

DOI: 10.58490/ctump.2025i85.3440

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN
ĐẾN VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP MỨC ĐỘ NẶNG Ở TRẺ EM
TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ**

Phạm Bảo Toàn, Nguyễn Ngọc Rạng, Ngô Chí Quang*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: ngochiquang@ctump.edu.vn*

Ngày nhận bài: 05/02/2025

Ngày phản biện: 19/3/2025

Ngày duyệt đăng: 25/3/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tiểu phế quản là nguyên nhân nhập viện phổ biến nhất ở trẻ em dưới 24 tháng tuổi. Bệnh do nhiễm vi-rút hợp bào hô hấp (RSV), có thể gây khó thở và suy hô hấp. Do đó, cần phát hiện các yếu tố liên quan của viêm tiểu phế quản nặng để chẩn đoán và điều trị kịp thời. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp và phân tích một số yếu tố liên quan đến viêm tiểu phế quản cấp nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 105 bệnh nhi <24 tháng tuổi nhập viện do viêm tiểu phế quản cấp tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2023-2025. **Kết quả:** Trẻ nam chiếm đa số (55,2%) với tỷ lệ nam/nữ gần bằng 1,2/1, trẻ <6 tháng chiếm đa số (53,3%). Ho (100%) và khò khè (97,1%) là 2 triệu chứng lâm sàng chính khiến trẻ nhập viện. Điểm số đánh giá độ nặng lâm sàng (MCBS) giúp xác định được 15 trường hợp (chiếm 14,3%) trẻ bị viêm tiểu phế quản cấp nặng. Các yếu tố liên quan đến viêm tiểu phế quản cấp nặng bao gồm trẻ nam, sinh non và suy dinh dưỡng làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh nặng ($p<0,05$). **Kết luận:** Viêm tiểu phế quản cấp có chỉ định nhập viện thường gặp ở trẻ nam, <6 tháng tuổi. Trong đó giới tính nam, sinh non và suy dinh dưỡng là các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm tiểu phế quản cấp.

Từ khóa: trẻ em, viêm tiểu phế quản cấp, yếu tố liên quan.

ABSTRACT

**CLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS RELATED
TO ACUTE SEVERE BRONCHIOLITIS IN CHILDREN
AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL**

Phạm Bao Toàn, Nguyễn Ngọc Rạng, Ngô Chí Quang*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Bronchiolitis is the most common cause of hospitalization in children under 24 months of age. The disease is caused by respiratory syncytial virus (RSV), which can lead to dyspnea and respiratory distress. Hence, identifying the factors related to severe bronchiolitis is crucial for timely diagnosis and treatment. **Objectives:** To describe the clinical characteristics of acute bronchiolitis and analyze several factors associated with severe acute bronchiolitis. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 105 acute bronchiolitis admissions <24 months at Can Tho Children's Hospital in 2023-2025. **Results:** Males accounted for the majority (55.2%), with the male/female ratio was nearby 1.2/1. Children <6 months accounted for the majority (53.3%). Cough (100%) and wheezing (97.1%) were the two main clinical symptoms leading to hospitalization. The Modified Cincinnati Bronchiolitis Score (MCBS) identified 15 cases (14.3%) of severe acute bronchiolitis. Malnutrition, preterm birth, and male gender significantly increased the risk of severe disease ($p<0,05$). **Conclusion:** Hospitalized cases

of acute bronchiolitis were mostly male infants under six months of age. Male gender, preterm birth, and malnutrition often contributed to severe cases.

Keywords: *pediatric patients, bronchiolitis, related factors.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tiểu phế quản cấp (VTPQC) là một bệnh nhiễm trùng cấp tính đường hô hấp dưới, ở tiểu phế quản là cấu trúc đường dẫn khí có đường kính dưới 2mm. Bệnh xảy ra phổ biến ở trẻ nhỏ dưới 2 tuổi, nhất là trẻ 3-6 tháng tuổi. Đây là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến nhập viện ở trẻ em, gây gánh nặng lớn lên hệ thống y tế, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển [1]. Vi-rút 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 pneumonia* cũng có thể đưa đến bệnh cảnh lâm sàng tương tự như VTPQC do vi-rút hợp bào hô hấp [2], [3].

Về lâm sàng, VTPQC được đặc trưng bởi khó thở thì thở ra ở trẻ nhỏ, trong khi ho, thở nhanh, rút lõm ngực, ran ngáy, và tiếng khò khè là các triệu chứng không điển hình. Lâm sàng bệnh có diễn biến đa dạng và phức tạp, với các triệu chứng từ nhẹ đến nặng và có thể nhanh chóng dẫn đến suy hô hấp. Do đó, bệnh nhi cần được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời để tránh nguy cơ tử vong. Nhiều yếu tố tác động làm tăng nguy cơ mắc VTPQC nặng (như môi trường sống đông đúc, nhiễm khói thuốc lá, thiếu sữa mẹ, sinh non, suy dinh dưỡng), từ đó làm kéo dài thời gian nằm viện và tăng tỷ lệ tử vong [4],[5],[6].

Hiểu rõ các đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của bệnh là cơ sở quan trọng để xây dựng chiến lược chẩn đoán, điều trị và dự phòng hiệu quả, góp phần làm giảm tỷ lệ nhập viện, các biến chứng nặng cũng như tỷ lệ tử vong ở trẻ em. Do đó nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng của VTPQC và phân tích một số yếu tố liên quan đến VTPQC nặng ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhi từ 1-24 tháng tuổi vào điều trị tại khoa nội Hô Hấp tại bệnh viện nhi đồng Cần Thơ được chẩn đoán là VTPQC từ tháng 06/2023 đến tháng 01/2025.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhi từ 1 tháng đến 24 tháng điều trị tại khoa Hô Hấp bệnh viện nhi đồng Cần Thơ được chẩn đoán VTPQC. Trẻ được chẩn đoán VTPQC chủ yếu dựa vào lâm sàng và có đủ ít nhất 2 xét nghiệm: Công thức máu và X-quang phổi.

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán:**

+ Chẩn đoán chủ yếu dựa vào bệnh sử và khám lâm sàng: Trẻ nhỏ từ 1 tháng đến dưới 24 tháng tuổi, khởi phát bởi triệu chứng viêm long hô hấp trên (sốt nhẹ hoặc không sốt, sổ mũi, ho khan, hắt hơi) kéo dài 1-3 ngày, sau đó là viêm đường hô hấp dưới với biểu hiện khò khè, ran phổi (ran ngáy, ran rít, ran ẩm nhỏ hạt, trường hợp nặng có thể không nghe được phế âm) và có thể tiến triển đến suy hô hấp (thở nhanh, co kéo các cơ hô hấp phụ, tím).

+ Cận lâm sàng: X-quang phổi đặc trưng là hình ảnh ứ khí có hoặc không kèm xẹp phổi hoặc thâm nhiễm mô kẽ-phế nang [6].

+ Chẩn đoán độ nặng của VTPQC: Dựa trên thang điểm viêm tiểu phế quản Cincinnati đã chỉnh sửa (Modified Cincinnati Bronchiolitis Score-MCBS) [4].

Bảng 1. Thang điểm viêm tiểu phế quản Cincinnati đã chỉnh sửa (MCBS)

	0 điểm	1 điểm	2 điểm
Tần số thở theo tuổi khi nằm yên	Bình thường	Nhanh	
Sử dụng cơ hô hấp phụ	Không co kéo	Co kéo trung bình	Co kéo nặng
Trao đổi khí (nghe)	Bình thường	Giảm một vùng	Giảm nhiều vùng
Khò khè	Không/Cuối thì thở ra	Suốt thì thở ra	Cả 2 thì
Tổng điểm	Tối đa = 7 điểm		
Đánh giá: Nhẹ: 0-2 điểm; Trung bình: 3-5 điểm; Nặng: 6-7 điểm			

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Trẻ khò khè hơn 2 lần, đã được chẩn đoán mắc hen phế quản, người nhà không đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu hoặc tự bỏ về trong lúc điều trị.

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

+ Thời gian: Từ tháng 06/2023 đến tháng 01/2025.

+ Địa điểm: Khoa Hô Hấp bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:**

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Với: n: Cỡ mẫu; α : Mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha=0,05$ ứng với khoảng tin cậy 95%; Z là hệ số tin cậy, với $\alpha=0,05$ thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; $d=0.06$ (sai số mong muốn); p: Tỷ lệ triệu chứng cơ năng của trẻ VTPQC. Theo tác giả Lê Vũ Tường Vân tỷ lệ VTPQC có triệu chứng ho là 89,7% hay $p=0,89$ [7]. Thay vào công thức ta tính được $n \approx 105$. Chúng tôi đã thu thập được 105 bệnh nhi thỏa tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

- **Nội dung nghiên cứu:**

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, tình trạng dinh dưỡng, sinh non, hút thuốc lá thụ động, thiếu sữa mẹ.

- Đặc điểm lâm sàng: Các triệu chứng gồm ho, khò khè, thở nhanh, chảy nước mũi, rút lõm lồng ngực, sốt, rối loạn tiêu hóa, phân độ nặng dựa vào thang điểm MCBS.

- Một số yếu tố liên quan đến VTPQC nặng:

+ Giới tính

+ Tuổi: ≤ 6 tháng và > 6 tháng

+ Tình trạng suy dinh dưỡng: Dựa vào cân nặng và chiều cao theo tuổi theo tiêu chuẩn tăng trưởng của WHO, năm 2006.

+ Sinh non: Khi tuổi thai dưới 37 tuần

+ Hút thuốc lá thụ động: Ghi nhận trẻ sống trong gia đình có người thân hút thuốc lá trên 5 điếu mỗi ngày.

+ Thiếu sữa mẹ: Không được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 6 tháng đầu.

- **Đánh giá và giám sát:** Trẻ được thăm khám, đánh giá và khai thác các yếu tố liên quan tại thời điểm nhập viện, quá trình điều trị và thời điểm trẻ được cho ra viện.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Mô tả các biến định lượng có phân phối chuẩn bằng trung bình và độ lệch chuẩn, các biến lượng không có phân phối chuẩn được mô tả bằng trung vị với giá trị nhỏ nhất và lớn nhất. Các biến định tính được trình bày bằng

tần số và tỷ lệ. So sánh các biến định lượng có phân phối chuẩn bằng phép kiểm t hoặc phép kiểm Mann-Whitney nếu không có phân phối chuẩn. Dùng phép kiểm χ^2 hoặc Fisher's Exact cho các biến định tính. Các test được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$. Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Đảm bảo sự đồng ý thuận của bố mẹ bệnh nhi trước khi tiến hành nghiên cứu. Bố mẹ bệnh nhi có quyền tự nguyện rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt ngày 31/05/2023, số 23.100.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm nghiên cứu thu thập được 105 bệnh nhân viêm tiểu phế quản cấp, trong đó có 90 bệnh nhi thuộc nhóm nhẹ-trung bình, 15 bệnh nhi thuộc nhóm nặng.

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhi viêm tiểu phế quản cấp

Bảng 2. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm chung		Tần số (n=105)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	58	55,2
	Nữ	47	44,8
Tuổi	< 6 tháng	56	55,3
	6-12 tháng	36	34,4
	13-24 tháng	13	12,3
Sinh non	Có	23	21,9
	Không	82	78,1
Suy dinh dưỡng	Có	16	15,2
	Không	89	84,8
Hút thuốc lá thụ động	Có	74	70,5
	Không	31	29,5
Thiếu sữa mẹ	Có	54	51,4
	Không	51	48,6

Nhận xét: Trẻ nam mắc VTPQC chiếm tỷ lệ cao hơn trẻ nữ với tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,2/1. Trẻ < 6 tháng tuổi chiếm đa số với tỷ lệ 53,5%, từ 6 đến 12 tháng chiếm tỷ lệ 34,4% và từ trên 12 đến 24 tháng chiếm tỷ lệ 12,3%. Số trẻ sinh non chiếm tỷ lệ là 21,9%; về tình trạng dinh dưỡng, có 16 trẻ bị suy dinh dưỡng chiếm 15,2%. Về tình trạng hút thuốc lá thụ động và thiếu sữa mẹ, có 74 trẻ nhiễm thuốc lá thụ động và 54 trẻ thiếu sữa mẹ lần lượt chiếm tỷ lệ 70,5% và 51,4%.

3.2. Các đặc điểm lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp

Bảng 3. Các triệu chứng lâm sàng.

Triệu chứng		Tần số (n=105)	Tỷ lệ (%)
Sốt	Không sốt	54	51,4
	Nhẹ	21	20,0
	Vừa	26	24,8
	Cao	4	3,8
Rối loạn tiêu hóa	Không	52	49,5
	Nôn	30	28,6
	Tiêu lỏng	14	13,3
	Nôn + tiêu lỏng	9	8,6
Hô hấp	Ho	105	100,0

Triệu chứng	Tần số (n=105)	Tỷ lệ (%)
Chảy nước mũi	61	58,1
Khò khè	102	97,1
Thở nhanh	66	62,9
Rút lõm lồng ngực	51	48,6

Nhận xét: Có 48,6% trẻ có sốt, trong đó không sốt và sốt nhẹ chiếm ưu thế gần $\frac{3}{4}$ số bệnh nhi. Đa số trẻ VTPQC có rối loạn tiêu hóa kèm theo chiếm 50,5%, nhiều nhất là nôn chiếm gần 60%. Đối với các triệu chứng hô hấp, ho và khò khè là triệu chứng nổi bật chiếm lần lượt tỷ lệ 100% và 97,1%, chảy nước mũi 58,1%, thở nhanh 62,9% và co lõm ngực 48,6%.

Bảng 4. Phân độ nặng của viêm tiểu phế quản cấp.

Mức độ	Tần số (n=105)	Tỷ lệ (%)
Nhẹ - Trung bình	90	85,7
Nặng	15	14,3

Nhận xét: về mức độ nặng của bệnh VTPQC, có 90 trẻ (chiếm 85,7%) trẻ bị viêm tiểu phế quản mức độ từ nhẹ đến trung bình, và có 15 trẻ (chiếm 14,3%) bị VTPQC mức độ nặng.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của VTPQC

Bảng 5. Mối liên quan giữa một số yếu tố với mức độ nặng của VTPQC.

Yếu tố liên quan		Số bệnh nhi	VTPQC nhẹ-trung bình n (%)	VTPQC nặng n (%)	OR (95% CI)	p
Giới tính	Nam	58	46 (79,3)	12 (20,7)	3,82 (1,01-14,5)	p<0,05
	Nữ	47	44 (93,6)	3 (6,4)		
Sinh non (<37 tuần)	Có	23	16 (69,6)	7 (30,4)	4,07 (1,28-12,7)	p<0,05
	Không	82	74 (90,2)	8 (9,8)		
Suy dinh dưỡng	Có	16	10 (62,5)	6 (37,5)	5,33 (1,57-18,1)	p<0,05
	Không	89	80 (89,9)	9 (10,1)		
Tuổi (tháng)	≤ 6 tháng	67	60 (89,6)	7 (10,4)	2,28 (0,76-6,9)	p>0,05
	> 6 tháng	38	30 (78,9)	8 (21,1)		
Hút thuốc lá thụ động	Có	74	64 (86,5)	10 (13,5)	0,81 (0,25-2,6)	p>0,05
	Không	31	26 (83,9)	5 (16,1)		
Thiếu sữa mẹ	Có	54	47 (87)	7 (13)	0,8 (0,27-2,39)	p>0,05
	Không	51	43 (84,3)	8 (15,7)		

Nhận xét: Tỷ lệ mắc VTPQC nặng ở nhóm trẻ nam (20,7%) cao hơn nhóm trẻ nữ (6,4%), và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Tương tự, tỷ lệ mắc VTPQC cấp nặng ở nhóm trẻ sinh non (30,4%) và bị suy dinh dưỡng (37,5%) là cao hơn nhóm không sinh non (9,8%) và không suy dinh dưỡng (10,1%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Tỷ lệ mắc VTPQC cấp nặng ở trẻ <6 tháng tuổi (10,4%), có hút thuốc lá thụ động (13,5%) và thiếu sữa mẹ (13%) đều thấp hơn nhóm >6 tháng tuổi (21,1%), không hút thuốc lá thụ động (16,1%) và không thiếu sữa mẹ (15,7%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ trẻ nam chiếm đa số với 55,2%. Phân theo độ tuổi, tỷ lệ mắc VTPQ cấp cao nhất ở nhóm trẻ <6 tháng, chiếm tới 53,3%, sau đến nhóm 6-12 tháng chiếm 34,4%, và thấp nhất là nhóm trẻ >12 tháng với 12,3%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Sáng 2017 thực hiện tại bệnh viện nhi Hải Phòng đã ghi nhận tuổi mắc bệnh chủ yếu <6 tháng có tỷ lệ 57,5% và tỉ lệ trẻ nam (69,2%)>nữ (30,8%) [4]. Trên thế giới, nghiên cứu của tác giả Jefferson A Buendía, 2019 cũng ghi nhận trẻ nam chiếm tỷ lệ 60% và tuổi <6 tháng nhập viện chiếm 60% [8]. Điều này có thể lý giải là do trẻ nam có phổi kém trưởng thành hơn bé gái lúc sinh, tổng số phế nang và diện tích bề mặt phổi cũng nhỏ hơn; mặc khác testosterone ở nam có gây ức chế miễn dịch, trong khi estrogen ở nữ có thể tăng cường đáp ứng miễn dịch nên nam dễ nhiễm virus hơn. Trẻ dưới 6 tháng tuổi chiếm đa số ca bệnh, nguyên nhân là do ở lứa tuổi này hệ miễn dịch của trẻ chưa hoàn thiện, hơn nữa cấu tạo về đường kính phế quản nhỏ hơn so với trẻ lớn nên là điều kiện thuận lợi làm bệnh nặng hơn [9],[11].

4.2. Lâm sàng

Kết quả nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng của chúng tôi như sau: triệu chứng cơ năng phổ biến là ho (100%), khó khè (97,1%), chảy nước mũi (58,1%). Triệu chứng sốt chiếm gần 1/2 số bệnh nhi vào viện, chủ yếu là sốt nhẹ và vừa. Tác nhân gây VTPQ cấp chủ yếu là RSV, do đó trẻ thường có rối loạn tiêu hóa đi kèm, trong nghiên cứu của chúng tôi, biểu hiện này chiếm 50,5 % số trường hợp và trong đó, triệu chứng nôn chiếm đa số (28,6%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Lê Vũ Tường Vân năm 2024 với ho (89,7%), khó khè (95,6%), chảy nước mũi (75%) và rối loạn tiêu hóa (54,4%) [7]. Các triệu chứng thực thể thường gặp là thở nhanh (62,9%) trẻ và có co lõm ngực (48,6%). Điều tương tự cũng được mô tả trong nghiên cứu của tác giả Huỳnh Lê Ngọc Diễm (2020), tỷ lệ thở nhanh và co lõm ngực lần lượt là 69,4% và 37,4% [10].

Về mức độ nghiêm trọng của bệnh, chúng tôi ghi nhận được 90 (85,7%) bệnh nhi bị viêm tiểu phế quản nhẹ-trung bình và 15 (14,3%) trẻ nữ nhi bị VTPQ nặng. Kết quả này tương đương với tác giả Nguyễn Ngọc Sáng với số bệnh nhi thuộc nhóm nhẹ-trung bình là 330 (87,5%), nhóm nặng là 47 (12,5%) [4].

4.3. Một số yếu tố liên quan với viêm tiểu phế quản cấp mức độ nặng

Để xác định các yếu tố liên quan đến VTPQ cấp nặng, chúng tôi đã thực hiện phân tích 6 biến số giữa nhóm trẻ VTPQ cấp nhẹ-trung bình và trẻ VTPQ cấp nặng, bao gồm giới tính, tuổi, sinh non, hút thuốc lá thụ động, thiếu sữa mẹ và suy dinh dưỡng. Chúng tôi nhận thấy có 3 yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm tiểu phế quản cấp bao gồm giới tính (OR=3,82; 95% CI=1,01-14,5; $p<0,05$), sinh non (OR=4,07; 95% CI=1,28-12,7; $p<0,05$), và suy dinh dưỡng (OR=5,33; 95% CI=1,57-18,10; $p<0,05$). Điều này cũng được ghi nhận qua một số nghiên cứu trước đó. Tại Việt Nam, tác giả Nguyễn Văn Tính nghiên cứu trên 344 trẻ mắc VTPQ cấp tại Bệnh viện nhi Trung Ương 2022-2023 cho thấy trẻ sinh non là yếu tố liên quan đến VTPQ nặng ở trẻ em [11], tác giả Nguyễn Thúy Giang thực hiện nghiên cứu trên 441 bé tại khoa nhi bệnh viện Bạch Mai 2017-2019 đã chỉ ra rằng sinh non là yếu tố liên quan của VTPQ nặng (OR=3,28; 95% CI=1,318-8,177; $p<0,05$) [12]. Trên thế giới, tác giả Mireya Robledo-Aceves và cộng sự phân tích trên 134 trẻ VTPQ nặng nhập bệnh ghi nhận có 60,4% trẻ nam mắc VTPQ nặng (OR=2,3; 95% CI=1,43-3,81; $p=0,03$) [13]. Tuy nhiên, khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, cả 3 nghiên cứu trên đều ghi nhận tình trạng suy dinh dưỡng không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê đến VTPQ cấp nặng điều này

có thể giải thích do sự khác biệt về cỡ mẫu, địa dư, chủng tộc cũng như tiêu chuẩn đánh giá độ nặng của bệnh, công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng là khác nhau trong mỗi nghiên cứu.

Các yếu tố như tuổi, thiếu sữa mẹ, hút thuốc lá thụ động được ghi nhận không liên quan đến mức độ nặng của bệnh ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tính đã ghi nhận 2 yếu tố thiếu sữa mẹ và hút thuốc lá thụ động không liên quan đến VTPQ cấp nặng [11]. Nghiên cứu trên 673 trẻ VTPQ cấp của tác giả Andrea Rivera-Sepúlveda và cộng sự tại Puerto Rico cho thấy cả 3 yếu tố trên không có mối liên quan với mức độ nặng của bệnh với $p > 0,05$ [14].

V. KẾT LUẬN

Bệnh viêm tiểu phế quản cấp thường gặp ở độ tuổi < 6 tháng và trẻ nam chiếm tỷ lệ cao hơn trẻ nữ. Các triệu chứng thường gặp gồm sốt, rối loạn tiêu hóa, viêm long đường hô hấp trên (ho, chảy nước mũi), khô khè, thở nhanh và co lõm ngực. Tỷ lệ VTPQ cấp mức độ nặng chiếm 14,3% số bệnh nhi. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng các yếu tố gồm giới tính nam, sinh non, và suy dinh dưỡng có liên quan đến tình trạng nặng của bệnh. Vì vậy nhóm trẻ này cần được theo dõi sát các dấu hiệu cảnh báo nặng để phát hiện và xử trí kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Minh Hồng. *Viêm tiểu phế quản cấp*. Nhi khoa. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. 2020.105-115.
 2. Bùi Quang Nghĩa. Viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em một số cập nhật về chẩn đoán và điều trị. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2022. 55(2022), 236-242, <https://doi.org/10.58490/ctump.2022i55.413>.
 3. Piedra P. A., Stark A. R. (2022), *Bronchiolitis in infants and children: Clinical features and diagnosis*. Uptodate 09/2022.
 4. Nguyen SN, Nguyen TNT, Vu LT, et al. Clinical Epidemiological Characteristics and Risk Factors for Severe Bronchiolitis Caused by Respiratory Syncytial Virus in Vietnamese Children. *Int J Pediatr*. 2021; 2021: 9704666. doi:10.1155/2021/9704666.
 5. S. O'Brien, M. L. Borland, E. Cotterell et al., “Australasian bronchiolitis guideline,” *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 55, no. 1, pp. 42–53, 2019.
 6. Hội Hô hấp Việt Nam. *Viêm tiểu phế quản cấp*. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị nhiễm trùng hô hấp trẻ em. Hội Hô hấp Việt Nam. 2017.
 7. Lê Vũ Tường Vân. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phun khí dung nước muối ưu trương 3% trong điều trị viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024. 73(2024), 117-123. doi.org/10.58490/ctump.2024i73.2424.
 8. A Buendía J, Patiño DG. Risk factors for severe bronchiolitis in Colombia. *Trop Doct*. 2021 Jul;51(3):434-437. doi: 10.1177/00494755211002032. Epub 2021 Mar 22.
 9. Schuurhof A, Bont L, Siezen C.L. Interleukin-9 polymorphism in infants with respiratory syncytial virus infection: an opposite effect in boys and girls. *Pediatr Pulmonol*. 2010.45(6):608-13, doi:10.1002/ppul.21229.
 10. Huỳnh, L. N. D., Nguyễn, M. P., & Nguyễn, T. T. C. (2023). Tình hình nhiễm rsv 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 Dược học Cần Thơ*, 30, 1-6.
 11. Tính, N. V., Hồng, N. T. T., & Hanh, L. T. H. (2023). Đặc điểm dịch tễ học và một số yếu tố liên quan tới viêm tiểu phế quản mức độ nặng ở trẻ em nhiễm virus hợp bào hô hấp. *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 172(11), 159-166. <https://doi.org/10.52852/tcnycy.v172i11.2107>.
 12. Nguyễn Thuý Giang. Các yếu tố ảnh hưởng tới độ nặng của viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2023.524(2),188-192, doi:<https://doi.org/10.51298/vmj.v524i2.4854>.
 13. M. Robledo-Aceves, M. J. Moreno-Peregrina, F. VelardeRivera et al., “Risk factors for severe bronchiolitis caused by respiratory virus infections among Mexican children in an emergency department,” *Medicine (Baltimore)*. 2018 Mar;97(9):e0057. doi: 10.1097/MD.00000000000010057.
 14. Rivera-Sepúlveda A, García-Rivera E, Castro M, Soto F. Risk Factors Associated With Bronchiolitis in Puerto Rican Children. *Pediatr Emerg Care*. 2021 Dec 1;37(12):e1593-e1599. doi: 10.1097/PEC.0000000000000000.
-