

7. Tang DH, Colayco DC, Khalaf KM, et al. Impact of urinary incontinence on healthcare resource utilization, health-related quality of life and productivity in patients with overactive bladder. BJU international. 2014;113(3):484-491.
8. Docimo L, Bruscianno L. Anal incontinence: clinical management and surgical techniques. Springer Nature; 2023.
9. Marín-Martínez FM, Oñate-Celdrán J, Molina-Hernández O, et al. Medium-term safety outcomes in patients undergoing tension free vaginal tape obturator for stress urinary incontinence in Murcia, Spain. Historical cohort. Rev Colomb Obstet Ginecol. Mar 30 2021;72(1):43-52. Resultados de seguridad a mediano plazo en pacientes intervenidas con el cabestrillo suburetral transobturador dentro-fuera para incontinencia urinaria de esfuerzo en Murcia, España. Cohorte histórica. doi:10.18597/rcog.3613
10. Saiki L, Meize-Grochowski R. Urinary Incontinence and Psychosocial Factors Associated With Intimate Relationship Satisfaction Among Midlife Women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. Jul-Aug 2017;46(4): 555-566. doi:10.1016/j.jogn.2017.02.003

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI LIÊN QUAN ĐẾN VIRUS HỢP BÀO HÔ HẤP TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Phương^{1,2}, Lê Đức Quang¹, Phạm Thu Nga¹

TÓM TẮT

Virus hợp bào hô hấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây viêm phổi ở trẻ nhỏ. Bệnh diễn biến nhanh, với nguy cơ suy hô hấp nặng, vì vậy cần tối ưu trong chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ mắc viêm phổi liên quan đến virus hợp bào hô hấp tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2024-2025. **Đối tượng nghiên cứu:** 277 trẻ từ 1 tháng – dưới 16 tuổi được chẩn đoán viêm phổi có liên quan đến virus hợp bào hô hấp tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/10/2024 đến 30/06/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh cao hơn nữ (nam/nữ = 1,4/1), chủ yếu thuộc nhóm tuổi 2–12 tháng (82,0%). Thời gian trung vị từ khi khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện là 3 ngày. Có 21,3% trẻ được phân loại viêm phổi nặng. Triệu chứng cơ năng thường gặp gồm: chảy mũi (98,6%), ho (92,8%) và khó khè (82,3%). Các dấu hiệu lâm sàng phổ biến là thở nhanh (75,1%), rút lõm lồng ngực (62,8%) và sốt (34,3%). Khám phổi cho thấy ran ẩm (83,8%) và ran rít (65,0%) là hai triệu chứng nổi bật. Xét nghiệm ghi nhận tăng bạch cầu ở 32,9% và tăng CRP ở 39% trường hợp. Hình ảnh X-quang thường gặp là tăng đậm các nhánh phế quản (87,4%) và nốt mờ lan tỏa hai bên (53,8%). Khoảng 1/3 bệnh nhân có nuôi cấy dịch tỵ hầu dương tính, trong đó H. influenzae là tác nhân đồng nhiễm phổ biến nhất (19,9%). **Kết luận:** Viêm phổi liên quan virus hợp bào hô hấp chủ yếu ở nhóm tuổi 2–12 tháng, với 21,3% các trường hợp viêm phổi nặng. Khoảng 1/3 số bệnh nhân có đồng nhiễm vi khuẩn - virus, trong đó H. influenzae là vi khuẩn thường gặp nhất.

Từ khóa: Viêm phổi, virus hợp bào hô hấp, Bệnh viện Nhi Trung ương.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS-RELATED PNEUMONIA AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Respiratory syncytial virus is one of the leading causes of pneumonia in young children. The disease often progresses rapidly and may result in severe respiratory failure, highlighting the importance of early diagnosis and timely intervention. **Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of children with RSV-associated pneumonia at the Respiratory Center, Vietnam National Children's Hospital, during 2024–2025. **Subjects:** A total of 277 children aged from 1 month to under 16 years diagnosed with RSV-associated pneumonia were enrolled at the Respiratory Center, Vietnam National Children's Hospital, from October 1, 2024, to June 30, 2025. **Methods:** A prospective cross-sectional descriptive study. **Results:** The male-to-female ratio was 1.4:1. The majority of cases (82.0%) were in the 2–12-month age group. The median duration from symptom onset to hospital admission was 3 days. Severe pneumonia was diagnosed in 21.3% of patients. Common presenting symptoms included rhinorrhea (98.6%), cough (92.8%), and wheezing (82.3%). Frequent clinical signs were tachypnea (75.1%), chest indrawing (62.8%), and fever (34.3%). Auscultatory findings included crackles (83.8%) and wheezing (65.0%). Leukocytosis and elevated C-reactive protein (CRP) were observed in 32.9% and 39.0% of cases, respectively. Chest X-ray findings commonly showed peribronchial thickening (87.4%) and bilateral diffuse opacities (53.8%). Positive nasopharyngeal culture was detected in one-third of patients, with Haemophilus influenzae being the most frequently identified co-infecting bacterium (19.9%). **Conclusion:** RSV-associated pneumonia predominantly affects children aged 2–12 months, with 21.3% presenting as severe pneumonia. Bacterial

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương

Email: nguyenthiphuong.pn20.pn@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

co-infection was identified in approximately one-third of cases, most commonly with *H. influenzae*.

Keywords: Pneumonia, Respiratory Syncytial Virus, National Children's Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Virus hợp bào hô hấp (RSV) là nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm trùng hô hấp dưới nghiêm trọng ở trẻ nhỏ, đặc biệt là viêm tiểu phế quản và viêm phổi (VP). Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm có khoảng 3,4 triệu ca nhập viện và gần 200.000 ca tử vong do RSV ở trẻ dưới 5 tuổi, chủ yếu tại các quốc gia đang phát triển.¹ Tại Việt Nam, RSV là tác nhân phổ biến gây VP nặng, đặc biệt ở nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi, tạo nên gánh nặng lớn cho hệ thống y tế, nhất là tại các bệnh viện tuyến cuối như Bệnh viện Nhi Trung ương. VP liên quan RSV thường khởi phát với các triệu chứng như chảy mũi, ho, khò khè, nhưng có thể diễn tiến nhanh, gây suy hô hấp nặng trong vài ngày đầu. Đặc biệt, ở trẻ đẻ non, suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch hoặc có bệnh lý mạn tính như tim bẩm sinh, loạn sản phế quản phổi, bệnh diễn tiến phức tạp hơn và khó điều trị hơn. Chẩn đoán bệnh cần kết hợp giữa lâm sàng và cận lâm sàng, tuy nhiên các chỉ số như bạch cầu, CRP và X-quang phổi thường thay đổi theo mức độ nặng và tình trạng đồng nhiễm. Xu hướng đồng nhiễm vi khuẩn – virus ngày càng phức tạp, làm nặng diễn biến và ảnh hưởng đến chiến lược điều trị. Trước thực trạng trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *"Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ viêm phổi liên quan đến virus hợp bào hô hấp tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2024–2025"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: 277 trẻ từ 1 tháng – dưới 16 tuổi được chẩn đoán VP có liên quan đến RSV tại Trung tâm hô hấp - Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/10/2024 đến 30/06/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Trẻ được chẩn đoán VP theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế 2014:²

- **Lâm sàng:** Trẻ ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

+ Thở nhanh: ≥ 60 lần/phút ở trẻ < 2 tháng; ≥ 50 lần/phút ở trẻ 2 – 12 tháng; ≥ 40 lần/phút ở trẻ 1 – 5 tuổi

+ Rút lõm lồng ngực.

+ Nghe phổi có ran ẩm nhỏ hạt, có thể có ran rít, ran rã.

- **Cận lâm sàng:** tổn thương phổi trên phim

X-quang.

Phân loại VP nặng theo Bộ Y tế 2014: Viêm phổi kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:²

- Dấu hiệu toàn thân nặng:

+ Bỏ bú hoặc không uống được.

+ Rối loạn tri giác: lơ mơ hoặc hôn mê.

+ Co giật.

- Dấu hiệu suy hô hấp nặng (thở rên, rút lõm lồng ngực rất nặng).

- Tím tái hoặc $SpO_2 < 90\%$.

- Trẻ < 2 tháng tuổi.

Xác nhận bệnh nhân có liên quan RSV bằng xét nghiệm dịch tỵ hầu có test nhanh RSV (+) hoặc PCR RSV (+).

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bố-mẹ trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- **Thời gian và địa điểm:** Nghiên cứu được thực hiện từ ngày 01/10/2024 đến 30/06/2025 tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Nhi Trung ương.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, bao gồm tất cả 277 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

- **Quy trình thu thập số liệu:** Dữ liệu được thu thập vào một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Các thông tin chung, tiền sử, bệnh sử và kết quả khám lâm sàng, cận lâm sàng được ghi nhận để mô tả đặc điểm của tình trạng VP liên quan đến RSV.

- **Xử lý số liệu:** Các biến số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được mô tả bằng tỷ lệ phần trăm (%). Các biến định lượng được trình bày bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (đối với biến phân phối chuẩn) hoặc trung vị (khoảng biến thiên) (đối với biến phân phối không chuẩn).

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương phê duyệt (số 2426/BVNTW-HĐĐĐ ngày 23/09/2024). Đây là một nghiên cứu quan sát, mô tả, không can thiệp vào phác đồ điều trị của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2024 đến tháng 6/2025, chúng tôi thu thập được 277 trẻ VP liên quan đến RSV đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới đây:

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân viêm phổi liên quan RSV

Đặc điểm		Số lượng (N=277)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	162	58,5
	Nữ	115	41,5
Tuổi	<2 tháng	21	7,6
	2-12 tháng	136	49,1
	12-24 tháng	91	32,9
	>24 tháng	29	10,5
Tiền sử đẻ non	Có	40	14,4
	Không	237	85,6
Tiền sử bệnh lý	Khỏe mạnh	245	88,4
	Có tiền sử bệnh lý*	32	11,6
Tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp dưới	Nhiễm lần đầu	143	51,6
	Có tiền sử (Trung vị, min-max)	134	48,4
		2 (1 - 8)	
Tình trạng dinh dưỡng	BT	236	85,2
	SDD (<-2SD)	28	10,1
	SDD nặng (<-3SD)	11	4,0
	Thừa cân (>2SD)	2	0,7
Số lần nhập viện vì nhiễm khuẩn hô hấp dưới trước đó (Trung vị, min - max)		1,7 (0-8)	
Điều trị kháng sinh trước khi đến viện	Có	131	47,3
	Không	146	52,7
Phân loại viêm phổi	Viêm phổi	218	78,7
	Viêm phổi nặng	59	21,3
Thời gian mắc bệnh trước khi vào viện (trung vị, min-max) (ngày)		3 (1 - 15)	

*Bao gồm các bệnh lý: loạn sản phế quản phổi (n=10), vàng da sơ sinh (n=5), suy dinh dưỡng bào thai (n=4), thông liên nhĩ (n=3) và một số bệnh hiếm gặp khác.

Nhận xét: VP do RSV gặp nhiều ở trẻ nam (tỷ lệ nam/nữ $\approx 1,4:1$), chủ yếu trong nhóm 2-12 tháng (49,1%) và 12-24 tháng (32,9%). Tỷ lệ trẻ đẻ non là 14,4%; 88,4% có tiền sử khỏe mạnh. Gần một nửa có tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp dưới; 47,3% đã dùng kháng sinh trước nhập viện. Phần lớn trẻ được phân loại VP (78,7%). Trung vị thời gian khởi bệnh tới khi nhập viện là 3 ngày.



Biểu đồ 1. Phân bố thời gian mắc bệnh

Nhận xét: Số trẻ mắc VP liên quan RSV tăng dần từ tháng 2, cao nhất vào tháng 3 (78

ca bệnh). Sau đó số ca mắc giảm dần. Bệnh gặp chủ yếu vào mùa xuân.

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng viêm phổi liên quan tới virus hợp bào hô hấp

Triệu chứng cơ năng	Số lượng (N=277)	Tỷ lệ (%)
Sốt	95	34,3
Ho	257	92,8
Khò khè	228	82,3
Chảy mũi	273	98,6
Nôn, trớ	94	33,9
Tiêu chảy	59	21,3

Nhận xét: Khò khè, ho và chảy mũi là các triệu chứng phổ biến ở hầu hết trẻ mắc viêm phổi do RSV. Sốt ghi nhận ở khoảng 1/3 trường hợp. Rối loạn tiêu hóa đi kèm như nôn và tiêu chảy cũng tương đối thường gặp.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể viêm phổi do virus hợp bào hô hấp

Triệu chứng thực thể		Số lượng (N=277)	Tỷ lệ (%)
Thở nhanh (theo lứa tuổi)		208	75,1
Nhịp tim nhanh (theo lứa tuổi)		269	97,1
Tím		129	46,6
Dấu hiệu thở gắng sức	Phập phồng cánh mũi	16	5,8
	Rút lõm hõm ức	17	6,1
	Rút lõm lồng ngực	174	62,8
	Co kéo cơ liên sườn	8	2,9
Nghe phổi	Ran rít	180	65,0
	Ran ngáy	72	26,0
	Ran ẩm	232	83,8
	Giảm thông khí phế nang	3	1,1

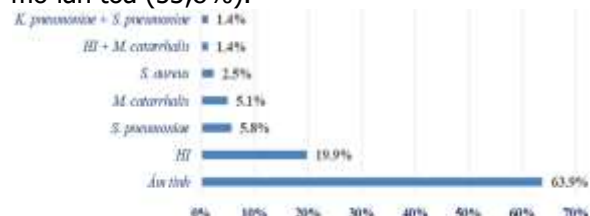
Nhận xét: Tăng nhịp tim (97,1%) và thở nhanh (75,1%) là các dấu hiệu rất phổ biến. Tím gặp ở 46,6% trường hợp. Rút lõm lồng ngực là dấu hiệu thở gắng sức thường gặp nhất (62,8%). Ran ẩm (83,8%) và ran rít (65,0%) là các triệu chứng thực thể nổi bật.

Bảng 4. Đặc điểm xét nghiệm máu và X-quang phổi ở trẻ viêm phổi liên tới virus hợp bào hô hấp

Cận lâm sàng		Số lượng (N=277)	Tỷ lệ (%)
Số lượng bạch cầu (Trung vị, min-max) (G/L)		10,5 (3,72 – 28,61)	
Bạch cầu tăng (≥10G/L)		91	32,9
CRP tăng (≥ 6mg/L)		108	39,0
Hemo-globin	Giảm	50	18,1
	Bình thường	227	81,9
X-quang	Tăng đậm nhánh phế quản	242	87,4
	Nốt mờ/đám mờ lan tỏa	149	53,8
	Tổn thương khu trú thùy, phần thùy	20	7,2

Tổn thương dạng kẽ	43	15,5
Tràn dịch màng phổi	2	0,7
Xẹp phổi	1	0,4

Nhận xét: Tăng bạch cầu và CRP chỉ ghi nhận ở khoảng 1/3 bệnh nhân, lần lượt là 32,9% và 39%. Thiếu máu gặp ở 18,1% trường hợp. Trên X-quang, tổn thương thường gặp là tăng đậm các nhánh phế quản (87,4%) và nốt/đám mờ lan tỏa (53,8%).



Biểu đồ 2. Kết quả nuôi cấy dịch tỵ hầu

Nhận xét: Gần 2/3 bệnh nhân có nuôi cấy dịch tỵ hầu âm tính. H. influenzae là vi khuẩn đồng nhiễm phổ biến nhất (19,9%), tiếp theo là S. pneumoniae (5,8%), M. catarrhalis (5,1%) và S. aureus (2,5%). Đồng nhiễm ≥ 2 loại vi khuẩn hiếm gặp.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Nhi Trung ương, với 277 bệnh nhi mắc VP liên quan RSV. Tỷ lệ trẻ nam chiếm 58,5%, tương đồng với các nghiên cứu trong nước và khu vực.³⁻⁷ Về độ tuổi, nhóm 2–24 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (82,0%), phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền (69,6%).⁶ Tuy nhiên, kết quả khác biệt so với nghiên cứu của Hoàng Trung Thanh, trong đó 91,2% là trẻ dưới 12 tháng tuổi.⁴ Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu trên được thực hiện tại bệnh viện sản – nhi, nơi chuyên tiếp nhận trẻ sơ sinh và trẻ non tháng, bao gồm cả các trường hợp có bệnh lý từ sớm, dẫn đến tỷ lệ trẻ nhỏ trong mẫu cao hơn.

Tỷ lệ trẻ có tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp dưới trong nghiên cứu này là 48,4%, thấp hơn so với 69% trong nghiên cứu của Vũ Công Thành.⁸ Sự khác biệt có thể do Vũ Công Thành đánh giá tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp nói chung, trong khi nghiên cứu này chỉ xét nhiễm khuẩn hô hấp dưới. Tỷ lệ trẻ đẻ non (14,4%) và suy dinh dưỡng (14,1%) cũng thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của tác giả này (lần lượt là 19,2% và 45,1%). Điều này có thể liên quan đến cải thiện trong chăm sóc sơ sinh và dinh dưỡng sau đại dịch COVID-19, cũng như khác biệt về tiêu chuẩn nhập viện giữa hai giai đoạn nghiên cứu.

Khoảng một nửa số bệnh nhân đã dùng kháng sinh trước nhập viện và thường vào viện vào ngày thứ 3 của bệnh. Kết quả này tương

đồng với nghiên cứu của Đinh Thị Phương Mai, ghi nhận 38,7% trẻ dùng kháng sinh tại nhà và thời gian mắc bệnh trung bình trước nhập viện là 3,78 ngày.³ Điều này phù hợp với sinh bệnh học của RSV, khi triệu chứng thường rõ rệt và nặng hơn từ ngày thứ 3 của bệnh.

Số ca mắc tăng dần từ tháng 2, đạt đỉnh vào tháng 3, sau đó giảm dần. Xu hướng này phù hợp với y văn, cho thấy đỉnh dịch RSV thường xảy ra vào mùa xuân, khi thời tiết lạnh, ẩm và trẻ thường ở lâu trong không gian kín.

Tỷ lệ bệnh nhân được phân loại VP nặng là 21,3%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền (7,7%) nhưng thấp hơn Vũ Công Thành (37,9%).^{6,8} Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền thực hiện tại bệnh viện tuyến tỉnh và loại trừ các ca đồng nhiễm, trong khi nghiên cứu của chúng tôi và Vũ Công Thành đều được tiến hành tại bệnh viện nhi tuyến cuối, nơi tiếp nhận nhiều ca bệnh nặng. Ngoài ra, nghiên cứu của Vũ Công Thành thực hiện vào năm 2020, trong bối cảnh đại dịch COVID-19, khi tiêu chuẩn nhập viện có thể nghiêm ngặt hơn, do đó tỷ lệ bệnh nhân nặng cần nhập viện cao hơn.

Các triệu chứng viêm long hô hấp trên như ho (92,8%) và chảy mũi (98,6%) là phổ biến nhất, sau đó là khô khè (82,3%). Triệu chứng sốt chỉ gặp ở khoảng 1/3 trường hợp. Triệu chứng tiêu hóa kèm theo như nôn (33,9%) và tiêu chảy (21,3%) cũng được ghi nhận. Tỷ lệ ho, chảy mũi và khô khè trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu của Hoàng Trung Thanh, Đinh Thị Phương Mai và Nguyễn Thị Thu Hiền.^{3,4,6}

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ VP do RSV thường có tăng nhịp thở (75,1%) và nhịp tim (97,1%). Tỷ lệ tăng nhịp thở tương đương các nghiên cứu khác (81,2%–84,9%).^{3,4,6} Tăng nhịp tim cũng được ghi nhận ở 59,3% trẻ nhiễm RSV đơn thuần và 65,7% trẻ đồng nhiễm vi khuẩn.⁷ Tím xuất hiện ở 46,6% trường hợp, cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Hoàng Trung Thanh (18%).⁴ Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại bệnh viện tuyến cuối, nơi tiếp nhận nhiều ca bệnh nặng hơn.

Rút lõm lồng ngực là dấu hiệu thở gắng sức phổ biến nhất (62,8%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trước đó.⁴ Đây là dấu hiệu đặc trưng trong VP, phản ánh tình trạng tăng áp lực âm trong khoang ngực do hẹp đường thở và giảm độ giãn nở phổi.

Ran ẩm (83,8%) và ran rít (65,0%) là các ran bệnh lý thường gặp. Kết quả này phù hợp

với các nghiên cứu trước, ghi nhận ran ẩm >97% và ran rít dao động 42,7%–51,4%.^{4,6} Hai loại ran này phản ánh cơ chế bệnh sinh của VP: tắc nghẽn, hẹp phế quản nhỏ gây ran rít; tích tụ dịch và bọt khí trong phế nang tạo ran ẩm.

Tăng bạch cầu, giảm hemoglobin và tăng CRP không phổ biến trong VP do RSV. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ 32,9% trẻ tăng bạch cầu, 18,1% giảm hemoglobin và 39,0% tăng CRP (>6 mg/L); mức tăng bạch cầu thường nhẹ, trung vị 10,5 G/L. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước.^{3,4,8} Theo Lin và cộng sự (2021), bệnh nhân đồng nhiễm vi khuẩn có bạch cầu và CRP cao hơn rõ rệt ($p < 0,001$), trong đó CRP là yếu tố dự báo độc lập cho đồng nhiễm (OR hiệu chỉnh 1,08; KTC 95%: 1,02–1,15; $p = 0,005$). Điều này cho thấy vai trò phân biệt của các chỉ số này giữa nhiễm RSV đơn thuần và đồng nhiễm vi khuẩn⁷

Trên X-quang, tổn thương chủ yếu là hình ảnh tăng đậm nhánh phế quản hai bên (87,4%) và nốt/đám mờ lan tỏa (53,8%). Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền, ghi nhận dày thành phế quản (90,3%) và nốt/đám mờ (33,8%) là tổn thương thường gặp.⁶

Kết quả nuôi cấy dịch tỵ hầu cho thấy khoảng 1/3 bệnh nhân có đồng nhiễm vi khuẩn, phổ biến nhất là *H. influenzae* (19,9%), tiếp đến là *S. pneumoniae* (5,8%), *M. catarrhalis* (5,1%) và *S. aureus* (2,5%). Đồng nhiễm từ 2 loại vi khuẩn là hiếm gặp (1,4%). Nghiên cứu của Lê Thị Hoa cũng ghi nhận các vi khuẩn trên là tác nhân thường gặp.⁵ Đây là các vi khuẩn thường trú vùng mũi họng, dễ xâm nhập gây bội nhiễm khi hàng rào niêm mạc bị tổn thương sau nhiễm virus.

V. KẾT LUẬN

VP liên quan RSV chủ yếu gặp ở trẻ 2–24

tháng tuổi, nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ nam/nữ 1,4/1). Ho, chảy mũi, khò khè là triệu chứng cơ năng thường gặp. Lâm sàng thường ghi nhận tăng nhịp tim, nhịp thở; khoảng 50% trẻ có tím. Rút lõm lồng ngực là dấu hiệu gắng sức phổ biến nhất. Bạch cầu và CRP chủ yếu không tăng, nếu tăng có thể gợi ý đồng nhiễm vi khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nair Harish, Nokes D James và cộng sự.** Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Lond Engl.* 2010;375(9725): 1545-1555.
2. **Bộ Y tế.** Hướng Dẫn Xử Trí Viêm Phổi Cộng Đồng ở Trẻ Em. Bộ Y tế; 2014.
3. **Đinh Thị Phương Mai, Bùi Thị Hoàng Ngân và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ mắc viêm phổi cộng đồng nhiễm RSV tại Trung tâm nhi khoa – Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2025;546(3).
4. **Hoàng Trung Thanh, Nguyễn Thị Yến và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phế quản phổi nhiễm RSV (Respiratory Syncytial Virus) ở trẻ em tại Bệnh viện sản nhi Vĩnh Phúc. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2021;505(2).
5. **Lê Thị Hoa, Lê Thị Hồng Hanh và cộng sự.** Đồng nhiễm vi khuẩn ở bệnh nhi viêm phổi nhiễm vi rút hợp bào hô hấp. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2024;545(3).
6. **Nguyễn Thị Thu Hiền, Hoàng Minh Hào và cộng sự.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do vi rút hợp bào hô hấp (RSV) ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2022. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2024;541(1).
7. **Lin Hsiao Chi, Liu Yun-Chung và cộng sự.** RSV pneumonia with or without bacterial co-infection among healthy children. *J Formos Med Assoc Taiwan Yi Zhi.* 2022;121(3):687-693.
8. **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. Luận văn bác sĩ CKII. Đại học Y Hà Nội; 2020.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRASTUZUMAB PHỐI HỢP HÓA CHẤT TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TÁI PHÁT DI CĂN CỐ HER2/NEU DƯƠNG TÍNH

TÓM TẮT

¹Bệnh viện K

²Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Yến

Email: leynbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

Lê Thị Yến^{1,2,3}, Nguyễn Thị Dương Dương¹

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của trastuzumab phối hợp hóa chất trong điều trị ung thư dạ dày (UTDD) giai đoạn tái phát di căn có HER/neu dương tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh hồi cứu có theo dõi dọc 55 bệnh nhân chẩn đoán UTDD giai đoạn tái phát di căn được điều trị bằng phác đồ trastuzumab kết hợp hóa chất tại Bệnh viện K trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $59,4 \pm 11,1$ (34-80); tỷ lệ nam/nữ = 1,5/1; tỷ lệ đáp ứng khách quan