàn\*, Lê Thị Bích Hồng\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính tại Khoa khám và điều trị 24 giờ, Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng:** Trẻ từ 2 tháng đến dưới 60 tháng tuổi, diễn biến cấp tính dưới 7 ngày từ khi khởi phát bệnh được khám và điều trị nội trú tại khoa. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 203 bệnh nhân: tỷ lệ BN nam/ nữ là 1,9/1, tuổi trung bình là  $17,1 \pm 12,1$  (tháng), chủ yếu trên 12 tháng tuổi. BN nhập viện do NKHHDCT (76,9%), gấp 3,3 lần số BN nhập viện do NKHHTCT, viêm phế quản phổi (38,9%) chiếm tỷ lệ cao nhất. BN ra viện tại khoa 24h chiếm 84,7%, tỷ lệ BN nặng lên cần chuyển khoa chiếm 15,3%, không có bệnh nhân tử vong hoặc xin về. Không có sự khác biệt về kết quả điều trị NKHHTCT ở hai giới nam và nữ, giữa nhóm trên và dưới 12 tháng, giá trị bạch cầu, CRP, kết quả nuôi cấy dịch tỵ hầu, nhiễm RSV. Thời gian nằm viện trung vị của nhóm NKHHTCT ngắn hơn NKHHDCT. **Kết luận:** Trẻ nam gặp nhiều hơn nữ, chủ yếu là nhóm trên 12 tháng tuổi, viêm đường hô hấp dưới và VPQP

chiếm phần lớn. Không có sự khác biệt về kết quả điều trị liên quan tới độ tuổi, giới tính, số lượng bạch cầu, CRP, kết quả nuôi cấy DTH, nhiễm RSV. Thời gian nằm viện của NKHHTCT ngắn hơn so với NKHHDCT

**Từ khóa:** Nhiễm khuẩn hô hấp trên và dưới, điều trị

### SUMMARY

#### SOME FACTORS RELATED TO THE RESULTS OF TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY TRACT INFECTIONS AT THE 24-HOUR EXAMINATION AND TREATMENT DEPARTMENT, NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

**Objective:** To find out some factors related to the results of treatment of acute respiratory infections at the 24-hour examination and treatment department, National Children's Hospital. **Subjects:** Children from 2 months to less than 60 months old, with acute period less than 7 days, were examined and treated inpatient at the department. **Research Methods:** A prospective descriptive study. **Results:** A study on 203 patients the boy/girl ratio was 1.9/1, the mean age was  $17.1 \pm 12.1$  (months), mainly over 12: months old. Patients hospitalized due to acute lower respiratory tract infections (76.9%), 3.3 times higher than the number of patients hospitalized due to acute upper respiratory tract infections, bronchopneumonia (38.9%) accounted for the highest rate. Patients were discharged from the 24h ward, accounting for 84.7%, the rate of patients getting worse and needing to be transferred to high level accounted for 15.3%, no

\*Bệnh viện Nhi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Toàn

Email: ngoctoanCARD@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21.6.2021

Ngày phản biên khoa học: 16.8.2021

Ngày duyệt bài: 24.8.2021

patient died. There was no differences in treatment outcomes for acute respiratory infections related to sex, between groups above and below 12 months, white blood cell values, CRP, nasopharyngeal fluid culture, RSV infection. The median hospital stay of the acute upper respiratory tract infection group was shorter than that of the acute lower respiratory tract infection. **Conclusion:** Boys are more common than girls, mainly over 12 months old; lower respiratory tract infections, especially bronchopneumonia, accounted for the majority. There were no differences in treatment outcomes related to age, sex, white blood cell count, CRP, nasopharyngeal culture results, RSV infection. Hospital stay for acute upper respiratory tract infections is shorter than for acute lower respiratory tract infections

**Keywords:** Upper and lower respiratory tract infections, treatment

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) là bệnh lý phổ biến nhất đồng thời cũng là bệnh lý có tỷ lệ tử vong cao nhất ở trẻ em. Trung bình mỗi năm, một trẻ em có thể bị từ 3-6 đợt nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT)[1]. Theo nghiên cứu của Yorita và cs (2003), tỉ lệ nhập viện do các bệnh lý nhiễm khuẩn chiếm khoảng 42,8% số trẻ em phải nhập viện, trong đó nhiễm khuẩn hô hấp dưới cấp (NKHHCT) chiếm khoảng 59% [2].

Tại Việt Nam, NKHHCT ở trẻ em là bệnh đứng hàng đầu về tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong, viêm phế quản phổi có tỷ lệ tử vong đứng đầu trong các bệnh lý đường hô hấp (75%), chiếm 21% so với tổng số tử vong chung ở trẻ [3]. Điều quan trọng nhất trong thực hành lâm sàng là cần chẩn đoán đúng và xử lý kịp thời NKHHCT để tránh suy hô hấp- nguyên nhân hàng đầu gây tử vong.

Khoa khám và điều trị 24 giờ với đặc thù là một khoa khám chữa bệnh ban đầu, tiếp nhận những BN điều trị với thời gian ngắn và mức độ bệnh không nặng, trong đó đa phần là bệnh lý hô hấp. Tuy nhiên, nếu BN có diễn biến nặng lên, cần thở oxy hoặc các biến chứng có thể đe dọa tính mạng thì BN sẽ được chuyển sang khoa cấp cứu hoặc các đơn vị chuyên khoa sâu như khoa hô hấp, điều trị tích cực. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: Tìm hiểu "một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính tại Khoa khám và điều trị 24 giờ, Bệnh viện Nhi Trung ương"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa khám và điều trị 24 giờ- Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ ngày 01/07/2018 đến ngày 31/06/ 2019.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân có độ tuổi từ 2 tháng đến dưới 60 tháng tuổi được chẩn đoán NKHHCT đến khám và có chỉ định nhập viện tại Khoa khám và điều trị 24 giờ.

### 2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân có độ tuổi từ 2 tháng đến dưới 60 tháng tuổi.

- Bệnh diễn biến cấp tính dưới 7 ngày từ khi khởi phát bệnh.

- Bệnh nhân được chẩn đoán NKHHCT thuộc các nhóm bệnh có tiêu chuẩn chẩn đoán theo phác đồ của bộ y tế.

- Bố mẹ bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

### 2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã điều trị ở bệnh viện tuyến dưới.

- Bệnh nhân mắc nhiễm trùng hô hấp thứ phát sau: Dị vật đường thở, hen phế quản, đuối nước, sặc dầu ...

- Bệnh nhân ho, khò khè do các nguyên nhân mạn tính: Hen phế quản, mềm sụn thanh quản, chèn ép từ ngoài vào như hạch bạch huyết...

### 2.3.3. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị:

- Kết quả điều trị tốt: BN điều trị ổn định, được ra viện tại khoa 24 giờ, không có biến chứng.

- Kết quả điều trị không tốt: BN có biến chứng suy hô hấp, nặng lên cần chuyển sang các khoa như khoa hô hấp, khoa cấp cứu, khoa điều trị tích cực.

- Điều trị NKHHCT được tuân thủ theo phác đồ của bộ y tế

## 2.4. Phương pháp nghiên cứu

❖ Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

❖ Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện

❖ Các bước tiến hành nghiên cứu.

- Lựa chọn những bệnh nhân đến khám được chẩn đoán bệnh NKHHCT và có chỉ định nhập viện điều trị tại khoa khám và điều trị 24 giờ.

- Khai thác các chỉ số nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Theo dõi kết quả điều trị bệnh nhân.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã lựa chọn được 203 bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu như sau

### Chẩn đoán bệnh tại thời điểm nhập viện

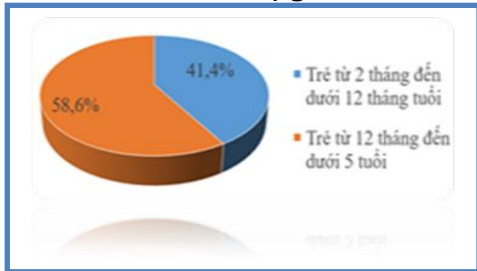
**Bảng 1: Phân bố chẩn đoán bệnh lúc nhập viện**

Chẩn đoán lúc nhập viện	Số BN	Tỷ lệ (%)	Tổng (%)	
				NKHHCT
	Viêm tai giữa	13	6,4	

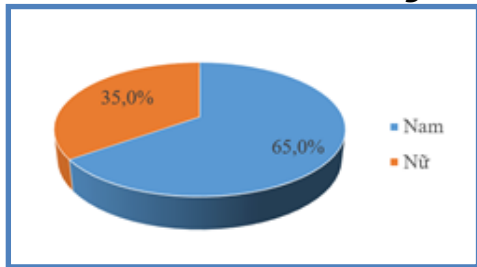
NKHHCT	Viêm thanh quản	7	3,5	76,9
	Viêm phế quản	26	12,8	
	Viêm tiểu phế quản	44	21,7	
	Viêm phế quản phổi	79	38,9	
<b>Tổng</b>		<b>203</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số BN nhập viện do NKHHCT (76,9%), gấp 3,3 lần số BN nhập viện do NKHTCT, viêm phế quản phổi (38,9%) chiếm tỷ lệ cao nhất

**Phân bố BN theo tuổi, giới tính**



**Biểu đồ 1: Phân bố BN theo giới tính**



**Biểu đồ 2: Phân bố BN theo nhóm tuổi**

**Nhận xét:** Tỷ lệ BN nam/ nữ là 1,9/1. Tuổi trung bình của BN trong nhóm nghiên cứu là 17,1 ± 12,1 tháng. Trẻ nhỏ nhất 2 tháng tuổi, trẻ lớn nhất 58 tháng tuổi, chủ yếu trẻ trên 12 tháng tuổi.

**Kết quả điều trị**

**Bảng 2: Kết quả điều trị chung của nhóm nghiên cứu**

Kết quả điều trị		Số BN (n= 203)	Tỷ lệ (%)
Kết quả điều trị	Tốt	172	84,7
	Không tốt	31	15,3
Thời gian điều trị	< 24 h	21	10,3
	≥ 24 h	182	89,7
Thời gian điều trị trung vị (IQR)		4	(3-6)

**Nhận xét:** Tỷ lệ BN ổn định được ra viện tại khoa 24h chiếm 84,7%. Tỷ lệ BN nặng lên cần chuyển khoa (không tốt) chiếm 15,3%. Không có bệnh nhân nào tử vong hoặc xin về. Tỷ lệ BN ra viện trước 24 giờ là 10,3%. Thời gian điều trị trung vị là 4 ngày. IQR: 3 và 6 ngày

**2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả**

**điều trị NKHHCT ở trẻ em.**

**Liên quan giữa nhóm tuổi và kết quả điều trị**

**Bảng 3: Kết quả điều trị NKHHCT theo nhóm tuổi**

Kết quả điều trị n=203	Nhóm tuổi		Tổng	p
	Từ 2 - ≤ 12 tháng n (%)	<12 đến ≤ 60 tháng n (%)		
Tốt	68 (81)	104(87,4)	172(84,7)	0,209
Không tốt	16 (19)	15 (12,6)	31 (15,3)	
Tổng	84 (41,4)	119(8,6)	203(100)	

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa nhóm trên và dưới 12 tháng

**Liên quan giữa giới tính và kết quả điều trị**

**Bảng 4: Kết quả điều trị NKHHCT theo giới tính**

Kết quả điều trị n=203	Giới		Tổng	p
	Nam n (%)	Nữ n (%)		
Tốt	111 (84,1)	61 (85,9)	172 (84,7)	0,730
Không tốt	21 (15,9)	10 (14,1)	31 (15,3)	
Tổng	132(65)	71 (35)	203	

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về kết quả điều trị NKHHCT ở hai giới nam và nữ.

**Liên quan giữa vị trí NKHHCT và thời gian nằm viện**

**Bảng 5: Liên quan giữa vị trí NKHHCT và thời gian nằm viện**

Thời gian nằm viện n= 203	Vị trí NKHHCT	
	NKHTCT	NKHHCT
Trung vị (ngày)	3	5
IQR (ngày)	2 - 4	3 - 7
p	< 0,001	

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện trung vị của nhóm NKHTCT ngắn hơn NKHHCT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

**Liên quan giữa số lượng bạch cầu với kết quả điều trị.**

**Bảng 6: Liên quan giữa số lượng bạch cầu với kết quả điều trị**

Số lượng bạch cầu n=203	Kết quả điều trị	
	Tốt	Không tốt
Trung vị (G/l)	13,8	13,4
IQR (G/l)	9,8-17,7	9,9-17,3
p	0,923	

**Nhận xét:** Số lượng bạch cầu trung vị ở hai nhóm có kết quả điều trị tốt và không tốt không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

**Liên quan giữa nồng độ CRP với kết quả**

điều trị

**Bảng 7: Liên quan giữa nồng độ CRP với kết quả điều trị**

Nồng độ CRP n=203	Kết quả điều trị	
	Tốt	Không tốt
Trung vị (mg/l)	10,9	15,0
IQR (mg/l)	3,5-31,9	5,2-26,9
p	0,541	

**Nhận xét:** Nồng độ CRP trung vị ở hai nhóm có kết quả điều trị tốt và không tốt không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Liên quan giữa một số đặc điểm vi sinh và kết quả điều trị**

**Bảng 8: Liên quan giữa nhiễm vi khuẩn và kết quả điều trị**

Kết quả điều trị	Cấy dịch ty hầu		Tổng	p
	Dương tính (n,%)	Âm tính (n,%)		
Tốt	2 (68,6)	62(82,7)	86 (78,2)	0,095
Không tốt	11(31,4)	13(17,3)	24 (21,8)	
<b>Tổng</b>	<b>35 (31,8)</b>	<b>75 (68,2)</b>	<b>110 (100)</b>	

Tỷ lệ dương tính với vi khuẩn là 35/110 (31,8%). Trong đó, phế cầu là nguyên nhân hay gặp nhất với 13 BN (37,1%), tiếp đến là Haemophilus Influenza với 11 BN (31,4%), Moraxella cartrahalis (25,7%), các căn nguyên khác ít gặp (5,7%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị giữa 2 nhóm có kết quả cấy vi khuẩn dương tính và âm tính.

**Bảng 9: Liên quan giữa nhiễm RSV và kết quả điều trị**

Kết quả điều trị	RSV		Tổng	p
	Dương tính (n,%)	Âm tính (n,%)		
Tốt	15(83,3)	51(82,3)	66(82,5)	1,00
Không tốt	3(16,7)	11(17,7)	14(17,5)	
<b>Tổng</b>	<b>18(22,5)</b>	<b>62(77,5)</b>	<b>80 (100)</b>	

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị giữa nhóm có nhiễm RSV và không nhiễm RSV.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1 Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

\* **Đặc điểm về giới tính:** Tỷ lệ trẻ trai nhập viện vì NKHHCT ở nam nhiều hơn nữ. Nghiên cứu này có kết quả tương tự như một số nghiên cứu trong và ngoài nước khác. Nghiên cứu của Thanh Minh Hùng (2016) trên 102 BN NKHHCT thì tỷ lệ nam/nữ là 2,2. Theo Taksande A.M (2015) nghiên cứu trên 300 BN NKHHCT tỷ lệ nam/nữ là 2/1 [4].

\* **Tuổi:** Theo biểu đồ 1, nhóm trẻ từ 2 tháng đến dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ 41,4%. Theo Thanh Minh Hùng (2016), nhóm trẻ từ 2 tháng đến dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ 30,4%, độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $17,1 \pm 1,4$  tháng [5]. Theo Quách Ngọc Ngân, nghiên cứu trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ trong 196 trẻ có 48% trẻ dưới 12 tháng [6]. Theo Taksande A.M (2015) nghiên cứu trên 300 BN NKHHCT nhóm trẻ từ 2 tháng đến dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ 33,3%, nhóm 12 tháng đến dưới 5 tuổi chiếm tỷ lệ 50% [4].

\* **Chẩn đoán bệnh tại thời điểm nhập viện:** Theo bảng 1, tỷ lệ nhập viện chủ yếu là NKHHCT (76,9%), tỷ lệ NKHHTCT thấp hơn (23,1%), trong đó, viêm phế quản phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (38,9%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả khác. Theo Thanh Minh Hùng (2016), tỷ lệ trẻ nhập viện do NKHHCT chiếm tỷ lệ (69,6%), NKHHTCT chiếm tỷ lệ thấp (30,4%), trong đó viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (58,8%) [5]. Nghiên cứu của Felman A.S trên 630 BN NKHHCT, tỷ lệ NKHHCT (72%), NKHHTCT (28%) [7].

\* **Kết quả điều trị chung của nhóm BN nghiên cứu:** Kết quả điều trị được chỉ ra trong bảng 2. Nghiên cứu được tiến hành trên 203 BN NKHHCT; điều trị ổn định, ra viện tại khoa 24h (84,7%) và BN nặng cần chuyển sang khoa cấp cứu, hô hấp hoặc điều trị tích cực (15,3%). Không BN nào tử vong hoặc nặng xin về. Trong 31 BN có diễn biến nặng lên cần chuyển khoa, có 20 BN (64,5%) chuyển khoa hô hấp, 5 BN (16,1%) chuyển khoa cấp cứu, 2 BN (6,5%) chuyển khoa điều trị tích cực và 4 BN chuyển đến các khoa khác trong bệnh viện vì các bệnh lý kèm theo. Đây cũng là hợp lý vì khoa 24 giờ chủ yếu tiếp nhận bệnh nhân ban đầu và khi bệnh nhân có diễn biến bất thường thì sẽ chuyển đi các chuyên khoa phù hợp.

##### 4.2 Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị NKHHCT ở trẻ em.

\* **Liên quan giữa nhóm tuổi và kết quả điều trị:** Tỷ lệ trẻ được điều trị ổn định, ra viện tại khoa 24h (tốt) ở nhóm trẻ từ 2 tháng đến dưới 12 tháng là 81% và ở nhóm trẻ từ 12 tháng đến dưới 5 tuổi là 87,4%. Tỷ lệ trẻ có biểu hiện nặng lên, cần chuyển khoa (không tốt) ở nhóm trẻ từ 2 tháng đến dưới 12 tháng là 19% và ở nhóm trẻ từ 12 tháng đến dưới 60 tháng tuổi là 12,6%. Tuy nhiên, kết quả điều trị (tốt, không tốt) ở hai nhóm tuổi không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Điều này có thể được lý giải do BN nhập khoa khám và điều trị 24h

chủ yếu là đối tượng BN có mức độ bệnh nhẹ hoặc vừa, số lượng bệnh nhi nặng lên cần chuyển sang các khoa khác không nhiều, sự khác biệt về kết quả điều trị ở các nhóm tuổi không có sự khác biệt.

**\* Liên quan giữa giới tính và kết quả điều trị:** Tỷ lệ trẻ có kết quả điều trị tốt ở nhóm trẻ nam là 84,1% và ở nhóm nữ là 85,9%. Tỷ lệ trẻ có kết quả điều trị không tốt ở nhóm nam là 15,9% và nhóm nữ là 14,1%. Tuy nhiên, kết quả điều trị (tốt, không tốt) ở hai nhóm nam và nữ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Mặc dù, trẻ nam nhập viện do NKHHCT chiếm tỷ lệ cao hơn trẻ nữ. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về kết quả điều trị của hai nhóm bệnh lý này.

**\* Liên quan giữa vị trí NKHHCT và thời gian nằm viện:** Thời gian nằm viện trung vị của nhóm NKHHTCT là 3 (ngày) với IQR: 2 và 4 ngày. BN nằm ít nhất là 1 ngày và dài nhất là 23 ngày. Thời gian nằm viện trung vị của nhóm NKHHTCT là 5 ngày, IQR: 3 và 7 ngày, trong đó BN nằm ít nhất 1 ngày và nhiều nhất là 25 ngày. So sánh thời gian nằm viện trung vị của hai nhóm NKHHTCT và NKHHDCT, sự khác biệt về thời gian điều trị giữa 2 nhóm có nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Như vậy, nhóm BN được chẩn đoán NKHHDCT có thời gian nằm viện lâu hơn nhóm NKHHTCT.

Nghiên cứu của Jorge HJ (2019) được thực hiện trên 638 BN chẩn đoán NKHHCT tại El Salvador và Panama cho thấy: Với nhóm không nằm khoa điều trị tích cực thời gian nằm viện trung bình là 4 ngày, trong số đó BN nằm viện ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 6 ngày. Với nhóm BN có nằm điều trị tại khoa điều trị tích cực thì thời gian nằm viện trung bình 16 ngày, ngắn nhất là 13 ngày và dài nhất là 22 ngày. Thời gian nằm tại khoa điều trị tích cực trung bình là 5 ngày [8].

**\* Liên quan giữa một số đặc điểm vi sinh và kết quả điều trị:** Tỷ lệ BN có kết quả điều trị tốt ở nhóm cấy dịch tỵ hầu dương tính là 68,6% và ở nhóm cấy dịch tỵ hầu âm tính là 82,7%. Như vậy, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị ở nhóm có kết quả cấy dịch tỵ hầu dương tính và âm tính với  $p > 0,05$ .

Tỷ lệ dương tính với RSV là 18/80 (22,5%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Sandesh Kini và cs (2019) trên 383 trẻ được chẩn đoán NKHHDCT tỷ lệ nhiễm RSV là 24,5% [9]. Nghiên cứu của Echavarría M (2018), trên 156 BN

NKHHCT, tỷ lệ nhiễm RSV là 27,4% [10]. Tỷ lệ BN có kết quả điều trị tốt ở nhóm dương tính với RSV là 83,3% và nhóm âm tính với RSV là 82,3% và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị ở nhóm có kết quả RSV dương tính và âm tính với  $p > 0,05$

## V. KẾT LUẬN

Trong 203 BN nghiên cứu tỉ lệ nam gặp nhiều hơn nữ, chủ yếu là nhóm trên 12 tháng tuổi, chủ yếu gặp viêm đường hô hấp dưới và VPQP chiếm phần lớn. Không có sự khác biệt về kết quả điều trị liên quan tới độ tuổi, giới tính, số lượng bạch cầu, CRP kết quả cấy DTH và RSV. Thời gian nằm viện của NKHHTCT ngắn hơn so với NKHHDCT.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Causes of child mortality. WHO, [http://www.who.int/gho/child\\_health/mortality/causes/en/](http://www.who.int/gho/child_health/mortality/causes/en/), accessed: 05/28/2018
2. Yorita K.L, Holman R.C, Sejvar J.J, et al. (2008). Infectious disease hospitalizations among infants in the United States. *Pediatrics*, **121**(2), 244–252.
3. Nguyễn Thu Nhạn và CS (2002). Mô hình bệnh tật trẻ em. *Tạp san Nhi khoa*, Tập 10, Tổng hội Y dược học Việt Nam, Nhà xuất bản Y học.
4. Taksande A.M. and Yeole M. (2015). Risk factors of Acute Respiratory Infection (ARI) in under-fives in a rural hospital of Central India. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM)*, **5**(1), e050105
5. Thanh Minh Hùng (2016). Đặc điểm nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em dưới 5 tuổi điều trị tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Ngọc Hồi năm 2016. *Kontum*
6. Quách Ngọc Ngân, Phạm Thị Minh Hồng (2014). Đặc điểm lâm sàng và vi sinh của viêm phổi cộng đồng ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, **18** (1), tr. 294-300
7. Feldman A.S, Hartert T.V, Gebretsadik T, et al (2015). Respiratory Severity Score Separates Upper Versus Lower Respiratory Tract Infections and Predicts Measures of Disease Severity. *Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology*, **28**(2), 117–120.
8. Jorge H. Jaraa, Eduardo Azziz-Baumgartner b, Tírza De Leon (2019). Costs associated with acute respiratory illness and select virus infections in hospitalized children, El Salvador and Panama, 2012–2013. *Journal of Infection*, **79**(2), 108–114.
9. Sandesh Kini, Bhuvanesh Sukhlal Kalal, Sara Chandy (2019). Prevalence of respiratory syncytial virus infection among children hospitalized with acute lower respiratory tract infections in Southern India. *World J Clin Pediatr*, **8**(2), 33–42.
10. Echavarría M, Carballal G (2018). Clinical impact of rapid molecular detection of respiratory pathogens inpatients with acute respiratory infection. *Journal of Clinical Virology*, **108**, 90–95.