

tiền sử suy dinh dưỡng thì tỷ lệ sâu răng cao gấp 4,0 lần so với những trẻ không bị suy dinh dưỡng với $p < 0,05$. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ cũng là yếu tố quan trọng trong quá trình phát triển của răng. Theo Nguyễn Thị Hồng Minh và Cộng sự cho thấy những trẻ bị suy dinh dưỡng thì tỷ lệ mắc sâu răng cao 2,5 lần so với những trẻ bình thường[5].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sâu răng ở học sinh là 63,33%. Tỷ lệ sâu răng sữa là 57,66%, sâu răng vĩnh viễn là 44,33%. Nhóm răng sâu nặng nhất là nhóm răng hàm lớn chiếm 51,66%, nhóm răng cửa 46,66%. Chỉ số sâu mất trám răng sữa là 4,4 và răng vĩnh viễn là 1,7. Sâu răng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thu nhập hộ gia đình, với tiền sử suy dinh dưỡng, với kiến thức về sinh răng miệng, với việc chải răng hàng ngày, với niềm tin sức khỏe của học sinh.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ bởi nhiệm vụ khoa học QG, mã số QG.25.141, năm 2025 của Đại học Quốc gia Hà Nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Oral Health.** Global Oral Health Data Bank. 2017. <https://www.who.int/>
2. **Bộ Y tế** (2015), Quyết định số 3108/QĐ-BYT ngày 28/7/2015 về việc Ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Răng hàm mặt"
3. **Ngô Văn Mạnh, Lê Đức Cường, Nguyễn Trọng Việt** (2021), Thực trạng bệnh răng miệng

- và một số yếu tố liên quan của học sinh hai trường tiểu học thành phố Điện Biên, tỉnh Điện Biên 2018. Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 507 (1), <https://doi.org/10.51298/vmi.v507i1.1357>
4. **Lê Thị Thanh Hoa, Nguyễn Hồng Chuyên, Trương Thị Thùy Dương, Nguyễn Việt Quang, Nguyễn Ngọc Anh** (2023), Một số yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng ở học sinh hai trường Tiểu học. huyện Đoàn Hùng. tỉnh Phú Thọ. Tạp chí Nghiên cứu Y học Tập 168 (7)-2023, tr 249-255.
 5. **Nguyễn Thị Hồng Minh, Trịnh Đình Hải** (2021), Tình trạng sâu răng vĩnh viễn ở trẻ em Việt Nam năm 2019, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 502, tháng 5, số 1, <https://doi.org/10.51298/vmj.v502i1.549>
 6. **Đặng Thị Hồng Hạnh, Nguyễn Ngọc Nghĩa, Đào Thị Dung** (2024), Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng ở học sinh tiểu học người Mông huyện Mù Cang Chải tỉnh Yên Bái năm 2023. Y học cộng đồng, 65(2). <https://doi.org/10.52163/yhc.v65i2.927>
 7. **Lí, H., Liu, X., Xu, J., et al.** (2024). The prevalence of dental carious lesions and associated risk factors in Chinese children aged 7–9 years. Oral Health & Preventive Dentistry, 22, 349–356. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd. b5628793>
 8. **Aalemi, A. K., & Yaqubi, B.** (2024). Prevalence of dental caries among school-going children aged 7–13 years in Kabul City. BMC Oral Health, 24(1), 1092. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04897-0>
 9. **Nguyễn Thị Hồng Minh, Trần Cao Bính, Lê Thị Thu Hải** (2022). Thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi ở học sinh tiểu học tỉnh Nam Định năm 2020. Vietnam Medical Journal, 513(2). <https://doi.org/10.51298/vmi.v513i2.2429>
 10. **Akshay Khandelwal, Jerry Jose, P. Aitha** (2020). Early detection of dental caries – A review, Drug Invention Today | Vol 13 • Issue 2 • 2020

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH CÚM MÙA Ở TRẺ EM TẠI KHOA BỆNH NHIỆT ĐỚI - BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Hồ Thị Lan¹, Trần Thái Phong¹, Phạm Thị Kiều Lê¹, Nguyễn Thị Út²,
Nguyễn Thị Kim Oanh², Nguyễn Thị Mai Hoàn², Ngô Anh Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân mắc cúm mùa điều trị tại Khoa Bệnh nhiệt đới – Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 09/2023 đến tháng 09/2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiền cứu. Đối tượng nghiên cứu là 210 bệnh nhân

có kết quả test nhanh cúm A hoặc B dương tính. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $39,3 \pm 2,1$ tháng, nhóm tuổi 24–60 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (41,4%). Tỷ lệ mắc cúm A là 92,4%, cao gấp 12,1 lần cúm B. Các triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là sốt (98,6%), chảy mũi (95,7%) và ho (94,8%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về triệu chứng lâm sàng giữa nhóm cúm A và cúm B ($p > 0,05$). Về cận lâm sàng: CRP < 10 mg/l chiếm 60,8%; tổn thương viêm phổi trên X-quang chiếm 48,5% và không ghi nhận sự khác biệt đáng kể giữa cúm A và cúm B về các chỉ số này ($p > 0,05$). **Kết luận:** Cúm mùa chủ yếu do virus cúm A gây ra. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là sốt, chảy nước mũi và ho, ít có dấu hiệu nặng. Các xét nghiệm cận lâm sàng chủ yếu trong giới hạn bình thường.

Từ khóa: lâm sàng, cận lâm sàng, cúm mùa, trẻ em.

¹Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025

SUMMARY**CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF SEASONAL FLU IN CHILDREN AT THE TROPICAL DISEASES DEPARTMENT - NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRIC HOSPITAL**

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with seasonal flu treated at the Tropical Diseases Department - Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from September 2023 to September 2024. **Subjects and methods:** cross-sectional descriptive study, combining retrospective and prospective studies. The study subjects were 210 patients with positive rapid influenza A or B test results. **Results:** The average age was 39.3 ± 2.1 months, the age group 24–60 months had the highest rate (41.4%). The rate of influenza A was 92.4%, 12.1 times higher than influenza B. The most common clinical symptoms were fever (98.6%), runny nose (95.7%) and cough (94.8%). There was no statistically significant difference in clinical symptoms between influenza A and influenza B groups ($p > 0.05$). Regarding paraclinical: CRP <10 mg/l accounted for 60.8%; pneumonia lesions on X-ray accounted for 48.5% and no significant difference was noted between influenza A and influenza B in these indicators ($p > 0.05$). **Conclusion:** Seasonal influenza is mainly caused by influenza A virus. Common clinical manifestations are fever, runny nose and cough, with few severe signs. Paraclinical tests are mainly within normal limits.

Keywords: clinical, paraclinical, seasonal influenza, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh cúm mùa là một bệnh nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính do virus cúm gây nên [1]. Bệnh có khả năng lây truyền cao qua đường hô hấp thông qua các giọt bắn khi người bệnh ho, hắt hơi, chảy mũi. Bệnh cúm mùa có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm ở nhiều cơ quan như tổn thương phổi, viêm cơ tim, viêm não, sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng... Theo E.Lafond và cộng sự, có khoảng 10% số ca nhập viện do bệnh lý đường hô hấp ở trẻ em có liên quan đến bệnh cúm [2].

Các biểu hiện lâm sàng của bệnh do virus cúm gây ra rất khó phân biệt với các căn nguyên gây bệnh đường hô hấp khác như: virus hợp bào hô hấp (RSV), Adenovirus, Rhinovirus,... và gần đây là sự xuất hiện của virus SARS-CoV-2. Việc chẩn đoán dễ bị nhầm lẫn và phụ thuộc nhiều vào các xét nghiệm, có thể khiến cho việc điều trị căn nguyên bị chậm trễ, ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Đặc biệt trẻ em là đối tượng nguy cơ cao dễ biến chứng nặng khi nhiễm cúm [3]. Theo tác giả Đỗ Thiện Hải, tỷ lệ cúm có biến chứng là 16,36%, trong đó thường gặp biến chứng viêm phổi (4,71%), viêm phế quản

(10,76%) và viêm cơ tim (0,45%) [4].

Hiện nay, trên thế giới có nhiều nghiên cứu về trẻ em mắc cúm mùa nhưng bệnh cảnh lâm sàng khác biệt giữa các vùng địa lý khác nhau [2], [5]. Tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, vẫn còn chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Nhằm chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời và hạn chế các biến chứng của bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh cúm mùa ở trẻ em tại Khoa Bệnh Nhiệt đới – Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân dưới 16 tuổi được chẩn đoán mắc cúm mùa tại Khoa Bệnh nhiệt đới - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân có kết quả xét nghiệm test nhanh virus cúm A, B dương tính.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thông tin của bệnh nhân không đầy đủ hoặc gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thực hiện từ tháng 09/2023 đến tháng 09/2024 tại khoa Bệnh nhiệt Đới - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được thiết kế theo mô tả cắt ngang. Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu từ tháng 09/2023 đến 30/09/2024.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong nghiên cứu cắt ngang:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó: - n là cỡ mẫu cần nghiên cứu

- p là tỷ lệ bệnh cúm mùa nặng theo nghiên cứu của Đỗ Thiện Hải năm 2009 là 0,16 [4].

- d là khoảng sai số, lấy d= 0,05

- Z = 1.96 (ứng với độ tin cậy 95%. Thay vào công thức ta được n= 210 người bệnh.

Chúng tôi chọn tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đã đề ra trong nghiên cứu.

2.4. Biến số và phương pháp thu thập số liệu

- Tiến hành thu thập số liệu về thông tin chung của trẻ, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ngay khi bệnh nhân vào điều trị tại khoa Bệnh nhiệt đới.

+ Các thông tin hành chính: tuổi, giới, địa dư

+ Các triệu chứng lâm sàng và mức độ nặng của bệnh

Xét nghiệm tìm căn nguyên vi sinh: Influenza virus A B test nhanh chẩn đoán cúm được thực hiện tại khoa Vi sinh Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

theo kit của hãng Atlas Influenza A&B.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập được nhập và xử lý theo chương trình SPSS 20.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ %. Sử dụng Chi-square để so sánh hai tỉ lệ, T test để so sánh 2 trung bình.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành sau khi đề cương nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng thông qua đề cương Bệnh Viện Sản Nhi Nghệ An. Thông tin cá nhân bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giữ bí mật. Nghiên cứu nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân, ngoài ra không có mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

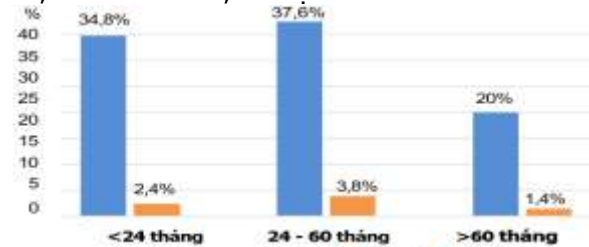
Qua đánh giá trên 210 bệnh nhân mắc cúm điều trị tại khoa Bệnh Nhiệt đới – Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 09/2023 đến tháng 09/2024, chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Đặc điểm		n	%
Nhóm tuổi	Dưới 24 tháng	78	37,2
	24 – 60 tháng	87	41,4
	Trên 60 tháng	45	21,4
Giới	Nam	125	59,5
	Nữ	85	40,5
Địa dư	Nông thôn	58	27,6
	Thành phố	145	69,1
	Miền núi	7	3,3
Tổng		210	100

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là $39,3 \pm 2,1$ tháng. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 1 tháng và bệnh nhân lớn tuổi nhất 13 tuổi. Nhóm tuổi từ 24 đến 60 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 41,4% và nhóm trên 60 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất là 21,4%. Tỷ lệ nam/nữ $\approx 1,4/1$. Đa số bệnh nhân mắc cúm mùa ở khu vực thành phố chiếm 69,1% và chỉ có 3,3% bệnh nhân ở miền núi.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ nhiễm cúm A và cúm B theo nhóm tuổi

Nhận xét: Bệnh nhân mắc cúm A là chủ yếu chiếm 92,4%, cúm B chiếm 7,7%. Tỷ lệ cúm A gấp 12,1 lần cúm B. Bệnh nhân dưới 24 tháng tuổi mắc cúm A 34,8%, cúm B 2,4%. Bệnh nhân từ 24 đến 60 tháng mắc cúm A 37,6%, cúm B 3,8%. Bệnh nhân trên 60 tháng mắc cúm A 20%, cúm B 1,4%.

3.2. Các đặc điểm lâm sàng bệnh cúm mùa

Bảng 2. Triệu chứng của bệnh cúm mùa

Triệu chứng	n	%
Sốt	207	98,6
Ho	199	94,8
Chảy nước mũi	201	95,7
Khó thở	7	3,3
Khàn tiếng	0	0
Họng đỏ	103	49
Nôn	26	12,4
Tiêu chảy	6	2,9
Đau bụng	9	4,3
Đau đầu	9	4,3
Đau cơ	3	1,4
Co giật	8	3,8

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là sốt (98,6%), chảy nước mũi (95,7%) và ho là 94,8%. Họng đỏ, nôn, co giật chiếm tỷ lệ lần lượt là 49%, 12,4%. Triệu chứng ít gặp nhất đau cơ chiếm 1,4%, không gặp bệnh nhân nào khàn tiếng.

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng cúm mùa theo tuổi

Triệu chứng	<24 tháng		24-60 tháng		>60 tháng		P
	n=78	%	n=87	%	n=45	%	
Sốt	78	100	84	96,6	45	100	0,11
Ho	72	92,3	84	96,6	43	95,6	0,45
Chảy mũi	76	97,4	83	95,4	42	93,3	0,12
Khó thở	4	5,1	3	3,4	0	0	0,31
Họng đỏ	16	20,5	21	24,1	12	26,7	0,21
Nôn	7	9	10	11,5	9	20	0,19
Tiêu chảy	4	5,1	0	0	2	4,4	0,11
Đau bụng	1	1,3	4	4,6	4	8,9	0,13
Đau đầu	0	0	2	2,3	7	15,6	0,01
Đau cơ	0	0	1	1,1	2	4,4	0,03
Co giật	3	3,8	3	3,4	2	4,4	0,96

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là sốt, ho, chảy mũi chiếm trên 90% ở tất cả các lứa tuổi. Triệu chứng đau đầu, đau cơ, đau bụng thường gặp ở trẻ trên 24 tháng tuổi, đặc biệt là trẻ trên 60 tháng tuổi. Triệu chứng tiêu hóa gồm tiêu chảy thường gặp ở trẻ dưới 24 tháng tuổi, nôn thường gặp trẻ trên 60 tháng. Tuy nhiên hầu hết sự khác biệt giữa các nhóm

tuổi không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 4. Triệu chứng lâm sàng cúm mùa nặng theo nguyên nhân

Triệu chứng	Cúm A		Cúm B		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Sốt	191	91	16	7,6	207	98,6	>0,05
Ho	183	87,2	16	7,6	199	94,8	
Chảy mũi	180	85,7	21	10	201	95,7	
Đau họng	90	42,8	13	6,2	103	49	
Nôn	24	11,4	2	1	26	12,4	
Tiêu chảy	6	2,9	0	0	6	2,9	
Đau bụng	6	4,3	0	0	9	4,3	
Đau đầu	9	4,3	0	0	9	4,3	
Đau cơ	3	1,4	0	0	3	1,4	
Co giật	8	3,8	0	0	8	3,8	
Khàn tiếng	0	0	0	0	0	0	

Nhận xét: Không thấy sự khác biệt giữa triệu chứng lâm sàng của cúm A và cúm B với $p>0,05$.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 5. Thay đổi công thức máu của bệnh nhân

Đặc điểm		Cúm A		Cúm B		p
		n=194	%	n=16	%	
Bạch cầu (G/L)	<4	15	0	0	15	>0,05
	4-10	116	10	62,5	126	
	>10	63	6	37,5	69	
Hemoglo bin (g/l)	<90	8	0	0	8	
	90-110	70	3	18,7	73	
	>110	116	13	81,3	129	
Tiểu cầu (G/L)	<150	12	1	6,2	13	
	>150	182	15	93,8	197	
CRP (mg/L)	<10mg/L	118	60,8	13	81,3	
	10-30mg/L	55	28,4	3	18,7	
	>30mg/L	21	10,8	0	0	

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có tỷ lệ bạch cầu trong giới hạn bình thường (4-10G/L) với 60% và không thiếu máu (61,4%). Hầu hết bệnh nhân có tiểu cầu ở mức bình thường (93,8%) và nồng độ CRP trong giới hạn bình thường (<10mg/l). Không có sự khác biệt về nồng độ CRP, số lượng bạch cầu, hemoglobin, tiểu cầu trong máu ngoại vi giữa nhóm cúm A và cúm B có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 6. Đặc điểm Xquang ngực

Đặc điểm Xquang phổi	Cúm A		Cúm B		p
	n	%	n	%	
Viêm phổi	94	49,5	6	37,5	>0,05
Viêm phế quản	68	35,8	7	43,7	
Bình thường	28	14,7	3	18,8	
Tổng	190	100	16	100	

Nhận xét: Hình ảnh chủ yếu trên phim Xquang là viêm phế quản phổi và viêm phế quản

tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm cúm A và B không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $39,3 \pm 2,1$ tháng, phần lớn mắc bệnh dưới 5 tuổi (Bảng 1). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, trong đó cúm được ghi nhận phổ biến ở nhóm trẻ nhỏ, đặc biệt là dưới 5 tuổi - đối tượng có hệ miễn dịch chưa hoàn thiện và dễ bị tổn thương bởi các virus đường hô hấp [2], [4]. Bên cạnh yếu tố tuổi, nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ trẻ nam mắc cúm cao hơn nữ với tỷ lệ 1,4:1 (Bảng 1). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Thiện Hải và Bùi Thị Thảo [4], [6]. Dù cơ chế sinh học chính xác vẫn chưa rõ ràng, một số giả thiết cho rằng nội tiết tố và yếu tố di truyền có thể đóng vai trò trong việc điều hòa miễn dịch theo giới [5].

Về yếu tố địa lý, nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân đến từ khu vực thành thị, trong khi tỷ lệ bệnh nhân đến từ miền núi rất thấp. Điều này có thể được lý giải bởi một số yếu tố như: khu vực thành thị tập trung dân cư đông, nguy cơ tiếp xúc cao, từ đó tạo điều kiện thuận lợi cho sự lây lan nhanh chóng của các bệnh truyền nhiễm như cúm. Ngoài ra, các cơ sở y tế tại thành thị thường là tuyến cuối, tiếp nhận nhiều bệnh nhân từ các huyện lân cận đến điều trị. Trong khi đó ở vùng núi, điều kiện địa lý và hạ tầng y tế còn hạn chế khiến việc tiếp cận dịch vụ y tế trở nên khó khăn, đặc biệt khi trẻ có triệu chứng nhẹ.

Khi phân tích phân tuýp virus, nghiên cứu ghi nhận cúm A là chủng phổ biến hơn so với cúm B (Biểu đồ 1). Đây là kết quả phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới, trong đó cúm A thường là nguyên nhân chính gây nên các vụ dịch cúm lớn với khả năng biến đổi kháng nguyên cao hơn cúm B [6], [7].

Về triệu chứng lâm sàng, phần lớn bệnh nhân biểu hiện sốt (98,6%), chảy nước mũi (95,7%) và ho (94,8%). Đây là những triệu chứng điển hình của nhiễm virus cúm ở trẻ nhỏ (Bảng 2). Các triệu chứng này không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm tuổi cũng như giữa cúm A và cúm B ($p > 0,05$). Tuy nhiên, một số biểu hiện ít gặp hơn như đau đầu, đau cơ, đau bụng thường xuất hiện ở trẻ lớn hơn (trên 24 tháng), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Bảng 3,4). Điều này có thể do trẻ lớn có khả năng diễn đạt triệu chứng tốt hơn và biểu hiện triệu chứng rõ ràng hơn về mặt cảm giác.

Các triệu chứng đường tiêu hóa như tiêu chảy và nôn cũng được ghi nhận trong nghiên cứu. Tiêu chảy thường gặp hơn ở trẻ dưới 24 tháng, trong khi nôn phổ biến ở trẻ trên 60 tháng (Bảng 3). Các kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Phượng (2021), trong đó tiêu chảy chiếm gần 50% ở nhóm trẻ dưới 2 tuổi [8]. Nghiên cứu tại Thái Lan của Lochindarat và cộng sự cũng xác nhận triệu chứng như sốt, ho, chảy mũi, nôn và tiêu chảy là thường gặp ở trẻ mắc cúm [9]. Điều này cho thấy triệu chứng cúm ở trẻ em rất đa dạng, và có thể thay đổi theo độ tuổi cũng như từng cá thể.

Về cận lâm sàng, kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân có số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường (60%), tăng bạch cầu >10 G/L ở 32,9% và giảm bạch cầu <4 G/L chỉ chiếm 7,1% trường hợp (Bảng 5). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lochindarat và cộng sự tại Thái Lan [9]. Tăng bạch cầu phản ánh đáp ứng viêm không đặc hiệu hoặc khả năng có bội nhiễm vi khuẩn.

Khi phân tích theo phân tuýp cúm, tỷ lệ tăng bạch cầu ở nhóm cúm A cao hơn nhóm cúm B, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (Bảng 5). Điều này cho thấy các phản ứng viêm toàn thân giữa hai nhóm không khác biệt rõ rệt và chưa đủ để phân biệt cúm A hay B dựa trên xét nghiệm bạch cầu đơn thuần. Trong nghiên cứu này, chỉ số hemoglobin và tiểu cầu cũng nằm trong giới hạn bình thường ở phần lớn bệnh nhân, phản ánh cúm mùa thường không gây ảnh hưởng đáng kể đến hệ tạo máu ở trẻ em khỏe mạnh. Tỷ lệ thiếu máu nhẹ là 34,8%, trung bình là 3,8% và không ghi nhận trường hợp thiếu máu nặng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị Thảo (2022) [6]. Trong nghiên cứu này, giá trị CRP <10 mg/L chiếm đa số ở cả hai nhóm cúm A và cúm B, cho thấy đa số bệnh nhân chỉ có tình trạng viêm mức độ nhẹ. Đáng chú ý, CRP >30 mg/L chỉ gặp ở nhóm cúm A với tỷ lệ 10,8%, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê rõ rệt ($p > 0,05$) (Bảng 5). Điều này phù hợp với cơ chế sinh bệnh của cúm A thường mạnh hơn cúm B, dễ gây phản ứng viêm toàn thân hơn trong một số trường hợp [6].

Về hình ảnh học, nghiên cứu cho thấy gần một nửa số bệnh nhân có viêm phế quản phổi trên X-quang, trong đó nhóm cúm A chiếm tỷ lệ cao hơn (49,5%). Hình ảnh viêm phế quản đơn thuần chiếm 36,4%, còn lại 14,8% có phim X-quang bình thường (Bảng 6). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Bùi Thị Thảo (2022) với tỷ lệ

viêm phế quản phổi là 62,8% [6], nhưng cao hơn nghiên cứu của Dawood FS tại Mỹ trong giai đoạn 2003–2008, với tỷ lệ viêm phổi trên X-quang là 32,58% [10]. Sự khác biệt có thể do tiêu chí nhập viện và chỉ định chụp X-quang giữa các nghiên cứu là khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên các bệnh nhi mắc cúm tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An cho thấy: bệnh thường gặp ở trẻ dưới 3 tuổi, nam nhiều hơn nữ. Cúm A là chủng chiếm ưu thế. Các triệu chứng phổ biến gồm sốt, ho, chảy mũi; đa số bệnh nhân có bạch cầu và CRP trong giới hạn bình thường. Biểu chứng thường gặp là viêm phế quản và viêm phế quản phổi. Cần phát hiện sớm và theo dõi biến chứng hô hấp ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm. Cục quản lý khám chữa bệnh. Quyết định số 5642/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 về ban hành tài liệu chuyên môn.
2. **K. E. Lafond, Rasooly MH, Valente F, et al** (2016). Global Role and Burden of Influenza in Pediatric Respiratory Hospitalizations. 1982-2012: A Systematic Analysis. *PLoS Med.* 24:13(3).
3. **Mizaerd JP** (2008). Acute lower respiratory tract infection. *N Engl J Med*;358(7):716-27.
4. **Nguyễn Sĩ Đức, Nguyễn Thị Việt Hà, Đỗ Thiên Hải và cộng sự** (2025). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và các yếu tố liên quan của bệnh cúm mùa phải nhập viện ở trẻ em năm 2023-2024. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 189(4), 187-194.
5. **Ziegler T, Mamahit A, Cox NJ** (2018). 65 years of influenza surveillance by a World Health Organization-coordinated global network. *Influenza Other Respir Viruses*;12(5):558-565.
6. **Bùi Thị Thảo** (2022). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh cúm mùa nặng ở trẻ em tại Bệnh Viện Nhi Trung Ương. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược - Đại Học Quốc Gia Hà Nội.
7. **Norman DA, Cheng AC, Macartney KK, et al** (2022). Influenza hospitalizations in Australian children 2010-2019: The impact of medical comorbidities on outcomes, vaccine coverage, and effectiveness. *Influenza Other Respir. Viruses*. 16 (2), 316–327.
8. **Vũ Thị Phượng** (2021). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của bệnh cúm mùa ở trẻ em được điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **S. Lochindarat and T. Bunnag** (2011). Clinical presentations of pandemic 2009 influenza A (H1N1) virus infection in hospitalized Thai children. *J. Med. Assoc. Thai.* 94(3). S107-12.
10. **Dawood FS, Fiore A, Kamimoto L, et al** (2010). Emerging Infections Program Network. Burden of seasonal influenza hospitalization in children, United States, 2003 to 2008. *J Pediatr*;157(5):808-14.

ĐIỀU TRỊ U TẾ BÀO MÀM VÙNG CÙNG CỤT BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Hồ Trần Bản¹, Nguyễn Thị Mỹ Linh², Mai Hoàng Vĩnh Kha²,
Chu Khánh An², Võ Kim Kha², Trần Quang Minh²,
Tống Thị Mai Quỳnh², Võ Thị Cẩm Quỳnh², Trần Võ Đức Tân²,
Lê Sĩ Phong¹, Vũ Trường Nhân¹, Huỳnh Thị Vũ Quỳnh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị u tế bào mầm vùng cùng cụt bằng phương pháp phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca ở tất cả bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán UTBM vùng cùng cụt và được phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2018 đến 31/12/2024. **Kết quả:** Từ 34 bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu, tất cả bệnh nhi được cắt trọn u và một phần xương cụt, chủ yếu qua đường ngã dọc sau (91,2%). Vỡ u là biến chứng phẫu thuật thường gặp (23,5%). 2 (5,9%) trường hợp được sinh thiết hạch. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 9 (26,5%) trường hợp, trong khi 67,6% bệnh nhi không có biến chứng. 1 (2,9%) trường hợp phẫu thuật lần 2 do u tái phát. U giai đoạn I và nguy cơ thấp chiếm 94,1%. 5 (14,7%) bệnh nhi được phẫu thuật kèm hóa trị. Các bệnh nhi phẫu thuật đơn thuần đều đáp ứng hoàn toàn. Nghiên cứu có 1 ca tái phát (2,9%) và không có trường hợp nào tử vong. **Kết luận:** Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính với tỷ lệ biến chứng và tái phát thấp. **Từ khóa:** U tế bào mầm; u tế bào mầm vùng cùng cụt; trẻ em.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF SACROCOCCYGEAL GERM CELL TUMORS IN AT CHILDREN HOSPITAL 2

Objective: Evaluation of outcomes of surgical treatment for sacrococcygeal germ cell tumors in children. **Materials and methods:** This retrospective descriptive case series includes all pediatric patients under 16 years old diagnosed with sacrococcygeal germ cell tumors (GCTs) and treated surgically at Children's Hospital 2 from January 1, 2018 to December 31, 2024. **Results:** We recorded 34 patients meeting the inclusion criteria. All patients underwent complete tumor resection along with partial coccygectomy, primarily via a retrorectal surgery (91,2%). Tumor rupture was the most frequent intraoperative complication (23,5%). Lymph node biopsy was performed in 2 cases (5,9%). The most frequent postoperative complication was surgical site infection, occurring in 9 cases (26,5%), whereas

67,6% of patients experienced no operative complications. One patient (2,9%) required a second surgery due to tumor recurrence. Stage I and low-risk tumors accounted for 94,1% of cases. 5 patients (14,7%) received surgery combined chemotherapy. All patients undergoing surgery alone achieved complete response. The study reported 1 case of recurrence (2,9%) and no cases of mortality. **Conclusion:** Surgery is the main treatment approach with low rates of complications and recurrence. **Keywords:** Germ cell tumor; Sacrococcygeal germ cell tumor; Children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tế bào mầm (UTBM) là bệnh hiếm gặp ở trẻ em, chiếm 2-4% ung thư ở trẻ dưới 20 tuổi.¹ U quái cùng cụt (UQCC) là UTBM ngoài tuyến sinh dục phổ biến nhất ở trẻ sơ sinh, với tỷ lệ 1/40.000 ca sinh.² Các biện pháp điều trị UTBM vùng cùng cụt bao gồm phẫu thuật và hóa trị. Sau phẫu thuật, tuy phần lớn bệnh nhân đã kiểm soát thành công khối u nhưng vẫn thường gặp các di chứng sau mổ. Vì vậy việc đánh giá biến chứng và theo dõi tái phát có thể xảy ra nhằm cải thiện chất lượng sống của bệnh nhi là hết sức cần thiết. Hiện chỉ có một số nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị của u quái vùng cùng cụt ở một số trung tâm ở Việt Nam, nhưng nghiên cứu về đánh giá điều trị phẫu thuật u tế bào mầm vùng cùng cụt thì hiện chưa có. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị UTBM vùng cùng cụt bằng phương pháp phẫu thuật ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Dân số nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán UTBM vùng cùng cụt và được phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2018 đến 31/12/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tuổi < 16 tuổi. Nhập viện và được phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2018 đến 31/12/2024. Bệnh nhân có giải phẫu bệnh là UTBM vùng cùng cụt.

Tiêu chuẩn loại trừ: UTBM vùng cùng cụt đã được phẫu thuật tại cơ sở khác. Hồ sơ bệnh án lưu trữ không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu,

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Trần Bản

Email: hotranban@ump.edu.com

Ngày nhận bài: 14.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 18.11.2025