

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP

Phạm Bảo Toàn<sup>✉</sup>, Đoàn Dương Chí Thiện, Nguyễn Tấn Nhật Minh  
Trường Y Dược, Đại học Trà Vinh

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 170 bệnh nhân viêm tiểu phế quản cấp tại khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ 08/2023 đến 07/2025. Kết quả cho thấy tần suất nhập viện do viêm tiểu phế quản gia tăng vào mùa mưa, cao nhất là tháng 8 với 28 bệnh nhân chiếm 16,4%. Tỷ số nam:nữ là 1,42:1; nhóm trẻ dưới 6 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (58,8%). Ho, khò khè, thở nhanh, rút lõm ngực, không sốt và bú kém là các triệu chứng thường gặp ở trẻ viêm tiểu phế quản. Xét nghiệm máu thấy hầu hết số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường và chụp X-quang phổi đa số có hình ảnh ứ khí đơn thuần. Mức độ bệnh nặng khi vào viện (PR = 3,20; KTC 95%: 1,00 - 8,99), suy dinh dưỡng (PR = 4,44; KTC 95%: 1,56 - 12,40) và điều trị corticoid (PR = 3,17; KTC 95%: 1,14 - 9,05) là các yếu tố liên quan đến thời gian điều trị nội trú kéo dài trên 10 ngày ( $p < 0,05$ ).

**Từ khoá:** Viêm tiểu phế quản cấp, thời gian điều trị, yếu tố liên quan.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tiểu phế quản cấp (VTPQC) là bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới phổ biến nhất ở trẻ dưới 2 tuổi, đồng thời là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nhập viện ở trẻ em trên toàn cầu.<sup>1</sup> Tổ chức Y tế Thế giới ước tính mỗi năm có khoảng 150 triệu ca mắc mới, trong đó 11 đến 20 triệu trường hợp (7 - 13%) cần phải nhập viện điều trị. Đáng chú ý, 95% các trường hợp xảy ra ở các quốc gia đang phát triển, bao gồm Việt Nam.<sup>2</sup> Một nghiên cứu trên 11.416 trẻ nhập viện do viêm đường hô hấp dưới vào năm 2019 tại thành phố Hồ Chí Minh ghi nhận có 3176 trẻ bị VTPQC, chiếm 27,8%.<sup>3</sup>

Về lâm sàng, viêm tiểu phế quản cấp đặc trưng bởi khó thở thì thở ra, ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, ran ngáy và khò khè. Diễn tiến bệnh đa dạng, từ nhẹ đến nặng và có thể nhanh chóng tiến triển thành suy hô hấp. Bên

cạnh gánh nặng bệnh tật, thời gian điều trị nội trú kéo dài còn làm gia tăng chi phí điều trị, tạo áp lực cho hệ thống y tế và ảnh hưởng đến kinh tế cũng như tâm lý của gia đình người bệnh.<sup>4</sup> Nhiều nghiên cứu cho thấy thời gian điều trị viêm tiểu phế quản cấp có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố lâm sàng khi nhập viện như tuổi nhỏ, tình trạng thiếu oxy, ngưng thở, điểm số mức độ nặng cao; cũng như các yếu tố dịch tễ - nhân khẩu học như sinh non, cân nặng lúc sinh thấp và suy dinh dưỡng.<sup>5-7</sup> Tuy nhiên, kết quả giữa các nghiên cứu chưa hoàn toàn thống nhất và có thể khác biệt tùy theo đặc điểm dân số cũng như điều kiện chăm sóc y tế tại từng địa phương. Trong bối cảnh đó, việc đánh giá đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và xác định các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian điều trị viêm tiểu phế quản cấp có ý nghĩa quan trọng, góp phần tiên lượng bệnh, phân tầng nguy cơ và tối ưu hóa quản lý điều trị. Xuất phát từ thực tiễn, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ VTPQC tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2023 - 2025. 2) Mô tả một

Tác giả liên hệ: Phạm Bảo Toàn

Trường Y Dược, Đại học Trà Vinh

Email: pbtoan@tvu.edu.vn

Ngày nhận: 13/03/2026

Ngày được chấp nhận: 01/04/2026

số yếu tố liên quan đến thời gian điều trị của viêm tiểu phế quản cấp ở nhóm bệnh nhân này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Trẻ từ 1 đến 24 tháng tuổi nhập viện vì VTPQC và điều trị tại khoa Nội Hô hấp Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

#### Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trẻ từ 1 tháng đến 24 tháng tuổi.
- Trẻ được chẩn đoán VTPQC cấp theo hướng dẫn của Hội Hô hấp Việt Nam.
- Người nhà đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn chẩn đoán:* Theo hướng dẫn của Hội Hô hấp Việt Nam:

Trẻ < 2 tuổi. Tiền triệu với biểu hiện viêm long hô hấp trên kéo dài 1 - 3 ngày: sốt nhẹ, ho, hắt hơi, chảy nước mũi, nghẹt mũi. Sau đó là viêm hô hấp dưới với biểu hiện khò khè và thở gắng sức (thở nhanh, phập phồng cánh mũi, rút lõm lồng ngực). Khám phổi có ran rít, ran ngáy và ran ẩm nhỏ hạt lan tỏa vào cuối thì hít vào và đầu thì thở ra. Trong trường hợp nặng sẽ không nghe được phế âm do tắc nghẽn hoàn toàn tiểu phế quản. Có thể gặp thở không đều hoặc cơn ngưng thở kéo dài ở trẻ nhỏ đặc biệt là trẻ sơ sinh thiếu tháng.<sup>8</sup>

#### Tiêu chuẩn loại trừ

Khò khè trên 2 lần hoặc khò khè do các nguyên nhân khác hoặc trẻ có bệnh lý nền đã được xác định: bệnh tim bẩm sinh, bệnh phổi

mạn tính.

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ các biến số cần thiết.

### 2. Phương pháp

#### Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

#### Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu và thu thập số liệu tại khoa Nội Hô hấp Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ 08/2023 đến 07/2025.

#### Cỡ mẫu

Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu được tính theo công thức:

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

Với  $\alpha = 0,05$ ;  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ;  $d$  là sai số cho phép, chọn  $d = 0,07$ .  $p$ : tỷ lệ triệu chứng cơ năng của trẻ bị viêm tiểu phế quản cấp. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Sáng (2021), tỉ lệ trẻ viêm tiểu phế quản vào viện với lý do khò khè là 69,2% hay  $p = 0,692$ .<sup>9</sup> Từ đó tính được  $n \approx 167,1$ . Vậy cỡ mẫu tối thiểu cho mục tiêu 1 là 168. Thực tế chúng tôi thu được 170 mẫu.

#### Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

#### Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm nhân khẩu học, thời gian nhập viện trong năm, triệu chứng lâm sàng và phân loại mức độ bệnh lúc nhập viện.

*Sử dụng thang điểm viêm tiểu phế quản Cincinnati đã chỉnh sửa (MCBS) để phân độ nặng khi vào viện<sup>9</sup>:*

**Bảng 1. Thang điểm viêm tiểu phế quản MCBS**

Chỉ số	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			

- Đặc điểm về cận lâm sàng: số lượng bạch cầu, X-quang phổi.

Một số yếu tố liên quan đến thời gian điều trị VTPQC (< 10 ngày và > 10 ngày)<sup>5</sup>:

Giới tính: Nam và nữ.

Tuổi: < 6 tháng và > 6 tháng.

Mức độ bệnh: nhẹ-trung bình và nặng.

Tình trạng suy dinh dưỡng: Dựa vào cân nặng theo chiều cao (WHZ) theo tiêu chuẩn tăng trưởng của WHO, năm 2023. Suy dinh dưỡng khi WHZ < -2SD.<sup>10</sup>

Sinh non: Khi tuổi thai dưới 37 tuần.

Phương pháp điều trị: hỗ trợ hô hấp và sử dụng corticoid, kháng sinh.

#### **Quy trình tiến hành nghiên cứu**

Những bệnh nhi nhập khoa Hô hấp đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu được mời tham gia nghiên cứu. Chúng tôi trực tiếp khai thác tiền sử, đánh giá các triệu chứng lâm sàng, kết quả xét nghiệm máu, X-quang, phương pháp điều trị, thời gian điều trị và các yếu tố nguy cơ được ghi vào mẫu phiếu thu thập số liệu.

#### **Xử lý số liệu**

Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để phân tích dữ liệu. Số liệu được tóm tắt và trình bày dưới

dạng tỷ lệ (đối với biến số rời hoặc biến số định tính), giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (đối với các biến số liên tục có phân phối chuẩn), giá trị trung vị và khoảng tứ phân vị (đối với các biến số liên tục không có phân phối chuẩn). Các biến định tính: độc lập (một số yếu tố liên quan) và biến phụ thuộc (thời gian nằm viện) được so sánh bằng kiểm định Chi-square và mối liên quan được biểu diễn bằng tỷ số hiện mắc (PR) với khoảng tin cậy 95%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### **3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 23.100.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 20/03/2023.

## **III. KẾT QUẢ**

Trong thời gian nghiên cứu từ 08/2023 đến 07/2025 chúng tôi ghi nhận được 170 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu, mời tham gia nghiên cứu và thu được kết quả như sau.

### **1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

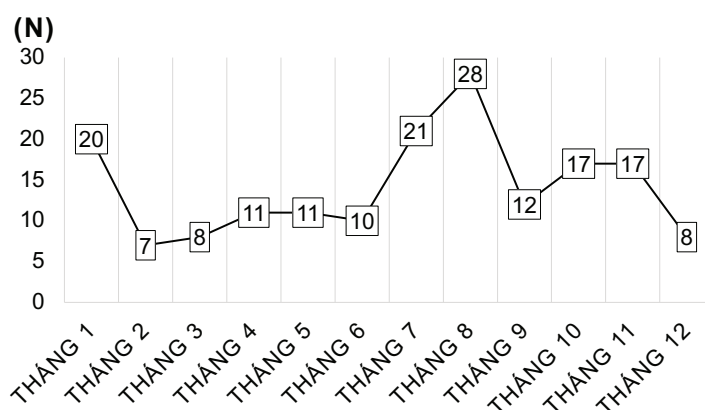
**Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 170)**

	<b>Đặc điểm chung</b>	<b>Tần số (n)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<i>Giới</i>	Nam	100	58,8
	Nữ	70	41,2
<i>Tuổi (tháng)</i>	1 - 5	100	58,8
	6 - 11	50	29,4
	12 - 24	20	11,8
	Trung vị, khoảng tứ phân vị	5 (3 - 8)	
<i>Địa dư</i>	Nông thôn	105	61,8
	Thành thị	65	38,2
<i>Sinh non</i>	Có	39	22,9
	Không	131	77,1

	Đặc điểm chung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Suy dinh dưỡng	Có	28	16,5
	Không	142	83,5
Mức độ bệnh VTPQC khi trẻ nhập viện	Nhẹ-trung bình	147	86,5
	Nặng	23	13,5

Trẻ VTPQC trong nghiên cứu có độ tuổi trung vị là 5 (3 - 8) tháng, trong đó nhóm tuổi 1 - 5 tháng chiếm tỷ lệ lớn nhất với 58,8%. Bệnh nhân nam chiếm 58,8%, tỷ lệ nam:nữ là 1,42:1. Về đặc điểm địa dư, đa số bệnh nhân sống tại nông thôn (61,8%). Hầu hết bệnh nhân sinh đủ

tháng và không suy dinh dưỡng với tỷ lệ lần lượt là 77,1% và 83,5%. Về mức độ nặng của bệnh VTPQC, nghiên cứu ghi nhận có 147 trẻ (86,5%) lúc vào viện bị bệnh mức độ từ nhẹ đến trung bình và có 15 trẻ (13,5%) mắc bệnh nặng.



**Biểu đồ 1. Phân bố thời gian mắc bệnh trong năm**

Bệnh nhân viêm tiểu phế quản được nhập viện quanh năm, tuy nhiên số ca nhập viện cao nhất ghi nhận vào tháng 8, với 28 trẻ (16,4%), tiếp theo là tháng 7 với 21 bệnh nhân (12,3%) và tháng 1 với 20 bệnh nhân (11,7%). Ngoài

ra, tháng 2 là tháng ít nhất, chỉ có 7 bệnh nhân (4,1%) nhập viện vì VTPQC.

## 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp

**Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp (n = 170)**

	Triệu chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt	Không sốt	86	50,6
	Nhẹ	40	23,5
	Trung bình	36	21,2
	Cao	8	4,7

	Triệu chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hô hấp	Khò khè	170	100
	Ho	170	100
	Chảy nước mũi	97	57,1
	Thở nhanh	107	62,9
	Rút lõm lồng ngực	105	61,8
	Ran rít, ngáy	164	96,4
	Ran ẩm	71	41,7
Tiêu hoá	Ăn bú kém	61	35,9
	Nôn	54	31,7
	Tiêu chảy	31	18,2
Khác	Khó thở	42	24,7
	Tím tái	10	5,8

Đa số trẻ VTPQC nhập viện sốt nhẹ hoặc không sốt, chiếm gần 3/4 số bệnh nhân. Liên quan đến các triệu chứng hô hấp, 100% trẻ VTPQC vào viện ghi nhận có ho và khò khè, kể đến là thở nhanh 62,9%, rút lõm lồng ngực 61,8%, chảy nước mũi 57,1%. Ran phổi chủ yếu là ran rít, ngáy 96,4%, ngoài ra ran ẩm

nghe được trong 41,7% trường hợp. Đa số trẻ VTPQC có rối loạn tiêu hoá kèm theo, nhiều nhất là ăn bú kém 35,9%, kể đến là nôn 31,7% và tiêu chảy thấp nhất với 18,2%. Các triệu chứng khó thở và tím tái chiếm tỷ lệ khá thấp lần lượt là 24,7% và 5,8%.

**Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của viêm tiểu phế quản cấp (n = 170)**

	Cận lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng bạch cầu ( $\times 10^9/L$ )	Bình thường	165	97,1
	Tăng	5	2,9
	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	9,87 $\pm$ 0,28	
X-quang ngực	Bình thường	14	8,2
	Ứ khí	83	48,8
	Thâm nhiễm	16	9,4
	Ứ khí+thâm nhiễm	57	33,6

Số lượng bạch cầu nằm trong giới hạn bình thường là chủ yếu 97,1% (165 trẻ) với trung bình là 9,87  $\pm$  0,28x 10<sup>9</sup>/L; chỉ có 2,9% (5 trẻ) có tăng số lượng bạch cầu. X-quang ngực

được thực hiện ở tất cả các trẻ: X-quang với ứ khí chiếm cao nhất (48,8%), ứ khí+thâm nhiễm (33,6%), thâm nhiễm (9,4%) và có 14 trẻ (8,2%) có hình ảnh X-quang bình thường.

## 3. Một số yếu tố liên quan đến thời gian điều trị viêm tiểu phế quản cấp

Bảng 5. Mối liên quan giữa một số yếu tố với thời gian điều trị viêm tiểu phế quản cấp

Yếu tố liên quan	Thời gian điều trị		PR (KTC 95%)	p	
	≤ 10 ngày n (%)	> 10 ngày n (%)			
Giới tính	Nam	92 (92,0)	8 (8,0)	1,25 (0,44 - 3,48)	0,666
	Nữ	63 (90,0)	7 (10,0)		
Tuổi (tháng)	≤ 6 tháng	91 (91,0)	9 (9,0)	0,95 (0,32 - 2,64)	0,926
	> 6 tháng	64 (91,4)	6 (8,6)		
Sinh non	Có	37 (94,9)	2 (5,1)	0,52 (0,08 - 1,87)	0,385
	Không	118 (90,1)	13 (9,9)		
Suy dinh dưỡng	Có	21 (75,0)	7 (25,0)	4,44 (1,56 - 12,40)	0,004
	Không	134 (94,4)	8 (5,6)		
Mức độ VTPQC	Nhẹ-trung bình	137 (93,2)	10 (6,8)	3,20 (1,00 - 8,99)	0,034
	Nặng	18 (78,3)	5 (21,7)		
Hỗ trợ hô hấp	Có	17 (94,4)	1 (5,6)	0,60 (0,03 - 3,00)	0,625
	Không	138 (90,8)	14 (9,2)		
Corticoid	Có	37 (82,2)	8 (17,8)	3,17 (1,14 - 9,05)	0,026
	Không	118 (94,4)	7 (5,6)		
Kháng sinh	Có	142 (91,6)	13 (8,4)	0,61 (0,12 - 2,93)	0,857
	Không	13 (86,7)	2 (13,3)		

Trẻ suy dinh dưỡng có nguy cơ thời gian điều trị trên 10 ngày cao gấp 4,44 lần so với trẻ không suy dinh dưỡng (PR = 4,44; KTC 95%: 1,56 - 12,40; p = 0,004). Trẻ mắc VTPQC mức độ nặng có nguy cơ điều trị trên 10 ngày cao gấp 3,20 lần so với trẻ mắc bệnh nhẹ và trung bình (PR = 3,20; KTC 95%: 1,00 - 8,99; p = 0,034). Ngoài ra, nhóm có sử dụng corticoid có nguy cơ điều trị trên 10 ngày cao gấp 3,17 lần so với nhóm không sử dụng (PR = 3,17; KTC 95%: 1,14 - 9,05; p = 0,026). Các biến giới tính, tuổi, sinh non, hỗ trợ hô hấp và dùng kháng sinh điều trị không có mối liên quan với thời gian điều trị VTPQC (p > 0,05).

## IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bé trai chiếm 58,8%, tương tự với nghiên cứu của Lê Vũ Tường Vân với tỷ lệ bé trai 57,4%.<sup>11</sup> Trẻ dưới 12 tháng tuổi là nhóm tuổi thường gặp nhất, trong đó trẻ dưới 6 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (58,8%) và chủ yếu sống ở nông thôn (61,8%). Kết quả này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Huỳnh Ngân.<sup>12</sup> Nguyên nhân do hệ miễn dịch của trẻ nhỏ còn chưa hoàn thiện nên khả năng chống lại tác nhân nhiễm trùng kém, tạo điều kiện cho virus dễ xâm nhập và gây bệnh cũng như trẻ trai có đường thở nhỏ hơn và ngắn hơn trong

tương quan với kích thước phổi so với trẻ gái. Ngoài ra, nghiên cứu nhận thấy đa số bệnh nhi VTPQC sinh đủ tháng (77,1%) và không suy dinh dưỡng (83,5%). Sử dụng bảng điểm MCBS để đánh giá chúng tôi ghi nhận có 12,5% trường hợp viêm tiểu phế quản cấp lúc vào viện biểu hiện ở mức độ nặng. Điều này tương đồng với kết quả từ nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Sáng đã ghi nhận 12,5% trẻ bệnh nặng và 96% sinh đủ tháng.<sup>9</sup>

Khi xem xét phân bố theo tháng của trẻ nữ nhi nhập viện vì VTPQC trong năm, nhìn chung có xu hướng tăng trong mùa mưa (từ tháng 7 đến tháng 1). Số trẻ nhập viện cao nhất là 28 trường hợp vào tháng 8, tiếp theo là 21 trường hợp vào tháng 7. Kết quả của chúng tôi cho thấy số trẻ nhập viện vì viêm tiểu phế quản cấp tăng đáng kể vào mùa mưa và giảm dần trong các tháng còn lại của năm. Tương tự, nghiên cứu của Đinh Dương Tùng Anh tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng ghi nhận tháng 7 và 8 có số ca VTPQC nhập viện cao nhất.<sup>13</sup>

Khảo sát các triệu chứng lúc vào viện, chúng tôi ghi nhận ho và khò khè là hai triệu chứng hô hấp nổi bật, có ở tất cả bệnh nhân. Nghe phổi chủ yếu là ran rít, ngáy (96,4%), điều này phù hợp với cơ chế sinh lý bệnh của VTPQC là gây tắc hẹp đường dẫn khí. Thở nhanh và rút lõm lồng ngực chiếm gần 60% số bệnh nhân. Trong VTPQC, tổn thương ở các tiểu phế quản nhỏ gây tắc nghẽn dẫn đến rối loạn thông khí gây hậu quả giảm thông khí phế nang do vậy trẻ phải thở nhanh và thở gắng sức để đảm bảo thông khí. Thân nhiệt bình thường hoặc tăng nhẹ chiếm gần 3/4 các trường hợp phù hợp với lâm sàng do nhiễm virus. Tác nhân gây VTPQC cấp chủ yếu là RSV, do đó trẻ thường có triệu chứng tiêu hóa đi kèm và triệu chứng bú kém chiếm đa số (35,9%). Kết quả này tương tự kết quả của các nghiên cứu trước đó.<sup>10-12</sup>

Khảo sát cận lâm sàng ghi nhận số lượng bạch cầu đa số trong giới hạn bình thường

(97,1%) phù hợp với bệnh do tác nhân virus. Hình ảnh ứ khí trên X-quang phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (48,8%), lý giải cho tình trạng tắc nghẽn đường dẫn khí-biểu hiện chính trong cơ chế bệnh sinh của viêm tiểu phế quản cấp. Điều tương tự cũng được mô tả trong nghiên cứu của tác giả Lê Vũ Tường Vân với bạch cầu bình thường chiếm 98,5% và X-quang phổi ứ khí 48,6%.<sup>11</sup>

Một số yếu tố liên quan đến thời gian điều trị, nghiên cứu ghi nhận mức độ bệnh nặng khi vào viện, suy dinh dưỡng và điều trị corticoid là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê gây kéo dài thời gian điều trị > 10 ngày ( $p < 0,05$ ). Điều này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Bắc ghi nhận trẻ suy dinh dưỡng và mắc VTPQC nặng liên quan đến thời gian điều trị kéo dài > 10 ngày ở trẻ.<sup>5</sup> Một nghiên cứu tiến cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ của Topal A và cộng sự ghi nhận trẻ suy dinh dưỡng có thời gian điều trị dài và và thời gian điều trị tăng dần theo mức độ suy dinh dưỡng ( $p < 0,001$ ).<sup>14</sup> Suy dinh dưỡng có thể làm kéo dài thời gian điều trị do làm suy giảm miễn dịch, giảm khả năng đáp ứng điều trị và làm chậm quá trình hồi phục. Ngoài ra, trẻ suy dinh dưỡng dễ mắc và tái mắc nhiễm trùng, tạo vòng xoắn bệnh lý giữa nhiễm trùng và suy dinh dưỡng, góp phần kéo dài thời gian điều trị nội trú.

Corticoid được sử dụng để điều trị trẻ VTPQC trong nghiên cứu của chúng tôi là prednisolone, so sánh thấy có sự khác biệt so với nghiên cứu về ảnh hưởng của prednisolone lên VTPQC tại Brazil của Zhang L và cộng sự ghi nhận việc sử dụng prednisolone không gây kéo dài nhưng cũng không làm giảm thời gian điều trị nội trú so với điều trị chuẩn ( $p = 0,7$ ).<sup>15</sup> Điều này có thể do chênh lệch cỡ mẫu và tiêu chuẩn đánh giá nằm viện kéo dài khác nhau ở mỗi nghiên cứu. Về lý thuyết, corticoid có tác dụng chống viêm, nhưng nhiều nghiên cứu chưa chứng minh lợi ích rõ ràng trong cải thiện

kết cục cấp tính hoặc rút ngắn thời gian điều trị VTPQC. Kháng sinh không liên quan đến thời gian điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi; tuy nhiên, việc lạm dụng làm tăng nguy cơ kháng thuốc, dị ứng và rối loạn hệ vi sinh. Vì vậy, cần lựa chọn kỹ những trường hợp thực sự cần dùng kháng sinh.

Nghiên cứu này có hạn chế là chỉ thực hiện tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ nên tính đại diện chưa cao. Đồng thời, thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang nên hạn chế trong việc xác định các yếu tố nguy cơ và sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện nên không có tính đại diện cho quần thể chung.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy bệnh VTPQC vào viện đa số là trẻ nam, dưới 6 tháng tuổi và chủ yếu là mức độ nhẹ, trung bình. Bệnh gia tăng mạnh vào các tháng mùa mưa. Ho, khò khè, thở nhanh, bú kém, sốt nhẹ và không sốt là các triệu chứng thường gặp. Số lượng bạch cầu hầu hết trong giới hạn bình thường, X-quang thấy chủ yếu là ứ khí. Mức độ bệnh nặng, suy dinh dưỡng và chỉ định corticoid trong điều trị là các yếu tố liên quan đến thời gian điều trị kéo dài trên 10 ngày. Do đó khi tiếp cận cần lưu ý những trẻ mắc VTPQC nặng, suy dinh dưỡng để định hướng xử trí sớm, phù hợp và hạn chế dùng corticoid thường qui trong điều trị VTPQC, tránh kéo dài thời gian nằm viện.

## Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu chân thành cảm ơn trường Đại học Y Dược Cần Thơ, lãnh đạo, tập thể khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ; cùng bệnh nhi và gia đình đã đồng ý tham gia nghiên cứu này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Florin TA, Plint AC, Zorc JJ. Viral bronchiolitis. *Lancet*. 2017;389(10065):211-

224. doi:10.1016/S0140-6736(16)30951-5.

2. Rudan I, Tomaskovic L, Boschi-Pinto C, et al. WHO Child Health Epidemiology Reference Group. Global estimate of the incidence of clinical pneumonia among children under five years of age. *Bull World Health Organ*. 2004;82(12):895-903.

3. Luong LTM, Dang TN, Thanh Huong NT, et al. Particulate air pollution in Ho Chi Minh city and risk of hospital admission for acute lower respiratory infection (ALRI) among young children. *Environ Pollut*. 2020;257:113424. doi:10.1016/j.envpol.2019.113424.

4. Nguyễn Tiến Dũng. *Tiếp cận chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp trẻ em*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2024:355-364.

5. Nguyễn Văn Bắc, Nguyễn Đình Tĩnh. Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan ở trẻ viêm tiểu phế quản cấp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025; 553(3). doi:10.51298/vmj.v553i3.15447.

6. Masarweh K, Gur M, Leiba R, et al. Factors predicting length of stay in bronchiolitis. *Respir Med*. 2020;161:105824. doi:10.1016/j.rmed.2019.105824.

7. Rodríguez-Martínez CE, Sossa-Briceño MP, Nino G. Predictors of prolonged length of hospital stay for infants with bronchiolitis. *J Investig Med*. 2018;66(6):986-991. doi:10.1136/jim-2018-000708.

8. Hội Hô hấp Việt Nam. *Viêm tiểu phế quản cấp. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị nhiễm trùng hô hấp trẻ em*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2017.

9. 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. Published 2021 Nov 15. doi:10.1155/2021/9704666.

10. WHO. WHO guideline on the prevention and management of wasting and nutritional oedema (acute malnutrition) in infants and children under 5 years. Geneva: World Health Organization; 2023.

11. Lê Vũ Tường Vân, Lê Hoàng Sơn. 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):117-123. doi:10.58490/ctump.2024i73.2424.

12. Trần Ngọc Huỳnh Ngân, Phan Thành Tài, Trần Trung Tính, và cs. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ dưới 2 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang năm 2024. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2026; 67(CĐ1 NCKH). doi:10.52163/yhc.

v67iCD1.4296.

13. Đinh Dương Tùng Anh, Chidpasak Somnuek, Đàm Thị Oanh, và cs. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của trẻ mắc viêm tiểu phế quản cấp tại Bệnh viện Trẻ Em Hải Phòng năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;534(1B). doi:10.51298/vmj.v534i1B.8275.

14. Topal A, Tolunay O. Effect of malnutrition on length of hospital stay in children. *Turk Arch Pediatr*. 2021;56(1):37-43. Published 2021 Jan 1. doi:10.14744/TurkPediatriArs. 2020.46354.

15. Zhang L, Ferruzzi E, Bonfanti T, et al. Long and short-term effect of prednisolone in hospitalized infants with acute bronchiolitis. *J Paediatr Child Health*. 2003;39(7):548-551. doi:10.1046/j.1440-1754.2003.00212.x

## Summary

### CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND FACTORS ASSOCIATED WITH TREATMENT DURATION OF ACUTE BRONCHIOLITIS

A cross-sectional descriptive study was conducted on 170 patients with acute bronchiolitis at the Respiratory Department of Can Tho Children' Hospital from August 2023 to July 2025. The results showed that hospital admissions due to acute bronchiolitis increased during the rainy season, reaching the highest level in August (28 patients, accounting for 16.4%). The male:female ratio was 1.42:1, with 58.8 % were children under 6 months old. Cough, wheezing, tachypnea, chest retractions, absence of fever, and poor feeding were common symptoms in children with bronchiolitis. Blood tests showed that most white blood cell counts were within the normal range, and chest X-ray mainly showed simple hyperinflation. Severe disease on admission (PR = 3.20; 95% CI: 1.00 - 8.99), malnutrition (PR = 4.44; 95% CI: 1.56 - 12.40), and corticosteroid treatment (PR = 3.17; 95% CI: 1.14 - 9.05) were factors associated with prolonged hospitalization over 10 days (p < 0.05).

**Keywords:** Acute bronchiolitis, treatment duration, related factors.