

khả năng khái quát hóa còn hạn chế. Thứ ba, nghiên cứu chưa đưa vào một số biến số quan trọng đã được chứng minh có ảnh hưởng đến CLCS sau đột quỵ như mức độ nặng ban đầu, chỉ số độc lập chức năng, trầm cảm sau đột quỵ, suy giảm nhận thức và mức độ hỗ trợ xã hội [1,2,7]. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn cung cấp số liệu ban đầu có giá trị về CLCS của người bệnh sau đột quỵ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang, là cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo có thiết kế dọc và phân tích đa biến đầy đủ hơn.

V. KẾT LUẬN

Điểm CLCS trung bình theo thang SS-QOL của bệnh nhân sau đột quỵ trong nghiên cứu là $148,8 \pm 3,5$ điểm, cho thấy CLCS còn ở mức thấp. Các lĩnh vực có điểm thấp gồm năng lượng, suy nghĩ, công việc/năng suất và vai trò gia đình - xã hội. Kết quả cho thấy tuổi và trình độ học vấn có liên quan có ý nghĩa thống kê với điểm CLCS, trong đó nhóm dưới 60 tuổi và nhóm có trình độ học vấn từ cấp 2 trở lên có điểm SS-QOL cao hơn. Các yếu tố giới tính, nơi cư trú, nghề nghiệp, thể trạng, bệnh lý kèm theo và dạng đột quỵ chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stolwyk RJ, Mihaljcic T, Wong DK, Hernandez DR, Wolff B, Rogers JM.** Post-stroke Cognition is Associated with Stroke Survivor Quality of Life and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Neuropsychology review*. 2024;34(4):1235-64.doi: 10.1007/s11065-024-09635-5.

2. **Butsing N, Voss JG, Keandoungchun J, Thongniran N, Griffin MTQ.** Changes of health-related quality of life within 6 months after stroke by clinical and sociodemographic factors. *Scientific Reports*. 2025;15(1):416. doi: 10.1038/s41598-024-84454-5.
3. **Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller J.** Development of a Stroke-Specific Quality of Life Scale. 1999;30(7):1362-9. doi:10.1161/01.STR.30.7.1362.
4. **Marasine NR, Panthi S, Sankhi S.** Health-Related Quality of Life and Associated Factors Among Patients with Stroke at Tertiary Care Hospital Nepal. 2025;18:11786329251378546. doi: 10.1177/11786329251378546.
5. **Islam MJ, Ahmed S, Kakuli SA, Rahman MH, Numan SM, Chakraborty SR, et al.** Health-related quality of life in post-stroke patients attended at tertiary-level hospitals in Bangladesh. 2024;Volume 3 - 2024. doi: 10.3389/fstro.2024.1411422.
6. **Matos J, Henriques A, Moura A, Alves E.** Professional reintegration of stroke survivors and their mental health, quality of life and community integration. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2024;33(12):3259-73. doi: 10.1007/s11136-024-03797-8.
7. **Đào Việt Phương, Đỗ Thị Kim Chi.** Đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh đột quỵ não đến tái khám tại Trung tâm đột quỵ Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;526(2):365-70. doi: 10.51298/vmj.v526i2.5591.
8. **Ngô Thị Kim Trinh, Lê Thị Kim Nhung, Đàng Nguyễn An Nhiên, Nguyễn Thị Kim Nguyễn, Ngô Anh Tuấn.** Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân đột quỵ bằng thang đo SS-QOL-12. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025;555(1):358-62. doi: 10.51298/vmj.v555i1.15965.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI DO VIRUS RSV Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Đức Hậu¹, Dương Thị Hà¹, Nguyễn Thị Như Quỳnh¹, Hoàng An Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi do virus hợp bào hô hấp (RSV) ở trẻ sơ sinh điều trị tại

Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu được thực hiện trên 142 trẻ sơ sinh ≤ 28 ngày tuổi được chẩn đoán viêm phổi do RSV và điều trị tại Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ từ tháng 8/2022 đến tháng 7/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ viêm phổi sơ sinh do RSV ở nam là 48,59%, ở nữ là 51,41%. Bệnh gặp quanh năm, tập trung nhiều nhất vào các tháng 10-12. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho (99,3%), khó khè (97,2%) và ran phổi (96,5%). Hình ảnh X-quang chủ yếu là tổn thương kẽ (37,3%) và tổn thương phế nang (35,9%).

¹ *Bệnh viện Sản nhi tỉnh Phú Thọ*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Hậu

Email: nguyendehau.bsni@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2026

Ngày duyệt bài: 27.3.2026

Đa số bệnh nhân có số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường; tăng bạch cầu chỉ gặp ở 1,4% trường hợp, trong khi tăng lympho bào gặp nhiều hơn tăng bạch cầu trung tính. Tỷ lệ suy hô hấp là 40,85%; thở oxy là biện pháp hỗ trợ hô hấp chủ yếu (44,4%). Tỷ lệ sử dụng kháng sinh là 100%. Tỷ lệ điều trị khỏi đạt 98,6%, thời gian điều trị trung bình là 8,3 ngày. **Kết luận:** Viêm phổi do RSV ở trẻ sơ sinh chủ yếu biểu hiện bằng các triệu chứng hô hấp, trong khi các dấu hiệu viêm toàn thân ít gặp. Hình ảnh X-quang thường gặp là tổn thương kẽ và tổn thương phế nang. Tỷ lệ suy hô hấp khá cao và nhiều trường hợp cần hỗ trợ hô hấp; tuy nhiên, kết quả điều trị nhìn chung thuận lợi nếu được phát hiện sớm, theo dõi sát và điều trị hỗ trợ thích hợp.

Từ khóa: RSV, viêm phổi sơ sinh, virus hợp bào hô hấp.

ABSTRACT

THE EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS, AS WELL AS TREATMENT OUTCOMES, OF NEONATAL PNEUMONIA CAUSED BY RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS (RSV) AT PHU THO OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objective: To describe the epidemiological, clinical, and paraclinical characteristics, as well as treatment outcomes, of neonatal pneumonia caused by respiratory syncytial virus (RSV) at Phu Tho Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Methods:** A descriptive study combining retrospective and prospective data collection was conducted on 142 neonates aged 28 days or younger who were diagnosed with RSV pneumonia and treated at the Neonatal Department of Phu Tho Obstetrics and Pediatrics Hospital from August 2022 to July 2024.

Results: The proportions of male and female patients were 48.59% and 51.41%, respectively. RSV pneumonia occurred throughout the year, with a peak from October to December. The most common clinical manifestations were cough (99.3%), wheezing (97.2%), and abnormal lung auscultation findings (96.5%). Chest radiographs mainly showed interstitial lesions (37.3%) and alveolar opacities (35.9%). Most patients had a normal white blood cell count, while lymphocytosis was more common than neutrophilia. Respiratory distress was observed in 40.85% of cases, and oxygen therapy was the most frequently used respiratory support modality (44.4%). Antibiotics were administered in all cases. The recovery rate was 98.6%, and the mean length of hospital stay was 8.3 days. **Conclusion:** RSV pneumonia in neonates mainly presents with respiratory manifestations, whereas systemic inflammatory signs are uncommon. Interstitial and alveolar abnormalities are the most frequent chest X-ray findings. Although respiratory distress is common and many patients require respiratory support, treatment outcomes are generally favorable with timely diagnosis, close monitoring, and appropriate supportive care.

Keywords: respiratory syncytial virus, RSV, neonatal pneumonia, neonates, treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở trẻ em, đặc biệt ở nhóm trẻ nhỏ và trẻ sơ sinh. Mặc dù căn nguyên đa dạng, virus ngày càng được ghi nhận giữ vai trò quan trọng trong nhiễm trùng hô hấp dưới, trong đó RSV là tác nhân nổi bật [1], [2].

Virus hợp bào hô hấp (Respiratory Syncytial Virus - RSV) là căn nguyên virus thường gặp nhất gây nhiễm trùng hô hấp dưới ở trẻ nhỏ, với biểu hiện lâm sàng từ viêm tiểu phế quản đến viêm phổi nặng và suy hô hấp [2],[3]. Trẻ sơ sinh và trẻ dưới 6 tháng tuổi là nhóm có nguy cơ cao phải nhập viện và diễn biến nặng do hệ miễn dịch và hệ hô hấp chưa hoàn thiện [2].

Tại Việt Nam, RSV đã được ghi nhận lưu hành với gánh nặng bệnh tật đáng kể ở trẻ em [4]. Tuy nhiên, các nghiên cứu riêng trên nhóm trẻ sơ sinh còn hạn chế, đặc biệt tại các bệnh viện tuyến tỉnh. Việc mô tả đặc điểm bệnh học và kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân này có ý nghĩa thực tiễn trong nhận diện sớm trường hợp nguy cơ nặng và định hướng xử trí phù hợp.

Từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do RSV ở trẻ sơ sinh; 2. Đánh giá kết quả điều trị viêm phổi do RSV ở trẻ sơ sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả trẻ sơ sinh được chẩn đoán viêm phổi do virus hợp bào hô hấp (RSV) điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ sơ sinh ≤ 28 ngày tuổi được chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn của WHO (2013), có test nhanh RSV dương tính trong vòng 24 giờ sau nhập viện.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Viêm phổi có nuôi cấy vi khuẩn dương tính, bệnh lý nền nặng như bệnh tim bẩm sinh, bệnh phổi mạn tính hoặc dị tật bẩm sinh.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu:

+ Hồi cứu: từ tháng 8/2022 đến tháng 1/2024.

+ Tiền cứu: từ tháng 2/2024 đến tháng 7/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ với $p = 0,27$; $d = 0,08$; $Z = 1,96$, cho cỡ mẫu tối thiểu là 118 bệnh nhân. Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy

toàn bộ các trường hợp đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, thu nhận được 142 bệnh nhân.

2.5. Các biến nghiên cứu

Gồm các nhóm biến: Đặc điểm chung của bệnh nhân: giới tính, tuổi thai, cân nặng khi sinh, tuổi nhập viện, triệu chứng lâm sàng: ho, khó khè, khó thở..., công thức máu, CRP, X-quang phổi, điều trị kháng sinh, võ rung, vật lý trị liệu hô hấp, kết quả điều trị...

2.6. Thu thập và phân tích số liệu

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn, biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh các tỷ lệ sử dụng kiểm định Chi-square hoặc Fisher exact test khi thích hợp; ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, góp phần cải thiện hiệu quả chăm sóc người bệnh. Nghiên cứu được xem xét và thông qua bởi Hội đồng Đạo đức của bệnh viện, bảo đảm tuân thủ các nguyên tắc khoa học và y đức.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 142)

Đặc điểm		N (142)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	69	48,6
	Nữ	73	51,4
Tuổi thai	<37 tuần	14	9,9
	≥37 tuần	128	90,1
Cân nặng	<2500 g	16	11,3
	≥2500 g	126	88,7

Phần lớn bệnh nhân là trẻ đủ tháng (90,1%) và có cân nặng khi sinh ≥2500 g (88,7%). Tuổi nhập viện trung bình là 17 ngày tuổi.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Triệu chứng	N (142)	Tỷ lệ (%)
Ho	141	99,3
Khò khè	138	97,2
Ran phổi	137	96,5
Khó thở	64	45,1
Tím	61	43,0
Bú kém	53	37,3
Sốt	13	9,2
Suy hô hấp	58	40,8

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ho (99,3%) và khó khè (97,2%). Ran phổi được ghi nhận ở 96,5% bệnh nhân. Các biểu hiện nặng hơn như khó thở và tím chiếm tỷ lệ lần lượt là

45,1% và 43%. Tỷ lệ suy hô hấp là 40,8%. Sốt ít gặp, chỉ chiếm 9,2%.

Bảng 3. Đặc điểm xét nghiệm và X-quang

Đặc điểm	N(142)	Tỷ lệ (%)
Tăng bạch cầu	2	1,4
Tăng BC trung tính	35	24,7
Tăng BC lympho	52	36,6
CRP >6 mg/L	13	9,2
Tổn thương kẽ	53	37,3
Tổn thương phế nang	51	35,9
Không tổn thương	28	19,7
Tổn thương khác	10	7,0

Phần lớn bệnh nhân có số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường. Tỷ lệ tăng bạch cầu lympho (36,6%) cao hơn so với bạch cầu trung tính (24,7%). Chỉ có 9,2% bệnh nhân có CRP tăng. Hình ảnh X-quang thường gặp nhất là tổn thương kẽ (37,3%) và tổn thương phế nang (35,9%).

Bảng 4. Các yếu tố liên quan suy hô hấp

Yếu tố	OR	P
Sinh non	2,8	<0,05
Cân nặng thấp	2,3	<0,05
Khó thở	6,4	<0,01

Đa số trẻ sinh non và cân nặng thấp có liên quan đến nguy cơ suy hô hấp. Đặc biệt, triệu chứng khó thở khi nhập viện có mối liên quan chặt chẽ với suy hô hấp.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 5. Các biện pháp hỗ trợ điều trị hô hấp ở bệnh nhân nghiên cứu

Biện pháp	Số bệnh nhân (n=142)	Tỷ lệ (%)
Thở oxy	63	44,4
Thông khí áp lực dương	14	9,9
Thở máy xâm nhập	4	2,8
Võ rung hô hấp	134	94,4
Ép đờm	42	29,6

Võ rung hô hấp được áp dụng nhiều nhất (94,4%), tiếp theo là thở oxy (44,4%) và ép đờm (29,6%). Tỷ lệ cần hỗ trợ hô hấp nâng cao thấp, gồm thông khí áp lực dương 9,9% và thở máy xâm nhập 2,8%.

Bảng 6. Kết quả điều trị của nhóm nghiên cứu

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân (n=142)	Tỷ lệ (%)
Khỏi, ra viện	140	98,6
Chuyển viện theo nguyện vọng gia đình	2	1,4
Chuyển viện theo chuyên môn	0	0

Kết quả điều trị chủ yếu là khỏi, ra viện (98,6%). Chỉ 1,4% bệnh nhân chuyển viện theo nguyện vọng gia đình, không có trường hợp chuyển viện theo chuyên môn.

Bảng 7. Thời gian điều trị và mối liên quan với một số biến pháp vật lý trị liệu hô hấp

Chỉ số	Nhóm	Giá trị	p
Thời gian điều trị chung (ngày)	Toàn bộ mẫu	8,30 ± 2,39 (2-15)	-
Vỗ rung	Có	8,30 ± 2,39	0,956
	Không	8,25 ± 2,55	
Ép đờm	Có	9,33 ± 2,17	0,01
	Không	7,86 ± 2,36	

Thời gian điều trị trung bình là 8,30 ± 2,39 ngày. Vỗ rung không liên quan với thời gian nằm viện ($p = 0,956$), trong khi nhóm ép đờm có thời gian nằm viện dài hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ viêm phổi do RSV ở trẻ nam là 48,6% và nữ là 51,4%, cho thấy phân bố tương đối đồng đều giữa hai giới. Kết quả này khác với một số nghiên cứu trước đó ghi nhận ưu thế ở trẻ nam như Cho HJ (69,6%) [6]. Tuổi nhập viện trung bình là 17,01 ± 5,80 ngày, tương đồng với Lưu Thị Hoa (16,48 ± 5,46 ngày) [7], cho thấy bệnh chủ yếu gặp ở giai đoạn sơ sinh sớm, khi miễn dịch hô hấp còn chưa hoàn thiện.

Phần lớn bệnh nhân là trẻ đủ tháng (90,1%) và có cân nặng khi sinh ≥ 2500 g (88,7%), tương tự nghiên cứu của Lê Thị Ngọc Anh với tỷ lệ trẻ đủ tháng là 92,2% [8]. Tuy nhiên, trong phân tích của chúng tôi, sinh non và cân nặng khi sinh thấp có liên quan với nguy cơ suy hô hấp, cho thấy đây vẫn là những yếu tố tiên lượng nặng quan trọng.

Triệu chứng lâm sàng nổi bật là ho (99,3%), khò khè (97,2%) và ran phổi (96,5%), phù hợp với đặc điểm tổn thương đường hô hấp dưới do RSV và tương tự nghiên cứu của Huỳnh Lê Ngọc Diễm, trong đó tỷ lệ ho là 96,1% và khò khè là 100% [9]. Tỷ lệ suy hô hấp là 40,8%, cho thấy RSV là căn nguyên quan trọng gây bệnh hô hấp dưới mức độ nặng ở trẻ sơ sinh.

Về cận lâm sàng, đa số bệnh nhân có số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường; tăng bạch cầu chỉ gặp ở 1,4% trường hợp. Tăng bạch cầu lympho (36,6%) gặp nhiều hơn tăng bạch cầu trung tính (24,7%), phù hợp với căn nguyên virus. Tỷ lệ CRP tăng thấp (9,2%), tương đồng với nghiên cứu của Đào Thị Mai Thanh, trong đó đa số bệnh nhân có CRP <6 mg/L [10]. Điều này cho thấy các chỉ dấu viêm thông thường có giá trị hạn chế trong gợi ý căn nguyên vi khuẩn ở nhóm bệnh nhân RSV.

Trên X-quang phổi, tổn thương kẽ (37,3%) và tổn thương phế nang (35,9%) là hai hình ảnh

chủ yếu. Phân tích các yếu tố liên quan cho thấy sinh non, cân nặng khi sinh thấp và đặc biệt là khó thở khi nhập viện làm tăng nguy cơ suy hô hấp; trong đó khó thở là yếu tố dự báo mạnh (OR = 6,4; $p < 0,01$), có ý nghĩa trong nhận diện sớm các trường hợp nguy cơ nặng.

4.2. Kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 40,85% bệnh nhân có suy hô hấp và gần một nửa cần hỗ trợ hô hấp. Thở oxy là biện pháp chủ yếu (44,4%), tiếp theo là thông khí áp lực dương (9,9%) và thở máy xâm nhập (2,8%). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Lưu Thị Hoa (68,4%) [7] nhưng tương đồng với Lê Thị Ngọc Anh [8], cho thấy hỗ trợ hô hấp vẫn là nền tảng điều trị quan trọng ở trẻ sơ sinh mắc viêm phổi do RSV.

Tỷ lệ sử dụng kháng sinh là 100%; các nhóm được dùng nhiều nhất là aminoglycosid (73,9%), cephalosporin (61,3%), ampicilin (41,5%) và carbapenem (19,7%). Tỷ lệ này tương tự với kết quả của Lê Thị Ngọc Anh [8]. Kết quả này có thể liên quan đến đặc điểm đối tượng là trẻ sơ sinh - nhóm tuổi thường được chỉ định kháng sinh kinh nghiệm rộng rãi hơn do nguy cơ nhiễm khuẩn phổi hợp. Tuy nhiên, việc sử dụng kháng sinh cần được cân nhắc hợp lý hơn nhằm hạn chế lạm dụng và giảm nguy cơ kháng thuốc.

Phân tích mối liên quan giữa vật lý trị liệu hô hấp và số ngày nằm viện cho thấy không có sự khác biệt về thời gian điều trị giữa nhóm có và không vỗ rung (8,30 so với 8,25 ngày; $p > 0,05$). Ngược lại, nhóm được ép đờm có thời gian nằm viện dài hơn (9,33 so với 7,86 ngày; $p < 0,05$). Kết quả này nhiều khả năng phản ánh mức độ bệnh nặng hơn ở nhóm cần can thiệp, hơn là tác động bất lợi trực tiếp của biện pháp vật lý trị liệu hô hấp.

Kết quả điều trị nhìn chung thuận lợi, với 98,6% bệnh nhân khỏi, ra viện và 1,4% chuyển viện theo nguyện vọng gia đình; không ghi nhận tử vong. Thời gian điều trị trung bình là 8,3 ngày, dài hơn so với Lưu Thị Hoa (7,63 ± 3,27 ngày) [7]. Sự khác biệt này nhiều khả năng liên quan đến việc nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm trẻ sơ sinh ≤ 28 ngày tuổi, trong khi các nghiên cứu còn lại chủ yếu thực hiện trên trẻ lớn hơn.

4.3. Hạn chế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm với cỡ mẫu chưa lớn và thiết kế mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu, do đó khả năng khái quát hóa còn hạn chế. Ngoài ra, việc chẩn đoán RSV dựa trên test nhanh và nghiên cứu chưa phân tích đa biến để kiểm soát đầy đủ các yếu tố nhiễu; đồng thời chưa đánh giá kết cục sau ra viện.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 142 trẻ sơ sinh mắc viêm phổi do RSV điều trị nội trú tại Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng

Viêm phổi do RSV ở trẻ sơ sinh phân bố gần tương đương giữa hai giới, với tỷ lệ nam 48,59% và nữ 51,41%. Bệnh gặp rải rác quanh năm, tập trung nhiều nhất vào các tháng 10-12.

Biểu hiện lâm sàng chủ yếu khi nhập viện là ho (99,3%) và khò khè (97,2%), trong khi sốt ít gặp (9,2%). Trên X-quang phổi, tổn thương chủ yếu là tổn thương mô kẽ (37,3%) và tổn thương phế nang (35,9%). Đa số bệnh nhân có số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường; tăng bạch cầu ít gặp, trong khi tăng bạch cầu lympho gặp nhiều hơn tăng bạch cầu đa nhân trung tính.

2. Kết quả điều trị

Tỷ lệ suy hô hấp khi nhập viện khá cao (40,85%), nhiều trường hợp cần hỗ trợ hô hấp, trong đó thở oxy là biện pháp chủ yếu (44,4%). Tỷ lệ sử dụng kháng sinh là 100%, cho thấy kháng sinh vẫn được dùng thường quy trên lâm sàng ở nhóm bệnh nhân này và cần được cân nhắc hợp lý hơn.

Tỷ lệ điều trị khỏi đạt 98,6%, thời gian điều trị trung bình là 8,3 ngày, cho thấy tiên lượng điều trị nhìn chung thuận lợi nếu được phát hiện sớm, theo dõi sát và hỗ trợ kịp thời.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần tăng cường xét nghiệm RSV ở trẻ sơ sinh viêm phổi nhằm chẩn đoán sớm và hạn chế sử dụng kháng sinh không cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ruuskanen O, Lahti E, Jennings L, et al.** (2011), "Viral pneumonia", *The Lancet*, 377(9773), 1264-1275.
- Shi T, McAllister D.A, O'Brien K.L, et al.** (2017), "Global, regional and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children in 2015", *The Lancet*.
- Hall C.B.** (2001), "Respiratory syncytial virus and parainfluenza virus", *New England Journal of Medicine*, 344(25), 1917-1928.
- Tran D.N, Pham T.M.H, Ha M.T, et al.** (2013), "Molecular epidemiology and disease severity of human respiratory syncytial virus in Vietnam", *PLoS One*, 8(1), e45436.
- World Health Organization** (2013), *Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses*, WHO, Geneva.
- Cho H.J, Shim S.Y, Sun D.W, et al.** (2013), "Respiratory viruses in neonates hospitalized with acute lower respiratory tract infections", *Pediatrics International*, 55(1), 49-53.
- Lưu Thị Hoa** (2017), "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", Luận văn Thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.
- Lê Thị Ngọc Anh** (2018), "Kết quả điều trị nhiễm virus hợp bào hô hấp ở trẻ sơ sinh và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017-2018", Luận văn Thạc sỹ, Đại học Y Dược Hải Phòng.
- Huỳnh Lê Ngọc Diễm, Nguyễn Minh Phương, Nguyễn Thị Thu Cúc** (2020), "Tình hình nhiễm RSV ở bệnh viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em dưới 2 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2019-2020", *Tạp chí Y học Cần Thơ*, 30, 3.
- Đào Thị Mai Thanh, Đào Minh Tuấn** (2005), "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm trùng hô hấp cấp do virus hợp bào hô hấp tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 38, 214-218.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH MI MẮT TRÊN KẾT HỢP CẤY MỠ TỰ THÂN ĐỂ ĐIỀU TRỊ HỖM MI MẮT TRÊN

Nguyễn Văn Phùng*, Nguyễn Công Cứu**

TÓM TẮT

* Bộ môn Phẫu thuật Thẩm mỹ, Trường Y Dược, Đại học Trà Vinh

** Phòng khám chuyên khoa Phẫu thuật thẩm mỹ Thế Giới Đẹp

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Phùng

Email: nvphung.kyd@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2026

Ngày duyệt bài: 30.3.2026

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật tạo hình mi mắt trên kết hợp cấy mỡ tự thân làm đầy hõm mi mắt trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả thực hiện trên hồ sơ bệnh án của 45 bệnh nhân nữ được phẫu thuật tạo hình mi mắt trên kết hợp cấy mỡ tự thân điều trị hõm mi mắt trên từ 11/2018 đến 11/2024. Phân tích dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án, hình ảnh lâm sàng trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 6 tháng và 12 tháng. Kết quả thẩm mỹ được đánh giá bằng thang điểm Global Aesthetic Improvement Scale (GAIS), mức độ hài lòng của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm Visual Analog Scale. **Kết quả:** Gồm