

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF INFLUENZA A IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT THE HAI DUONG GENERAL HOSPITAL

Nguyen Thi Thu Hien¹, Pham Thi Tuyet Linh², Le Hai Van², Vu Thi Hoang Anh¹

¹Hai Duong University of Medical Technology - No. 1, Vu Huu Street, Le Thanh Nghi Ward, Hai Phong City, Vietnam

²Hai Duong General Hospital - No. 225 Nguyen Luong Bang Street, Le Thanh Nghi Ward, Hai Phong City, Vietnam

Received: 15/01/2026

Revised: 20/02/2026; Accepted: 04/06/2026

SUMMARY

Objective: This study to describe the clinical, paraclinical characteristics and evaluate the treatment outcomes of influenza A in children under 5 years of age treated at the pediatric department in Hai Duong General Hospital.

Subjects: 40 children were diagnosed with influenza A and treated at the pediatric department in Hai Duong General Hospital from January 2025 to October 2025.

Methods: A retrospective and prospective, cross-sectional descriptive.

Results: the mean age of the study population was 34.2 ± 5.8 months, children aged from 12 to under 60 months were the most common, the male/female ratio was 1.86/1. The common clinical manifestation were fever (97.5%), cough (95%), and rhinorrhea (65%). Other symptoms such as headache, sore throat, myalgia, abdominal pain, vomiting were less common. The paraclinical showed that 50% of patients had leukocytosis and 15% had leukopenia, 55% of patients did not exhibit elevated CRP levels (<10 mg/L). The succeededly cured result was 100%. The averaged hospital-stayed period were 6.4 ± 2.4 days.

Conclusion: Children aged 12 to under 60 months were the most commonly affected age group among patients with influenza A. Clinical, paraclinical characteristics were generally non-specific. The most frequent complications were pneumonia and bronchitis. The mean treatment duration was 6.4 ± 2.4 days. Close monitoring of disease progression and early detection of complications are essential for timely management and to reduce treatment duration.

Keywords: influenza A, children, Hai Duong General Hospital.

*Corresponding author

Email: hienlamsang@gmail.com **Phone:** (+84) 933158888 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD6.5300



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CÚM A Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẢI DƯƠNG

Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Phạm Thị Tuyết Linh², Lê Hải Vân², Vũ Thị Hoàng Anh¹

¹ Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

² Bệnh viện Đa khoa Hải Dương

Ngày nhận bài: 15/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 20/02/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị bệnh cúm A ở trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Hải Dương.

Đối tượng: Nghiên cứu bao gồm 40 bệnh nhi được chẩn đoán cúm A điều trị nội trú tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Hải Dương từ 01/2025 – 10/2025.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $34,2 \pm 5,8$ tháng, trong đó trẻ em từ 12 đến dưới 60 tháng là nhóm tuổi hay gặp, tỷ lệ nam/nữ là 1,86/1. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là sốt (97,5%), ho (95%), chảy mũi (65%). Các triệu chứng khác như đau đầu, đau họng, đau cơ, đau bụng, nôn ít phổ biến hơn. Cận lâm sàng: 50% bệnh nhân có bạch cầu tăng và 15% có giảm bạch cầu, 55% không tăng CRP (<10 mg/L). Kết quả điều trị khỏi chiếm 100%. Thời gian nằm viện trung bình là $6,4 \pm 2,4$ ngày.

Kết luận: Nhóm tuổi thường gặp nhiễm cúm A là trẻ từ 12 đến dưới 60 tháng. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng thường không đặc hiệu. Biến chứng thường gặp gồm viêm phổi và viêm phế quản. Thời gian điều trị trung bình là $6,4 \pm 2,4$ ngày. Cần theo dõi sát diễn biến và phát hiện sớm biến chứng để xử trí kịp thời nhằm rút ngắn thời gian điều trị.

Từ khóa: Cúm A, trẻ em, Bệnh viện Đa khoa Hải Dương.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cúm A là một bệnh nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính do virus cúm A gây ra, có khả năng lây lan nhanh trong cộng đồng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm có khoảng 1 tỷ ca cúm mùa, trong đó trẻ em chiếm tỷ lệ 20–30%.⁸ Mặc dù đa số bệnh diễn tiến lành tính, cúm A vẫn có thể gây biến chứng nặng như viêm phổi, suy hô hấp, làm tăng nhu cầu nhập viện, đặc biệt ở trẻ nhỏ và các nhóm nguy cơ. Tại Việt Nam, cúm lưu hành quanh năm và là một trong những nguyên nhân thường gặp dẫn đến nhập viện ở trẻ em.

Tại khoa Nhi – Bệnh viện Đa khoa Hải Dương, số trường hợp trẻ nhập viện do cúm A có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Đa khoa Hải Dương chưa có nghiên cứu nào đi sâu về cúm ở trẻ em. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: “Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị bệnh cúm A ở trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Hải Dương”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 40 bệnh nhi được chẩn đoán cúm A điều trị nội trú tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Hải Dương từ 01/2025 – 10/2025.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Chẩn đoán xác định cúm dựa theo hướng dẫn Bộ Y tế 2015:¹

Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định:

- 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 hội chứng cúm:
 - + Sốt (thường trên 38°C).
 - + Đau nhức cơ toàn thân.
- + Có một hoặc một số các biểu hiện về hô hấp: đau họng, hắt hơi, ngạt mũi, chảy nước mũi, ho, khó thở.

- Xét nghiệm test nhanh cúm A với dịch ngoáy họng, dịch tỵ hầu hoặc dịch phế quản: cho kết quả dương tính.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tất cả các trường hợp được xác định sốt do các nguyên nhân khác.
- Các trường hợp có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ cúm nhưng test nhanh cho kết quả âm tính.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: hienlamsang@gmail.com Điện thoại: (+84) 933158888 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD6.5300

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: tuổi, giới, địa dư, tiền sử tiếp xúc nguồn lây, tiêm phòng cúm.

+ Các triệu chứng lâm sàng: sốt, ho, chảy nước mũi, khó thở, nôn, đau bụng, đau họng, đau cơ, đau đầu, tiêu chảy.

+ Cận lâm sàng: bạch cầu, CRP.

+ Kết quả điều trị: tỷ lệ biến chứng, kết quả điều trị, số ngày điều trị.

- **Phương pháp xét nghiệm virus cúm:** Test nhanh cúm A/B, lấy dịch ngoáy mũi họng test nhanh cho kết quả dương tính với cúm A. Kỹ thuật này được chỉ định tại khoa Nhi vào thời điểm trong vòng 1 – 3 ngày từ khi trẻ có nghi ngờ hoặc đã có biểu hiện hội chứng cúm. Bệnh phẩm được gửi ngay sau khi lấy mẫu và được thực hiện tại khoa Vi sinh, Bệnh viện Đa khoa Hải Dương.

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Dữ liệu được thu thập vào một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài nghiên cứu được phê duyệt bởi hội đồng khoa học kỹ thuật của Bệnh viện Đa khoa Hải Dương.

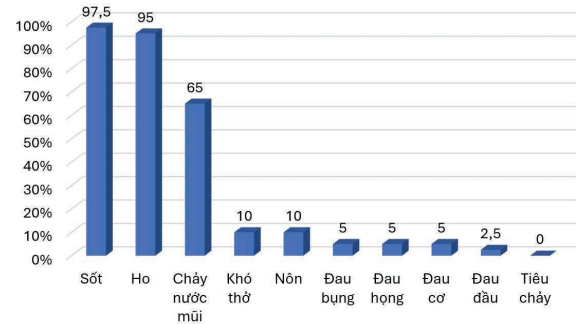
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/2025 đến 10/2025, có 40 trẻ cúm A đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n = 40)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 6 tháng	1	2,5
	6 –< 12 tháng	4	10
	12 –< 60 tháng	35	87,5
	Trung bình	34,2 ± 5,8 tháng	
Giới	Nam	26	65
	Nữ	14	35
Địa dư	Nông thôn	20	50
	Thành thị	20	50
Tiền sử tiếp xúc nguồn lây	Có	33	82,5
	Không	7	17,5
Tiêm phòng cúm	Có	19	47,5
	Không	21	52,5

Nhận xét: Nhóm tuổi mắc bệnh chủ yếu là trẻ từ 12 –< 60 tháng (87,5%). Bệnh nhân nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 1,86/1. Bệnh nhân phân bố đồng đều giữa nông thôn và thành thị. Phần lớn bệnh nhân xác định được nguồn lây nhiễm (82,5%). Tỷ lệ trẻ được tiêm phòng cúm là 47,5%.



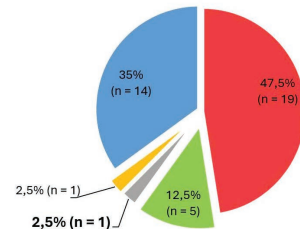
Biểu đồ 1. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân mắc cúm A

Nhận xét: Sốt là triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất (97,5%), tiếp theo là ho (95%) và chảy nước mũi (65%), các triệu chứng khác ít gặp hơn (khó thở, nôn, đau bụng, đau họng, đau cơ, đau đầu).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Cận lâm sàng		Số bệnh nhân (n = 40)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu	Tăng	20	50
	Bình thường	14	35
	Giảm	6	15
CRP	≥10mg/L	18	45
	<10mg/L	22	55

Nhận xét: Có 65% trẻ có sự thay đổi số lượng bạch cầu, trong đó bạch cầu tăng chiếm 50% và bạch cầu giảm chiếm 15%. Tăng CRP ở 45% bệnh nhân.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ biến chứng

Nhận xét: Trong số 40 trẻ nhập viện có 65% trẻ có biến chứng. Trong đó, có 47,5% viêm phổi, 12,5% viêm phế quản, 2,5% viêm tai giữa và 2,5% viêm dạ dày ruột.

Bảng 3. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Khỏi	40	100
Chuyển tuyến	0	0
Tử vong	0	0
Tổng số	40	100

Nhận xét: Kết quả điều trị khỏi bệnh chiếm tỷ lệ 100%

Bảng 4. Số ngày điều trị

Số ngày điều trị	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 7 ngày	33	82,5
> 7 ngày	7	17,5
Tổng	40	100
Trung bình	6,4 ± 2,4 (ngày)	

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là $6,4 \pm 2,4$ ngày. Phần lớn trẻ nằm viện ≤ 7 ngày.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng độ tuổi trung bình của trẻ mắc cúm A là $34,2 \pm 5,8$ tháng. Phần lớn trẻ mắc bệnh là nhóm từ 12–<60 tháng tuổi chiếm 87,5%, ít gặp nhất là nhóm trẻ <6 tháng tuổi chiếm 2,5%. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Lê Thị Thanh Huyền (2024) tại Bệnh viện Y khoa Vinh cho thấy nhóm trẻ từ 12–<60 tháng tuổi chiếm 57,57% tổng số ca mắc cúm ở trẻ.² Tương tự, nghiên cứu của Bùi Thị Thu Thủy (2024) tại Bệnh viện Nhi Hải Dương ghi nhận nhóm 12–60 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (57,6%).³ Như vậy, trẻ từ 12–<60 tháng là nhóm tuổi mắc cúm A chủ yếu, có thể do hệ miễn dịch chưa hoàn thiện và nguy cơ tiếp xúc với nguồn lây nhiễm cao khi học trường mầm non. Trong khi đó, tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ dưới 1 tuổi thấp, đặc biệt là nhóm dưới 6 tháng tuổi, có thể do còn được bảo vệ một phần bởi kháng thể thụ động từ mẹ và ít tiếp xúc với môi trường bên ngoài. Cúm A ở nam cao hơn nữ, tỷ lệ mắc nam/nữ là 1,86/1. Sự khác biệt giữa 2 giới này tương tự với một số nghiên cứu khác.^{2,3}

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ đã tiêm vắc xin cúm là 47,5%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Thanh Huyền (6,14%), Bùi Thị Thu Thủy (15,2%).^{2,3} Điều này cho thấy vắc xin cúm mùa hiện đã được nhận biết và sử dụng rộng rãi hơn, khả năng tiếp cận dịch vụ tiêm chủng thuận lợi hơn. Tuy nhiên vẫn còn 52,5% trẻ chưa tiêm, có thể liên quan đến chi phí, tâm lý lo ngại phản ứng sau tiêm và nhận thức chưa đầy đủ về lợi ích phòng bệnh. Dù không bảo vệ tuyệt đối do phụ thuộc chủng virus lưu hành từng mùa, tiêm vắc xin vẫn có vai trò quan trọng giúp giảm mức độ nặng và biến chứng của cúm ở trẻ em.

Kết quả cho thấy sốt là triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất (97,5%), tiếp theo là ho (95%) và chảy nước mũi (65%), phù hợp với biểu hiện lâm sàng điển hình của các bệnh nhiễm trùng hô hấp, đặc biệt là cúm. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Lê Thị Thanh Huyền trên 945 trẻ mắc cúm cho thấy ho (99,05%), sốt (98,94%) và chảy mũi (88,99%) là những triệu chứng cơ năng thường gặp.² Silvennoinen nghiên cứu trên 372 trẻ mắc cúm ghi nhận 95% sốt, 77% ho và 78% chảy nước mũi.⁶ Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ mắc cúm A thường sốt cao từ $38,5^{\circ}\text{C}$ trở lên, chiếm 80%. Ho có thể là biểu hiện của hội chứng viêm long đường hô hấp trên nhưng cũng có thể gợi ý biến chứng như viêm phế quản, viêm phổi do virus hoặc do bội nhiễm vi khuẩn làm bệnh nặng lên; vì vậy cần khám kỹ và theo dõi sát để phát hiện sớm. Các triệu chứng khác như nôn, đau bụng, đau họng, đau cơ, đau đầu gặp với tỷ lệ thấp, xuất hiện rải rác và không đặc hiệu. Đáng chú ý, khó thở tuy chỉ gặp khoảng 10% nhưng là dấu hiệu quan trọng gợi ý tổn thương đường hô hấp dưới, cần được theo dõi sát và đánh giá kịp thời.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 65% trẻ mắc cúm A có thay đổi số lượng bạch cầu, trong đó bạch cầu tăng chiếm 50% và bạch cầu giảm chiếm 15%. CRP ≥ 10 mg/L ghi nhận ở 45% bệnh nhân. Kết quả này cao hơn một số nghiên cứu khác. Lê Thị Thanh Huyền ghi nhận 37,99% trẻ tăng bạch cầu và 21,48% CRP ≥ 12 mg/L.² Nghiên cứu của Bùi Thị Thu Thủy cho thấy 32,2% tăng bạch cầu và 23,6% CRP ≥ 10 mg/L.³ Theo nghiên cứu của Shui Fu và cộng sự cho thấy số lượng bạch cầu và CRP ở nhóm nhiễm khuẩn cao hơn đáng kể so với nhóm nhiễm cúm A.⁵ Các chỉ số bạch cầu và CRP phản ánh đáp ứng viêm ở mức độ khác nhau và có thể thay đổi theo thời điểm lấy mẫu cũng như mức độ bệnh. Bạch cầu tăng và/hoặc CRP tăng cần được đánh giá phối hợp với lâm sàng để phát hiện sớm biến chứng hoặc bội nhiễm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ có biến chứng chiếm 65%; trong đó viêm phổi là biến chứng thường gặp nhất (47,5%), tiếp theo viêm phế quản (12,5%). Các biến chứng viêm tai giữa và viêm dạ dày ruột ít gặp hơn. Các biến chứng liên quan đến cúm có thể diễn biến nặng, đặc biệt ở những trẻ thuộc nhóm nguy cơ cao. Theo Wolf và cộng sự, bội nhiễm vi khuẩn đường hô hấp là biến chứng thường gặp của cúm. Ở trẻ nhập viện vì cúm, khoảng 28–36% có thể bị viêm phổi. Viêm tai giữa cấp cũng khá phổ biến, xuất hiện ở 10–50% bệnh nhân và thường khởi phát sau 3–4 ngày kể từ khi nhiễm cúm.⁷

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 50% trẻ được điều trị thuốc kháng virus. Tỷ lệ khỏi bệnh đạt 100%, tương tự kết quả của Lê Thị Thanh Huyền (98,8%).² Phần lớn trẻ nằm viện ≤ 7 ngày (82,5%), chỉ 17,5% trẻ cần điều trị > 7 ngày. Thời gian điều trị trung bình là $6,4 \pm 2,4$ ngày, dài hơn so với nghiên cứu tại Singapore ghi nhận thời gian nằm viện trung bình là $3,7 \pm 3,35$ ngày.⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp nằm viện kéo dài thường liên quan đến biến chứng hô hấp như viêm phổi và viêm phế quản; do đó cần theo dõi sát diễn biến và xử trí kịp thời nhằm hạn chế kéo dài thời gian điều trị.

5. KẾT LUẬN

Cúm A ở trẻ em thường gặp ở nhóm từ 12 đến dưới 60 tháng tuổi với lâm sàng chủ yếu là các triệu chứng hô hấp như sốt, ho, chảy nước mũi. Xét nghiệm bạch cầu và CRP thường không đặc hiệu. Biến chứng thường gặp gồm viêm phổi và viêm phế quản. Thời gian điều trị trung bình là $6,4 \pm 2,4$ ngày, cần theo dõi sát diễn biến và phát hiện sớm biến chứng để xử trí kịp thời nhằm rút ngắn thời gian điều trị.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm (Ban hành kèm theo Quyết định số 5642/QĐ-BYT ngày 31/12/2015). Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2016. tr.49-53.
- [2] Lê Thị Thanh Huyền. 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. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;536(2):181-185. doi:10.51298/vmj.v536i2.10665.
- [3] Bùi Thị Thu Thủy, Nguyễn Thị Diệu Thúy, Nguyễn Thị Thu Hiền; Nguyễn Thị Hoàng Anh, Đặng Thị Hà. Dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng bệnh cúm mùa ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Hải Dương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;542(1):89-92. doi: 10.51298/vmj.v542i1.10951.
- [4] Chong Chia-Yin, Yung Chee-Fu, Gan Cherie, et al. The clinical features, diagnosis, and outcomes of influenza infection in children admitted to a tertiary pediatric hospital in an acute respiratory infections surveillance program. Influenza Other Respir Viruses. 2020;14:46-54. doi:10.1111/irv.12699.
- [5] Fu Shui, Zhang Miao-Miao, Zhang Liang, Wu Li-Feng, Hu Qi-Lei. The value of combined serum amyloid A protein and neutrophil-to-lymphocyte ratio testing in the diagnosis and treatment of influenza A in children. Int J Gen Med. 2021;14:3729-3735. doi:10.2147/IJGM.S313895.
- [6] Silvennoinen Heli, Peltola Ville, Lehtinen Pasi, Vainionpää Raija, Heikkinen Terho. Clinical presentation of influenza in unselected children treated as outpatients. Pediatr Infect Dis J. 2009;28(5):372-375. doi:10.1097/INF.0b013e318191eef7.
- [7] Wolf Ryan M, Antoon James W. Influenza in Children and Adolescents: Epidemiology, Management, and Prevention. Pediatr Rev. 2023;44(11):605-617. doi:10.1542/pir.2023-005962.
- [8] World Health Organization (2024) Influenza (seasonal).