

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ NẶNG CỦA VIÊM PHỔI DO CÚM A Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Văn Khiêm^{1,2*}, Nghiêm Thị Mai Sang³, Đỗ Thị Hương Giang³, Nguyễn Thị Thu Thảo³, Nguyễn Ngọc Anh¹, Trần Văn Nam¹, Nguyễn Thương Huyền¹, Bùi Thị Hương Thu¹, Phạm Hà Ly¹

¹Học viện Y-Dược học Cổ truyền Việt Nam

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Bệnh viện Thanh Nhàn

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi do cúm A ở trẻ em tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2024-2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang có phân tích trên 93 bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán viêm phổi và có test nhanh cúm A dương tính, điều trị tại Khoa Nhi, Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 9/2024 đến tháng 8/2025.

Kết quả: Nhóm tuổi < 24 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (38,7%). Triệu chứng lâm sàng phổ biến là ho (100%), sốt (95,7%) và chảy mũi (73,1%). Tỷ lệ viêm phổi nặng chiếm 43,1%. Trong phân tích đơn biến, các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của bệnh bao gồm: tuổi < 24 tháng ($p < 0,01$), có bệnh mạn tính kết hợp ($OR = 4,11$), phát hiện vi khuẩn ở mẫu dịch tỵ hầu ($OR = 2,86$), thiếu máu ($OR = 3,53$), $CRP \geq 6$ mg/L ($OR = 5,89$) và sử dụng Oseltamivir sau 48 giờ ($OR = 7,35$).

Kết luận: Viêm phổi do cúm A ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Thanh Nhàn gặp chủ yếu ở nhóm trẻ nhỏ. Trong phân tích đơn biến, tuổi dưới 24 tháng, bệnh mạn tính kết hợp, thiếu máu, $CRP \geq 6$ mg/L, phát hiện vi khuẩn ở mẫu dịch tỵ hầu và sử dụng Oseltamivir sau 48 giờ có liên quan đến mức độ nặng của bệnh. Kết quả nghiên cứu có ý nghĩa gợi ý trong nhận diện sớm nhóm trẻ nguy cơ cao trong thực hành lâm sàng; tuy nhiên, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và phân tích đa biến để xác định các yếu tố liên quan độc lập.

Từ khóa: Viêm phổi, Cúm A, Trẻ em, Bệnh viện Thanh Nhàn.

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND FACTORS ASSOCIATED WITH THE SEVERITY OF INFLUENZA A PNEUMONIA IN CHILDREN AT THANH NHAN HOSPITAL

Nguyen Van Kiem^{1,2*}, Nghiêm Thị Mai Sang³, Do Thi Huong Giang³, Nguyen Thi Thu Thao³, Nguyen Ngọc Anh¹, Tran Van Nam¹, Nguyen Thuong Huyen¹, Bui Thi Huong Thu¹, Phạm Hà Ly¹

¹Viet Nam University of Traditional Medicine

²Vietnam National Children's Hospital

³Thanh Nhan Hospital

Objectives: To describe the clinical and laboratory characteristics and identify factors associated with the severity of influenza A pneumonia in children at Thanh Nhan Hospital in 2024-2025.

Nhận bài: 25-12-2025; Phản biện: 05-01-2026; Chấp nhận: 23-02-2026

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Khiêm

Email: khiemnv@nch.gov.vn

Địa chỉ: Học viện Y-Dược học Cổ truyền Việt Nam

Methods: A cross-sectional analytical study was conducted on 93 pediatric patients under 16 years old who were diagnosed with pneumonia and had a positive rapid influenza A test, treated at the Department of Pediatrics, Thanh Nhan Hospital from September 2024 to August 2025.

Results: The age group < 24 months accounted for the highest proportion (38.7%). Common clinical manifestations were cough (100%), fever (95.7%), and rhinorrhea (73.1%). The proportion of severe pneumonia was 43.1%. In univariate analysis, factors significantly associated with disease severity included age < 24 months ($p < 0.01$), chronic comorbidities (OR = 4.11), detection of bacteria in nasopharyngeal samples (OR = 2.86), anemia (OR = 3.53), CRP ≥ 6 mg/L (OR = 5.89), and Oseltamivir use after 48 hours (OR = 7.35).

Conclusion: Influenza A pneumonia in children treated at Thanh Nhan Hospital was mainly observed in younger children. In univariate analysis, age under 24 months, chronic comorbidities, anemia, CRP ≥ 6 mg/L, detection of bacteria in nasopharyngeal samples, and Oseltamivir use after 48 hours were associated with disease severity. These findings may help early recognition of children at higher risk in clinical practice; however, larger studies with multivariable analysis are needed to identify independent associated factors.

Keywords: Pneumonia, influenza A, children, Thanh Nhan Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh cúm là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính trên toàn cầu, với ước tính khoảng 1 tỷ ca mắc mỗi năm, trong đó có từ 3 đến 5 triệu ca diễn biến nặng và từ 250.000 đến 500.000 ca tử vong [1]. Trẻ em, đặc biệt là nhóm dưới 5 tuổi, là đối tượng có nguy cơ cao nhất gặp phải các biến chứng nghiêm trọng và tử vong, với khoảng 99% các trường hợp tử vong ở lứa tuổi này tập trung tại các quốc gia đang phát triển [2]. Tại Việt Nam, chương trình giám sát quốc gia ghi nhận hàng năm có khoảng từ 1 triệu đến 1,8 triệu ca nhiễm cúm, tạo ra gánh nặng bệnh tật và kinh tế rất lớn cho hệ thống y tế và cộng đồng [1], [3].

Viêm phổi được xác định là biến chứng phổ biến nhất và là nguyên nhân chính dẫn đến nhập viện cũng như tử vong liên quan đến cúm ở trẻ nhỏ và trẻ có bệnh lý nền [1], [4]. Cơ chế bệnh sinh của virus cúm trong việc gây tổn thương nhu mô phổi rất phức tạp, bao gồm việc trực tiếp gây tổn thương biểu mô đường hô hấp, làm tăng khả năng bám dính của vi khuẩn và ức chế hoạt động thực bào của các tế bào miễn dịch, từ đó tạo điều kiện cho tình trạng đồng nhiễm và bội nhiễm vi khuẩn diễn tiến nặng [5].

Mặc dù đã có một số nghiên cứu trong nước mô tả đặc điểm lâm sàng của cúm ở trẻ em, dữ

liệu về viêm phổi do cúm A tại Bệnh viện Thanh Nhàn hiện còn hạn chế. Trong bối cảnh mô hình dịch tễ các virus hô hấp thay đổi sau đại dịch COVID-19, việc cập nhật đặc điểm bệnh và nhận diện sớm các yếu tố liên quan đến mức độ nặng như tuổi nhỏ, bệnh nền, chỉ dấu viêm, phát hiện vi khuẩn kèm theo và thời điểm sử dụng Oseltamivir có ý nghĩa thực tiễn trong phân tầng nguy cơ và tối ưu điều trị [6]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi do cúm A ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

93 bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán viêm phổi và có xét nghiệm test nhanh cúm A dương tính, điều trị tại Khoa Nhi, Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 9/2024 đến tháng 8/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang có phân tích, thu thập số liệu hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Công thức tính cỡ mẫu: Cỡ mẫu được xác định theo công thức tính cỡ mẫu cho một ước lượng tỷ lệ trong nghiên cứu mô tả cắt ngang:

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

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu.
- $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% (tương ứng với giá trị 1,96).
- p: Tỷ lệ ước tính của viêm phổi nặng ở trẻ nhiễm cúm theo nghiên cứu của Vũ Thị Ánh Hồng và cs. là 35,5%, tương ứng $p = 0,355$ [4].
- d: Với mức tin cậy 95% ($Z = 1,96$) và sai số cho phép $d = 0,1$ (10%).

Thay vào công thức, ta có:

$$n = 1,96^2 \times \frac{0,355(1-0,355)}{0,1^2} \approx 88$$

Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 88 bệnh nhi. Thực tế nghiên cứu thu nhận 93 bệnh nhi.

b. Phương pháp chọn mẫu: Chúng tôi đã lấy tất cả các bệnh nhi đủ tiêu chuẩn lựa chọn nhập viện điều trị tại Khoa Nhi, Bệnh viện Thanh Nhàn trong

thời gian từ tháng 9/2024 đến tháng 8/2025. Tổng số bệnh nhi thu thập được là 93 bệnh nhi.

2.3. Các tiêu chuẩn đánh giá

Chẩn đoán viêm phổi và viêm phổi nặng dựa theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2011.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm thống kê. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, so sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher exact khi thích hợp. Các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng được phân tích đơn biến để tính OR và khoảng tin cậy 95%. Những biến có ý nghĩa lâm sàng và/hoặc $p < 0,20$ ở phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy logistic đơn biến nhằm ước tính OR hiệu chỉnh (aOR) và khoảng tin cậy 95%. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được chọn là $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng khoa học của bệnh viện, đảm bảo tính bảo mật và không can thiệp vào quy trình điều trị.

III. KẾT QUẢ

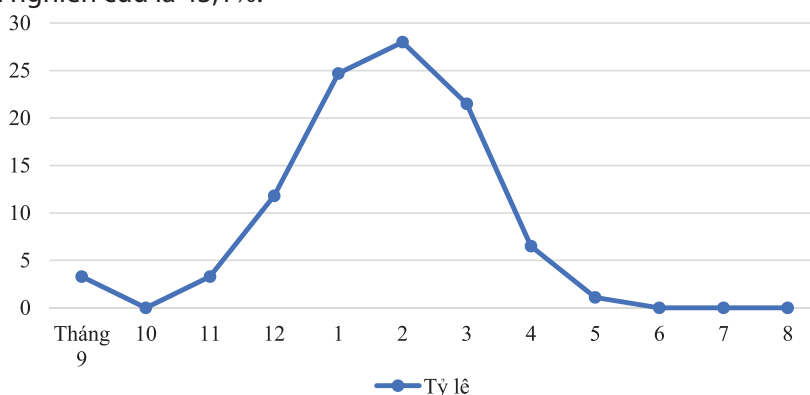
Nghiên cứu trên 93 bệnh nhi viêm phổi do cúm A, chúng tôi thu thập được những kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Triệu chứng	n (%)
Nhóm tuổi:	
< 24 tháng	36 (38,7%)
24 – 60 tháng	32 (34,4%)
> 60 tháng	25 (26,9%)
Giới:	
Nam	53 (56,9%)
Nữ	40 (43,1%)
Tiền sử:	
Có bệnh mạn tính kết hợp	17 (18,3%)
Có tiêm phòng cúm (trong vòng 1 năm)	36 (38,7%)
Không được tiêm phòng cúm hoặc thời gian tiêm trên 1 năm	57 (61,3%)
Mức độ: Viêm phổi nặng	40 (43,1%)

Nhận xét: Nhóm trẻ dưới 24 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (38,7%), tiếp theo là nhóm 24–60 tháng (34,4%) và nhóm trên 60 tháng (26,9%). Tỷ lệ nam cao hơn nữ, lần lượt là 56,9% và 43,1%. Có 18,3% bệnh nhi có bệnh mạn tính kết hợp. Tỷ lệ trẻ đã được tiêm phòng cúm trong vòng 1 năm là

38,7%, trong khi 61,3% không được tiêm phòng hoặc thời gian tiêm đã trên 1 năm. Tỷ lệ viêm phổi nặng trong nhóm nghiên cứu là 43,1%.



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo tháng nhập viện

Nhận xét: Bệnh nhân mắc cúm A rải rác trong năm, tăng cao hơn vào mùa đông xuân, cao nhất vào tháng 2 có 26 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 28%; thấp nhất vào tháng 6, 7 và 8.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện

Đặc điểm	n (%)
Cơ năng:	
Sốt	89 (95,7%)
Co giật	8 (8,6%)
Ho nhiều	93 (100%)
Chảy mũi	68 (73,1%)
Khò khè	43 (46,2%)
Thở nhanh	52 (55,9%)
Bò bú	10 (10,8%)
Nôn	22 (23,7%)
Đau đầu	9 (9,7%)
Ỉa lỏng	5 (5,4%)
Thực thể:	
Viêm long đường hô hấp trên	93 (100%)
Khò khè	43 (46,2)
Thở nhanh	52 (55,9%)
Thở rên	11 (11,8%)
Rút lõm lồng ngực	48 (51,6%)
Rút lõm lồng ngực rất nặng	21 (22,6%)
Co kéo hõm ức	23 (24,7%)
Phổi có ran	93 (100%)

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là: sốt 95,7%, ho nhiều 100%, chảy mũi 73,1%, thở nhanh 55,9%, rút lõm lồng ngực 51,6%.

Bảng 3. Kết quả cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi có nhiễm cúm A (n=93)

Xét nghiệm	Đặc điểm biến đổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng bạch cầu	Bình thường	51	54,8
	Tăng	39	41,9
	Giảm	3	3,2
Bạch cầu đa nhân trung tính	Bình thường	64	68,8
	Tăng	16	17,2
	Giảm	13	14,0
Bạch cầu Lympho	Bình thường	56	60,2
	Tăng	14	15,1
	Giảm	23	24,7
Định lượng CRP	< 6 mg/l	35	37,6
	≥ 6 mg/l	58	62,4
Tình trạng thiếu máu (Hb)	Không thiếu máu	72	77,4
	Có thiếu máu (Hb giảm theo tuổi)	21	22,6
Hình ảnh X-quang phổi	Có tổn thương (mờ lan tỏa/đông đặc)	45	48,4
	Không có tổn thương	48	51,6
Đông nhiễm vi khuẩn (Cấy dịch tỵ hầu)	<i>Haemophilus influenzae</i>	17	18,2
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	13	14,0

Nhận xét: Đa số bệnh nhi có số lượng bạch cầu ở mức bình thường (54,8%), tuy nhiên tình trạng tăng bạch cầu (41,9%) và đa nhân trung tính (17,2%) là dấu hiệu gợi ý bội nhiễm vi khuẩn. Chỉ số CRP ≥ 6 mg/l chiếm tỷ lệ lớn (62,4%) và là chỉ dấu tiên lượng quan trọng khi nồng độ này ở nhóm nặng cao vượt trội so với nhóm không nặng. Có 22,6% trẻ có thiếu máu và 48,4% xuất hiện tổn thương trên X-quang phổi (mờ lan tỏa hoặc đông đặc). Có 30/93 bệnh nhi (32,2%) phát hiện ít nhất một tác nhân vi khuẩn ở mẫu dịch tỵ hầu, trong đó H. influenzae là 17 trường hợp và S. pneumoniae là 13 trường hợp.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng

Yếu tố	Viêm phổi nặng n(%)	OR (95% CI)	p
Tuổi < 24 tháng	35 (97,2%)	-	< 0,01
Có bệnh mạn tính	12 (70,6%)	4,11 (1,31-12,9)	< 0,01
Đông nhiễm vi khuẩn	16 (61,5%)	2,86 (1,13-7,3)	0,03
Dùng Oseltamivir > 48h	24 (72,7%)	7,35 (2,81-19,2)	< 0,01
Thiếu máu	14 (66,7%)	3,53 (1,27-9,9)	0,01
CRP ≥ 6mg/l	Giảm	13	14,0

Nhận xét: Tỷ lệ viêm phổi nặng ghi nhận cao ở nhóm trẻ dưới 24 tháng tuổi (97,2%; p < 0,01). Trong phân tích đơn biến, sử dụng Oseltamivir sau 48 giờ, CRP ≥ 6 mg/L, có bệnh mạn tính kết hợp, thiếu máu và phát hiện vi khuẩn ở mẫu dịch tỵ hầu đều có liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của bệnh, với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ và nhóm tuổi nguy cơ

Nghiên cứu trên 93 bệnh nhi tại Bệnh viện Thanh Nhàn cho thấy viêm phổi do cúm A tập trung chủ yếu ở nhóm trẻ dưới 5 tuổi (73,1%), trong đó trẻ dưới 24 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (38,7%). Kết quả này hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của Vũ Trường Sinh tại Bệnh viện Xanh Pôn (42,3% trẻ < 24 tháng) và Nguyễn Ngọc Văn tại Bệnh viện Nhi Trung ương (51,3% trẻ < 12 tháng). Về mặt sinh lý bệnh, trẻ nhỏ là đối tượng dễ bị virus cúm tấn công nhất do hệ miễn dịch bẩm sinh chưa hoàn thiện, nồng độ IgA tiết tại niêm mạc đường hô hấp còn thấp và đường thở hẹp nên dễ bị tắc nghẽn khi có phản ứng phù nề. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 1,3/1, phù hợp với xu hướng chung tại Việt Nam ghi nhận trẻ nam có nguy cơ nhập viện do nhiễm trùng hô hấp cao hơn trẻ nữ [3], [4], [5], [6].

Đáng chú ý, tỷ lệ tiêm phòng cúm tại Bệnh viện Thanh Nhàn đạt 39%, cao hơn rõ rệt so với mức 6,4% tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng giai đoạn 2019-2020. Điều này phản ánh sự cải thiện đáng kể về nhận thức của phụ huynh tại khu vực trung tâm Hà Nội sau đại dịch. Tuy nhiên, vaccine cúm vẫn chưa nằm trong chương trình tiêm chủng mở rộng, dẫn đến 61,3% trẻ trong nghiên cứu vẫn nằm trong "lỗ hổng" miễn dịch, làm tăng nguy cơ gặp biến chứng nặng gấp 1,96 lần so với trẻ đã tiêm phòng [4].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và mức độ nặng

Triệu chứng ho nhiều (100%) và sốt (95,7%) là những dấu hiệu chỉ báo điển hình nhất, tương đồng với dữ liệu của Vũ Thị Ánh Hồng tại Hải Phòng và Hà Mạnh Tuấn tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. Tỷ lệ viêm phổi nặng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 43,1%. Con số này xấp xỉ tỷ lệ suy hô hấp (42,2%) ghi nhận tại Trung tâm Bệnh nhiệt đới - Bệnh viện Nhi Trung ương và tỷ lệ biến chứng chung (44,9%) tại Hải Phòng. Tỷ lệ này cao phản ánh độc lực mạnh mẽ của các chủng cúm A đang lưu hành đối với nhu mô phổi trẻ em, đặc biệt là khi bệnh nhi nhập viện với các dấu hiệu rút lõm lồng ngực (51,6%) và ran phổi (100%) [4], [7], [8], [11].

4.3. Các yếu tố liên quan đến mức độ nặng

Trong nghiên cứu này, nhóm trẻ dưới 24 tháng tuổi ghi nhận tỷ lệ viêm phổi nặng cao hơn rõ rệt so với các nhóm tuổi khác (97,2%, $p < 0,01$). Kết quả này phù hợp với nhận định của nhiều nghiên cứu trước đây rằng trẻ nhỏ, đặc biệt trong những năm đầu đời, có đường thở nhỏ, đáp ứng miễn dịch chưa hoàn thiện và dễ diễn tiến nặng hơn khi mắc các nhiễm trùng hô hấp do virus. Bên cạnh đó, trẻ có bệnh mạn tính kết hợp (hen, tim bẩm sinh, thần kinh cơ) có nguy cơ nặng cao gấp 4,11 lần. Tại Bệnh viện Nhi Trung ương, nguy cơ suy hô hấp ở trẻ có bệnh lý hô hấp mạn tính thậm chí cao gấp 9,27 lần bình thường.

Một phát hiện đáng chú ý của nghiên cứu là việc sử dụng Oseltamivir sau 48 giờ có liên quan đến mức độ nặng của bệnh với $OR = 7,35$. Kết quả này gợi ý ý nghĩa thực hành của việc chẩn đoán sớm và điều trị kháng virus kịp thời. Tuy nhiên, với thiết kế cắt ngang có phân tích và chưa có mô hình đa biến, chưa thể kết luận việc dùng thuốc muộn là yếu tố liên quan độc lập với viêm phổi nặng. Kết quả này hoàn toàn nhất quán với nghiên cứu tại Bệnh viện Xanh Pôn và Nhi Đồng 2, nhấn mạnh "khung giờ vàng" trong điều trị kháng virus giúp ngăn chặn sự nhân lên của virus tại biểu mô đường thở, từ đó giảm thiểu phản ứng viêm hệ thống và tổn thương phế nang [5], [6], [7], [8], [9], [12].

Về cận lâm sàng, tình trạng đồng nhiễm vi khuẩn (32,2%) với các tác nhân hàng đầu là *H. influenzae* (18,2%) và *S. pneumoniae* (14,0%) làm tăng nguy cơ nặng lên 2,86 lần. Virus cúm phá hủy tế bào biểu mô phổi, làm tăng bộc lộ các thụ thể bám dính, tạo điều kiện cho vi khuẩn nhân lên và gây tổn thương nhu mô nặng nề hơn. Phổ vi khuẩn này tương đồng với các ghi nhận tại Bệnh viện Nhi Hải Dương và Trung tâm Quốc tế - Bệnh viện Nhi Trung ương. Ngoài ra, chỉ số CRP $\geq 6\text{mg/l}$ ($OR = 5,89$) và thiếu máu ($OR = 3,53$) được xác định là những chỉ dấu tiên lượng quan trọng. Khác với các nhiễm virus hô hấp thông thường, viêm phổi cúm A thường gây phản ứng viêm hệ thống mạnh mẽ hơn, thể hiện qua nồng độ CRP ở nhóm nặng cao vượt trội so với nhóm thông thường [9], [10], [11], [12].

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có một số hạn chế cần được lưu ý. Thứ nhất, đây là nghiên cứu cắt ngang có phân tích tại một trung tâm với cỡ mẫu còn hạn chế, do đó khả năng suy rộng kết quả còn chưa cao. Thứ hai, chẩn đoán cúm A dựa trên test nhanh dương tính mà chưa được xác nhận bằng RT-PCR và chưa phân type virus cúm A. Thứ ba, việc phát hiện vi khuẩn từ mẫu dịch tỵ hầu chưa phản ánh đầy đủ tình trạng nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới. Thứ tư, nghiên cứu hiện mới dừng ở phân tích đơn biến, vì vậy chưa thể xác định các yếu tố liên quan độc lập với mức độ nặng của bệnh.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi do cúm A ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Thanh Nhàn gặp chủ yếu ở nhóm trẻ nhỏ, đặc biệt là nhóm dưới 24 tháng tuổi. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là sốt, ho, chảy mũi, thở nhanh và rút lõm lồng ngực.

Trong phân tích đơn biến, tuổi dưới 24 tháng, bệnh mạn tính kết hợp, thiếu máu, CRP ≥ 6 mg/L, phát hiện vi khuẩn ở mẫu dịch tỵ hầu và sử dụng Oseltamivir sau 48 giờ có liên quan đến mức độ nặng của bệnh. Các kết quả này có ý nghĩa gợi ý trong nhận diện sớm nhóm trẻ có nguy cơ diễn tiến nặng trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và phân tích hồi quy đa biến để xác định các yếu tố liên quan độc lập.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc, Hội đồng khoa học và các đồng nghiệp tại Khoa Nhi, Khoa Vi sinh, Sinh hoá, Huyết học, Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện Thanh Nhàn đã tạo điều kiện thuận lợi, hỗ trợ chuyên môn và cung cấp dữ liệu quý báu để hoàn thành nghiên cứu này.

Chúng tôi cũng xin gửi lời tri ân sâu sắc tới gia đình của các bệnh nhi đã tin tưởng và hợp tác tham gia nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Quyết định 2078/QĐ-BYT hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cúm mùa. 2011.
2. **Nguyễn Thị Thu Yến** và cộng sự. Đặc điểm dịch tễ học bệnh cúm mùa tại Việt Nam giai

đoạn 2006-2013. Tạp chí Y học dự phòng 2015;3: 37-43.

3. **Trần Văn Duy, Nguyễn Văn Lâm.** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh cúm mùa trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2018. Tạp chí Y học Việt Nam 2019;3:30-33.
4. **Vũ Thị Ánh Hồng, Nguyễn Ngọc Sáng, Tô Thanh Hương.** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và biến chứng của bệnh cúm mùa tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Tạp chí Y học Việt Nam 2021;503(SDB 2):207-215.
5. **Nguyễn Thị Minh** và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ ở trẻ nhiễm cúm A điều trị tại Viện Nhi Trung ương năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam 2022;512(2):45-52.
6. **Vũ Trường Sinh** và cộng sự. Viêm phổi liên quan đến cúm ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Tạp chí Y học Việt Nam 2024;544(3):43-47.
7. **Nguyễn Sỹ Đức** và cộng sự. Biến chứng hô hấp ở trẻ em mắc cúm điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Nghiên cứu Y học 2025;193(8):295-301.
8. **Hà Mạnh Tuấn, Phạm Phương Chi.** Đặc điểm của bệnh nhi viêm phổi do cúm A H1N1. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh 2018;22(1):236-242.
9. **Trịnh Thị Hiền** và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân cúm A có đồng nhiễm vi khuẩn tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Nhi khoa 2024;17(4):1-6.
10. **Chang IF, Shih WL, Liu YC et al.** The association of anemia with the clinical outcomes of community-acquired pneumonia in children. *Pediatr Pulmonol* 2022;57(6):1416-1424. <https://doi.org/10.1002/ppul.25892>
11. **Nguyễn Đức Minh, Phùng Thế Khang.** Xác định căn nguyên vi sinh vật gây viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2024. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025; 552(1): 352-355.
12. **Nguyễn Ngọc Văn, Lê Thị Minh Hương.** Đặc điểm lâm sàng viêm phổi do virus ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Nhi khoa. 2023; 16(1): 44-50.