TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Kim Anh,** Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới và một số đặc điểm liên quan ở phụ nữ mang thai ba tháng cuối. Tạp chí Phụ sản, 2020. 18(2): p. 23-29.
2. **Đỗ Thị Thùy Dung,** Xác định thành phần loài nấm ở nữ bệnh nhân viêm sinh dục đến khám và điều trị tại Bệnh viện Quân y 103. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2022. 5(03): p. 42-50.
3. **Cấn Hải Hà,** Thực trạng viêm sinh dục dưới ở phụ nữ 18 – 49 tuổi có chồng tại xã Kim Quan, Thạch Thất – Hà Nội và một số yếu tố liên quan. 2014. p. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
4. **Cao Ngọc Thành,** Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục thấp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng ở huyện A Lưới, Thừa Thiên Huế. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, 2017. Tập 7, số 4 - tháng 8/2017: p. tr.83-89.
5. **Nguyễn Khắc Minh,** Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ và biện pháp can thiệp tại huyện Tiên Phước - Quảng Nam năm 2010. 2010.
6. **Nguyễn Trọng Bài, Võ văn Thắng,** Tình hình viêm nhiễm đường sinh dục sưới ở phụ nữ 18-49 tuổi có chồng tại huyện Thái Bình, tỉnh Cà Mau năm 2009. Tạp chí y học Dự Phòng, 2009. 21: p. 109-115.
7. **Nguyễn Quang Thông, Trần Ngọc Dung, and Đoàn Duy Dậm,** Thực trạng và yếu tố liên quan đến nhiễm trùng đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng tuổi 18-49 tại thành phố Cần Thơ năm 2016. Tạp chí y học Dự Phòng, 2016. 29(11).
8. **Cao Ngọc Thành,** Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục thấp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng ở huyện A Lưới, Thừa Thiên Huế. 2017. 7: p. 83-89.
9. **Lê Thị Ly Ly, Lê Minh Tâm,** Nghiên cứu tình trạng viêm nhiễm sinh dục thấp ở thai phụ trên 35 tuần tuổi thai. Tạp chí Phụ sản, 2016. 14(3): p. 44-48.
10. **Nguyễn Cao Hùng, Phạm Thị Tâm,** Tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng từ 18-49 tuổi huyện Đầm Dơi, tỉnh Cà Mau năm 2016 - 2018. Tạp Chí y học Cần Thơ, 2018.

ĐẶC ĐIỂM PHÁT TRIỂN THỂ CHẤT Ở TRẺ BỊ DẬY THÌ SỚM TRUNG ƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Nguyễn Đình Thành[1], Ngô Thị Thu Hương[1]

TÓM TẮT

Tỷ lệ mắc bệnh dậy thì sớm trung ương hiện nay ngày càng gia tăng. Bệnh cần được phát hiện và điều trị sớm để cải thiện chiều cao khi trưởng thành của bệnh nhân và giảm lo lắng ánh hưởng đến tâm lý của trẻ. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm phát triển thể chất ở trẻ em bị dậy thì sớm trung ương tại bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Đối tượng nghiên cứu:** 45 trẻ gái đã được chẩn đoán dậy thì sớm tại khoa Nhi tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh. **Kết quả:** Độ tuổi chẩn đoán: 7,8 ± 1,1 tuổi. Vú to là lý do trẻ đi khám nhiều nhất chiếm 73,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng bình thường là 77,8%, thừa cân 20%, béo phì 2,2%. Có 7 bệnh nhân (15,5%) có chiều cao ở mức lớn hơn +2SD so với lứa tuổi. Tuyến vú phát triển ở 100% bệnh nhân. Lông mu phát triển ở mức P2: 15,6%. Kinh nguyệt: 6,7%. Có mối liên quan giữa BMI và mức độ phát triển tuyến vú ở bệnh nhân dậy thì sớm với p < 0,05. **Kết luận:** Trẻ bị bệnh dậy thì sớm có chiều cao trung bình lớn hơn so với các trẻ cùng lứa tuổi. Chỉ số khối cơ thể BMI cao hơn có mối liên quan đến độ tuổi phát triển tuyến vú sớm hơn.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PHYSICAL DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH CENTRAL PRECOCIOUS PUBERTY AT SAINT PAUL HOSPITAL

The incidence of central precocious puberty is increasing. The disease needs to be detected and treated early to improve the adult height of patients and rereduc the psychological impact on children. **Aims:** Describe the physical development characteristics of children with central precocious puberty at Saint Paul Hospital. **Methods:** 45 girls were diagnosed with precocious puberty at the General Pediatrics Department of Saint Paul Hospital. **Results:** The study describes a series of cases. Results: Diagnosis age: 7,8 ± 1.1 years. Breast development is the most common reason for children's visits, accounting for 73,3%. Normal body mass index accounts for 77,8%, overweight 20%, obesity 2,2%. There were 7 patients (15,6%) whose height was greater than +2SD for their age. Breast development in 100% of patients. Pubic hair develops P2: 15.6%. Menarche: 6.7%. There is a correlation between BMI and the degree of breast development in early puberty patients with p < 0.05. **Concluscion:** Children with Precocious Puberty have a higher average height than children of the same age. A higher BMI is associated with earlier breast development.

[1]*Trường Đại Học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Thu Hương
Email: thuhuong0380@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024
Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024
Ngày duyệt bài: 11.3.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dậy thì sớm trung ương là tình trạng phát triển các đặc điểm sinh dục thứ phát trước 8 tuổi ở trẻ nữ và 9 tuổi ở trẻ nam do sự kích hoạt sớm

của trục dưới đồi – tuyến yên – tuyến sinh dục.[1,2] Dậy thì sớm hiện nay là một vấn đề phổ biến ảnh hưởng đến 29 trên 100.000 trẻ gái mỗi năm.[3] Các nghiên cứu cho thấy 80-90% các trường hợp dậy thì sớm trung ương ở trẻ nữ là không tìm thấy nguyên nhân còn được gọi là dậy thì sớm vô căn.[2] Dậy thì sớm làm cho chiều cao cuối của trẻ bị thấp mặc dù trước đó trẻ có một quá trình phát triển chiều cao vượt trội so với lứa tuổi. Dậy thì sớm gây là một trong những nguyên nhân gây rối loạn tâm lý lo lắng, căng thẳng cho gia đình và bản thân trẻ khi cảm thấy mình khác biệt so với các bạn cùng lứa, kéo theo đó là các vấn đề xã hội khác như quan hệ tình dục sớm hay bị lạm dụng. Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn bắt đầu điều trị cho trẻ dậy thì sớm cho trẻ em tại địa bàn Hà Nội trong nhiều năm qua, chúng tôi đã tiến hành mô tả sự phát triển thể chất của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán nhằm nâng cao hiệu quả trong phát hiện và chẩn đoán bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 45 bệnh nhân nữ được chẩn đoán dậy thì sớm tại khoa Nhi tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023

Tiêu chuẩn lựa chọn: Phát triển cơ quan sinh dục trước 8 tuổi, Tuổi xương lớn hơn tuổi thực ≥ 1 tuổi. Giá trị LH cơ bản ≥ 0,3 UI/L hoặc nghiệm pháp kích thích GnRH (+) với LH ≥ 5 UI/L

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

Chỉ số nghiên cứu:

-Thông tin chung: tuổi chẩn đoán, lý do đi khám

- Đặc điểm phát triển thể chất: chiều cao so với tuổi, cân nặng so với tuổi, BMI theo tuổi. Kết quả được so sánh với hằng số chuẩn của WHO năm 2017

- Dấu hiệu dậy thì; phát triển tuyến vú, lông mu, khí hư, kinh nguyệt.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê Y học trên phần mềm thống kê Y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 2 năm nghiên cứu chúng tôi có 45 bệnh nhân nữ được chẩn đoán dậy thì sớm trung ương theo dõi và điều trị tại khoa Nhi Tổng hợp bệnh viện Xanh pôn có những đặc điểm sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	N (%)
Tuổi chẩn đoán (năm)	7,8 ± 1,1
Nhóm tuổi	
< 7 tuổi	6 (13,3%)
7 -< 8 tuổi	33 (73,4%)
> 8 tuổi	6 (13,3%)
Min – Max (năm)	2,6 – 9,4
Lý do đi khám	
Vú to	33 (73,3%)
Đau ngực	3 (6,7%)
Có kinh nguyệt	3 (6,7%)
Dịch nhầy âm đạo	2 (4,2%)
Tăng chiều cao nhanh	4

Nhận xét: Bệnh nhân dậy thì sớm trung ương được chẩn đoán và bắt đầu điều trị ở độ tuổi trung bình là 8,0 tuổi. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán trong độ tuổi từ 7-8 chiếm 73,4%. Trong đó bệnh nhân được chẩn đoán sớm nhất là khi 2 tuổi 7 tháng và muộn nhất là 9 tuổi 5 tháng. Vú to là lý do trẻ đi khám nhiều nhất chiếm 73,4%. Có 3 bệnh nhân đến khám vì lý do có kinh nguyệt (6,7%).

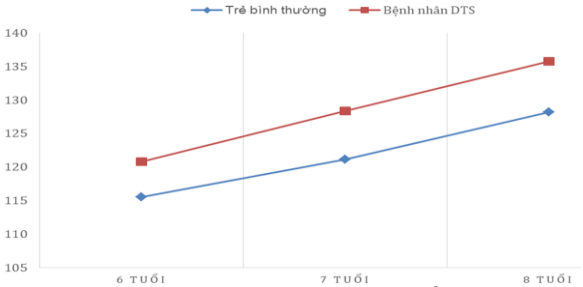
Bảng 2. Chỉ số khối cơ thể tuổi trong nhóm nghiên cứu

Tình trạng dinh dưỡng	Kết quả	N	%
Bình thường	-2SD đến +1SD	35	77,8
Thừa cân	>+1SD đến <+2SD	9	20
Béo phì	> +2SD	1	2,2
Tổng số		**45**	**100**

Nhận xét: Khi bắt đầu điều trị, phần lớn trẻ có chỉ số khối cơ thể trong giới hạn bình thường chiếm tỷ lệ 77,8%, thừa cân 20%, béo phì 2,2% và không có trẻ suy dinh dưỡng.

Bảng 3. Sự thay đổi chiều cao theo nhóm tuổi

Chiều cao	<7 tuổi		7-8 tuổi		>8 tuổi		p
	n	%	n	%	n	%	
-2SD đến +2SD	5	83,3	28	84,8	5	83,3	
> +2SD	1	16,7	5	15,2	1	15,6	>0,05
Tổng	**6**	**100**	**33**	**100**	**6**	**100**	



Biểu đồ 1: *Chiều cao theo lứa tuổi của nhóm bệnh nhân DTS so với trẻ bình thường*

Nhận xét: Tại thời điểm chẩn đoán có 9 bệnh nhân (15,6%) có chiều cao ở mức lớn hơn +2SD so với lứa tuổi. Chiều cao trung bình của bệnh nhân dậy thì sớm cao hơn so với trẻ bình

thường cùng tuổi

Bảng 4. Cân năng theo tuổi

Cân nặng	<7 tuổi		7-8 tuổi		>8 tuổi		p
	n	%	n	%	n	%	
-2SD đến +2SD	5	83,3	28	84,8	4	66,7	<0,05
> +2SD	1	16,7	5	15,2	2	33,3	
Tổng	6	100	33	100	6	100	

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có mức cân nặng nằm trong khoảng bình thường theo lứa tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân có cân nặng > +2SD ở các nhóm tuổi dưới 7 tuổi, 7-8 tuổi, trên 8 tuổi lần lượt là 16,7%, 15,2% và 33,3%. Không có sự khác biệt nhóm tuổi bệnh nhân và cân nặng của bệnh nhân.

Bảng 5. Sự thay đổi của cơ quan sinh dục

Triệu chứng	Mức độ	N=30	%
Phát triển tuyến vú	B2	38	84,4
	B3	7	15,6
Phát triển lông mu	P1	40	88,9
	P2	5	11,1
Kinh nguyệt	Có	3	6,7
	Không	42	93,3

Nhận xét: Tuyến vú phát triển ở 100% bệnh nhân tại thời điểm được chẩn đoán. Đánh giá mức độ phát triển truyến vú theo Tanner cho thấy bệnh nhân có tuyến vũ ở mức độ B2, B3 lần lượt là 84,4%, 15,6% và không có bệnh nhân nào phát triển tuyến vú ở mức độ B4 và B5. Có 40 bệnh nhân chưa có lông mu tại thời điểm chẩn đoán, có 5 bệnh nhân đã có lông mu và đều ở mức độ B2 theo phân loại Tanner chiếm 15,6%. Hiện tượng kinh nguyệt xuất hiện ở 3 bệnh nhân chiếm 6,7% và tất cả bệnh nhân có kinh nguyệt đều trên 8 tuổi.

Bảng 6. Mối liên quan giữa BMI với sự phát triển tuyến vú

BMI	B2	B3	p
	N (%)	N (%)	
Bình thường	32 (91,4%)	3 (8,6%)	<0,05
Thừa cân	6 (66,7%)	3 (33,3%)	
Béo phì	0 (0%)	1 (100%)	
Tổng	38 (82,2%)	7 (17,8%)	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa BMI và mức độ phát triển tuyến vú ở bệnh nhân dậy thì sớm với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Trong hai năm có 45 bệnh nhân nữ được chẩn đoán và theo dõi, điều trị tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. Tuổi chẩn đoán trung bình là 7,8 ± 1,1 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của bác sĩ Lê Ngọc Duy trên 451 trẻ gái dậy thì sớm trung ương tại bệnh viện Nhi Trung ương từ năm 2013 đến năm 2017.[5] Phần lớn bệnh nhân của chúng tôi được chẩn đoán trong độ tuổi từ 7-8 tuổi. Trong đó bệnh nhân được chẩn đoán sớm nhất là khi 2 tuổi 7 tháng và muộn nhất là 9 tuổi 5 tháng. Dấu hiệu vú phát triển sớm là lý do bệnh nhân đi khám nhiều nhất chiếm73,4%. Có 3 bệnh nhân đến khám vì lý do có kinh nguyệt (6,7%). Theo sinh lý phát triển giai đoạn đầu của dậy thì ở trẻ gái là tuyến vú phát triển sớm. Một số trẻ phát hiện muộn, nên khi có kinh nguyệt mới đi khám và chẩn đoán bệnh.

Sự phát triển thể chất của bệnh nhân khi được chẩn đoán bệnh có tình trạng dinh dưỡng bình thường là 77,8%, thừa cân 20%, béo phì 2,2% và không có bệnh nhân suy dinh dưỡng. Tỷ lệ thừa cân và béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi có thấp hơn so với trong nghiên cứu của bác sĩ Duy, tỷ lệ béo phì là 7,1% và thừa cân là 22,2%.[5] Bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi được sống tại Hà Nội, chế độ ăn dinh dưỡng hợp lý nên tỷ lệ thừa cân và béo phì không cao. Chiều cao tăng nhanh với tỷ lệ > +2 SD là 15,6%. Trong đó nhóm tuổi từ 7 đến 8 tuổi có chiều cao trên +2SD là 15,2%. Trên biểu đồ 1 tất cả bệnh nhân dậy thì sớm có chiều cao đều cao hơn so với chuẩn, phù hợp với sinh lý sự phát triển xương nhanh do sự xuất hiện của hormone sinh dục làm cho sự tăng trưởng chiều dài của xương nhanh hơn. Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa các nhóm tuổi với chiều cao theo tuổi hay với cân nặng theo tuổi.

Tuyến vú phát triển ở 100% bệnh nhân tại thời điểm được chẩn đoán. Đánh giá mức độ phát triển truyến vú theo Tanner cho thấy bệnh nhân có tuyến vũ ở mức độ B2, B3 lần lượt là 84,4%, 15,6% và không có bệnh nhân nào phát triển tuyến vú ở mức độ B4 và B5. Có 40 bệnh nhân chưa có lông mu tại thời điểm chẩn đoán, có 5 bệnh nhân đã có lông mu và đều ở mức độ B2 theo phân loại Tanner chiếm 15,6%. Hiện tượng kinh nguyệt xuất hiện ở 3 bệnh nhân chiếm 6,7% và tất cả bệnh nhân có kinh nguyệt đều trên 8 tuổi.

Tuyến vú phát triển ở 100% bệnh nhân tại thời điểm được chẩn đoán. Tuyến vú ở giai đoạn B2, B3 theo phân loại Tanner lần lượt là 84,4% và 2,6% và không có bệnh nhân nào phát triển tuyến vú ở giai đoạn B4 và B5. Trong một nghiên cứu cho thấy trung bình của độ tuổi xuất hiện sự phát triển tuyến vú giai đoạn 2 thay đổi theo chủng tộc / dân tộc và là 8,8 tuổi đối với người da đen, 9,2 đối với người gốc Tây Ban Nha, 9,6 đối với người da trắng không phải gốc Tây Ban Nha và 9,7 đối với người châu Á.[6] Có 40 bệnh

nhân chưa có lông mu tại thời điểm chẩn đoán, có 5 bệnh nhân đã có lông mu và đều ở mức độ P2 chiếm 15,6%. Phát triển lông mu thể hiện quá trình phát triển hay tốc độ của dậy thì của trẻ. Kinh nguyệt thường xuất hiện 2-3 năm sau khi trẻ phát triển tuyến vú, đây là mốc quan trọng để đánh dấu sự hoàn thiện của chức năng sinh sản. Trong nghiên cứu của chúng tôi hiện tượng kinh nguyệt xuất hiện ở 3 bệnh nhân chiếm 6,7% và tất cả bệnh nhân có kinh nguyệt đều > 8 tuổi. Cistemino và cộng sự đã báo cáo có 4% trẻ gái dậy thì sớm trung ương có hiện tượng kinh nguyệt tại thời điểm chẩn đoán trong một nghiên cứu đa trung tâm ở Ý.[7]

Trong quá trình theo dõi chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa BMI và mức độ phát triển tuyến vú của bệnh nhân dậy thì sớm. Mối liên quan này cũng được nhận thấy trong các nghiên cứu trên thế giới. Frank M. Biro và cộng sự thấy rằng các bé gái có BMI > phân vị thứ 85 có mức phát triển tuyến vú B2 hơn so với bé gái < phân vị thứ 85.[6] Robert L Rosenfield và cộng sự cũng đã cho biết trong nghiên cứu của họ trẻ có BMI cao hơn có độ tuổi phát triển tuyến vú và xuất hiện kinh nguyệt sớm hơn.[8]

V. KẾT LUẬN

Trẻ bị bệnh dậy thì sớm có chiều cao trung bình lớn hơn so với các trẻ cùng lứa tuổi. Chỉ số khối cơ thể BMI cao hơn có mối liên quan đến độ tuổi phát triển tuyến vú sớm hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kota AS, Ejaz S.** Precocious Puberty. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2023. Accessed September 18, 2023. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544313/
2. **Li WJ, Gong CX, Guo MJ, et al.** Efficacy and Safety of Domestic Leuprorelin in Girls with Idiopathic Central Precocious Puberty: A Multicenter, Randomized, Parallel, Controlled Trial. Chin Med J (Engl). 2015;128(10):1314-1320. doi:10.4103/0366-6999.156773
3. **Fuqua JS.** Treatment and Outcomes of Precocious Puberty: An Update. J Clin Endocrinol Metab. 2013;98(6): 2198-2207. doi:10.1210/jc.2013-1024
4. **Berberoğlu M.** Precocious Puberty and Normal Variant Puberty: Definition, etiology, diagnosis and current management. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2009;1(4): 164-174. doi: 10.4274/ jcrpe.v1i4.3
5. **Lê Ngọc Duy.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Kết Quả Điều Trị Dậy Thì Sớm Trung Ương. Luận văn tiến sỹ y học Đại học Y Hà Nội; 2018.
6. **Biro FM, Greenspan LC, Galvez MP, et al.** Onset of Breast Development in a Longitudinal Cohort. Pediatrics. 2013;132(6):1019-1027. doi:10.1542/peds.2012-3773
7. **Cisternino M, Arrigo T, Pasquino AM, et al.** Etiology and age incidence of precocious puberty in girls: a multicentric study. J Pediatr Endocrinol Metab JPEM. 2000;13 Suppl 1:695-701. doi:10.1515/jpem.2000.13.s1.695
8. **Rosenfield RL, Lipton RB, Drum ML.** Thelarche, pubarche, and menarche attainment in children with normal and elevated body mass index. Pediatrics. 2009;123(1):84-88. doi:10.1542/peds.2008-0146

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VÀ BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH CÚM MÙA TÝP B TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG

Bùi Thành Đạt[1], Bùi Tú Hoa[1], Nguyễn Ngọc Sáng[1], Bùi Kim Thuận[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và biến chứng của bệnh cúm mùa týp B tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. **Đối tượng:** 885 bệnh nhi được chẩn đoán cúm mùa týp B điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/09/2022 đến 31/08/2023. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là 66,73 ± 20,88 tháng. Nam gặp nhiều hơn nữ, tỉ lệ nam/nữ là 1,55. Bệnh rải rác quanh năm, nhiều nhất vào tháng 9 đến tháng 12. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là sốt 882/885 (99,7%), ho 529/885 (59,8%) và chảy nước mũi 281/885 (31,8%). Các triệu chứng đau họng, đau mỏi cơ, nôn, đau đầu và viêm kết mạc ít gặp hơn. Hầu hết bệnh nhân có số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi và CRP huyết thanh bình thường. Tỉ lệ bệnh nhân có biến chứng là 371/885 (41,9%). Trong đó chủ yếu là viêm phổi 193/885 (21,8%) và viêm phế quản 114/885 (12,9%). Ngoài ra còn gặp biến chứng viêm tai giữa 84/885 (9,5%), tiêu chảy cấp 57/885 (6,4%), viêm cơ tim cấp 2/885 (0,2%) và viêm não 1/885 (0,1%). Trẻ không được tiêm phòng cúm có nguy cơ mắc biến chứng gấp 2,36 lần trẻ được tiêm phòng. Trẻ nhỏ hơn 60 tháng tuổi có nguy cơ mắc biến chứng gấp 3,53 lần so với trẻ từ 60 tháng tuổi trở lên. **Kết luận:** Cúm mùa týp B

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Trường Đại học Y khoa Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Sáng
Email: nnsang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024
Ngày duyệt bài: 6.3.2024