

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI DO HỢP BÀO HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2020

Đặng Văn Chức<sup>1</sup>, Đặng Việt Linh<sup>2</sup>, Đoàn Văn Thành<sup>1</sup>,  
Nguyễn Xuân Hùng<sup>3</sup>, Vũ Văn Đài<sup>4</sup>, Đinh Quang Trung<sup>5</sup>, Vũ Quang Hưng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị viêm phổi do hợp bào hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2020.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.** Đối tượng là 48 sơ sinh mắc viêm phổi do hợp bào hô hấp. Phương pháp nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh. **Kết quả và kết luận.** Bệnh gặp với tỷ lệ cao ở trẻ trai (68,8%), tuổi 7-28 ngày (83,3%), ngoại thành (85,4%), gặp từ tháng 1-3 và tháng 10-12. Lý do vào viện là lý do của viêm phổi ở trẻ sơ sinh. Thời điểm phát hiện là khi đang nằm điều trị viêm phổi trong khoa sơ sinh (100%). Các biểu hiện gợi ý là bệnh nhân điều trị dai dẳng, sốt lên, khó thở, suy hô hấp, phổi có ran ẩm, ngáy/rít, Xquang ứ khí hay tăng đậm phế quản. Công thức máu cho thấy kết quả bình thường, enzym GOT và GPT, ure, creatinin, CRP bình thường. Xquang phổi cho thấy hình ảnh ứ khí, tăng đậm phế quản và hình ảnh nốt mờ. Các biện pháp điều trị là kháng sinh và điều trị triệu chứng như khí dung, truyền dịch, thở oxy. Thời

gian điều trị trung bình là 15 ngày, hầu hết (83,3%) bệnh nhân khỏi bệnh, không có trường hợp nào tử vong.

**Từ khóa.** Cận lâm sàng, Hợp bào hô hấp, Lâm sàng, Viêm phổi

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AND TREATMENT RESULTS OF RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS PNEUMONIA AT HAIPHONG CHILDREN HOSPITAL IN 2020

**Objectives:** The study was done to describe the clinical and paraclinical features and remark the treatment results of RSV pneumonia in neonates at Haiphong Children Hospital in 2020.

**Subjects and Methods.** Subjects included 48 neonates with RSV pneumonia. Method was a case-series report. **Results and Conclusions.** RSV pneumonia (RSVP) affected 68.8% of boys, the age group from 7 to 28 days (83.3%), 85.4% from the rural area, the month of 1-3 and 10-12. The reasons for hospitalization was the ones of pneumonia. 100% of cases were detected when they were treated in the Neonate Department. Manifestations that evoked RSVP included persistent pneumonia, recurrent fever, dyspnea, respiratory insufficiency, moist rales, wheezing/snoring, a degree of peribronchial thickening in the perihilar regions. Blood analysis showed normal results, normal GOT, GPT, urea, creatinin, and CRP. Xray showed

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>2</sup>Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

<sup>3</sup>Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên

<sup>4</sup>Bệnh viện đa khoa huyện Kim Sơn, Ninh Bình

<sup>5</sup>Bệnh viện Công an tỉnh Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Chức

Email: dvchuc@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2021

Ngày duyệt bài: 18.5.2021

Generalized prominence of bronchovascular markings in a perihilar distribution but no confluence consolidation or collapse. Treatment measures included an antibiotic therapy and symptomatic treatment such as nebulization, infusion, oxygen therapy. Mean treatment time was 15 days. The majority of patients (83.3%) recovered from ARVP, there was no death.

**Keywords.** Clinics, Paraclinics, Pneumonia, Respiratory Syncytial Virus.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính là bệnh phổ biến nhất ở trẻ em. Tuy viêm phổi chỉ chiếm 10-15 % các trường hợp nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, nhưng lại gây một tỷ lệ tử vong đáng kể. Theo UNICEF, hàng năm trên toàn thế giới có khoảng 3 triệu trẻ chết vì bệnh này. Hầu hết các trường hợp tử vong xảy ra ở những nước đang phát triển, nhưng viêm phổi vẫn là nguyên nhân gây tử vong chủ yếu ở những nước đã phát triển. Trong các nghiên cứu ở cộng đồng, tỷ lệ mắc viêm phổi hàng năm khoảng 4/100 trẻ trước tuổi đi học, 2/100 trẻ tuổi từ 5-9, và 1/100 trẻ tuổi từ 9-15 tuổi. Viêm phổi, nếu được phát hiện sớm nhờ X quang, chiếm 7,5% các trường hợp sốt ở trẻ <3 tháng, và 13% các bệnh nhiễm trùng trong 2 năm đầu. Ở các nước phát triển, trong nhóm vi sinh vật thì virus chiếm vị trí hàng đầu, kế đó là *M. pneumoniae* và các loại vi khuẩn như *S. pneumoniae*, *H. influenzae* type b và *Stap. aureus*. Ở các nước đang phát triển như nước ta, viêm phổi do các loại vi khuẩn chiếm vị trí quan trọng hơn virus [1].

Theo Bhuyan GS và CS [4] trong số 200 mẫu bệnh phẩm từ mũi của trẻ dưới 5 tuổi có triệu chứng hô hấp, 82% có mầm bệnh. Trong số 165 ca nhiễm, 3% có nguyên nhân vi khuẩn, 43,5% có nguyên nhân siêu vi

khuẩn. Số còn lại 36% đồng nhiễm [4]. Trong 30 mẫu bệnh phẩm trẻ không có triệu chứng hô hấp rhinovirus phát hiện ở 31,5%, RVS 31%, HMPV 13%, HB0V 11% và HPIV-3 10,5%, sau đó là phế cầu 9%, *Klebsiella* và HI chiếm 5,5%.

Viêm phổi do virus xảy ra với tần suất cao nhất ở lứa 2-3 tuổi, sau đó giảm dần. Mùa hay gặp nhất là vào mùa đông (lạnh và ẩm). Hình thái và mức độ nặng của viêm phổi do virus thay đổi theo một số yếu tố như tuổi, mùa, trạng thái miễn dịch của ký chủ và các yếu tố liên quan đến môi trường ví dụ nơi ở đông đúc, chật chội.

Tại khoa sơ sinh bệnh viện Trẻ em Hải Phòng chúng tôi quan sát thấy nhiều trường hợp viêm phổi kéo dài, điều trị khó khăn. Nhờ có test PCR chúng tôi phát hiện được đây là viêm phổi có đồng nhiễm hợp bào hô hấp. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm giúp các bác sỹ lâm sàng có cái nhìn tổng quan về căn bệnh này ở trẻ sơ sinh. Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là:

1. *Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do hợp bào hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/01/2020 đến 31/10/2020.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị những bệnh nhân trên.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng gồm sơ sinh được chẩn đoán là viêm phổi do RSV tại khoa Sơ sinh, bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 1/1/2020 đến 31/09/2020.

#### Tiêu chuẩn chẩn đoán [7]:

- Sơ sinh 0-28 ngày
- Viêm phổi điều trị dai dẳng
- Có khò khè

- Sốt
- Khó thở
- PCR dương tính với RSV

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

Bệnh nhân có lâm sàng gợi ý viêm phổi do RSV nhưng âm tính với PCR phát hiện RSV.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Phương pháp**

Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

**2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu**

Cỡ mẫu toàn bộ, chọn theo phương pháp tiện ích.

**2.2.3. Chỉ số và biến số nghiên cứu**

**2.2.3.1. Cho mục tiêu 1**

- Tuổi, giới, tuổi thai, cân nặng khi sinh
- Lý do vào viện
- Lâm sàng: ho, sốt, tần sốt thở, dấu hiệu nguy kịch, ran ẩm, thở khò khè
- CTM, ure, creatinin, GOT, GPT, khí máu, XQ

**2.2.3.2. Cho mục tiêu 2**

- Thời gian điều trị trung bình theo tuổi, cân nặng, tuổi thai
- Phương pháp điều trị: kháng sinh, khí dung, hút mũi họng
- Kết quả khỏi, đỡ, chuyển tuyến, nặng xin về/tử vong

**2.2.4. Thu thập thông tin**

- Nghiên cứu kỹ hồ sơ/giấy chuyển viện, y bạ, hỏi tiền sử, bệnh sử

- Khám toàn diện yêu cầu các xét nghiệm cần thiết

- Chẩn đoán cuối cùng dựa vào test PCR phát hiện RSV dương tính. Test có thể làm ngay khi vào viện, có khi trong khi điều trị nếu bệnh nhân có bội nhiễm.

**2.2.5. Phân tích số liệu**

Số liệu được nhập, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 theo thống kê y sinh thông thường.

**3. Kết quả nghiên cứu**

**3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

**3.1.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu**

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu được 48 bệnh nhân, trong đó trẻ trai là 15 chiếm 31,3%, trẻ gái 33 chiếm 68,8%. Nhóm 0-7 ngày chiếm 16,7%, nhóm 8-28 ngày chiếm 83,3%. Có 85,4% đến từ ngoại thành, 14,6% đến từ nội thành.

Có 16,7% vào tháng 1, 18,8% tháng 2, 10,4% tháng 3, 8,3% tháng 4 2,1% tháng 5, 2,1% tháng 9, 10,4% tháng 10, 14,6% tháng 11 và 16,7% vào tháng 12.

**3.1.2. Lâm sàng**

**Lý do vào viện:** Có 34/48 chiếm 70,8% vào viện vì ho, sau đó là chảy mũi/ho/khò khè 21/48 chiếm 43,7%, 18/48 ho/sốt chiếm 37,5%, 15/48 ho/khò khè chiếm 31,2%.

**Thời điểm phát hiện:** 48/48 bệnh nhân đều được phát hiện khi đang nằm điều trị tại khoa.

**Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh**

Triệu chứng bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh chính tiến triển chậm	<b>48</b>	100,0
Ho tăng lên	<b>48</b>	100,0
Sốt lại	<b>48</b>	100,0
Thở âm ạch	40	83,3
Thở nhanh	45	93,7
RLLN Mạnh	43	89,6

Bú kém	41	85,4
Tím nhẹ quanh môi	38	79,2
Phổi nghe ran ẩm	48	100,0
Khò khè/rít/ngáy	46	95,8
Chảy mũi	31	64,6

**Nhận xét.** Biểu hiện lâm sàng gợi ý nhiễm RSV là bệnh nền của trẻ tiến triển chậm (100%). Tiếp theo là triệu chứng ho tăng lên, sốt, phổi nghe ran ẩm đều gặp 100% ở các bệnh nhân. Ngoài ra còn gặp thở nhanh, RLLN, tím nhẹ quanh môi, nghe phổi

có ran ngáy và rít 95,8%. Trẻ thở ậm ạch chiếm 83,3% và chảy mũi chiếm 64,6%.

### 3.1.3. Cận lâm sàng

#### Số lượng HC, Hb trung bình

Số lượng HC trung bình (T/L) là  $3,95 \pm 3,4$ , số lượng Hb (g/L) trung bình là  $116,5 \pm 21,4$ .

**Bảng 2. Số lượng BC và số lượng BC hạt trung tính, số lượng lympho trung bình**

Chỉ số	Tổng	Trung bình	Độ lệch
BC (G/L)	48	9,7	3,4
SLBC hạt trung tính (G/L)	48	3,6	2,6
Số lượng bạch cầu Lympho (G/L)	48	5,26	1,97

**Nhận xét.** Số lượng bạch cầu trung bình là  $9,7 \pm 3,4$  G/L, số lượng BC hạt trung tính là  $3,6 \pm 2,6$  G/L thấp hơn số lượng Lympho trung bình là  $5,26 \pm 1,97$  G/L.

**Bảng 3. Nồng độ GOT, GPT, Urê, Creatinin trung bình**

Chỉ số	Tổng	Trung bình	Độ lệch
CRP (mg/L)	34	3,16	3,02
GOT (U/L)	47	39,1	18,4
GPT (U/L)	47	28,42	20,49
Ure (mmol/L)	46	3,76	5,22
Creatinin ( $\mu\text{mol/L}$ )	46	38,15	9,3

**Nhận xét.** Các giá trị CRP, GOT, GPT, Ure và Creatinin đều trong giới hạn bình thường.

**Bảng 4. Kết quả Xquang**

Xquang	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng đậm phế quản	21	43,8
Ứ khí	5	10,4
Nốt mờ	22	45,8
Tổng	48	100,0

**Nhận xét.** Hình ảnh tăng đậm phế quản chiếm 43,8%, nốt mờ 45,8% và ứ khí chiếm 10,4%.

### 3.2. Kết quả điều trị

**Bảng 5. Các biện pháp điều trị**

Các biện pháp điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kháng sinh	48	100,0
2 loại kháng sinh	40	83,3
Khí dung	48	100,0
Truyền dịch	10	20,8
Thở Oxi	13	27,1

**Nhận xét.** Tất cả bệnh nhân đều phải sử dụng kháng sinh (100%), 100% sử dụng khí dung, 83% bệnh nhân phải sử dụng 2 loại kháng sinh, 20,8% phải truyền dịch và 27,1% thở oxi.

Số ngày điều trị trung bình là  $15,5 \pm 2,02$  ngày, khỏi 40/48 chiếm 83,3%, chuyển tuyến trên 8/48 chiếm 16,7%. Không có tử vong.

## IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 48 sơ sinh dương tính với RSV tại khoa sơ sinh Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2020, chúng tôi có một số bàn luận sau đây về :

### 4.1. Lâm sàng, cận lâm sàng

#### 4.1.1. Lâm sàng

Trong số 48 bệnh nhân, trẻ trai chiếm 68,8%, trẻ 7-28 ngày chiếm 83,3%, 85,4% bệnh nhân đến từ ngoại thành, bệnh nhân gặp nhiều từ tháng 1-3 và 10-12 trong năm.

Về lý do vào viện của bệnh nhân chúng tôi thấy đây là lý do vào viện của bệnh nhân viêm phổi như ho, chảy mũi, sốt. Thời điểm phát hiện bệnh là khi bệnh nhân đang điều trị trong bệnh viện. Theo chúng tôi quan sát những bệnh nhân này thường tiến triển chậm, hay sắp được xuất viện thì bệnh nhân sốt lại (100%), bú kém (85,4%), thở nhanh (93,7%), rút lõm lồng ngực (89,6%), tím nhẹ quanh môi (79,2%), thở khò khè (95,8%). Khi nghe phổi thường thấy ran ẩm của bệnh nền (viêm phổi), ngoài ra còn thấy ran ngáy, ran rít. Xquang thể hiện ứ khí phổi (10%), tăng đậm phế quản và hình ảnh nốt mờ của bệnh nền (43,8%).

Có thể nói ở đây chúng tôi gặp là viêm phổi do RSV là bội nhiễm, mắc phải trong bệnh viện. Đây là điểm khác với kết quả nghiên cứu nhiễm RSV ở trẻ lớn hơn. Các bệnh nhân này có biểu hiện lâm sàng và được test phát hiện RSV ngay từ khi vào viện.

Đứng trước bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng chậm, âm ạch, thở nhanh, sốt trở lại các bác sỹ lâm sàng nên nghĩ đến nguyên nhân đồng nhiễm viêm phổi ở trẻ sơ sinh trong đó có tác nhân RSV và làm PCR để xác định.

Triệu chứng lâm sàng của VTPQ là những dấu hiệu của nhiễm trùng đường hô hấp trên bao gồm [8]:

- Chảy mũi và nghẹt mũi, sung huyết mũi
- Sốt
- Chán ăn
- Khó chịu

Các triệu chứng này tiến triển thành các triệu chứng viêm đường hô hấp dưới. Triệu chứng khởi phát trong vòng 1-3 ngày đầu với biểu hiện viêm long đường hô hấp trên như chảy mũi, ngạt mũi, ho nhẹ, có thể đi kèm sốt hoặc không. Các triệu chứng đường hô hấp dưới nổi bật là ho, khò khè, thở nhanh và các dấu hiệu của thở gắng sức: rút lõm lồng

ngực, co rút cơ liên sườn, cánh mũi phập phồng, đầu gât gù [6]. Ngừng thở cũng là biểu hiện nặng của VTPQ đặc biệt ở trẻ nhỏ dưới 2 tháng. Nguy cơ ngừng thở gặp từ 1-24% tùy theo nghiên cứu [3], [6]. Trẻ sơ sinh có thể gặp khó khăn khi cho ăn và bị mất nước do tắc nghẽn đường hô hấp trên do nhày hoặc bị phù đường thở. Ở trẻ dưới 2 tháng tuổi đặc biệt ở trẻ đẻ non hoặc trẻ có tuổi thai hiệu chỉnh dưới 44 tuần, thở không đều và có cơn ngừng thở là dấu hiệu của suy hô hấp. Đây là nguyên nhân gây đột tử ở trẻ nhũ nhi. SHH thường là biến chứng của bệnh nhi viêm tiểu phế quản nặng phải thở máy. Bội nhiễm vi khuẩn thường là biến chứng thường gặp, chiếm tỷ lệ thấp 0-7% ở các nước phát triển và có thể gặp nhiều hơn ở các nước phát triển [5].

Dấu hiệu chẩn đoán VTPQ ở 1 số nước như sau : Nam Phi (2010) ở trẻ em kém ăn, sốt, căng phổi thở khò khè, thở nhanh, co rút lồng ngực dưới. Ở Canada (2014) ở trẻ  $\leq 2$  tuổi gò ho, viêm mũi, thở nhanh, co rút khoang liên sườn, thở khò khè, ngừng thở, phập phồng cánh mũi. Ở Hoa Kỳ (2014) trẻ 1-23 tháng gồm viêm mũi, ho, thở nhanh khò khè, rale, phập phồng cánh mũi. Ở Anh (2015) gồm sổ mũi, ho dai dẳng, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, khò khè, thở ngắt quãng, ngừng thở.

#### 4.1.2. Cận lâm sàng

Các xét nghiệm cận lâm sàng không phải luôn cần thiết, nó chỉ được chỉ định khi đánh giá bệnh nhân VTPQ có biểu hiện lâm sàng bất thường hợp nặng.

Xét nghiệm huyết học không đặc hiệu, đa số là bình thường. Bạch cầu không tăng, có thể bình thường hay giảm. Số lượng bạch cầu trung tính không tăng. Trường hợp số lượng bạch cầu trung tính tăng có thể giúp dự đoán khả năng đồng nhiễm hoặc bội

nhiễm vi khuẩn ở trẻ VTPQ có sốt. CRP bình thường, điện giải đồ có thể biến đổi khi trẻ có mất nước và bú kém.

Đo khí máu giúp đánh giá tình trạng SHH ở những bệnh nhân có tím. Giai đoạn đầu sẽ có hiện tượng toan hô hấp, sau đó là hiện tượng toan chuyển hóa mất bù.

Xquang rất thay đổi và không đặc hiệu. Có thể thấy hình ảnh bình thường, ứ khí phế nang, tăng đậm nhánh phế quản và thâm nhiễm khoang kẽ lan tỏa. Xẹp phổi hay phân thùy phổi có thể thấy khi viêm tiểu phế quản có biến chứng tắc nghẽn đường thở. Nhìn chung Xquang phổi không cần thiết trong việc xác nhận chẩn đoán VTPQ, Kết quả Xquang phổi có đặc điểm như viêm phổi.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh và CS (2012) cho thấy hình ảnh Xquang thâm nhiễm phổi là 55,6% và 1% xẹp phổi [1]. Nghiên cứu của Phan Hữu Nguyệt Diễm (2013) cho thấy Xquang ứ khí phổi chiếm đa số (55,4%) [2].

#### 4.2. Kết quả điều trị

Bệnh nhân được 100% sử dụng kháng sinh, kết hợp nhóm cephalosporin thế hệ 3 với aminoside. Việc sử dụng là bắt buộc vì bệnh nhân lúc vào mắc viêm phổi.

Ngoài ra có các điều trị triệu chứng như truyền dịch, khí dung và thở oxi. Khi biết chắc đồng nhiễm RSV chúng tôi sử dụng khí dung pulmicord kết hợp với khí dung nước muối sinh lý.

Dung dịch nước muối ưu trương làm tăng độ thanh thải niêm mạc có lông mao ở những bệnh nhân thông thường, bệnh nhân hen, giãn phế quản, xơ nang phổi và bệnh mũi xoang.

Khí dung nước muối có lợi ích sau :

- Tạo ra dòng chảy thẩm thấu của nước vào lớp chất nhày giúp pha loãng lớp chất nhày.

- Muối ưu trương phá vỡ các liên kết ion trong chất nhày giúp giảm độ nhớt và độ đàn hồi của chất nhày.

- Muối ưu trương kích thích hoạt động của lông chuyển niêm mạc qua Prostaglandin E2.

Ngoài ra, bằng cách tái hấp thu nước từ lớp niêm mạc và dưới niêm mạc dung dịch muối ưu trương có thể làm giảm phù nề thành đường thở về mặt lý thuyết ở trẻ em bị VTPQ cấp. Khí dung nước muối ưu trương có thể tạo ra đờm và kích thích ho, từ đó giúp tống đờm ra khỏi phế quản, giảm tắc nghẽn đường thở, bù nước cho bệnh mất đường thở ở trẻ VTPQ. Mặc dù vậy những thay đổi này được suy ra từ lợi ích của dung dịch muối ưu trương với bệnh xơ nang (Cystic Fibrosis) và có thể không đúng với VTPQ cấp do quá trình sinh lý bệnh khác nhau

## V. KẾT LUẬN

Bệnh gặp với tỷ lệ cao ở trẻ trai (68,8%), tuổi 7-28 ngày (83.3%), ngoại thành (85.4%), gặp từ tháng 1-3 và tháng 10-12. Lý do vào viện là lý do của viêm phổi ở trẻ sơ sinh.

Thời điểm phát hiện là khi đang nằm điều trị viêm phổi trong khoa sơ sinh (100%). Các biểu hiện gợi ý là bệnh nhân điều trị dai dẳng, sốt lên, khó thở, suy hô hấp, phổi có ran ẩm, ngáy/rít, Xquang ứ khí hay tăng đậm phế quản.

CTM cho thấy kết quả bình thường, enzym GOT và GPT, ure, creatinin, CRP bình thường. Xquang phổi cho thấy hình ảnh ứ khí, tăng đậm phế quản và hình ảnh nốt mờ.

Các biện pháp điều trị là kháng sinh và điều trị triệu chứng như khí dung, truyền dịch, thở oxy. Thời gian điều trị trung bình là 15 ngày, hầu hết (83,3%) bệnh nhân khỏi bệnh, không có trường hợp nào tử vong.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thanh và Lê Thị Minh Hồng (2012), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh viêm tiểu phế quản ở trẻ dưới 6 tháng tuổi tại bệnh viện Nhi Đồng 2”, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 16(2).
2. Phan Hữu Nguyệt Diễm và CS (2013), “Đặc điểm viêm tiểu phế quản ở trẻ 1-3 tháng tuổi tại khoa hô hấp bệnh viện Nhi Đồng 1 tháng 6/2011 -4/2012”, Tạp chí y học thành phố HCM, 7(1), tr 183-187.
3. Alyssa H et al (2019), “Bronchiolitis”, Pediatrics in Review 40(11), page 568-576.
4. Bhuyan GS et al (2017), “Bacterial and viral pathogen spectra of acute respiratory infections in under -5 children in hospital settings in Dhaka city”, PloS one, 12(3): e0174488.
5. Petruzella FD et al (2010), “Duration of illness in infants with bronchiolitis evaluated in the emergency department”, Pediatrics, 126 page 285.
6. Meissner HC (2016), “Viral bronchiolitis in children”, N Engl J Med, 374(1). Page 62-72.
7. Shawn L et al (2014), “Clinical Guideline: The diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis”, American Academy of Pediatrics, 134 (5), pp 1474-1502.
8. Wagner T (2009), “Bronchiolitis”, Pediatr Rev, 30(100), page 386-95; quiz 395.