

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, AND LABORATORY CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF SEVERE SEASONAL INFLUENZA IN CHILDREN TREATED AT THAI BINH PEDIATRIC HOSPITAL DURING THE PERIOD 2024-2025

Vu Thi Thu Trang^{1*}, Luu Thi My Thuc²

¹Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - 373 Ly Bon, Tran Lam ward, Hung Yen province, Vietnam

²Vietnam National Children's Hospital - 18/879 La Thanh, Lang ward, Hanoi, Vietnam

Received: 20/04/2026

Revised: 28/05/2026; Accepted: 18/06/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological, clinical, laboratory characteristics, and treatment outcomes of children with severe seasonal influenza treated at Thai Binh Pediatric Hospital period 2024-2025.

Subjects and methods: A descriptive study was conducted on 383 children with severe seasonal influenza. Comparisons were made between influenza A and influenza B, and the association of Oseltamivir use with fever duration and length of hospital stay was assessed.

Results: The mean age was 2.75 ± 2.0 years, and 56.7% were male. Age-group distribution differed significantly between influenza A and B ($p = 0.025$). Cough was present in 100% of patients. Seizures were more frequent in influenza A than influenza B (23.9% vs 7.1%; $p = 0.008$). The influenza A group had higher white blood cell counts, platelet counts, and CRP levels. Recovery at discharge was 98.2%, with no deaths. Oseltamivir use was associated with shorter hospital stay and fever duration, especially when initiated within 48 hours.

Conclusions: Influenza A predominated and was more associated with seizures, early Oseltamivir treatment improved clinical outcomes.

Keywords: Severe seasonal influenza, children, influenza A, influenza B, Oseltamivir.

*Corresponding author

Email: thutrangvupham@gmail.com Phone: (+84) 974961927 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5500



ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH CÚM MÙA NẶNG Ở TRẺ EM ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH TRONG GIAI ĐOẠN 2024-2025

Vũ Thị Thu Trang^{1*}, Lưu Thị Mỹ Thục²

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình - 373 Lý Bôn, phường Trần Lãm, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

²Bệnh viện Nhi Trung ương - 18/879 La Thành, phường Láng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 28/05/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị cúm mùa nặng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thái Bình giai đoạn 2024-2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả 383 trẻ mắc cúm mùa nặng. So sánh giữa nhóm cúm A và nhóm cúm B; đánh giá mối liên quan giữa sử dụng Oseltamivir với thời gian sốt và thời gian nằm viện.

Kết quả: Tuổi trung bình là $2,75 \pm 2,0$; nam chiếm 56,7%. Phân bố nhóm tuổi khác biệt giữa cúm A và cúm B ($p = 0,025$). Ho gặp ở 100% bệnh nhân. Co giật gặp nhiều hơn ở nhóm cúm A so với cúm B (23,9% so với 7,1%; $p = 0,008$). Nhóm cúm A có bạch cầu, tiểu cầu và CRP cao hơn nhóm cúm B. Tỷ lệ khỏi ra viện là 98,2%, không có tử vong. Dùng Oseltamivir giúp giảm thời gian nằm viện, thời gian sốt, đặc biệt khi dùng trước 48 giờ.

Kết luận: Cúm A chiếm ưu thế và liên quan nhiều hơn đến co giật, Oseltamivir dùng sớm cải thiện kết quả điều trị.

Từ khóa: Cúm mùa nặng, trẻ em, cúm A, cúm B, Oseltamivir.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cúm mùa là bệnh nhiễm trùng hô hấp cấp tính do virus cúm gây ra và là một trong những nguyên nhân quan trọng gây bệnh tật trên toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm có khoảng 1 tỷ ca mắc, trong đó khoảng 3-5 triệu trường hợp nặng và 290.000-650.000 ca tử vong. Tại các nước đang phát triển, cúm mùa vẫn là vấn đề y tế nghiêm trọng do tỉ lệ nhập viện và biến chứng cao ở trẻ em [1].

Theo Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Hoa Kỳ, trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt là trẻ dưới 2 tuổi, phải đối mặt với rủi ro cao về các biến chứng như viêm phổi, suy hô hấp, viêm não, viêm cơ tim hoặc làm nặng thêm các bệnh lý mạn tính sẵn có. Diễn biến bệnh ở trẻ rất nhanh và đa dạng, từ sốt, ho, viêm long đường hô hấp đến các biến chứng thần kinh và hô hấp nặng [2].

Tác nhân gây bệnh ở người chủ yếu là virus cúm A và cúm B. Các nghiên cứu nhi khoa cho thấy cúm A thường chiếm ưu thế trong các đợt dịch, trong khi cúm B cũng có thể gây gánh nặng nhập viện đáng kể [3-4].

Tại Việt Nam, cúm mùa vẫn là nguyên nhân gây bệnh thường gặp ở trẻ em với sự lưu hành đồng thời của cả 2 type virus. Tuy nhiên, các số liệu chuyên sâu về cúm mùa nặng ở trẻ em vẫn còn hạn chế, đặc biệt tại các bệnh viện tuyến tỉnh. Sự khác biệt về tính chất dịch tễ, khả năng tiếp cận điều trị

và thực hành lâm sàng đòi hỏi cần có bằng chứng cụ thể để phục vụ công tác chẩn đoán, điều trị và tiên lượng [5].

Về điều trị, việc sử dụng thuốc kháng virus Oseltamivir sớm trong vòng 48 giờ đầu, được chứng minh giúp rút ngắn thời gian bệnh và cải thiện kết cục lâm sàng [6]. Việc mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của trẻ mắc cúm mùa nặng, đồng thời đánh giá mối liên quan giữa sử dụng thuốc kháng virus với diễn biến bệnh, có ý nghĩa thực tiễn rõ rệt trong hoạt động điều trị nhi khoa.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh cúm mùa nặng ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Nhi Thái Bình trong giai đoạn 2024-2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- **Đối tượng nghiên cứu:** nghiên cứu lựa chọn các bệnh nhi mắc cúm mùa nặng, được điều trị tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Nhi Thái Bình trong thời gian nghiên cứu.

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân dưới 16 tuổi; được chẩn đoán xác định mắc cúm mùa dựa trên lâm sàng và xét nghiệm; có biểu hiện cúm mùa nặng (tổn thương phổi

*Tác giả liên hệ

Email: thutrangvupham@gmail.com Điện thoại: (+84) 974961927 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5500

kèm suy hô hấp trên lâm sàng, có biến chứng thứ phát như viêm phổi bội nhiễm vi khuẩn, viêm xoang, sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng hoặc có dấu hiệu nặng lên của các bệnh lý mạn tính kèm theo); có đầy đủ hồ sơ bệnh án và thông tin cần thiết phục vụ nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán cúm mùa nặng, hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin cần thiết cho phân tích.

- *Địa điểm nghiên cứu:* Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Nhi Thái Bình.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6/2024 đến tháng 5/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- *Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:* lấy toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu; chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 383 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào phân tích.

- *Các biến số nghiên cứu:*

+ Đặc điểm dịch tễ học: tuổi, giới tính và nhóm tuổi; so sánh các đặc điểm này giữa nhóm cúm A và cúm B.

+ Đặc điểm lâm sàng: nhiệt độ khi nhập viện; các triệu chứng lâm sàng (ho, đau đầu, nôn); các biến chứng (mất nước, thở nhanh, suy hô hấp, viêm tai, viêm phổi và co giật); so sánh giữa hai nhóm cúm A và cúm B.

+ Đặc điểm cận lâm sàng: số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu trung tính, tỷ lệ bạch cầu lympho, hemoglobin, tiểu cầu, AST, ALT, ure, creatinine và CRP; so sánh các chỉ số này giữa hai nhóm cúm A và cúm B.

+ Kết quả điều trị: kết quả ra viện, thời gian nằm viện trung bình, mối liên quan giữa type cúm với thời gian nằm viện; hiệu quả của Oseltamivir qua so sánh thời gian nằm viện và thời gian sốt sau dùng thuốc giữa nhóm có dùng và không dùng Oseltamivir; đánh giá ảnh hưởng của thời điểm dùng Oseltamivir trước hay sau 48 giờ đến thời gian sốt sau điều trị.

- *Phương pháp thu thập số liệu:* số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, dựa trên hồ sơ bệnh án và theo dõi diễn biến trong quá trình điều trị. Các thông tin được ghi nhận gồm đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và kết quả ra viện.

- *Xử lý và phân tích số liệu:* số liệu được mã hóa, nhập liệu, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất và lớn nhất. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh hai giá trị trung bình sử dụng test t-student. So sánh hai tỷ lệ sử dụng test χ^2 . Mức ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Trường Đại học Y Dược Thái Bình phê duyệt, số 170/QĐ-YDTB, ngày 04/02/2025; và được sự đồng ý của Bệnh viện Nhi Thái Bình. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu không can thiệp làm thay đổi quá trình chẩn đoán, điều trị và không ảnh hưởng đến quyền lợi của người bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Trong 383 trẻ mắc cúm mùa nặng, có 327 trẻ mắc cúm A và 56 trẻ mắc cúm B.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học của bệnh nhân

Biến số		Tổng (n = 383)	Cúm A (n = 327)	Cúm B (n = 56)	p*
Giới	Nam	217 (56,7%)	181 (55,4%)	36 (64,3%)	0,271
	Nữ	166 (43,3%)	146 (44,6%)	20 (35,7%)	
Nhóm tuổi	< 6 tháng	42 (11,0%)	36 (11,0%)	6 (10,7%)	0,025
	6-23 tháng	148 (38,6%)	133 (40,7%)	15 (26,8%)	
	24-59 tháng	133 (34,7%)	114 (34,9%)	19 (33,9%)	
	≥ 60 tháng	60 (15,7%)	44 (13,5%)	16 (28,6%)	
Tuổi trung bình (năm)		2,75 ± 2,0			

Ghi chú: *Kiểm định Pearson's Chi-squared test.

Tỷ lệ nam cao hơn nữ, lần lượt là 56,7% và 43,3%. Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới giữa nhóm cúm A và nhóm cúm B ($p = 0,271$). Phân bố nhóm tuổi khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p = 0,025$). Nhóm cúm A gặp nhiều nhất ở trẻ 6-23 tháng tuổi (40,7%), cúm B có tỷ lệ cao nhất ở nhóm trẻ 24-59 tháng (33,9%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Biến số		Tổng (n = 383)	Cúm A (n = 327)	Cúm B (n = 56)	p*
Nhiệt độ [#]		39,0 (39,0; 39,5)	39,0 (39,0; 39,5)	39,0 (39,0; 39,5)	0,882
Ho	Không	0	0	0	
	Có	383 (100%)	327 (100%)	56 (100,0%)	
Đau đầu	Không	376 (98,2%)	321 (98,2%)	55 (98,2%)	> 0,999
	Có	7 (1,8%)	6 (1,8%)	1 (1,8%)	
Đau cơ	Không	383 (100%)	327 (100%)	56 (100%)	
	Có	0	0	0	
Nôn	Không	362 (94,5%)	309 (94,5%)	53 (94,6%)	> 0,999
	Có	21 (5,5%)	18 (5,5%)	3 (5,4%)	
Mất nước	Không	380 (99,2%)	324 (99,1%)	56 (100,0%)	> 0,999
	Có	3 (0,8%)	3 (0,9%)	0	
Thở nhanh	Không	164 (42,8%)	134 (41,0%)	30 (53,6%)	0,107
	Có	219 (57,2%)	193 (59,0%)	26 (46,4%)	
Suy hô hấp	Không	351 (91,6%)	297 (90,8%)	54 (96,4%)	0,255
	Có	32 (8,4%)	30 (9,2%)	2 (3,6%)	

Biến số		Tổng (n = 383)	Cúm A (n = 327)	Cúm B (n = 56)	p*
Viêm tai	Không	312 (81,5%)	268 (82,0%)	44 (78,6%)	0,677
	Có	71 (18,5%)	59 (18,0%)	12 (21,4%)	
Viêm phổi	Không	153 (39,9%)	127 (38,8%)	26 (46,4%)	0,355
	Có	230 (60,1%)	200 (61,2%)	30 (53,6%)	
Co giật	Không	301 (78,6%)	249 (76,1%)	52 (92,9%)	0,008
	Có	82 (21,4%)	78 (23,9%)	4 (7,1%)	

Ghi chú: *Trung vị (Q1, Q3); *Kiểm định Pearson's Chi-squared test.

Nhiệt độ trung vị của toàn bộ mẫu là 39,0°C, không khác biệt giữa hai nhóm cúm A và cúm B ($p = 0,882$). Triệu chứng đau đầu, nôn, mất nước, thở nhanh, suy hô hấp, viêm tai và viêm phổi không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Riêng co giật có sự khác biệt rõ rệt: tỷ lệ co giật ở nhóm cúm A (23,9%) cao hơn đáng kể so với nhóm cúm B (7,1%) với $p = 0,008$.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân

Biến số	Tổng (n = 383)*	Cúm A (n = 327)*	Cúm B (n = 56)*	p*
Bạch cầu (G/L)	8,4 (6,5; 11,3)	8,8 (6,6; 11,3)	7,30 (5,45; 10,45)	0,014
Bạch cầu trung tính (%)	50,3 (33,2; 68,1)	50,3 (33,2; 68,0)	49,75 (34,80; 68,20)	0,994
Bạch cầu lympho (%)	33,9 (20,3; 53,2)	33,9 (20,5; 53,2)	35,20 (18,55; 53,35)	0,837
Hemoglobin (g/L)	117,0 (110,0; 124,0)	117,0 (110,0; 123,0)	118,0 (110,0; 129,0)	0,251
Tiểu cầu (G/L)	265,0 (215,0; 326,0)	265,0 (220,0; 332,0)	244,5 (189,5; 302,5)	0,024
AST (U/L)	46,0 (38,8; 55,5)	46,2 (38,8; 54,4)	44,2 (39,8; 57,55)	0,895
ALT (U/L)	18,80 (14,60; 26,20)	18,8 (14,6; 26,2)	18,4 (15,05; 26,25)	0,929
Ure (mmol/L)	3,70 (2,80; 4,60)	3,7 (2,7; 4,6)	3,70 (2,95; 4,60)	0,69
Creatinine (μmol/L)	39,7 (33,8; 46,1)	39,1 (33,4; 45,7)	42,05 (36,30; 51,00)	0,052
CRP (mg/L)	4,5 (1,7; 11,2)	4,8 (2,0; 11,5)	2,65 (0,75; 8,75)	0,004

Ghi chú: *Trung vị (Q1, Q3); *Kiểm định Wilcoxon rank sum test.

Số lượng bạch cầu ở nhóm cúm A cao hơn nhóm cúm B, với trung vị lần lượt là 8,8 và 7,3 G/L ($p = 0,014$). Số lượng tiểu cầu cao hơn ở nhóm cúm A so với cúm B, với trung vị lần lượt là 265,0 và 244,5 G/L ($p = 0,024$). Nồng độ CRP ở nhóm cúm A cao hơn nhóm cúm B, với trung vị tương ứng là 4,8 và 2,65 mg/L ($p = 0,004$). Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về bạch cầu trung tính, bạch cầu lympho, hemoglobin, AST, ALT, ure và creatinine giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

3.4. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị có 376 bệnh nhân (98,2%) khỏi ra viện, chỉ có 7 bệnh nhân (1,8%) phải chuyển viện và không có bệnh nhân nào tử vong.

Bảng 4. Thời gian điều trị và thời gian sốt của bệnh nhân

Biến số	Cúm A	Cúm B	p
Thời gian nằm viện trung bình chung (ngày)	6,32 ± 2,18		
Thời gian nằm viện trung bình: cúm A so với cúm B (ngày)	6,4 ± 2,18	5,86 ± 2,09	0,08
Thời gian nằm viện trung bình (ngày): có dùng Oseltamivir so với không dùng	5,89 ± 1,76	6,47 ± 2,28	0,01
Thời gian sốt sau dùng thuốc (ngày): có dùng Oseltamivir so với không dùng	1,82 ± 0,65	2,15 ± 0,76	< 0,001
Thời gian sốt sau dùng thuốc (ngày): trước 48 giờ so với sau 48 giờ	1,67 ± 0,47	3,22 ± 0,44	< 0,001

Thời gian nằm viện trung bình chung là 6,32 ± 2,18 ngày. Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm cúm A cao hơn nhóm cúm B (6,4 ngày so với 5,86 ngày), sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,08$). Ở nhóm có sử dụng Oseltamivir, thời gian nằm viện trung bình ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không sử dụng thuốc (5,89 ngày so với 6,47 ngày; $p = 0,01$). Tương tự, thời gian sốt sau dùng thuốc ở nhóm có dùng Oseltamivir cũng ngắn hơn rõ rệt so với nhóm không dùng (1,82 ngày so với 2,15 ngày; $p < 0,001$). Trong nhóm được điều trị Oseltamivir, dùng thuốc trước 48 giờ giúp rút ngắn đáng kể thời gian sốt sau điều trị so với dùng sau 48 giờ (1,67 ngày so với 3,22 ngày; $p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình mắc bệnh là 2,75 tuổi, trong đó nhóm trẻ 6-23 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (38,6%). Đây là lứa tuổi có nguy cơ nhập viện cao do hệ miễn dịch chưa hoàn thiện, đường thở nhỏ và dự trữ hô hấp còn hạn chế. CDC và AAP đều ghi nhận trẻ nhỏ dưới 5 tuổi và đặc biệt là dưới 2 tuổi, là nhóm có nguy cơ cao bị biến chứng nặng và thường là đối tượng cần được chú ý điều trị sớm [6-8].

Trong nghiên cứu này, mặc dù không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới giữa 2 nhóm cúm, nhưng có sự khác biệt về phân bố tuổi. Cúm A gặp nhiều hơn ở nhóm trẻ nhỏ, còn cúm B gặp tương đối nhiều hơn ở trẻ từ 24 tháng trở lên. Điều này phù hợp với quan sát của một số nghiên cứu quốc tế cho thấy cúm B thường gặp ở trẻ lớn, trong khi cúm A lưu hành rộng hơn ở các nhóm tuổi nhỏ và thường chiếm ưu thế trong các mùa dịch [9-10].

Về lâm sàng, ho và sốt cao là hai biểu hiện nổi bật nhất. Ho xuất hiện ở 100% bệnh nhân, nhiệt độ trung vị là 39°C ở cả hai nhóm, cho thấy biểu hiện khởi phát của bệnh tương đối đồng nhất giữa hai nhóm. Các triệu chứng hô hấp như thở nhanh, suy hô hấp, viêm tai, viêm phổi không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa cúm A và cúm B. Điều này phù hợp với nhiều dữ liệu cho thấy mức độ nặng lâm sàng của 2 type ở trẻ thường tương đương nhau, và cúm B không phải lúc nào cũng nhẹ hơn cúm A [10-12].

Tỷ lệ co giật ở nhóm cúm A cao hơn rõ rệt so với nhóm cúm B. Kết quả này nhấn mạnh vai trò của biểu hiện thần kinh trong cúm A ở trẻ em, nhất là ở nhóm tuổi nhỏ. Các biến chứng thần kinh như co giật do sốt, viêm não, viêm não chất trắng đã được mô tả ngày càng nhiều ở trẻ em nhập viện, mặc dù mức độ và phân bố giữa 2 type có thể thay đổi theo quần thể nghiên cứu và mùa dịch. Vì vậy, ở trẻ mắc cúm mùa nặng, đặc biệt cúm A, cần theo dõi sát các biểu hiện thần kinh để phát hiện sớm biến chứng [12-13].

Về cận lâm sàng, nhóm cúm A có bạch cầu, tiểu cầu và CRP cao hơn nhóm cúm B. Mặc dù các giá trị này vẫn cần được diễn giải thận trọng, kết quả cho thấy cúm A trong nghiên cứu có xu hướng gây đáp ứng viêm rõ hơn. CRP cao hơn ở nhóm cúm A có thể phản ánh phản ứng viêm mạnh hơn hoặc tỷ lệ bội nhiễm vi khuẩn cao hơn, dù nghiên cứu hiện tại chưa đủ dữ liệu để kết luận về đồng nhiễm. Tuy nhiên, các chỉ số AST, ALT, ure và creatinine không khác biệt cho thấy sự khác nhau chủ yếu ở mức độ phản ứng viêm, chứ chưa phản ánh rõ tổn thương đa cơ quan giữa hai nhóm [8], [10], [14].

Về kết quả điều trị chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu khá tốt, tỷ lệ khỏi bệnh cao, không ghi nhận tử vong. Điều này có thể nhờ bệnh nhân được chẩn đoán, theo dõi sát và xử trí hỗ trợ kịp thời. Tuy vậy, thời gian nằm viện trung bình vẫn cao hơn 6 ngày, phản ánh gánh nặng điều trị nội trú đáng kể của bệnh. Thời gian nằm viện giữa 2 type cúm không khác biệt có ý nghĩa thống kê càng củng cố nhận định rằng mức độ nặng tổng thể của hai type cúm trong thực hành lâm sàng khá tương đồng [9], [11].

Một phát hiện có giá trị thực tiễn của nghiên cứu này là vai trò của Oseltamivir đối với rút ngắn thời gian điều trị. Nhóm dùng Oseltamivir có thời gian nằm viện ngắn hơn và thời gian sốt sau dùng thuốc ngắn hơn so với nhóm không dùng. Đặc biệt, sử dụng Oseltamivir trước 48 giờ làm giảm rõ rệt thời gian sốt so với dùng sau 48 giờ. Kết quả này phù hợp với khuyến cáo hiện hành của CDC và AAP rằng điều trị kháng virus nên được bắt đầu càng sớm càng tốt, hiệu quả cao nhất trong vòng 48 giờ đầu sau khởi phát, dù bệnh nhân nhập viện vẫn có thể hưởng lợi ngay cả khi bắt đầu muộn hơn. Các phân tích gộp cũng cho thấy Oseltamivir giúp rút ngắn thời gian bệnh và giảm biến chứng như viêm tai giữa ở trẻ em [6-7], [15].

Tuy nhiên, khi diễn giải hiệu quả này, cần lưu ý đây là nghiên cứu quan sát nên chưa thể khẳng định quan hệ nhân quả tuyệt đối. Các yếu tố như chỉ định điều trị, thời điểm nhập viện, mức độ nặng ban đầu, bệnh nền có thể gây ra sai lệch nhất định. Dù vậy, hướng tác động mà chúng tôi ghi nhận vẫn nhất quán với bằng chứng hiện có và có ý nghĩa thực hành quan trọng trong điều trị cúm mùa nặng ở trẻ em.

5. KẾT LUẬN

Cúm mùa nặng chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ, trong đó cúm A chiếm đa số. Đặc điểm lâm sàng của cúm A và cúm B tương đối giống nhau, tuy nhiên co giật gặp nhiều hơn ở cúm A.

Nhóm cúm A có bạch cầu, tiểu cầu và CRP cao hơn nhóm cúm B. Kết quả điều trị nhìn chung tốt, đa số bệnh nhân khỏi ra viện, không có trường hợp tử vong.

Sử dụng Oseltamivir, đặc biệt trong vòng 48 giờ đầu, giúp rút ngắn thời gian sốt và thời gian nằm viện.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] WHO. Influenza (seasonal). Accessed April 16, 2026. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))

- [2] CDC. Flu and children. Influenza (Flu). January 16, 2026. Accessed April 16, 2026. <https://www.cdc.gov/flu/highrisk/children.html>
- [3] Yoshihara K, Le M.N, Toizumi M et al. Influenza B associated paediatric acute respiratory infection hospitalization in central vietnam. *Influenza Other Respir Viruses*, 2019, 13 (3): 248-261. doi: 10.1111/irv.12626
- [4] Dondi A, Guida F, Trombetta L et al. Burden and clinical characteristics of influenza and its complications in children across multiple epidemic seasons. *Viruses*, 2025, 17 (12): 1574. doi: 10.3390/v17121574
- [5] Nguyen M.C, Le T.T.H, Do T.N et al. Epidemiological, clinical characteristics and the association between influenza vaccination, Oseltamivir treatment, and complications in children with seasonal influenza. *Vietnam Journal of Science, Technology and Engineering*, 2024, 66 (2): 82-88. doi: 10.31276/VJSTE.66(2).82-88
- [6] Committee on Infectious Diseases. Recommendations for prevention and control of influenza in children, 2025-2026: policy statement. *Pediatrics*, 2025, 156 (6): e2025073620. doi: 10.1542/peds.2025-073620
- [7] CDC. Treatment of flu in children. Influenza (Flu). September 30, 2024. Accessed April 16, 2026. <https://www.cdc.gov/flu/treatment/children-antiviral.html>
- [8] Ávila-Morales S, Ospina-Henao S, Ulloa-Gutierrez R, Ávila-Agüero M. Epidemiological and clinical profile between influenza A and B virus in Costa Rican children. *International Journal of Infectious Diseases*, 2021, 105: 763-768. doi: 10.1016/j.ijid.2021.03.006
- [9] Oh Y.N, Kim S, Choi Y.B et al. Clinical similarities between influenza A and B in children: a single-center study, 2017/18 season, Korea. *BMC Pediatr*, 2019, 19: 472. doi: 10.1186/s12887-019-1862-3
- [10] Mancinelli L, Onori M, Concato C et al. Clinical features of children hospitalized with influenza A and B infections during the 2012-2013 influenza season in Italy. *BMC Infect Dis*, 2016, 16: 6. doi: 10.1186/s12879-015-1333-x
- [11] Tran D, Vaudry W, Moore D et al. Hospitalization for influenza A versus B. *Pediatrics*, 2016, 138 (3): e20154643. doi: 10.1542/peds.2015-4643
- [12] Han J.Y, Han S.B. Seizures related to influenza in pediatric patients: a comparison with seizures associated with other respiratory viral infections. *J Clin Med*, 2021, 10 (14): 3088. doi: 10.3390/jcm10143088
- [13] Jantarabenjakul W, Paprad T, Paprad T et al. Neurological complications associated with influenza in hospitalized children. *Influenza Other Respir Viruses*, 2023, 17 (1): e13075. doi: 10.1111/irv.13075
- [14] Eşki A, Kartal Öztürk G, Çiçek C et al. Comparison of clinical presentations and disease severity of children hospitalized with influenza A and B. *Turk Arch Pediatr*, 2024, 59 (4): 397-403. doi: 10.5152/TurkArchPediatr.2024.23286
- [15] CDC. Influenza antiviral medications: summary for clinicians. Influenza (Flu). March 23, 2026. Accessed April 16, 2026. <https://www.cdc.gov/flu/hcp/antivirals/summary-clinicians.html>