

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP Ở TRẺ EM TỪ 2 THÁNG ĐẾN 2 TUỔI

Võ Công Bình, Bùi Bình Bảo Sơn
Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt:

Mục tiêu và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 90 trẻ bị viêm tiểu phế quản cấp (VTPQC) vào điều trị tại Phòng Hô hấp và Phòng Cấp cứu, Khoa Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 04/2010 đến tháng 03/2011 nhằm mô tả một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của VTPQC do RSV và không do RSV ở trẻ từ 2 tháng đến 2 tuổi; và tìm hiểu liên quan giữa thang điểm đánh giá suy hô hấp RDAI trong VTPQC với các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm RSV trong số trẻ VTPQC của nhóm nghiên cứu là 23,33%. Đa số trẻ mắc bệnh ở nhóm ≤ 12 tháng tuổi. Triệu chứng cơ năng thường gặp là ho (100%), chảy nước mũi ($> 85\%$) và sò sè ($> 78\%$), ít trẻ có sốt ($< 70\%$). Triệu chứng thực thể thường gặp lần lượt là thở nhanh ($> 84\%$), ran rít ($> 90\%$), có dấu co kéo ($> 78\%$), ran ngáy ($> 78\%$), rì rào phế nang giảm ($> 61\%$) và rung thanh giảm; ít gặp dấu hiệu ran ẩm ($< 35\%$). Điểm số RDAI có tương quan nghịch mức độ chặt với tuổi bệnh nhi ($r = -0,595$; $p < 0,01$); tương quan thuận mức độ rất chặt với tần số thở ($r = 0,92$; $p < 0,01$). Điểm RDAI trung bình ở nhóm trẻ có thông khí phổi giảm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm thông khí phổi không giảm ($9,22 \pm 4,36$ so với $7,37 \pm 4,15$; $p < 0,05$). Điểm RDAI trung bình ở nhóm trẻ có biểu hiện ứ khí trên X-quang ngực cao hơn có ý nghĩa so với nhóm trẻ không có biểu hiện ứ khí ($10,29 \pm 3,97$ so với $6,66 \pm 3,91$; $p < 0,01$). **Kết luận:** Chẩn đoán phân biệt giữa VTPQC do RSV với VTPQC do các nguyên nhân khác là không cần thiết và không có ý nghĩa lâm sàng; có thể đánh giá và tiên lượng mức độ nặng của VTPQC dựa vào tuổi, tần số thở, thông khí phổi, hình ảnh ứ khí trên X-quang ngực.

Từ khóa: Viêm tiểu phế quản cấp, RDAI, trẻ em.

Abstract:

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF ACUTE BRONCHIOLITIS IN CHILDREN AGED FROM 2 MONTHS TO 2 YEARS

Vo Cong Binh, Bui Binh Bao Son
Pediatric Department, Hue University of Medicine and Pharmacy

Objectives and methods: A descriptive cross-sectional study in 90 children aged from 2 months to 2 years old with acute bronchiolitis admitted to the Pediatric Department, Hue Central Hospital from April 2010 to March 2011 was conducted to describe the epidemiological, clinical, and laboratory features of RSV and non-RSV acute bronchiolitis, and to evaluate the correlation between RDAI (Respiratory Distress Assessment Instrument) and the clinical and laboratory features. **Results:** The rate of RSV bronchiolitis was 23.33%. Most of patients were under 12 months of age. The most common symptoms were cough

(100%), clear rhinorrhea (> 85%) and wheezing (> 78%). Fever was less common (< 70%). The most common signs were tachypnea (> 84%), wheezes (> 90%), retractions (> 78%), rhonchus (> 78%), reduced breath sound (> 61%). Coarse crackles were less common (< 35%). RDAI score correlated negatively with ages ($r = -0.595$; $p < 0.01$); correlated positively with respiratory rate ($r = 0.92$; $p < 0.01$). Mean RDAI score in children with reduced breath sound was significantly higher than in ones with normal breath sound (9.22 ± 4.36 vs. 7.37 ± 4.15 ; $p < 0.05$). Mean RDAI score in children with hyperinflation on CXR was significantly higher than in ones with no hyperinflation on CXR (10.29 ± 3.97 vs. 6.66 ± 3.91 ; $p < 0.01$). **Conclusion:** Differentiation between RSV bronchiolitis and non-RSV bronchiolitis is not necessary and not useful. The severity of acute bronchiolitis can be assessed by age, respiratory rate, breath sound, and sign of hyperinflation on CXR.

Keywords: *Acute bronchiolitis, RDAI, children.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tiểu phế quản cấp (VTPQC) là một bệnh phổ biến của đường hô hấp dưới ở trẻ nhỏ dưới 2 tuổi, nhất là trẻ từ 3-6 tháng tuổi. VTPQC có thể xảy ra thành dịch hàng năm, cao điểm vào giữa đông và đầu xuân. Tỷ lệ vào viện cao nhất ở trẻ dưới 6 tháng tuổi và trẻ có sẵn bệnh lý tim mạch - hô hấp. Virus hợp bào hô hấp là nguyên nhân hàng đầu gây VTPQC. Các tác nhân khác như human metapneumovirus, rhinovirus, adenovirus, parainfluenza virus, enterovirus, influenza virus và đôi khi cả mycoplasma có thể đưa đến bệnh cảnh lâm sàng tương tự như VTPQC do virus hợp bào hô hấp. Cho đến nay, các nhà khoa học vẫn chưa có đủ dữ liệu dịch tễ học của VTPQC ở các nước đang phát triển. Ở trong nước và trong khu vực, hiện chưa có nhiều nghiên cứu về VTPQC. Để góp phần tìm hiểu các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của VTPQC trong bối cảnh chưa triển khai rộng rãi các kỹ thuật chẩn đoán chính xác tác nhân gây bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em từ 2 tháng đến 2 tuổi”** với 2 mục tiêu:

- *Mô tả một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của VTPQC do RSV và không do RSV ở trẻ từ 2 tháng đến 2 tuổi.*
- *Liên quan giữa thang điểm đánh giá*

suy hô hấp RDAI trong VTPQC với các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

90 bệnh nhi từ 2 tháng đến 2 tuổi được chẩn đoán VTPQC vào điều trị tại Phòng Hô hấp và Phòng Cấp cứu, Khoa Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian từ tháng 04/2010 đến tháng 03/2011 được chọn vào nghiên cứu dựa trên các tiêu chuẩn sau:

- Tiêu chuẩn chọn: tuổi < 24 tháng; lâm sàng (ho, sò sè không đáp ứng hoặc ít đáp ứng với thuốc giãn phế quản, tần số thở nhanh, rút lõm lồng ngực, rì rào phế nang giảm ở 2 phế trường, có thể có ran rít, ngáy), X-quang ngực (hình ảnh căng dẫn lồng ngực, mờ rải rác).

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bố mẹ hoặc người chăm sóc không chấp thuận tham gia nghiên cứu; bệnh nhi ngoài lứa tuổi cần nghiên cứu; trẻ bị sò sè lần thứ hai trở lên; nghi ngờ viêm phổi do vi khuẩn (xét nghiệm có CRP > 20 mg/l hoặc bạch cầu tăng với bạch cầu đa nhân trung tính ưu thế).

- Đánh giá độ nặng: dựa vào điểm số RDAI của tác giả Lowell đánh giá suy hô hấp dựa vào sò sè và co kéo. Điểm số RDAI là tổng điểm của mỗi dòng, điểm số càng cao thì bệnh càng nặng [5].

Triệu chứng	Điểm					
	0	1	2	3	4	Tối đa
Sò sè						
Kỳ thở ra	Không	Cuối	$\frac{1}{2}$ đầu	$\frac{3}{4}$ đầu	Cả kỳ	4
Kỳ hít vào	Không	Một phần	Cả kỳ	----	----	2
Số trường phổi có sò sè	0	1 hoặc 2	3 hoặc 4	----	----	2
Co kéo						
Thượng đòn	Không	Nhẹ	Trung bình	Rõ	----	3
Liên sườn	Không	Nhẹ	Trung bình	Rõ	----	3
Dưới sườn	Không	Nhẹ	Trung bình	Rõ	----	3
Tổng						17

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Các biến số nghiên cứu: Các thông số dịch tễ học; triệu chứng toàn thân và cơ năng; triệu chứng thực thể; cận lâm sàng (công thức máu ngoại vi, nồng độ CRP, X-quang ngực thẳng, xét nghiệm PCR RSV dịch mũi họng), thang điểm đánh giá suy hô hấp (RDAI).

- Các bước nghiên cứu: Những trẻ trong diện nghiên cứu được hỏi bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng, chụp X-quang ngực; lấy máu để làm các xét nghiệm công thức máu, CRP; lấy dịch mũi họng để làm xét nghiệm PCR RSV

2.3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê

y học có sử dụng phần mềm Stata 11.0 và Microsoft Excel 2007 với các thuật toán thống kê: trung bình và độ lệch chuẩn (cho các biến định lượng); kiểm định sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng test χ^2 , hiệu chỉnh test theo Yate khi có một giá trị tần suất < 5 ; kiểm định sự khác biệt giữa các giá trị trung bình bằng test t-student; kiểm định mối tương quan giữa hai biến định lượng bằng cách tính hệ số tương quan r.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng

3.1.1. Tỷ lệ VTPQC do RSV

Tỷ lệ nhiễm RSV trong số trẻ VTPQC của nhóm nghiên cứu là 23,33% (21/90).

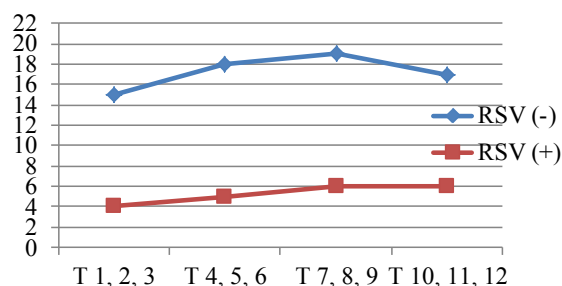
3.1.2. Lứa tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo lứa tuổi

Tuổi (tháng)	Nhóm RSV (+)		Nhóm RSV (-)		p
	n	%	n	%	
< 6 tháng	7	33,33	33	47,83	> 0,05
6 tháng-12 tháng	8	38,10	23	33,33	
>12 tháng-24 tháng	6	28,57	13	18,84	
Tổng cộng	21	100	69	100	90

Nhận xét: Đa số trẻ mắc bệnh ở nhóm ≤ 12 tháng tuổi. Phân bố tuổi ở nhóm bệnh nhi VTPQC RSV (+) khác biệt không có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhi RSV (-) ($p > 0,05$).

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo mùa



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo mùa

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân VTPQC tăng cao vào những tháng 7, 8 và 9. Phân bố bệnh nhân theo mùa khác biệt không có ý nghĩa giữa nhóm RSV (+) và nhóm RSV (-) ($p > 0,05$).

3.1.4. Đặc điểm triệu chứng toàn thân và cơ năng

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng toàn thân và cơ năng

Triệu chứng		Nhóm RSV (+)		Nhóm RSV (-)		p
		n	%	n	%	
Ho		21	100	69	100	> 0,05
Chảy nước mũi		18	85,71	62	89,86	> 0,05
Sò sè		19	90,47	54	78,26	> 0,05
Nhiệt độ (°C)	Sốt ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$)	12	57,14	48	69,57	> 0,05
	Trung bình	$37,67 \pm 0,55$		$37,73 \pm 0,46$		> 0,05

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng thường gặp ở trẻ VTPQC lần lượt là ho, chảy nước mũi và sò sè. Tỷ lệ trẻ có sốt không cao lắm. Tỷ lệ các triệu chứng cơ năng và mức độ sốt khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm RSV (+) và RSV (-) ($p > 0,05$).

3.1.5. Triệu chứng thực thể

Bảng 3. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng		Nhóm RSV (+)		Nhóm RSV (-)		p
		n	%	n	%	
Tần số thở	Thở nhanh	20	95,24	58	84,06	>0,05
	Tần số thở (lần/phút)	$62,81 \pm 13,01$		$59,09 \pm 14,12$		>0,05
Dấu co kéo	Có co kéo	19	90,48	54	78,26	>0,05
	Không co kéo	2	9,52	15	21,74	
Rung thanh	Giảm	12	57,14	45	65,22	>0,05
	Không giảm	9	42,86	24	34,78	
Rì rào phế nang	Giảm	13	61,90	47	68,12	>0,05
	Không giảm	8	38,10	22	31,88	
Ran phổi	Ran rít	19	90,48	63	91,30	>0,05
	Ran ngáy	17	80,95	54	78,26	
	Ran ẩm	6	28,57	24	34,78	

Nhận xét: Các triệu chứng thực thể thường gặp ở trẻ VTPQC lần lượt là thở nhanh, ran rít, dấu hiệu co kéo, ran ngáy, rì rào phế nang giảm và rung thanh giảm. Ít gặp dấu hiệu ran ẩm. Tỷ lệ các triệu chứng thực thể và tần số thở trung bình khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm RSV (+) và RSV (-) ($p > 0,05$).

3.1.6. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng

Thông số cận lâm sàng		Nhóm RSV (+)	Nhóm RSV (-)	p
Bạch cầu	Số lượng BC ($\times 10^9/l$)	12,89 $\pm$ 4,89	12,04 $\pm$ 3,56	>0,05
	Lympho (%)	57,08 $\pm$ 11,9	58,49 $\pm$ 11,71	>0,05
	BC hạt đa nhân (%)	31,03 $\pm$ 11,32	31,15 $\pm$ 10,92	>0,05
Nồng độ CRP trung bình (mg/l)		3,71 $\pm$ 2,88	4,23 $\pm$ 2,57	>0,05

Nhận xét: Số lượng bạch cầu, tỷ lệ các loại bạch cầu máu ngoại vi khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm RSV (+) và RSV (-) ($p > 0,05$). Ở mỗi nhóm, số lượng bạch cầu tăng nhẹ, bạch cầu lympho chiếm ưu thế. Nồng độ CRP huyết thanh trung bình khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm trẻ RSV (+) và RSV (-) ($p > 0,05$)

3.2. Liên quan giữa thang điểm đánh giá suy hô hấp RDAI trong VTPQC với các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

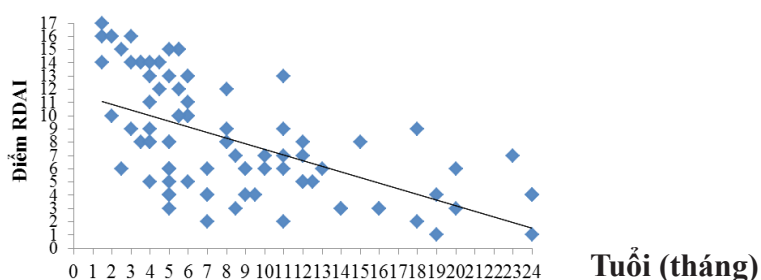
3.2.1. Liên quan giữa thang điểm đánh giá suy hô hấp RDAI với nguyên nhân gây VTPQC

Bảng 5. Liên quan giữa thang điểm đánh giá suy hô hấp RDAI với nguyên nhân gây VTPQC

Điểm số RDAI trung bình	Nhóm RSV (+)	Nhóm RSV (-)	p
	8,43 $\pm$ 4,30	7,91 $\pm$ 4,31	> 0,05

Nhận xét: Điểm số RDAI trung bình khác biệt không có ý nghĩa giữa 2 nhóm RSV (+) và RSV (-) ($p > 0,05$).

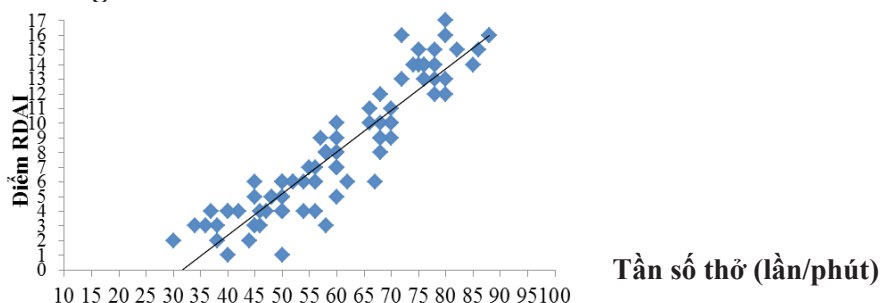
3.2.2. Tương quan giữa thang điểm RDAI và tuổi



Biểu đồ 2. Tương quan giữa thang điểm RDAI và tuổi

Nhận xét: Điểm số RDAI tương quan nghịch mức độ chặt với tuổi bệnh nhi ($p < 0,01$; $r = -0,595$). Trẻ càng nhỏ càng dễ bị VTPQC nặng.

3.2.3. Tương quan giữa thang điểm RDAI và tần số thở



Biểu đồ 3. Tương quan giữa thang điểm RDAI và tần số thở

Nhận xét: Điểm số RDAI có tương quan thuận rất chặt với tần số thở ($p < 0,01$; $r = 0,92$).

3.2.4. Liên quan giữa thang điểm RDAI và thông khí phổi

Bảng 6. Liên quan giữa thang điểm RDAI và thông khí phổi

Thông khí phổi	Điểm RDAI trung bình	p
Có giảm	9,22 ± 4,36	< 0,05
Không giảm	7,37 ± 4,15	

Nhận xét: Điểm RDAI trung bình ở nhóm bệnh nhi có thông khí phổi giảm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhi có thông khí phổi không giảm ($p < 0,05$).

3.2.5. Liên quan giữa thang điểm RDAI và biểu hiện ứ khí trên X-quang ngực

Bảng 7. Liên quan giữa thang điểm RDAI và biểu hiện ứ khí trên X-quang ngực

Biểu hiện ứ khí trên X-quang ngực	Điểm RDAI trung bình	p
Có ứ khí	10,29 ± 3,97	< 0,01
Không có ứ khí	6,66 ± 3,91	

Nhận xét: Điểm RDAI trung bình ở nhóm trẻ có biểu hiện ứ khí trên X-quang ngực cao hơn có ý nghĩa so với nhóm trẻ không có biểu hiện ứ khí ($p < 0,01$).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ VTQPC do RSV chiếm tỷ lệ 23,33% (21/90). Kết quả này thấp hơn của các tác giả trong nước và trên thế giới [1], [3], [7], [8]. Sự khác nhau giữa kết quả của chúng tôi với các tác giả khác có thể do bởi yếu tố khí hậu, địa lý. Mặt khác, có thể do bởi xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân RSV của chúng tôi khác với các tác giả khác.

Theo các nghiên cứu trong nước và thế giới thì VTPQC chủ yếu ở trẻ dưới 12 tháng, và đặc biệt cao ở nhóm trẻ dưới 6 tháng; phân bố tuổi ở nhóm bệnh nhi VTPQC RSV (+) khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhi RSV (-) ($p > 0,05$) [1], [3], [4], [6], [8]. Như vậy, kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác về độ tuổi thường gặp VTPQC là dưới 12 tháng tuổi, tập trung cao nhất ở nhóm tuổi dưới 6 tháng. VTPQC tăng vào những tháng 7, 8 và 9; tuy nhiên, mô hình dịch tễ không rõ ràng, không có sự tăng số lượng bệnh nhân nổi bật theo mùa. Nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Minh Hồng (2004) [1] cũng có kết quả tương tự.

Kết quả nghiên cứu về đặc điểm triệu chứng

cơ năng của VTPQC do RSV và không do RSV của chúng tôi như sau: các triệu chứng phổ biến là ho (RSV (+): 100%; RSV (-): 100%), chảy nước mũi (RSV (+): 85,71%; RSV (-): 89,86%), thở sò sè (RSV (+): 90,47%; RSV (-): 78,26%). Triệu chứng sốt không phổ biến, trẻ không sốt cao. Tuy nhiên, tỷ lệ các triệu chứng cơ năng và mức độ sốt khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm RSV (+) và RSV (-) ($p > 0,05$). Đặc điểm triệu chứng cơ năng trong nghiên cứu của các tác giả khác cũng tương tự [1], [2], [3], [4].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về các triệu chứng thực thể của VTPQC do RSV và không do RSV như sau: phổ biến là thở nhanh (RSV (+): 95,24%; RSV (-): 84,06%), co kéo (RSV (+): 90,48%; RSV (-): 78,26%), ran rít (RSV (+): 90,48%; RSV (-): 91,30%), ran ngáy (RSV (+): 80,95%; RSV (-): 78,26%). Triệu chứng ít phổ biến là ran ẩm. Tuy nhiên, tỷ lệ các triệu chứng thực thể và tần số thở trung bình khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm RSV (+) và RSV (-) ($p > 0,05$). Các tác giả trong và ngoài nước cũng có kết quả tương tự với các triệu chứng thực thể thường gặp là thở nhanh, ran rít, thở gắng sức [1], [2], [4].

Đặc điểm cận lâm sàng thể hiện: số lượng bạch cầu, tỷ lệ các loại bạch cầu máu ngoại vi khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm RSV (+) và RSV (-) ($p > 0,05$). Ở mỗi nhóm, số lượng bạch cầu tăng nhẹ, bạch cầu lympho chiếm ưu thế. Nồng độ CRP huyết thanh không tăng. Nồng độ CRP huyết thanh trung bình ở 2 nhóm RSV (+) và nhóm RSV (-) lần lượt là $3,71 \pm 2,88 \text{ mg/l}$ và $4,23 \pm 2,57 \text{ mg/l}$. Kết quả của chúng tôi tương tự các tác giả khác [1], [2], [3], [9]. Đặc điểm công thức máu ngoại vi và CRP như mô tả ở trên đặc trưng cho bệnh nhiễm virus.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm số đánh giá mức độ nặng VTPQC RDAI trung bình khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm RSV (+) và RSV (-) ($p > 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Minh Hồng (2004) [1] cũng cho thấy mức độ nặng khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm RSV (+) và RSV (-) ($p > 0,05$). RSV không có ý nghĩa tiên đoán VTPQC nặng ($RR = 0,6$; $p = 0,104$) hoặc rất nặng ($RR = 0,81$; $p = 0,818$). Tác giả Calvo C. và cộng sự [3] đánh giá mức độ nặng của VTPQC dựa vào độ bão hòa oxy máu cũng có kết quả tương tự.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có tương quan nghịch mức độ chặt giữa điểm số RDAI với tuổi bệnh nhi ($p < 0,01$; $r = -0,595$). Trẻ càng nhỏ càng dễ bị VTPQC nặng. Kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Minh Hồng (2002) [1] cũng cho thấy có sự liên quan giữa tuổi bệnh nhi và mức độ nặng của bệnh. Theo phân tích đơn biến trẻ dưới 3 tháng tuổi có ý nghĩa tiên đoán VTPQC nặng ($RR = 3,76$; $p < 0,001$) và rất nặng ($RR = 16$, $p < 0,01$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm số RDAI tương quan thuận rất chặt với tần số thở ($p < 0,01$; $r = 0,92$). Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Minh Hồng (2002) [1] thở nhanh có liên quan mức độ nặng của bệnh ($p < 0,01$). Theo phân tích đơn biến cho thấy tần số thở nhanh ≥ 60 lần/phút có ý nghĩa tiên

đoán VTPQC nặng ($RR = 2,65$; $p < 0,001$). Tần số thở nhanh ≥ 70 lần/phút có ý nghĩa tiên đoán rất nặng (cần thông khí hỗ trợ) theo phân tích đơn biến $RR = 2,81$ và $p < 0,05$.

Bệnh nhi có thông khí phổi giảm điểm số RDAI trung bình cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhi có thông khí phổi không giảm ($t = 1,98$; $p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Minh Hồng (2004) [1] cũng cho thấy có liên quan giữa mức độ nặng của VTPQC với biểu hiện thông khí phổi giảm hoặc mất ($p < 0,05$). Theo phân tích đơn biến thì thông khí phổi giảm hoặc mất có ý nghĩa tiên đoán VTPQC rất nặng (cần thông khí hỗ trợ) với $RR = 10,53$ và $p < 0,01$.

Nhóm bệnh nhi có biểu hiện ứ khí trên X-quang ngực có điểm số RDAI trung bình cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có biểu hiện ứ khí trên X-quang ngực ($p < 0,01$). Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Minh Hồng (2004) [1] có sự liên quan giữa ứ khí trên X-quang ngực và mức độ nặng của bệnh ($p < 0,05$).

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của VTPQC ở trẻ em từ 2 tháng đến 2 tuổi chúng tôi rút ra được một số kết luận sau:

5.1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của VTPQC do RSV và không do RSV ở trẻ em từ 2 tháng đến 2 tuổi

- Tỷ lệ VTPQC do RSV trong nhóm nghiên cứu là 23,33%.

- Số lượng bệnh nhi VTPQC tăng cao vào những tháng 7, 8 và 9.

- Đa số trẻ mắc bệnh ở nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi.

- Triệu chứng cơ năng thường gặp lần lượt là ho (100%), chảy nước mũi (trên 85%) và sò sè (trên 78%), ít trẻ có sốt. Triệu chứng thực thể thường gặp lần lượt là thở nhanh (trên 84%), ran rít (trên 90%), có dấu co kéo (trên 78%), ran ngáy (trên 78%), rì rào phế

nang giảm (trên 61%) và rung thanh giảm. Số lượng bạch cầu máu ngoại vi tăng nhẹ, bạch cầu lympho chiếm ưu thế. Nồng độ CRP huyết thanh trung bình không tăng. Tỷ lệ các triệu chứng cơ năng, thực thể và các thông số cận lâm sàng khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm RSV (+) và nhóm RSV (-) ($p > 0,05$).

5.2. Liên quan giữa thang điểm đánh giá suy hô hấp RDAI trong VTPQC với các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

- Điểm số RDAI trung bình khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm RSV (+) và nhóm RSV (-) ($8,43 \pm 4,30$ so với $7,91 \pm 4,31$; $p > 0,05$).

- Điểm số RDAI có tương quan nghịch mức độ chặt với tuổi bệnh nhi ($r = -0,595$; $p < 0,01$); tương quan thuận mức độ rất chặt với tần số thở ($r = 0,92$; $p < 0,01$).

- Điểm RDAI trung bình ở nhóm trẻ có thông khí phổi giảm cao hơn có ý nghĩa so với so với nhóm thông khí phổi không giảm ($9,22 \pm 4,36$ so với $7,37 \pm 4,15$; $p < 0,05$).

- Điểm RDAI trung bình ở nhóm trẻ có biểu hiện ứ khí trên X-quang ngực cao hơn có ý nghĩa so với nhóm trẻ không có biểu hiện ứ khí ($10,29 \pm 3,97$ so với $6,66 \pm 3,91$; $p < 0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Minh Hồng (2004), *Vai trò của virus hợp bào hô hấp trong viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em và các yếu tố tiên lượng*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Đoàn 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 từ 1/2005-9/2005”, *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 38 (5), tr. 214-218.
3. Calvo C, Pozo F, García-García ML, Sanchez M, Lopez-Valero M, Pérez-Breña P, Casas I (2010), “Detection of new respiratory viruses in hospitalized infant with bronchiolitis: a three-year prospective study”, *Acta Paediatr*, 99(6), pp. 883-887.
4. Hall CB, Weinberg GA, Iwane MK, Blumkin AK, Edwards KM, Staat MA, Auinger P, Griffin MR, Poehling KA, Erdman D, Grijalva CG, Zhu Y, Szilagyi P (2009), “The burden of respiratory syncytial virus infection in young children”, *N Engl J Med*, 360(6), pp. 588-98.
5. Lowell DI, Lister G, Von Koss H, McCarthy P (1987), “Wheezing in infants: the response to epinephrine”, *Pediatrics*, 79(6), pp. 939-45.
6. McIntosh K (2008), “Respiratory syncytial virus”, *Nelson Textbook of Pediatric*, 18th Edition, pp. 1388-1390.
7. Molinari Such M, García I, García L, Puig G, Pedraza L, Marín J, Valcárcel M (2005), “Respiratory syncytial virus-related bronchiolitis in Puerto Rico”, *P R Health Sci J*, 24(2), pp. 137-140.
8. Saijo M, Takahashi S, Kokubo M, Saino T, In-Yaku F, Ishii T, Takimoto M, Takahashi Y (1994), “The role of respiratory syncytial virus in acute bronchiolitis in small children in northern Japan”, *Acta Paediatr Jpn*, 36(4), pp. 371-374.
9. Saijo M, Ishii T, Kokubo M, Murono K, Takimoto M, Fujita K (1996), “White blood cell count, C-reactive protein and erythrocyte sedimentation rate in respiratory syncytial virus infection of the lower respiratory tract”, *Acta Paediatr Jpn*, 38(6), pp. 596-600.