

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH SỞI Ở TRẺ EM

Đỗ Thiện Hải¹, Nguyễn Thị Huyền¹, Phạm Thị Lược¹
Đỗ Thuý Hằng¹, Nguyễn Văn Hoàng¹, Nguyễn Lệ Chính¹
Nguyễn Thị Ngọc Liên² và Đặng Thị Thùy^{1,✉}

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Sản Nhi Phú Thọ

Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng 1028 trẻ mắc sởi điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 9/2024 đến tháng 3/2025. Kết quả: Triệu chứng phổ biến nhất là sốt (98,4%) và ho (97,4%), Hạt koplik (73,1%), phát ban (96,7%). Chỉ có 25,68% bệnh nhân không có biến chứng. Biến chứng thường gặp là viêm phổi (72,4%), nhiễm khuẩn huyết (2,4%), một số trường hợp có tình trạng sốc nhiễm trùng. Có 193 bệnh nhân (18,8%) có bệnh nền, trong đó bệnh lý thần kinh chiếm 16,6%, tiếp đó là đẻ non (15,6%), gan mật (14,5%), tim bẩm sinh (12,4%), huyết học (9,8%), ung thư, miễn dịch (6,7%). Bệnh nhân có Hemoglobin > 110 g/L chiếm 58,9%. Các mức độ giảm huyết sắc tố khác chiếm 41,1%; Số lượng tiểu cầu trên 150G/L chiếm tỷ lệ 91,9%. Có 29,2% số ca bệnh có số lượng bạch cầu trên 10 G/L. Tỷ lệ ca bệnh có CRP > 30 chiếm (16,8%), GOT > 40 UI là 89,3%, LDH tăng > 250 U/L chiếm 98%, Ferritin tăng > 300 ng/mL chiếm 51,3%. Tỷ lệ tử vong là 1,3%. Kết luận: Triệu chứng trẻ mắc bệnh sởi bao gồm sốt, phát ban, hạt Koplik là các triệu chứng thường gặp. Biến chứng thường gặp nhất là viêm phổi, ngoài ra tiêu chảy, nhiễm trùng huyết, viêm não và tăng đáp ứng viêm quá mức cũng được ghi nhận. Sốt và viêm long hô hấp là 2 triệu chứng xuất hiện sớm ở nhóm trẻ xác định được là có phơi nhiễm nguồn lây. Do vậy, các bác sĩ lâm sàng luôn chú ý xem xét các biến chứng khi điều trị. Nên cách ly trẻ phơi nhiễm sớm khi có tình trạng sốt và viêm long hô hấp.

Từ khóa: Sởi, trẻ em.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính, lây lan mạnh, thường gặp ở trẻ dưới 3 tuổi do vi rút Sởi (họ *Paramyxoviridae*) gây ra. Bệnh sởi phân bố trên toàn thế giới, trong 3 tháng đầu năm 2024 ghi nhận hơn 237.000 ca mắc sởi. Một số trường hợp có thể gây các biến chứng nặng dẫn đến nguy cơ tử vong.^{1,2} Triệu chứng chính của bệnh gồm sốt, phát ban dạng sởi, hạt koplik... và có nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm phổi, tiêu chảy tăng đáp ứng viêm quá

mức là biến chứng nặng có nguy cơ tử vong cao và cần những biện pháp can thiệp đặc biệt như lọc máu, dùng IVIG...^{1,3-5} Trong thời gian gần đây tình trạng lây nhiễm trong cộng đồng, bệnh viện làm cho dịch bệnh kéo dài và điều trị khó khăn khi mắc sởi ở trẻ đang điều trị bệnh khác hoặc có bệnh nền đã điều trị ổn định.

Với mong muốn xem xét yếu tố nào có thể giúp định hướng chẩn đoán sớm, cách ly sớm, điều trị sớm chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ mắc sởi” nhằm xem xét các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh giúp theo dõi, phát hiện sớm ca bệnh, biến chứng để có biện pháp điều trị, cách ly kịp thời tránh nguy cơ lây lan, giảm tỷ lệ mắc, tử vong.

Tác giả liên hệ: Đặng Thị Thùy

Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: dangthithuy1303@gmail.com

Ngày nhận: 04/05/2026

Ngày được chấp nhận: 08/06/2026

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhi dưới 16 tuổi, được chẩn đoán xác định mắc sởi điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/09/2024 đến 31/03/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhi được chẩn đoán xác định mắc sởi theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh sởi” do Bộ Y tế ban hành ngày 26/3/2025:

- + Ca bệnh nghi ngờ hoặc ca bệnh lâm sàng mắc Sởi, VÀ
- + Có xét nghiệm kháng thể IgM hoặc PCR dương tính với virus Sởi.

Tiêu chuẩn loại trừ

- + Bệnh án không tiếp cận được hoặc không có đủ thông tin cho phân tích số liệu.
- + Ca bệnh đồng nhiễm các tác nhân khác.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế theo phương pháp mô tả, hồi cứu và tiến cứu.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng: sốt, ho, Koplik, kém ăn, tiêu chảy, phát ban...

Đặc điểm cận lâm sàng: Số lượng bạch cầu, bạch cầu trung tính, số lượng bạch cầu lympho, nồng độ hemoglobin, số lượng tiểu cầu; CRP, GOT, GPT, LDH, Ferritin...

Chỉ số nghiên cứu

- Triệu chứng lâm sàng ghi nhận khi được bác sĩ chuyên khoa Nhi Truyền nhiễm tại bệnh

viện Nhi Trung ương xác định.

- Chỉ số xét nghiệm chúng tôi thu thập khi bệnh nhi mới nhập viện. Xác định các xét nghiệm bất thường dựa trên “Sổ tay khoảng tham chiếu xét nghiệm Nhi khoa” và phân chia theo các mức độ cụ thể.

- Xác định các biến chứng: dựa theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh sởi” do Bộ Y tế ban hành ngày 26/3/2025.¹

Xác định và thu thập số liệu

- Xác định danh sách các bệnh nhân dựa trên hệ thống quản lý bệnh nhân của bệnh viện.
- Bệnh án có đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được lựa chọn và thu thập thông tin.

Quản lý, xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập, được làm sạch và nhập vào máy tính lưu trữ. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm R 4.5.2 theo các thuật toán sử dụng cho thống kê mô tả.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu không ảnh hưởng đến bất kỳ quyền lợi nào của bệnh nhi và gia đình. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Nhi Trung ương chấp nhận (Giấy chứng nhận chấp thuận số 392/BVNTW-HĐĐĐ ngày 13/06/2025).

III. KẾT QUẢ

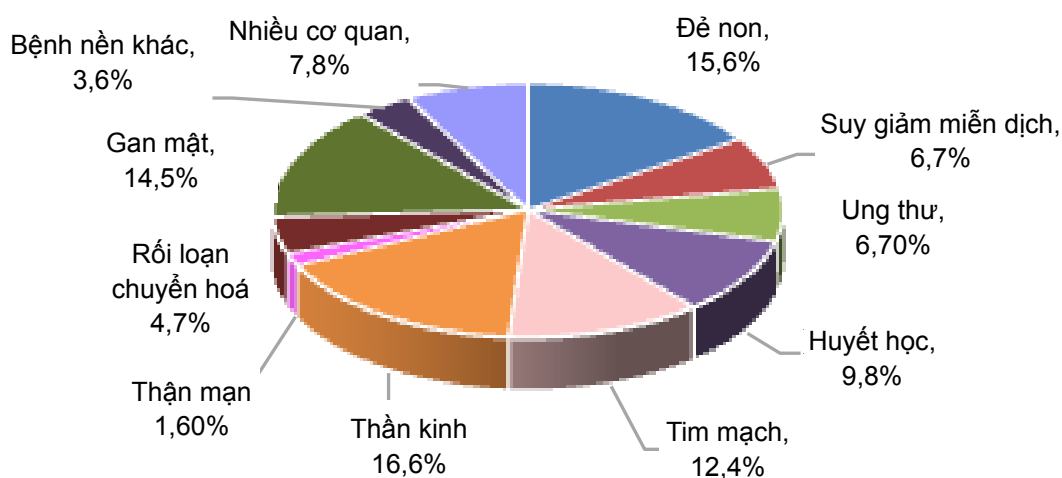
Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 1028 bệnh nhân mắc sởi thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào nghiên cứu. Sau khi thu thập và phân tích số liệu thì chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng	n	%
Triệu chứng lâm sàng	Sốt (n = 1028)	1012
	Ho (n = 1016)	990
	Koplik (n = 888)	649
	Phát ban (n = 1014)	980
	Kém ăn (n = 815)	616
	Tiêu chảy (n = 939)	695
	Viêm kết mạc (n = 952)	773
Biến chứng (n = 1028)	Không biến chứng	264
	Viêm phổi	744
	Viêm não	3
	Viêm tai giữa	36
	Nhiễm khuẩn huyết	25
	Sốc nhiễm khuẩn	19
	Suy hô hấp	303
		29,5

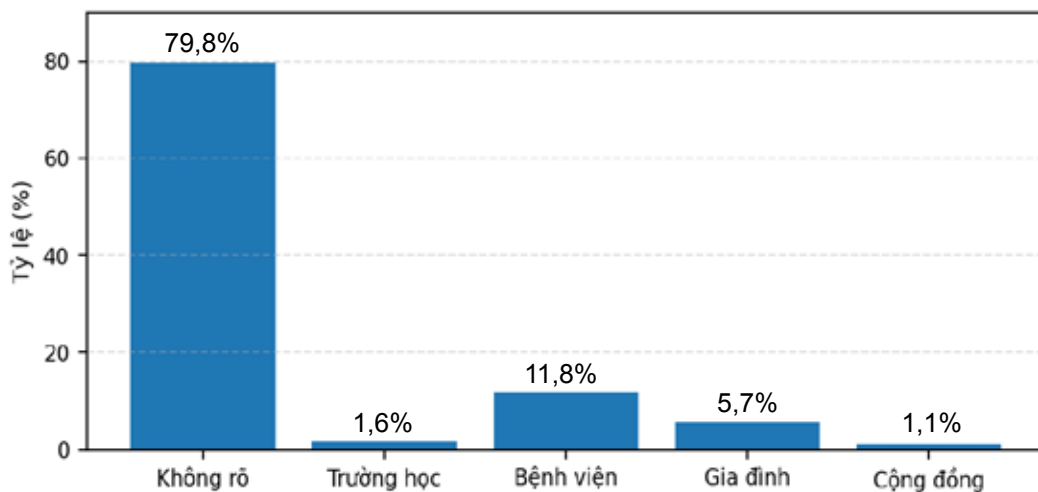
Triệu chứng phổ biến nhất là sốt (98,4%) và ho (97,4%), Hạt koplik (73,1%), phát ban (96,7%). Chỉ có 25,68% bệnh nhân không có

biến chứng. Viêm phổi (72,4%), Nhiễm khuẩn huyết (2,4%), một số trường hợp có tình trạng sốc nhiễm trùng.

**Biểu đồ 1. Tình trạng mắc bệnh nền của trẻ trong nghiên cứu**

Có 193 bệnh nhân (18,8%) có bệnh nền, trong đó phổ biến nhất là bệnh lý thần kinh (chậm phát triển tinh thần vận động, bại não, động kinh) chiếm 16,6%, tiếp đó là đẻ non

chiếm 15,6%, gan mật (14,5%), tim bẩm sinh (12,4%), huyết học (9,8%), ung thư, miễn dịch (6,7%). Có 7,8% trẻ có nhiều bệnh lý nền.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ trẻ xác định được tình trạng phơi nhiễm

Tỷ lệ xác định được nguồn lây là 20,2%.

Bảng 2. Tỷ lệ các triệu chứng xuất hiện trong 2 ngày đầu của bệnh trong nhóm xác định được phơi nhiễm nguồn bệnh

Các triệu chứng	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt	203	97.6
Ho, chảy mũi... (viêm long hô hấp)	159	76.4
Koplik	73	35.1
Phát ban dạng sởi	58	27.9
Kém ăn	96	46.2
Tiêu chảy	85	40.9
Viêm kết mạc	51	24.5

Hai triệu chứng có tỷ lệ xuất hiện cao nhất trong 2 ngày đầu là sốt (97,6%) và Ho viêm long hô hấp (76,4%).

Bảng 3. Đặc điểm tế bào máu ngoại vi

Xét nghiệm	n (%)
Huyết sắc tố (g/L) <i>TB ± SD (Min-Max)</i>	112,4 ± 14,94 (58 - 167)

Xét nghiệm	n (%)
< 70	3 (0,3)
≥70 - 100	174 (17,4)
>100 - 110	234 (23,4)
> 110	590 (58,9)
Số lượng bạch cầu (G/L), trung vị (khoảng tứ phân vị)	7,7 (5,36 - 10,7)
< 4	95 (9,4%)
4 - 10	619 (61,4%)
> 10	294 (29,2%)
BC ĐNTT* (G/L), trung vị (khoảng tứ phân vị)	3,51 (2,3 - 5,5)
< 1,2	71 (7,1)
1,2 - 7,29	798 (79,6)
> 7,29	134 (13,4)
BC lympho (G/L), trung vị (khoảng tứ phân vị)	2,99 (1,7 - 4,6)
> 2	669 (67,3)
0,5 - 2	302 (30,4)
< 0,5	23 (2,3)
Số lượng tiểu cầu (G/L), trung vị (khoảng tứ phân vị)	272 (208 - 348)
≥ 150	909 (91,8)
< 150	81 (8,2)

*BC ĐNTT: Bạch cầu đa nhân trung tính

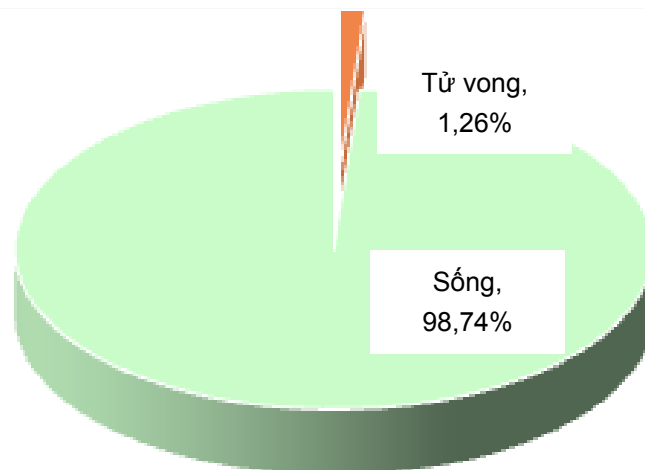
Bệnh nhân có Hemoglobin > 110 g/L chiếm 58,9%. Các mức độ giảm huyết sắc tố khác chiếm 41,1%, trong đó 0,3% có Hemoglobin < 70 g/L; 17,4% có Hemoglobin ≥70 - 100 g/L; Số lượng tiểu cầu trên 150G/L chiếm tỷ lệ 91,9%. Tỷ lệ bệnh nhi có số lượng bạch cầu trong khoảng 4 - 10G/L chiếm 61,4%. Có 29,2% số ca bệnh có số lượng bạch cầu trên 10G/L.

Bảng 4. Đặc điểm sinh hóa máu ngoại vi

Xét nghiệm	n (%)
CRP (mg/L), trung vị (khoảng tứ phân vị)	7,9 (3,7 - 19,3)
< 6	400 (43,4)
6 - 30	367 (39,8)
> 30	155 (16,8)

Xét nghiệm	n (%)
GOT (U/L), trung vị (khoảng tứ phân vị)	67,8 (52,4 - 88,4)
≤ 40	67 (10,7)
> 40	558 (89,3)
GPT (U/L), trung vị (khoảng tứ phân vị)	25,3 (18,1 - 40,5)
≤ 40	460 (74,6)
> 40	157 (25,5)
LDH (U/L), trung vị (khoảng tứ phân vị)	647,5 (514,4 - 814,1)
≤ 250	8 (1,9)
> 250	400 (98,0)
Ferritin (ng/mL), trung vị (khoảng tứ phân vị)	315 (175,7 - 535,8)
≤ 300	189 (48,7)
> 300	199 (51,3)

Tỷ lệ ca bệnh có giá trị CRP > 30 chiếm tỷ lệ thấp (16,8%), tỷ lệ ca có GOT > 40 chiếm tỷ lệ 89,3%, tỷ lệ ca bệnh có chỉ số LDH tăng > 250 U/L chiếm 98%, Ferritin tăng > 300 ng/mL chiếm 51,3%.



Biểu đồ 3. Kết quả điều trị (n = 1028)

Tỷ lệ tử vong chung của nhóm bệnh nhi mắc sởi là 1,3%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả phân tích số liệu từ 1028 bệnh nhân chúng tôi thấy triệu chứng phổ biến nhất là sốt (98,4%) và ho (97,4%), hạt koplik (73,1%), phát ban (96,7%). Tác giả Đỗ Thị Thúy Nga báo cáo

tại Bệnh viện Nhi Hà Nội năm 2024 - 2025 cho thấy 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. Trần Thị Kiều Anh

nghiên cứu tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An cho thấy triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất là sốt (100%), phát ban điển hình sởi (100%), ho (90,2%), viêm kết mạc (85,4%).⁶ Tác giả Nguyễn Ngọc Rạng báo cáo mô tả cắt ngang 144 trẻ mắc sởi nhập viện tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ 1/2020 đến 6/2021 thấy triệu chứng lâm sàng gồm sốt (100%), phát ban (100%), ho (97,9%), dấu Koplik (54,0%) và nôn ói (29,2%).⁷ Tác giả Nghiêm Thị Mai Sang nghiên cứu 365 trẻ mắc sởi tại bệnh viện Thanh Nhân cho thấy các biểu hiện đặc trưng của sởi bao gồm Hạt Koplick 95,9%; ban da 98,4%; mắt đỏ 68,9%.⁸ báo cáo của tác giả Alsulaiman JW tại miền Bắc Jordan thì thấy trẻ cũng có các triệu chứng Sốt (95,2%) và phát ban (96,8%) là các triệu chứng phổ biến nhất. Các biến chứng tại phổi ảnh hưởng đến 68,3% (viêm phổi kẽ: 55,5%; viêm phổi: 12,7%). Mất nước (34,9%) và các triệu chứng tiêu hóa (nôn mửa: 30,1%; tiêu chảy: 28,5%).⁹

Trong các báo cáo thì tỷ lệ các triệu chứng của bệnh có sự khác biệt có thể do trẻ được nhập viện, thống kê triệu chứng ở những thời điểm khác nhau trong quá trình bệnh lý. Một số triệu chứng có thể đã không còn tồn tại khi trẻ đến viện ở giai đoạn muộn. Nhìn chung các triệu chứng lâm sàng xuất hiện trong cả quá trình diễn biến bệnh thì vẫn khá tương đồng so với các y văn trên thế giới và Việt Nam đã mô tả.

Phân tích các triệu chứng xuất hiện sớm trong 2 ngày đầu của bệnh ở nhóm trẻ xác định được là có phơi nhiễm nguồn lây chúng tôi thấy có 2 triệu chứng xuất hiện với tỷ lệ cao nhất trong 2 ngày đầu là sốt (97,6%) và Ho viêm long hô hấp (76,4%). Nhóm trẻ có bệnh nền đang điều trị tại cơ sở y tế hoặc bệnh đã điều trị tại cộng đồng đều có thể lây bệnh, đặc biệt trẻ chưa được tiêm chủng đầy đủ, hệ miễn dịch bị ức chế khi sử dụng thuốc ức chế miễn dịch kéo

dài. Do vậy, với mong muốn cách ly sớm, tránh nguy cơ mắc bệnh, đặc biệt là các trẻ có bệnh nền đang nằm viện thì yếu tố phơi nhiễm và sốt, viêm long hô hấp có thể giúp nghi ngờ ca bệnh và nên cách ly sớm, theo dõi, chẩn đoán và điều trị sớm.

Kết quả của chúng tôi thấy có 25,7% bệnh nhân không có biến chứng. Trong số các biến chứng đã ghi nhận thì viêm phổi (72,4%), tiêu chảy quan sát thấy ở 74,0% số ca bệnh, nhiễm khuẩn huyết (2,4%), viêm não chiếm tỷ lệ 0,3%, một số trường hợp có tình trạng sốc nhiễm trùng. Báo cáo tại bệnh viện Nhi Hà Nội cũng cho thấy biến chứng viêm phổi thường gặp nhất (80,1%), tiếp theo là viêm dạ dày ruột (56%). Tỷ lệ các biến chứng ở trẻ điều trị tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An là 57,6% trong đó chủ yếu là viêm phổi, tiêu chảy.⁶ Trong 365 trẻ mắc sởi tại bệnh viện Thanh Nhân thì có 62,8% có biến chứng viêm phổi; 2,7% có biến chứng viêm thanh quản.⁸

Tình trạng tổn thương phổi ở trẻ mắc sởi có thể do bội nhiễm vi khuẩn, đặc biệt là các vi khuẩn bình thường có thể cư trú ở khu vực hầu họng. nhưng khi mắc sởi thì tổn thương niêm mạc đường hô hấp nên có thể xâm nhập và gây bệnh. Mặt khác, gần đây có một số báo cáo từ các vụ dịch gây bệnh nặng cho thấy tình trạng tăng đáp ứng viêm quá mức có thể gây tổn thương nhiều cơ quan như não, phổi, rối loạn đông máu.^{10,11}

Tỷ lệ các loại biến chứng có thể khác nhau trong một số báo cáo. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy trẻ mắc sởi có viêm phổi chiếm tỷ lệ cao hơn so với các nghiên cứu khác có thể do là tuyến cuối nhận điều trị các bệnh nặng, nguy cơ nặng chuyển đến nên có thể làm cho tỷ lệ trẻ có biến chứng cao hơn.

Bệnh nền có thể là yếu tố làm gia tăng tình trạng nặng ở trẻ mắc bệnh, đặc biệt là nhóm bệnh nền đang tiến triển, nhóm bệnh suy giảm

miễn dịch, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch. Ngoài ra, tổn thương tại phổi có thể do virus sởi gây nên, do bội nhiễm vi khuẩn, do tình trạng tăng đáp ứng viêm quá mức gây nên. Một số báo cáo trên thế giới đã cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng tăng đáp ứng viêm và tình trạng suy hô hấp tiến triển nhanh trong giai đoạn cấp của bệnh.¹²

Xem xét tỷ lệ trẻ mắc bệnh nền chúng tôi thấy có 193 bệnh nhân (18,8%) có bệnh nền, trong đó phổ biến nhất là bệnh lý thần kinh (chậm phát triển tinh thần vận động, bại não, động kinh) chiếm 16,6%, tiếp đó là đẻ non chiếm 15,6%, gan mật (14,5%), tim bẩm sinh (12,4%), huyết học (9,8%), ung thư, miễn dịch (6,7%). Có 7,8% trẻ có nhiều bệnh lý nền. Báo cáo của bệnh viện Nhi Hà Nội cũng cho thấy trẻ có bệnh nền làm tăng nguy cơ biến chứng nặng gấp 3,69 lần (95% CI: 2,04 - 6,67; $p < 0,001$).³

Bệnh nền ở trẻ mắc sởi như bệnh lý thần kinh, huyết học, miễn dịch... có thể làm cho trẻ không được tiêm chủng đầy và bệnh nền cũng có thể ảnh hưởng đến hệ miễn dịch của trẻ, do vậy trẻ hoàn toàn có thể mắc bệnh trong cộng đồng hoặc khi đang điều trị tại bệnh viện và các cơ sở y tế.

Trẻ mắc sởi thường gây nên tình trạng rối loạn đáp ứng miễn dịch như suy giảm tế bào miễn dịch, “quên” trí nhớ miễn dịch đã có nên tình trạng suy giảm khả năng đáp ứng miễn dịch có thể xảy ra.¹³ Do vậy, nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng sẽ cao hơn và đặc biệt nếu trẻ có bệnh nền, nhóm trẻ có suy giảm miễn dịch hoặc dùng thuốc ức chế miễn dịch thì nguy cơ biến chứng, nguy cơ nặng nặng và tử vong có thể sẽ cao hơn.

Bệnh nhân có Hemoglobin > 110 g/L chiếm 58,9%. Các mức độ giảm huyết sắc tố khác chiếm 41,1%, trong đó 0,3% có Hemoglobin < 70 g/L; 17,4% có Hemoglobin $\geq 70 - 100$ g/L. Tỷ lệ bệnh nhi có số lượng bạch cầu trong khoảng 4

- 10 G/L chiếm 61,4%. Có 29,2% số ca bệnh có số lượng bạch cầu trên 10G/L. Số lượng tiểu cầu trên 150G/L chiếm tỷ lệ 91,9%. Tác giả Nghiêm Thị Mai Sang báo cáo tại bệnh viện Thanh Nhàn có 7,4% trẻ mắc sởi có giảm bạch cầu hạt trung tính; 41,4% trẻ có giảm bạch cầu lympho.⁸ Báo cáo của tác giả Phan Đặng Trang Đài tại Cần Thơ thấy tỷ lệ trẻ có thiếu máu là 4,7%.⁴

Tình trạng giảm huyết sắc tố ở trẻ mắc sởi đã được ghi nhận trong các báo cáo trên y văn. Khi trẻ mắc sởi thường có tình trạng viêm niêm mạc hô hấp trên, kèm theo đó là tình trạng sốt, rối loạn tiêu hoá... có thể là yếu tố nguy cơ làm giảm cung cấp dinh dưỡng cho trẻ dẫn đến giảm huyết sắc tố. Mặt khác, khi virus xâm nhập và nhân lên trong cơ thể thì sẽ sử dụng các chất dinh dưỡng của cơ thể, điều này cũng có thể góp phần làm giảm huyết sắc tố ở trẻ mắc bệnh.

Tỷ lệ ca bệnh có tăng CRP > 30 chiếm tỷ lệ (16,8%), Tỷ lệ ca bệnh có GOT > 40 U/L chiếm 89,3%, tỷ lệ ca bệnh có chỉ số LDH tăng > 250 U/L chiếm 98%, Ferritin tăng > 300 ng/mL chiếm 51,3%. Tác giả Nghiêm Thị Mai Sang báo cáo tại bệnh viện Thanh Nhàn thấy 52,3% trẻ có tăng CRP, 26,3% trẻ có tăng men gan GOT.⁸ Tình trạng tăng các dấu hiệu đáp ứng viêm quá mức của cơ thể có thể là yếu tố gây các tổn thương cấp tính tại nhiều cơ quan mà đã được đề cập trong một số báo cáo và được gọi là “Bão cytokin”. Chúng tôi cũng ghi nhận một số ca bệnh có tình trạng tăng các chỉ số đáp ứng viêm và suy chức năng cơ quan. Kết quả này cũng phù hợp với một số báo cáo khác trên thế giới.¹⁴ Tuy nhiên, cơ chế giải thích tình trạng tăng đáp ứng viêm ở trẻ mắc sởi cũng như nhiễm virus khác cũng còn chưa rõ ràng và có nhiều giả thuyết khác nhau.¹⁵

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ tử vong chung của nhóm bệnh nhi mắc sởi là 1,3%. Kết quả điều trị tại bệnh viện Sản Nhi

Nghệ An thì khỏi hoàn toàn, 13,7% cải thiện, 1,5% chuyển tuyến, không có tử vong.⁶ Báo cáo tại bệnh viện Thanh Nhân có 98,6% trẻ đáp ứng điều trị khỏi bệnh, có 5 trẻ (1,4%) có biến chứng nặng cần chuyển viện để điều trị nâng cao và không có trẻ tử vong do mắc sởi.⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong cao hơn so với các báo cáo khác. Điều này có thể lý giải là do tỷ lệ trẻ có bệnh nền cao, bệnh nhân nặng được chuyển từ tuyến dưới lên hầu hết là những trường hợp nặng, đã có biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy các triệu chứng trẻ mắc bệnh sởi bao gồm sốt, phát ban, hạt Koplik là các triệu chứng thường gặp. Biến chứng thường gặp nhất là viêm phổi, ngoài ra tiêu chảy, nhiễm trùng huyết, viêm não và tăng đáp ứng viêm quá mức cũng được ghi nhận. Sốt và viêm long hô hấp là 2 triệu chứng xuất hiện sớm ở nhóm trẻ xác định được là có phơi nhiễm nguồn lây. Do vậy, các bác sĩ lâm sàng luôn chú ý xem xét các biến chứng khi điều trị. Nên cách ly trẻ phơi nhiễm sớm khi có tình trạng sốt và viêm long hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh sởi *Quyết định số 1019/QĐ-BYT ngày 26 tháng 3 năm 2025*. 2025;
2. WHO. Measles. *Updated November 28, 2025*. 2025; Accessed April 19, 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles>.
3. Đỗ Thị Thúy Nga, Nguyễn Sỹ Đức, Trần Hoàng Thị Hoài, và cs. 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. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2026; 198(1): 539-547. doi:doi:10.52852/tcncyh.v198i1.4397.
4. Phan Đặng Trang Đài, Nguyễn Ngọc Rạng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng và một số yếu tố liên quan đến biến chứng của bệnh sởi ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 06/09 2023; (39): 77-84.
5. Nguyễn Thành Nam, Nguyễn Ngọc Minh Trang. Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị trẻ mắc sởi đã tiêm ngừa tại bệnh viện Nhi Đồng 1. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024; Số 78/2024.
6. Trần Thị Kim Anh, Trần Phương Yến. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh sởi ở trẻ em tại bệnh viện sản nhi Nghệ An *Tạp chí Y học Việt Nam*. 03/16 2026; 560(1). doi:10.51298/vmj.v560i1.17735.
7. Nguyễn Ngọc Rạng, Phan Đặng Trang Đài. Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan sởi có biến chứng ở trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 08/02 2021; 503(1). doi:10.51298/vmj.v503i1.696.
8. Nghiêm Thị Mai Sang, Nguyễn Văn Thường, Nguyễn Hồng Sơn. Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến điều trị sởi ở trẻ em tại bệnh viện Thanh Nhân. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 03/07 2026; 559(2). doi:10.51298/vmj.v559i2.17601.
9. Alsulaiman JW KK, Alrawashdeh A, Abu Sanad Z, Al-Mnayyis AM, Yassin A, Rawabdeh MI, Alzoubi H. . Clinical and Demographic Characteristics of Hospitalized Pediatric Measles Cases; The 2023 Outbreak in Northern Jordan. *Infect Drug Resist*. 2025; 18: 1773-1783. doi:<https://doi.org/10.2147/IDR.S518009>.
10. Moench TR GD, Obriecht CR, Vaisberg AJ et al. Acute measles in patients with and without neurological involvement: Distribution of measles virus antigen and RNA. *J Infect Dis*. 158: 433 - 442.
11. Tang X-D, Ji T-T, Dong J-R, et al. Pathogenesis and Treatment of Cytokine Storm

Induced by Infectious Diseases. *International Journal of Molecular Sciences*. 2021; 22(23): 13009.

12. Lin WW, Nelson AN, Ryon JJ, Moss WJ, Griffin DE. Plasma Cytokines and Chemokines in Zambian Children With Measles: Innate Responses and Association With HIV-1 Coinfection and In-Hospital Mortality. *J Infect Dis*. Mar 1 2017; 215(5): 830-839. doi:10.1093/infdis/jix012.

13. Tagaev T. Cytokine Profiles and Disease Severity in Measles: A Prospective Observational Study. *Journal of Communicable*

Diseases. 06/30 2025; 57: 37-44. doi:10.24321/0019.5138.202535.

14. ten Oever J, Riza A, Sabou M, Cismaru C, Netea MG, Slavcovici A. Characterization of the Acute Inflammatory Response in Measles Infection. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*. 2013; 3(3): 197-200. doi:10.1093/jpids/pit082.

15. Mongkolsapaya J JA, Callan MFC et al. Antigen-specific expansion of cytotoxic T lymphocytes in acute measles virus infection. *J Virol*. 1990; 73: 67-71.

Summary

CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS OF MEASLES IN CHILDREN

This study describes the clinical and paraclinical characteristics of 1028 children with measles treated at the National Children's Hospital from September 2024 to March 2025. Results: The most common symptoms were fever (98.4%) and cough (97.4%), Koplik spots (73.1%), and rash (96.7%). Only 25.68% of patients had no complication. Common complications included pneumonia (72.4%), sepsis (2.4%), and some cases also acquired septic shock. 193 patients (18.8%) had underlying conditions, including neurological disorders (16.6%), followed by prematurity (15.6%), hepatobiliary disorders (14.5%), congenital heart defects (12.4%), hematological disorders (9.8%), cancer, and immunological disorders (6.7%). Patients with hemoglobin > 110 g/L accounted for 58.9%. Other degrees of hemoglobin reduction accounted for 41.1%; platelet counts above 150 G/L accounted for 91.9%. 29.2% of cases had white blood cell counts above 10 G/L. Platelet counts above 150 G/L accounted for 91.9%. The percentage of cases with CRP > 30 was 16.8%, GOT > 40 UI was 89.3%, elevated LDH > 250 U/L was 98%, and elevated ferritin > 300 ng/mL was 51.3%. The mortality rate was 1.3%. Conclusion: Common symptoms of measles in children include fever, rash, and Koplik spots. The most common complication is pneumonia; in addition, diarrhea, sepsis, encephalitis, and hyperinflammatory response have also been reported. Fever and respiratory catarrh are two early symptoms in children identified as having been exposed to the source of infection. Therefore, clinicians always pay attention to complications during treatment. Children exposed to the disease should be isolated promptly if they have fever and respiratory catarrh

Keywords: Measle, children.