

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ BIẾN CHỨNG NẶNG Ở TRẺ MẮC SỞI TẠI BỆNH VIỆN NHI HÀ NỘI NĂM 2024-2025

Đỗ Thị Thúy Nga^{1,✉}, Nguyễn Sỹ Đức^{1,2}, Trần Hoàng Thị Hoài¹,
Đặng Quang Nhật¹, Nguyễn Thị Tú Linh¹

¹Bệnh viện Nhi Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính do vi rút sởi gây ra, có thể dẫn đến nhiều biến chứng nặng, thậm chí tử vong. Nghiên cứu mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và yếu tố nguy cơ nặng ở trẻ mắc sởi tại Bệnh viện Nhi Hà Nội năm 2024 – 2025. Nghiên cứu thu thập được 659 trường hợp, nhóm tuổi dưới 9 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (43,7%), tỉ lệ nam/nữ là 1,7/1. Hơn 57,4% trẻ chưa được tiêm vắc xin và 8,2% có bệnh nền. Biến chứng thường gặp nhất là viêm phổi (80,1%), tiếp theo là viêm dạ dày ruột (56%). Có 110 trẻ (16,7%) diễn biến nặng. Trẻ có bệnh nền làm tăng nguy cơ biến chứng nặng gấp 3,69 lần (95% CI: 2,04 - 6,67; $p < 0,001$); sốt cao $> 39^{\circ}\text{C}$ làm tăng nguy cơ 1,57 lần (95% CI: 1,02 - 2,42; $p = 0,039$).

Từ khóa: Sởi, biến chứng suy hô hấp, biến chứng nặng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm gây dịch lây qua đường hô hấp do vi rút sởi gây ra, gặp chủ yếu ở trẻ dưới 3 tuổi, thường xảy ra vào mùa đông xuân.¹ Bệnh không chỉ gây tổn thương da, niêm mạc mà còn có thể dẫn đến nhiều biến chứng nặng như viêm phổi, viêm não - màng não, viêm tai giữa, và viêm loét giác mạc.² Tiêm vắc xin là biện pháp phòng bệnh tốt nhất, theo báo cáo của Our World in Data (2025), vắc xin sởi đã cứu sống hơn 23 triệu trẻ em kể từ năm 2000, nhưng số ca mắc lại có xu hướng tăng trở lại sau đại dịch COVID-19 do tỷ lệ tiêm chủng giảm sút.³

Tại Việt Nam, dịch sởi có xu hướng tái bùng phát theo chu kỳ 3 - 5 năm, đặc biệt nhóm trẻ dưới 9 tháng tuổi và trẻ không được tiêm phòng.⁴ Phần lớn trẻ mắc sởi có thể hồi

phục, song một tỷ lệ không nhỏ diễn biến nặng do biến chứng hô hấp, đặc biệt ở trẻ nhỏ, suy dinh dưỡng hoặc có bệnh nền.⁵ Đã có nhiều báo cáo về dịch sởi trong năm 2024, tuy nhiên phần lớn tập trung ở các tỉnh phía Nam và khu vực miền núi phía Bắc, trong khi số liệu tại khu vực đồng bằng, đặc biệt ở Hà Nội, còn hạn chế. Bên cạnh đó, các nghiên cứu trước chủ yếu mô tả đặc điểm chung của bệnh, chưa đi sâu vào phân tích các yếu tố nguy cơ nặng như suy hô hấp. Do đó, việc nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng bệnh sởi là cần thiết, nhằm cung cấp bằng chứng thực tiễn cho công tác dự phòng, điều trị và hoạch định chính sách y tế cộng đồng. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1) Đánh giá đặc điểm dịch tễ học lâm sàng ở trẻ mắc sởi tại Bệnh viện Nhi Hà Nội năm 2024 - 2025;

2) Nhận xét một số yếu tố nguy cơ nặng ở trẻ mắc sởi tại Bệnh viện Nhi Hà Nội.

Tác giả liên hệ: Đỗ Thị Thúy Nga

Bệnh viện Nhi Hà Nội

Email: dr.ngado83@gmail.com

Ngày nhận: 19/10/2025

Ngày được chấp nhận: 10/11/2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Trẻ được chẩn đoán xác định mắc sởi điều trị tại Bệnh viện Nhi Hà Nội từ 01/10/2024 - 30/08/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Trẻ được chẩn đoán mắc sởi theo “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh sởi” do Bộ y tế ban hành năm 2025¹:

Ca bệnh nghi ngờ

Ca bệnh nghi ngờ mắc sởi khi có các dấu hiệu sau:

- Tiền sử tiếp xúc với người bệnh sởi trong vòng 7 - 21 ngày hoặc sống trong vùng dịch Sởi lưu hành.
- Triệu chứng lâm sàng nghi ngờ sởi (sốt và viêm long đường hô hấp trên).

Ca bệnh lâm sàng

Chẩn đoán ca bệnh sởi trên lâm sàng khi người bệnh có các triệu chứng sau:

- Sốt.
- Ho, chảy nước mũi hoặc viêm kết mạc.
- Có hạt Koplik hoặc phát ban dạng sởi.

Chẩn đoán xác định

- Ca bệnh nghi ngờ hoặc ca bệnh lâm sàng mắc sởi, và

- Xét nghiệm phát hiện:

+ Xét nghiệm ELISA có kháng thể IgM đặc hiệu kháng vi rút sởi.

+ Xét nghiệm PCR xác định được đoạn gen đặc hiệu của vi rút sởi.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Tra cứu phần mềm quản lý bệnh án HIS, chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu

chuẩn chẩn đoán sởi nhập viện từ 1/10/2024 đến 30/08/2025.

Bước 2: Tra cứu thông tin bệnh án trẻ mắc sởi nhập viện điều trị nội trú, bao gồm: dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị.

Bước 3: Nhập thông tin vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

Bước 4: Phân tích đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và yếu tố nguy cơ nặng theo những chỉ tiêu nghiên cứu.

Thu thập số liệu

Các ca bệnh đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu được thu thập thông tin theo mẫu bệnh án thiết kế sẵn. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, bao gồm thông tin về đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị.

Biến số nghiên cứu

Nghiên cứu gồm các biến số được phân loại theo nhóm đặc điểm: tuổi, giới, nơi ở, tiền sử tiêm chủng, tiền sử bệnh lý, tiền sử phơi nhiễm, nhiệt độ cao nhất, phát ban, ho, ngạt mũi, chảy mũi, koplik, viêm kết mạc mắt, triệu chứng tiêu hóa, biến chứng, các yếu tố nguy cơ dẫn đến trẻ biến chứng nặng.

Các tiêu chuẩn đánh giá áp dụng trong nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chẩn đoán sởi: Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh sởi Bộ Y tế (2025) mục 1.

- Một số định nghĩa:

+ Biến chứng viêm phổi: là biến chứng hô hấp của sởi, biểu hiện bằng sốt, ho, khó thở và ran phổi, có thể dẫn đến suy hô hấp hoặc tử vong.

+ Biến chứng viêm dạ dày - ruột: tình trạng tiêu chảy và nôn xuất hiện trong bối cảnh sởi điển hình (sốt, phát ban, ho, chảy mũi), thường tự giới hạn.

+ **Biến chứng viêm thanh quản cấp:** là tình trạng viêm niêm mạc thanh quản cấp tính. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là khàn tiếng, đau họng, ho ông ổng, thở rít, thỉnh thoảng sốt nhẹ.

+ **Biến chứng viêm tai giữa:** Viêm tai giữa là tình trạng viêm cấp tính niêm mạc tai giữa, thường do nhiễm trùng, biểu hiện bằng đau tai, sốt và giảm thính lực. Chẩn đoán xác định dựa vào kết quả nội soi tai mũi họng.

+ **Biến chứng viêm cơ tim:** là tình trạng viêm cơ tim xuất hiện như một biến chứng của bệnh sởi, biểu hiện lâm sàng bằng khó thở, mệt mỏi, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp, đau ngực, có thể dẫn đến suy tim cấp hoặc mãn tính, đặc biệt ở trẻ nhỏ hoặc suy dinh dưỡng.

+ **Biến chứng viêm não:** là tình trạng viêm não xuất hiện như một biến chứng nặng của bệnh sởi, biểu hiện lâm sàng bằng sốt cao, co giật, rối loạn ý thức, liệt hoặc các triệu chứng thần kinh khác, có thể dẫn đến di chứng thần kinh lâu dài hoặc tử vong.

+ **Sởi có biến chứng:** trẻ mắc sởi có một hoặc nhiều biến chứng trên.

+ **Sởi có biến chứng nặng:** bệnh nhân có suy chức năng 1 hoặc nhiều cơ quan.

+ **Suy hô hấp:** Trẻ có ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

Khó thở nặng: rút lõm lồng ngực, co kéo cơ hô hấp phụ, phập phồng cánh mũi và thở

nhANH theo tuổi.

Tím tái và/hoặc $SpO_2 < 95\%$ khi thở không khí phòng

+ **Tiền sử bệnh lý của trẻ mắc sởi:** trẻ mắc các bệnh bẩm sinh, mạn tính, mắc phải chưa ổn định hoặc đang theo dõi và điều trị.

Xử lý và phân tích số liệu

- Sử dụng các phép thống kê tính giá trị trung bình, trung vị, tần suất, tính giá trị tỉ suất chênh (OR) bằng thuật toán kiểm định khi bình phương (X^2).

- Số liệu được phân tích và xử lý theo các thuật toán thống kê với sự hỗ trợ bằng phần mềm SPSS 26.0.

Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm dịch tễ học bệnh sởi

- Đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ nặng bệnh sởi

3. Đạo đức nghiên cứu

Số liệu được thu thập thông qua hồ sơ bệnh án, không gây ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhi. Khi công bố kết quả, nghiên cứu chỉ công bố các giá trị và kết luận thu được từ quá trình nghiên cứu mà không công bố danh sách họ tên bệnh nhi. Các thông tin nghiên cứu được bảo mật và không dùng cho mục đích khác.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học nhóm bệnh nhân sởi

Đặc điểm		Số lượng bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	< 9 tháng	288	43.7
	9 - 12 tháng	106	16.1
	≥ 12 tháng	265	40.2
Giới	Nam	412	62,5
	Nữ	247	37,5

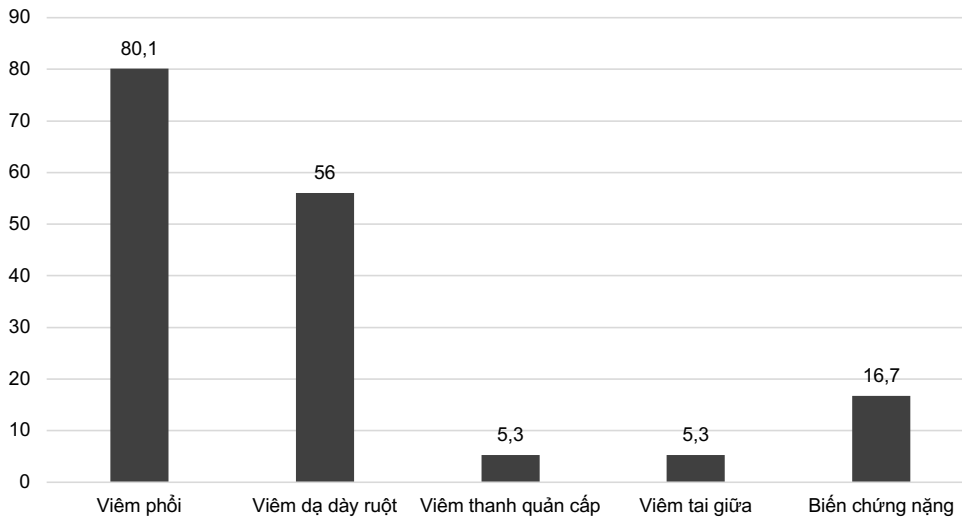
Đặc điểm		Số lượng bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Nơi ở	Hà Nội	505	76,7
	Tỉnh khác	154	23,3
Tiền sử tiêm chủng	Chưa tiêm	378	57,4
	Đã tiêm ≥ 1 mũi	67	10,2
	Không rõ	214	32,5
Tiền sử bệnh lý	Có bệnh nền	54	8,2
	Không có bệnh nền	655	91,8
Tiền sử phơi nhiễm	Có phơi nhiễm	123	18,7
	Không rõ	536	81,3

Nhận xét: Nghiên cứu thu thập được 659 bệnh nhân, trong đó tỉ lệ nam/nữ là 1,7/1. Nhóm bệnh nhân thường gặp nhất là dưới 9 tháng tuổi (43,7%). Hơn 90% trẻ mắc sởi có tiền sử khỏe mạnh, không tiền sử bệnh lý. Phần lớn bệnh nhân chưa được tiêm phòng vắc xin bệnh sởi.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và biến chứng (n = 659)

Đặc điểm lâm sàng		Tần số (n = 659)	Tỉ lệ (%)
Nhiệt độ cao nhất	$\leq 39^{\circ}\text{C}$	274	41,6
	$> 39^{\circ}\text{C}$	385	58,4
Phát ban		640	97,1
Ho		625	94,8
Koplik		426	64,6
Đỏ mắt		350	53,1
Triệu chứng tiêu hóa	Tiêu chảy	347	52,7
	Nôn	39	6

Nhận xét: Tỉ lệ trẻ sốt cao $> 39^{\circ}\text{C}$ chiếm 58,4% trẻ mắc. 97,4% trẻ có triệu chứng phát ban; 94,8% ho; 64,6% có koplik khi thăm khám và 53,1% trẻ có viêm kết mạc mắt.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ biến chứng ở nhóm bệnh nhân sỏi

Nhận xét: Viêm phổi là biến chứng thường gặp nhất (80,1%), tiếp theo là viêm dạ dày ruột (56%). Có 16,7% bệnh nhân có biến chứng nặng, trong đó tất cả là biến chứng suy hô hấp.

Bảng 3. Một số yếu tố nguy cơ biến chứng nặng ở nhóm bệnh nhân mắc sỏi

Đặc điểm	Không có biến chứng nặng n (%)	Có biến chứng nặng n (%)	OR	95% CI	
Tuổi	< 9 tháng	223 (78)	65 (22)	2,2	1,38 - 3,5
	9 - 12 tháng	92 (87)	14 (13)	1,15	0,58 - 2,26
	≥ 12 tháng	234 (88)	31 (12)	1	
Giới	Nam	344(83)	68 (17)	1,04	0,68 - 1,58
	Nữ	205 (83)	42 (17)	1	
Tiền sử tiêm chủng	Chưa tiêm	300 (79)	78 (21)	10,14	1,37 - 74,96
	Tiêm 1 mũi	24 (89)	3 (11)	4,88	0,48 - 49,59
	Tiêm ≥ 2 mũi	39 (98)	1 (2)	1	
Bệnh nền	Có	33 (61)	21 (39)	3,69	2,04 - 6,67
	Không	516 (85)	89 (15)	1	
Sốt cao > 39°C	Có	311 (81)	74 (19)	1,57	1,02 - 2,42
	Không	238 (86)	36 (14)	1	
Đồng nhiễm vi rút/vi khuẩn	Có	140 (80)	35 (20)	1,36	0,87 - 2,12
	Không	409 (85)	75 (15)	1	

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân nặng là suy hô hấp, không có suy các cơ quan khác. Trẻ dưới 9 tháng tuổi có nguy cơ nặng cao hơn so với nhóm trẻ trên 12 tháng tuổi 2,2 lần (95% CI: 1,38 - 3,5). Bệnh nhân chưa tiêm vắc xin có nguy cơ nặng cao gấp 10,14 (95% CI: 1,37 - 74,96) lần so với nhóm bệnh nhân đã tiêm được 2 mũi vắc xin. Ngoài ra, những bệnh nhân có triệu chứng sốt cao trên 39°C có nguy cơ nặng lên 1,57 lần so với nhóm bệnh nhân sốt nhẹ hơn. Trong khi đó, giới tính và đồng nhiễm vi rút/vi khuẩn khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 659 trường hợp trẻ nhập viện được chẩn đoán xác định sởi. Nhóm tuổi dưới 9 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (43,7%), phần lớn chưa được tiêm phòng sởi. Kết quả này phù hợp với các báo cáo trước đây.⁶⁻⁸ Kháng thể IgG kháng sởi chủ yếu được truyền thụ động từ mẹ sang con qua nhau thai trong ba tháng cuối thai kỳ.⁷ Tuy nhiên, lượng kháng thể này giảm nhanh sau sinh, với thời gian bán hủy trung bình khoảng 30 ngày, khiến đa số trẻ mất khả năng bảo vệ đặc hiệu với vi rút sởi sau 6 tháng tuổi.⁹ Các nghiên cứu huyết thanh học cho thấy tỷ lệ trẻ còn kháng thể bảo vệ ($\text{IgG} \geq 120 \text{ mIU/mL}$) giảm từ 90% ở 1 tháng tuổi xuống dưới 10% ở 9 tháng tuổi.¹⁰ Do đó, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến cáo tiêm mũi vắc xin sởi đầu tiên ở 9 tháng tuổi tại các quốc gia có lưu hành bệnh cao, khi kháng thể mẹ đã mất, và tiêm mũi thứ hai sau 12 - 15 tháng tuổi để đảm bảo chuyển đổi huyết thanh đầy đủ. Trong tình huống có dịch bệnh, Bộ Y tế cho phép tiêm vắc-xin phòng sởi cho trẻ từ 6 đến dưới 9 tháng, được gọi là mũi “sởi 0”. Đây là biện pháp cấp bách nhằm bảo vệ sớm cho nhóm trẻ nhỏ chưa đến độ tuổi tiêm vắc-xin sởi mũi 1 trong Chương trình Tiêm

chủng mở rộng, góp phần giảm nguy cơ mắc bệnh và hạn chế lây lan trong cộng đồng.¹¹

Tất cả bệnh nhi trong nghiên cứu đều có biểu hiện sốt; bên cạnh đó, phát ban và ho là các triệu chứng phổ biến, phù hợp với Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sởi của Bộ Y tế.¹ Tỷ lệ phát ban và ho trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả được ghi nhận trong các báo cáo quốc tế.^{6,7} Điều này khẳng định rằng các biểu hiện ban dạng sởi và triệu chứng hô hấp là những đặc điểm lâm sàng phổ biến nhất, có giá trị định hướng chẩn đoán cao đối với bệnh sởi. Có sốt cao trên 39°C chiếm hơn một nửa tổng số ca, phản ánh việc đa số trẻ được đưa đến nhập viện ở giai đoạn toàn phát của bệnh, khi đáp ứng viêm toàn thân đang ở mức mạnh. Sốt cao kéo dài có thể dẫn đến mất nước, rối loạn điện giải và co giật, đặc biệt ở nhóm trẻ dưới 2 tuổi; do đó đây là dấu hiệu cảnh báo quan trọng cần được theo dõi và xử trí kịp thời. Dấu hiệu Koplik được ghi nhận ở 64,6% trường hợp - tỷ lệ này nằm trong khoảng 50 - 70% mà Moss (2017) đã mô tả.¹¹ Tuy nhiên, dấu hiệu này có thể dễ bị bỏ sót trên lâm sàng do thường xuất hiện thoáng qua và biến mất nhanh trong giai đoạn sớm của bệnh. Các triệu chứng tiêu hóa chủ yếu là tiêu chảy, cho thấy tình trạng rối loạn hấp thu và bội nhiễm đường ruột vẫn phổ biến ở trẻ mắc sởi, đặc biệt trong bối cảnh dinh dưỡng còn hạn chế. WHO nhấn mạnh rằng thiếu vitamin A làm tăng nguy cơ tiêu chảy kéo dài và tử vong do sởi, vì vậy, bổ sung vitamin A liều cao trong phác đồ điều trị là biện pháp cần thiết nhằm giảm biến chứng và tử vong.¹²

Viêm phổi là biến chứng phổ biến nhất do vi rút sởi gây tổn thương trực tiếp biểu mô đường hô hấp, làm suy giảm chức năng thanh thải niêm mạc và tăng nguy cơ bội nhiễm vi khuẩn. Ngoài ra, hiện tượng ức chế miễn dịch tạm thời sau nhiễm sởi cũng góp phần làm tăng tỷ lệ biến chứng hô hấp. Viêm dạ dày - ruột được

ghi nhận ở 56% trường hợp, trong đó 52,7% có triệu chứng tiêu chảy. Các biến chứng khác gồm viêm thanh quản và viêm tai giữa; chưa ghi nhận trường hợp viêm não - màng não hay viêm cơ tim.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 110 trẻ mắc sởi nặng, chiếm 16,7%, phản ánh mức độ nghiêm trọng của bệnh trong giai đoạn dịch lưu hành, trong đó 100% suy chức năng hô hấp cần hỗ trợ oxy. Trẻ nhỏ có đường hô hấp hẹp, cơ hô hấp yếu và phản xạ ho kém, dễ ứ đọng dịch tiết, giảm thông khí phế nang và thiếu oxy khi xuất hiện viêm phổi.¹³ Nhiệt độ cơ thể cao ($> 39^{\circ}\text{C}$) và mất nước trong giai đoạn cấp cũng làm tăng nhu cầu oxy, khiến cân bằng hô hấp dễ bị phá vỡ, từ đó làm nặng thêm tình trạng suy hô hấp ở trẻ nhỏ.¹⁴ Tỷ lệ cần thở oxy cao nhất ghi nhận ở nhóm dưới 9 tháng tuổi (59%), tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Linh (66,15%) và Đặng Quốc Duy (61%) ở trẻ 12 tháng tuổi, trong đó 41% dưới 9 tháng.^{15,16}

Tình trạng tiêm chủng cũng ảnh hưởng đáng kể đến mức độ bệnh. Nhóm chưa tiêm vắc xin có tỷ lệ nặng cao hơn so với nhóm đã tiêm, khẳng định vai trò thiết yếu của tiêm chủng trong giảm nguy cơ biến chứng và tử vong ở trẻ mắc sởi. Theo WHO (2025), tiêm đủ hai mũi vắc xin giúp giảm tới 97% nguy cơ mắc bệnh và 90% nguy cơ biến chứng hô hấp nặng.¹⁷ Ngoài ra, nguy cơ diễn biến nặng cao hơn 3,69 lần (95% CI: 2,04 - 6,67) được ghi nhận ở nhóm trẻ có bệnh lý nền so với nhóm khỏe mạnh, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi sát và can thiệp tích cực sớm ở nhóm bệnh nhân này.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế. Đây là nghiên cứu đơn trung tâm, thực hiện tại một bệnh viện chuyên khoa nên kết quả có thể chưa đại diện cho toàn bộ quần thể trẻ mắc sởi. Thiết kế hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án có thể dẫn đến sai số do thiếu thông tin hoặc dữ liệu không đầy đủ. Ngoài ra, nghiên

cứu chưa tiến hành phân tích đa biến, vì vậy chưa xác định được các yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến tình trạng suy hô hấp,

V. KẾT LUẬN

Trong giai đoạn 10/2024 - 8/2025, có 659 trẻ mắc sởi điều trị tại Bệnh viện Nhi Hà Nội, chủ yếu là trẻ dưới 9 tháng tuổi và chưa hoặc không rõ tiền sử tiêm chủng. Các triệu chứng thường gặp gồm sốt, ho, phát ban, Koplik và viêm kết mạc. Viêm phổi là biến chứng phổ biến nhất, tỷ lệ biến chứng nặng chiếm 16,7%, gặp nhiều ở trẻ nhỏ, có bệnh nền, sốt cao và chưa tiêm phòng. Vì vậy cần đánh giá kỹ và can thiệp tích cực ở nhóm trẻ này. Nghiên cứu khẳng định vai trò thiết yếu của tiêm chủng vắc xin sởi trong phòng ngừa bệnh và giảm biến chứng nặng ở trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2025). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh sởi (*Ban hành kèm theo Quyết định số 1019/QĐ-BYT ngày 26 tháng 3 năm 2025*)
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Measles Symptoms and Complications. Measles (Rubeola). September 11, 2025. Accessed October 10, 2025. <https://www.cdc.gov/measles/signs-symptoms/index.html>.
3. Dattani S, Spooner F. Measles vaccines save millions of lives each year. *Our World in Data*. Published online May 19, 2025. Accessed October 5, 2025. <https://ourworldindata.org/measles-vaccines-save-lives>.
4. Đỗ Phương Loan, Triệu Thị Thanh Vân, Duyên Thị Mai Nguyên, et al. Epidemiological and molecular characteristics of a measles outbreak in northern Vietnam, 2013-2014. *Journal of Clinical Virology*. 2021; 139: 104840. doi:10.1016/j.jcv.2021.104840.

5. Measles - an overview | ScienceDirect Topics. Accessed October 14, 2025. <https://www.sciencedirect.com/topics/pharmacology-toxicology-and-pharmaceutical-science/measles>.
6. Wang X, Boulton ML, Montgomery JP, et al. The epidemiology of measles in Tianjin, China, 2005-2014. *Vaccine*. 2015; 33(46): 6186-6191. doi:10.1016/j.vaccine.2015.10.008.
7. Sindhu T, Geeta M, Krishnakumar P, Sabitha S, Ajina K. Clinical profile of measles in children with special reference to infants. *Trop Doct*. 2019; 49(1): 20-23. doi:10.1177/0049475518804695.
8. Domai FM, Agrupis KA, Han SM, et al. Measles outbreak in the Philippines: epidemiological and clinical characteristics of hospitalized children, 2016-2019. *Lancet Reg Health West Pac*. 2021; 19: 100334. doi:10.1016/j.lanwpc.2021.100334.
9. Edwards KM. Maternal antibodies and infant immune responses to vaccines. *Vaccine*. 2015; 33(47): 6469-6472. doi:10.1016/j.vaccine.2015.07.085.
10. Waaijenborg S, Hahné SJM, Mollema L, et al. Waning of maternal antibodies against measles, mumps, rubella, and varicella in communities with contrasting vaccination coverage. *J Infect Dis*. 2013; 208(1): 10-16. doi:10.1093/infdis/jit143.
11. Bộ Y Tế. Quyết định 271/QĐ-BYT 2025 Kế hoạch triển khai chiến dịch tiêm chủng vắc xin phòng chống dịch Sởi.
12. Moss WJ. Measles. *The Lancet*. 2017; 390(10111): 2490-2502. doi:10.1016/S0140-6736(17)31463-0.
13. World Health Organization (WHO). Measles. Accessed October 14, 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measle>
14. Trachsel D, Erb TO, Hammer J, von Ungern-Sternberg BS. Developmental respiratory physiology. *Paediatr Anaesth*. 2022; 32(2): 108-117. doi:10.1111/pan.14362.
15. Mortola JP. Influence of temperature on metabolism and breathing during mammalian ontogenesis. *Respiratory Physiology & Neurobiology*. 2005; 149(1): 155-164. doi:10.1016/j.resp.2005.01.012.
16. Huỳnh Ngọc Linh, Ngô Quốc Thống. Dịch tễ và một số đặc điểm bệnh Sởi tại tỉnh Cà Mau giai đoạn 2015-2024. *YHCĐ*. 2025;66(CĐ3-HNKH Ký Sinh Trùng VN lần thứ 51). doi:10.52163/yhc.v66iCĐ3.2173.
17. Đặng Quốc Duy, Nguyễn An Nghĩa. Đặc điểm điều trị bệnh nhi Sởi biến chứng viêm phổi nặng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2021; tr.89-94 - ISSN.1859-1779. <https://scholar.dlu.edu.vn/thuvienso/handle/DLU123456789/168673>.

Summary

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS FOR SEVERE DISEASE IN CHILDREN WITH MEASLES AT HA NOI CHILDREN HOSPITAL, 2024 - 2025

Measles is an acute infectious disease caused by the measles virus, which can lead to severe complications and fatality. This study described the epidemiological and clinical characteristics of children with measles at the Hanoi Children Hospital in 2024 - 2025. A total of 659 cases were collected, with the age group under 9 months old accounting for the highest proportion (43.7%) and a male-to-female ratio of 1.7:1. More than 57.4% of the children were unvaccinated, and 8.2% had underlying diseases. The most common complication was pneumonia (80.1%), followed by gastroenteritis (56%). Respiratory failure occurred in 110 children (16.7%). Children with underlying diseases had a 3.69-fold higher risk of developing severe complications (95% CI: 2.04 - 6.67; $p < 0.001$) and high fever ($> 39^{\circ}\text{C}$) increased the risk by 1.57 times (95% CI: 1.02 - 2.42; $p = 0.039$).

Keywords: Measles, respiratory failure, severe complication.