

đặc biệt khi PaCO₂ có xu hướng tăng cao. Điều này có thể gây ảnh hưởng tới đánh giá và quyết định lâm sàng, đặc biệt ở những bệnh nhân có thể cần hỗ trợ thông khí bằng máy. Phương pháp đo PCO₂ qua da giúp giảm thiểu việc lấy máu xét nghiệm khí máu động mạch nhưng giá trị PtcCO₂ cũng cần được giải thích một cách thận trọng, đặc biệt là trong những trường hợp bệnh nhân có mức độ tăng CO₂ máu cao, do đó phương pháp đo PCO₂ qua da không thể hoàn toàn thay thế xét nghiệm khí máu động mạch. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy giá trị PtcCO₂ là một công cụ hữu ích để theo dõi xu hướng, giúp đưa ra dự đoán những thay đổi về PaCO₂. Nhận định của chúng tôi tương tự với đề xuất được đưa ra bởi tác giả Rodriguez và cộng sự (2006) [9].

V. KẾT LUẬN

Có mối tương quan tốt giữa giá trị PtcCO₂ và PaCO₂ trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hiếu, Nguyễn Duy Thắng, & Phan Thu Phương, (2023). Đặc điểm lâm sàng và siêu âm tim ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tạp Chí Y học Việt Nam. 529(1).
2. Hoàng Thủy, Nguyễn Việt Nhung & Nguyễn

- Đình Tiên (2022). Đặc điểm khí máu động mạch trong đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tạp Chí Y học Việt Nam, 515(2).
3. Gancel P.-E., Roupie E., Guittet L., et al. (2011). Accuracy of a transcutaneous carbon dioxide pressure monitoring device in emergency room patients with acute respiratory failure. Intensive Care Med, 37(2), 348-351.
4. Storre J.H., Magnet F.S., Dreher M., et al. (2011). Transcutaneous monitoring as a replacement for arterial PCO₂ monitoring during nocturnal non-invasive ventilation. Respiratory Medicine, 105(1), 143-150.
5. Storre J.H., Steurer B., Kabitz H.-J., et al. (2007). Transcutaneous PCO₂ Monitoring During Initiation of Noninvasive Ventilation. Chest, 132(6), 1810-1816.
6. McVicar J. and Eager R. (2009). Validation study of a transcutaneous carbon dioxide monitor in patients in the emergency department. Emergency Medicine Journal, 26(5), 344-346.
7. Ruiz Y., Farrero E., Córdoba A., et al. (2016). Transcutaneous Carbon Dioxide Monitoring in Subjects With Acute Respiratory Failure and Severe Hypercapnia. Respir Care, 61(4), 428-433.
8. Kelly A.-M. and Klim S. (2011). Agreement between arterial and transcutaneous PCO₂ in patients undergoing non-invasive ventilation. Respiratory Medicine, 105(2), 226-229.
9. Rodriguez P., Lellouche F., Aboab J., et al. (2006). Transcutaneous arterial carbon dioxide pressure monitoring in critically ill adult patients. Intensive Care Med, 32(2), 309-312.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, BIẾN CHỨNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH CÚM Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y KHOA VINH

Lê Thị Thanh Huyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng và kết quả điều trị bệnh cúm mùa ở trẻ em tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh từ 01/9/2023 đến 31/8/2023. **Đối tượng:** 945 trẻ em được chẩn đoán cúm mùa điều trị tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh từ 01/9/2023 đến 31/8/2023. **Phương pháp:** Mô tả một loạt ca bệnh. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm Cúm mùa 19,09%, trong đó nhiễm Cúm A 49,9%, Cúm B 45,2% và 4,9% đồng nhiễm cúm A và cúm B. Số bệnh nhi nhiễm cúm sống ở vùng nông thôn: 18,41%, thành phố: 81,59%. tỷ lệ nam/nữ là 1,27, số trẻ mắc nhiều nhất ở độ tuổi 12 tháng - 60

tháng chiếm 57,57%. Bệnh cúm gặp nhiều nhất vào mùa đông, đa số trẻ đến khám vì sốt và ho (89,84%), sốt vừa và cao chiếm trên 90% các trường hợp, hầu hết trẻ đều có triệu chứng ho, chảy nước mũi, viêm họng chiếm 88,99 - 95%, số lượng bạch cầu tăng gặp 37,99%, có 21,48% CRP tăng >12mg/L. Biến chứng có 47,83% trẻ mắc các biến chứng của cúm, trong đó viêm phổi: 46,24%, viêm phế quản: 31,86%, viêm tai giữa: 7,96%, tiêu chảy: 7,74%. Trẻ không tiêm phòng có nguy cơ mắc các biến chứng khi nhiễm cúm cao hơn 2,78 lần so với trẻ được tiêm phòng. Bệnh nhi cúm không được điều trị bằng Oseltamivir có nguy cơ mắc biến chứng cao hơn 8,35 lần so với bệnh nhi cúm được điều trị bằng Oseltamivir. **Kết luận:** Cúm mùa có triệu chứng chủ yếu là sốt, biến chứng thường gặp là nhiễm trùng đường hô hấp. Điều trị sớm bằng Oseltamivir giảm nguy cơ mắc các biến chứng. Trẻ không tiêm phòng có nguy cơ mắc các biến chứng khi nhiễm cúm cao hơn so với trẻ được tiêm phòng.

Từ khóa: Cúm mùa, trẻ em, biến chứng, tiêm phòng, Oseltamivir, Bệnh viện ĐHYK Vinh

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thanh Huyền

Email: thanhhuyen25101978@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

SUMMARY**EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS, COMPLICATIONS AND RESULTS OF TREATMENT OF FLU IN CHILDREN AT VINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL**

Objective: Describe the clinical and paraclinical epidemiological characteristics, complications and comment on the results of treatment of seasonal influenza in children at Vinh Medical University Hospital from September 1, 2023 to August 31 /20223. **Method:** Describes a series of cases. **Results:** Seasonal influenza infection rate was 19.09%, including 49.9% influenza A infection, 45.2% influenza B infection and 4.9% co-infection with influenza A and influenza B. Number of pediatric influenza patients living in the region Rural: 18.41%, city: 81.59%. The male/female ratio is 1.27, the most infected children are at the age of 12 months - 60 months, accounting for 57.57%. Influenza is most common in winter, most children come to the doctor because of fever and cough (89.84%), moderate and high fever account for over 90% of cases, most children have symptoms of cough, runny nose, sore throat accounting for 88.99 - 95%, white blood cell count increases in 37.99%, CRP increases in 21.48% > 12mg/L. Complications: 47.83% of children suffered from complications of influenza, pneumonia: 46.24%, bronchitis: 31.86%, otitis media: 7.96%, diarrhea: 7.74%. Unvaccinated children are 2.78 times more likely to have complications from influenza infection than vaccinated children. Influenza patients not treated with Oseltamivir are 8.35 times more likely to develop complications than influenza patients treated with Oseltamivir. **Conclusion:** Seasonal flu has main symptoms of fever, common complications are respiratory infections. Early treatment with Oseltamivir reduces the risk of complications. Unvaccinated children are at higher risk of complications from flu infection than vaccinated children. **Keywords:** Seasonal flu, children, complications, vaccination, Oseltamivir, Vinh medical University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cúm là một bệnh nhiễm trùng hô hấp thường gặp, gây ra bởi các virus thuộc họ Orthomyxoviridae. Tại Việt Nam, trong 10 năm gần đây, 1 triệu đến 1,8 triệu trường hợp mắc hội chứng cúm mỗi năm, nguyên nhân chủ yếu do các chủng vi rút cúm A, cúm B gây ra các biến chứng nặng và tử vong ở mọi lứa tuổi trong đó có trẻ em [1], [2]. Đặc biệt vấn đề "nợ miễn dịch hậu COVID-19" làm tăng mức độ nghiêm trọng của các bệnh nhiễm trùng ở trẻ em trong đó có Cúm khiến các cơ sở khám chữa bệnh Nhi khoa trên toàn quốc luôn trong tình trạng quá tải.

Đã có các nghiên cứu về bệnh cúm, tuy nhiên tại Nghệ An, đặc biệt tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Vậy bệnh cúm ở trẻ em tại Bệnh viện Đại

học Y khoa Vinh có đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và cận lâm sàng như thế nào? Biến chứng ra sao? Kết quả điều trị như thế nào? Là những câu hỏi cần được giải đáp. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng và kết quả điều trị trẻ mắc bệnh cúm tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh từ 01/9/2023 đến 31/8/20223.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu**

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 4949 trẻ NKHHCT trong đó 945 bệnh nhi được chẩn đoán xác định do cúm, điều trị tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh từ 1/9/2022 đến 31/8/2023.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các bệnh nhi dưới 16 tuổi NKHHCT, có test nhanh Influenza A/B (+)

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán:** Chẩn đoán bệnh cúm theo hướng dẫn chẩn đoán của cục Y tế dự phòng [3] gồm:

*Có yếu tố dịch tễ: Sống hoặc đến từ khu vực có bệnh cúm lưu hành hoặc có tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân cúm.

*Lâm sàng có sốt (thường trên 38°C), đau nhức cơ toàn thân và có một trong số các biểu hiện về hô hấp như đau họng, hắt hơi, ngạt mũi, chảy nước mũi, ho, khó thở.

*Xét nghiệm chẩn đoán cúm nhanh: Dương tính

- **Tiêu chuẩn điều trị** bằng thuốc kháng vi rút Oseltamivir: nhiễm cúm A, cúm B hoặc đồng nhiễm cúm A, cúm B có thời gian mắc bệnh ≤ 2 ngày và nhiệt độ ≥ 39,5°C [4], [1]

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhi không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán, tiêu chuẩn điều trị hoặc thông tin không đầy đủ theo yêu cầu của phiếu điều tra.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh thông thường

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: theo phương pháp thuận tiện lấy tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng: Tỷ lệ bệnh nhi nhiễm cúm/ bệnh nhi mắc NKHHCT, tỷ lệ nhiễm cúm A, cúm B, đồng nhiễm cúm A và cúm B, địa dư, tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, tiền sử tiếp xúc với nguồn lây.

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Lý do vào viện, sốt, ho, họng đỏ, chảy nước mũi, khó thở, công thức máu, CRP huyết thanh.

- Đặc điểm các biến chứng: viêm phế quản, viêm phổi, viêm tai giữa, tiêu chảy. Mỗi liên quan giữa biến chứng và viêm phòng cúm.

- Nhận xét kết quả điều trị: Khỏi, chuyển tuyến, tử vong. Mỗi liên quan giữa biến chứng và điều trị bằng Oseltamivir.

Phương pháp xét nghiệm virus cúm:

Quicktest là test nhanh xác định cúm A/B dựa trên xét nghiệm sắc ký miễn dịch định tính nhanh, đơn dòng để phát hiện kháng nguyên cúm A/B từ dịch tiết ở mũi, họng, được thực hiện tại khoa Xét nghiệm, Bệnh viện ĐHYK Vinh

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Số liệu được thu thập vào bệnh án nghiên cứu. Tính số lượng - tỷ lệ %; Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn; tính OR, CI; So sánh tỷ lệ % bằng χ^2 test, tính p.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài đảm bảo đạo đức trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng

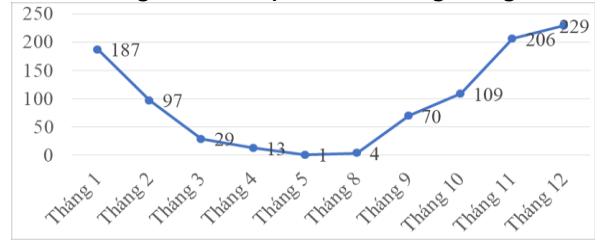
- Tỷ lệ nhiễm cúm ở trẻ em tại Bệnh viện ĐHYK Vinh: trong 4949 trẻ NKHHCT, test nhanh xác định cúm A/B có 945 trẻ mắc cúm với tỷ lệ 19,09%.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học bệnh nhi mắc cúm mùa

Đặc điểm dịch tễ	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
Cúm A	472	49,9
Cúm B	427	45,2
Đồng nhiễm Cúm A và cúm B	46	4,9
Nam	528	55,87
Nữ	417	44,13
Nông thôn	174	18,41
Thành phố	771	81,59
Tuổi < 6 tháng	35	3,7
Tuổi 6 - < 12 tháng	56	5,93
Tuổi 12 - < 60 tháng	544	57,57
Tuổi ≥ 60 tháng	310	32,80
Đã tiếp xúc với BN cúm	375	39,68
Không tiếp xúc với BN cúm	457	48,36
Đã tiêm vắc xin cúm	58	6,14
Chưa tiêm vắc xin cúm	887	93,86

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ nhiễm cúm A và B tương đương nhau, đồng nhiễm cúm A và B chỉ chiếm 4,9%. Trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ. Số bệnh nhi cúm ở thành phố nhiều hơn 4 lần số bệnh nhi sống ở nông thôn. Gặp nhiều nhất ở trẻ 12 đến 60 tháng tuổi (57,57%). Có 39,68% bệnh nhi có tiếp xúc với nguồn lây. Đa số trẻ chưa được tiêm phòng cúm.

- Thời gian mắc bệnh theo tháng trong năm



Hình 1. Phân bố bệnh nhân cúm mùa theo tháng trong năm

Nhận xét: Bệnh cúm xuất hiện quanh năm trong đó nhiều nhất là mùa đông

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của các bệnh nhi mắc bệnh cúm

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Lý do đến khám	Sốt đơn độc	51, 5,40%
	Sốt và ho	849, 89,84%
	Sốt co giật	9, 0,95%
	Sốt, ho và khó thở	19, 2,01%
	Ho, khó thở	17, 1,80%
Sốt	Sốt nhẹ	78, 8,25
	Sốt vừa	422, 44,66
	Sốt cao	435, 46,03
Ho	936, 99,05	
Chảy mũi	841, 88,99	
Họng đỏ	851, 90,05	
Đau đầu	325, 34,39	
Viêm kết mạc	102, 10,8	
Co giật	9, 0,95	
Nôn	486, 51,43	
Đau cơ	95, 10,05	

Nhận xét: Đa đa số trẻ nhập viện với lý do là sốt và ho chiếm 89,84%, đa số trẻ sốt vừa đến sốt cao. Hầu hết trẻ đều có triệu chứng ho, chảy mũi, họng đỏ.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của các bệnh nhi mắc bệnh cúm

Đặc điểm	Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
HB giảm	247	26,14
Bạch cầu tăng	359	37,99
Bạch cầu giảm	53	5,61
Bạch cầu bình thường	533	56,4
Tiểu cầu tăng	91	9,63
Tiểu cầu giảm	61	6,46
CRP ≥ 12mg/l	203	21,48
CRP < 12mg/l	742	78,52

Nhận xét: Bạch cầu bình thường chiếm 56,4%, tăng chiếm 37,99%. Một số ít bệnh nhi giảm huyết sắc tố và tiểu cầu. Đa số các bệnh nhân có giá trị CRP <12mg/l.

Bảng 4. Các biến chứng xảy ra ở bệnh nhân nghiên cứu

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi	209	46,24
Viêm phế quản	144	31,86
Viêm tai giữa	36	7,96
Tiêu chảy	35	7,74
Viêm phổi và viêm tai giữa	25	5,53
Viêm mũi xoang	3	0,66
Tổng	452	100

Nhận xét: Viêm phổi là biến chứng hay gặp nhất ngoài ra còn gặp một số các biến chứng khác: Viêm phế quản viêm tai giữa, tiêu chảy cấp, viêm xoang.

Bảng 5. Liên quan giữa biến chứng và tiêm phòng trên bệnh nhân cúm

Biến chứng	Tiêm phòng		Tổng	OR	95%CI	p
	Có	Không				
Không	43	450	493	2,78	1,52 – 5,08	0.001
Có	15	437	452			
Tổng	58	887	945			

Nhận xét: Trẻ không tiêm phòng cúm có nguy cơ mắc các biến chứng khi bị cúm cao gấp 2,78 lần trẻ được tiêm phòng cúm.

3.2. Nhận xét kết quả điều trị bệnh nhân cúm tại Bệnh viện ĐHYK Vinh

Kết quả điều trị bệnh nhân cúm: 98,8% bệnh nhi được điều trị khỏi, 1,2% chuyển tuyến, không có trường hợp tử vong.

Bảng 6. Liên quan giữa biến chứng và điều trị thuốc Oseltamivir trên bệnh nhân cúm

Điều trị bằng Oseltamivir	Biến chứng		Tổng	OR	95% CI	p
	Có	Không				
Có	95	340	435	8,35	6,21– 11,23	0.000
Không	357	153	510			
Tổng	452	493	945			

Nhận xét: Trẻ không được điều trị bằng thuốc kháng virus Oseltamivir có nguy cơ mắc các biến chứng gấp 8,38 lần so với trẻ được điều trị bằng thuốc kháng virus Oseltamivir.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng ở bệnh nhi mắc cúm mùa

- **Tỷ lệ nhiễm cúm:** Chúng tôi nhận thấy trong số những trẻ mắc NKHHCT thì tỷ lệ dương tính với vi rút cúm chiếm 19,09%, trong đó 49,9% trẻ dương tính với cúm A, 45,2% trẻ dương tính với cúm B, đồng nhiễm cúm A và B chỉ chiếm 4,9%. Nghiên cứu của Vũ Thị Ánh Hồng tại Hải Phòng: cúm A chiếm 78%, cúm B chiếm 21,1%, còn lại 0,8% bệnh nhi dương tính với cả A và B [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị

Sang và CS tại Quảng Ninh cho thấy tác nhân gây NKHHCT dương tính với cúm là 26% [6]. Nghiên cứu Sự lưu hành của vi rút cúm tại Miền Nam, giai đoạn 2018 – 2020 cho thấy số ca dương tính cúm mùa là 711 ca chiếm tỷ lệ 20,3%. Số ca dương tính với cúm A/H1pd, A/H3 và cúm B lần lượt là 10,9%; 4,2% và 5,2% [7]. Như vậy cúm A chiếm một ưu thế hơn hẳn so với cúm B.

- **Giới tính:** Trong tổng số 945 bệnh nhi nhiễm cúm, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ mắc ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ, với nam/nữ là 1,27.

- **Địa dư:** Tỷ lệ bệnh nhi cúm mùa sống thành phố Vinh cao gấp 4 lần so với ở nông thôn. Nghiên cứu của Vũ Thị Ánh Hồng tại Hải Phòng cho thấy tỷ lệ bệnh nhi cúm mùa sống ở nông thôn cao gấp 2 lần so với ở thành thị [5]. Theo những nghiên cứu khác, cúm mùa thông thường chỉ có sự sai khác giữa các vùng có đặc điểm khí hậu nóng lạnh hay độ ẩm khác nhau, chưa có nghiên cứu cụ thể nào ghi nhận sự khác biệt giữa nông thôn và thành thị [8]. Trong nghiên cứu này, số trẻ bị cúm mùa sống ở thành phố cao hơn có thể là do bệnh nhi đến khám và điều trị tại BV ĐHYK Vinh chủ yếu là những bệnh nhi sống tại thành phố.

- **Tuổi:** phần lớn bệnh nhi mắc bệnh là trên 12 tháng tuổi chiếm 90,37%. Điều này có thể được giải thích do trẻ nhỏ hơn 12 tháng, lứa tuổi chưa đi học mẫu giáo ít tiếp xúc với nguồn lây. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận xét của một số tác giả khác [5], [9].

- **Mùa:** chúng tôi thấy bệnh cúm lưu hành quanh năm, nhưng tập trung nhiều hơn vào mùa đông xuân. Điều này tương tự như các nghiên cứu trước đó và phù hợp với y văn bệnh cúm mùa tập trung nhiều vào mùa đông xuân. [7],[9]

- **Tiền sử tiếp xúc:** nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 39,68% bệnh nhi có tiền sử tiếp xúc với nguồn lây bệnh. Kết quả này tương đương kết quả của một số tác giả khác như: Nghiên cứu của Sikora C, Fan S và CS ở Edmonton, Canada nghiên cứu 87 gia đình và những người cùng sống trong gia đình (262 người) mà có ít nhất 1 người có xét nghiệm khẳng định nhiễm cúm A (H1N1) thì thấy: 28,7% gia đình có thêm trên 1 người mắc và 22,9% gia đình có thêm 2 người mắc [8].

- **Tiêm phòng cúm:** tỉ lệ bệnh nhi đã được tiêm phòng cúm chỉ chiếm 6,14%. Có thể do tiêm phòng cúm mùa không nằm trong chương trình tiêm chủng mở rộng.

- **Lý do nhập viện:** Trẻ đến viện với lý do chủ yếu là sốt kèm ho chiếm 89,84%. Theo Vũ Thị Ánh Hồng trẻ cúm nhập viện 61,5% vì sốt [5]

- **Sốt:** 98,94% trẻ có triệu chứng sốt, 90,69 trẻ có biểu hiện sốt vừa đến sốt cao. Trong nghiên cứu của Vũ Thị Ánh Hồng có 99,7% trẻ sốt [5].

- **Ho:** Là một triệu chứng hay gặp chiếm 99,05%, kết quả này tương tự với nghiên cứu trước đó là > 90% [5].

- **Chảy nước mũi:** Có 841 bệnh nhi có triệu chứng chảy nước mũi chiếm 88,99%, cũng là một dấu hiệu của viêm long đường hô hấp nên tỷ lệ triệu chứng này khá cao.

- **Họng đỏ:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 851 bệnh nhi có tình trạng viêm họng chiếm 90,05%

- **Các triệu chứng khác:** Các triệu chứng lâm sàng của bệnh rất đa dạng trong đó số bệnh nhi có triệu chứng nôn là 51,43%, co giật là 0,95%, đau đầu 34,39%, viêm kết mạc 10,8%, đau cơ ở trẻ lớn 10,05%.

- **Xét nghiệm máu:** số lượng bạch cầu bình thường chiếm, số lượng bạch cầu tăng chiếm 37,99%. Một số ít bệnh nhi giảm huyết sắc tố và tiểu cầu. Đa số các bệnh nhân có giá trị CRP <12mg/l.

- **Biến chứng:** 47,83% trẻ mắc biến chứng của cúm. Trong đó viêm phổi: 46,24%, viêm phế quản: 31,86%, viêm tai giữa: 36% và tiêu chảy: 7,77%. Viêm tai giữa kết hợp viêm phổi: 5,53%. Trẻ không tiêm phòng cúm có nguy cơ mắc các biến chứng khi bị cúm cao gấp 2,78 lần trẻ được tiêm phòng cúm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,005$. Theo Vũ Thị Ánh Hồng trẻ không tiêm phòng cúm có nguy cơ bị mắc các biến chứng khi nhiễm cúm so với nhóm có tiêm phòng là 1,96 [5]. CDC và Hiệp hội Nhi khoa Mỹ AAPP khuyến cáo nên tiêm phòng Cúm cho trẻ nhỏ từ 6 tháng tuổi trở lên. Điều này giúp giảm tỉ lệ mắc bệnh Cúm, đồng thời làm giảm khả năng bị biến chứng cũng như mức độ nặng của biến chứng gây ra bởi cúm [10].

4.2. Về kết quả điều trị

- 98,8% bệnh nhi được điều trị khỏi, 1,25% chuyển tuyến, không có trường hợp nào tử vong

- Trẻ không được điều trị bằng thuốc kháng virut Oseltamivir có nguy cơ mắc các biến chứng gấp 8,38 lần so với trẻ được điều trị bằng thuốc kháng virut Oseltamivir, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,005$

V. KẾT LUẬN

Cúm là một bệnh nhiễm trùng đường hô hấp thường gặp, với các triệu chứng sốt, ho, sổ mũi, đau đầu, đau cơ. Bệnh có thể gây biến chứng nghiêm trọng ở trẻ em. Trong nghiên cứu này nhận thấy tỷ lệ nhiễm cúm ở trẻ NKHHCT là

19,09%, trong đó nhiễm Cúm A 49,9%, Cúm B 45,2% và 4,9% đồng nhiễm cúm A và cúm B. Bệnh nhi nhiễm cúm sống tập trung nhiều ở vùng thành phố và gặp nhiều vào mùa đông. Lứa tuổi gặp nhiều nhất là ở độ tuổi 12 tháng - 60 tháng và trẻ trai hay mắc hơn trẻ gái. Về lâm sàng trẻ mắc cúm thường có các triệu chứng như: sốt và ho (89,84%), sốt vừa và cao chiếm trên 90% các trường hợp, hầu hết trẻ đều có triệu chứng ho, chảy nước mũi, viêm họng. Số lượng bạch cầu, tiểu cầu, hồng cầu và chỉ số CRP ít thay đổi. Biến chứng thường gặp là viêm phổi (46,24%), viêm phế quản (31,86%), viêm tai giữa (36%) và tiêu chảy (7,77%). Trẻ không tiêm phòng có nguy cơ mắc các biến chứng khi nhiễm cúm cao hơn 2,78 lần so với trẻ được tiêm phòng. 98,8% bệnh nhi được điều trị khỏi, 1,25% chuyển tuyến, không có trường hợp nào tử vong. Bệnh nhi cúm không được điều trị bằng Oseltamivir có nguy cơ mắc biến chứng cao hơn 8,35 lần so với bệnh nhi cúm được điều trị bằng Oseltamivir.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, 2016, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm. p. 49-53.
2. **Who Organization**, 2022, Guidelines for the clinical management of severe illness from influenza virus infections.
3. **Cục Y tế Dự phòng**, 2016, Bệnh cúm. <https://yncdc.gov.vn/benh-cum-nd14502>.
4. **Nguyễn Trung Cấp**, 2022, "Một số vấn đề lưu ý trong chẩn đoán - điều trị cúm hiện nay" <https://kcb.vn>
5. **Vũ Thị Ánh Hồng, Nguyễn Ngọc Sáng, Tô Thanh Hương**, 2021, "Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và biến chứng bệnh cúm mùa tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 503, tháng 6, số đặc biệt, phần 2 - 2021,
6. **Nguyễn Thị Sang và CS**, 2022, "Tác nhân virut gây viêm đường hô hấp cấp tính nặng (SARI) trên các bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, 2018 - 2019". Tạp chí Y học Dự phòng, Tập 32, số 2 - 2022.
7. **Nguyễn Trung Hiếu và CS**, 2022, "Sự lưu hành và đặc điểm của vi rút cúm mùa tại Miền Nam Việt Nam giai đoạn 2018 - 2020". Tạp chí Y học Dự phòng, Tập 32, số 4 - 2022.
8. **Sikora C, Fan S, Golonka R, et al.** 2010, Transmission of pandemic influenza A (H1N1) 2009 within households: Edmonton, Canada. J Clin Virol. 2010;49(2):90-3.
9. **Đỗ Thiện Hải**, 2010, "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi mắc cúm A(H1N1) chủng mới 2009 tại bệnh viện nhi Trung Ương", Luận văn Thạc sỹ Trường Đại học Y Hà Nội
10. **Stamm David Brian and et al**, 2023, "The Influence of Rapid Influenza Diagnostic Testing on Clinician Decision-making for Patients with Acute Respiratory Infection in Urgent Care". Clin Infect Dis, 2023. ciad038. doi: 10.1093/cid/ciad038.