

NGHIÊN CỨU 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

*Phan Đặng Trang Đài**, *Nguyễn Ngọc Rạng*, *Nguyễn Thị Thu Ba*
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
*Email: ptdtai0611@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính qua đường hô hấp do virus sởi. Bệnh thường diễn biến lành tính với biểu hiện thường gặp là sốt, viêm long hô hấp, tiêu hóa, kết mạc mắt và phát ban theo trình tự sau đó ban bay và hồi phục hoàn toàn, tuy nhiên đã có nhiều trường hợp biến chứng như viêm phổi, viêm tai giữa, tiêu chảy, viêm não ... thậm chí tử vong. **Mục tiêu nghiên cứu:** mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng thường gặp và một số yếu tố liên quan đến biến chứng của bệnh sởi ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2019-2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 158 trẻ được chẩn đoán sởi nhập viện tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2019-2021. **Kết quả:** có 158 trẻ được chẩn đoán xác định sởi, trong số đó trẻ dưới 12 tháng tuổi chiếm 45%. Tỷ lệ nam:nữ là 1,5:1. Trẻ chưa chủng ngừa chiếm 79,7%. Tất cả trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi đều có sốt và phát ban. 57% trẻ có dấu Koplik. 24,7% có giảm bạch cầu. Tỷ lệ sởi có biến chứng là 45,6%. Hai biến chứng hay gặp là viêm phổi (20,9%) và tiêu chảy (20,9%). **Kết luận:** Bệnh sởi thường gặp ở trẻ dưới 12 tháng tuổi. Đa số chưa tiêm ngừa. Tất cả trẻ đều có sốt và phát ban. Viêm phổi và tiêu chảy là biến chứng thường gặp nhất. Tuổi nhỏ, không chủng ngừa, suy dinh dưỡng, bạch cầu và CRP tăng là các yếu tố có liên quan với biến chứng.

Từ khóa: sởi, biến chứng, trẻ em.

ABSTRACT

THE STUDY ON CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS, COMPLICATIONS AND SOME RELATED FACTORS TO COMPLICATIONS OF CHILDREN WITH MEASLES AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL

*Phan Dang Trang Dai**, *Nguyen Ngoc Rang*, *Nguyen Thi Thu Ba*
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Measles is an acute infectious disease caused by the measles virus, which spreads from person to person via droplet infection. Measles usually progresses benign and fully recovers; however, in some cases, complications of pneumonia, otitis media, diarrhea, encephalitis,

and even death. **Objectives:** To describe clinical, laboratory characteristics, complications and some related factors to complications of children with measles at Can Tho Children's Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 158 children with measles at Can Tho Children's Hospital. **Results:** Of all 158 diagnosed measles cases, of which 45% was children aged under 12 months. The sex ratio male to female was 1.5:1. 79.7% of cases was unvaccinated. Fever and rash occurred in all cases in this study. Koplik spots occurred in 57% of the patients and 24.7% had a decreased leukocytes. Complications occurred in 45.6% of patients including pneumonia (20.9%) and diarrhea (20.9%). **Conclusion:** The majority of measles occurred in children aged under 12 months. Most patients were unvaccinated. The symptoms of fever and rash occurred in all cases. Pneumonia and diarrhea were common complications. The unvaccinated malnutrition infants, leukocytosis and increased C-reactive protein were associated with measles with complication.

Keywords: Measles, complication, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính qua đường hô hấp do virus sởi gây nên, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cũng như để lại những gánh nặng về y tế, đặc biệt ở trẻ em dưới 5 tuổi. Bệnh có thể diễn biến lành tính với biểu hiện thường gặp là sốt, viêm long hô hấp, tiêu hóa, kết mạc mắt và phát ban theo trình tự sau đó ban bay và hồi phục hoàn toàn. Tuy nhiên nhiều trường hợp có biến chứng như: viêm phổi, viêm tai giữa, tiêu chảy, cam tẩu mã... thậm chí tử vong [5], [9].

Bệnh lưu hành trên toàn thế giới, thường gặp ở trẻ nhỏ và rất dễ lây lan thành dịch. Đầu năm 2019, Tổ chức Y tế Thế giới và UNICEF đã đưa ra cảnh báo dịch sởi đang bùng phát trở lại ở mức độ báo động kể cả những quốc gia tuyên bố đã loại trừ bệnh sởi, gây ra nhiều biến chứng và tử vong. Tại Việt Nam, vắc xin sởi đã được đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng từ năm 1985 nhưng khoảng 3 – 4 năm lại có một vụ dịch, năm 2018 có 1177 ca sởi với nhiều biến chứng và bùng phát mạnh mẽ. Tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ trong 3 tháng đầu năm 2019 có 258 trường hợp được chẩn đoán sởi.

Vì vậy chúng tôi tiến hành 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” với mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh sởi ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2019 – 2021.
2. Xác định tỉ lệ biến chứng thường gặp và một số yếu tố liên quan đến biến chứng của bệnh sởi ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2019 – 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân dưới 16 tuổi được chẩn đoán sởi và điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ năm 2019 – 2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Dưới 16 tuổi
- Được chẩn đoán xác định sởi dựa trên lâm sàng và cận lâm sàng:
 - + Lâm sàng: sốt, phát ban dạng sởi, viêm long: hô hấp, tiêu hóa, mắt.
 - + Cận lâm sàng: xét nghiệm IgM sởi bằng phương pháp Mac Elisa dương tính.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ được chẩn đoán đang mắc viêm phổi, viêm tai giữa, viêm não, viêm loét giác mạc... trước khi có biểu hiện sốt.
- Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.
- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Nhiễm – Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ 12/2019 – 3/2021.
- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:
- + Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p \times (1-p)}{d^2} = 1,96^2 \times \frac{0,176 \times (1-0,176)}{0,06^2} \approx 155$$

Trong đó:

n : cỡ mẫu.

d : khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ từ mẫu và tỷ lệ thật trong cộng đồng. Chúng tôi chọn $d = 0,06$ tương ứng với sai lệch là 6%.

Độ tin cậy ở mức 95% thì $\alpha = 0,05$ nên $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (trị số lấy từ phân phối chuẩn).

p : tỷ lệ biến chứng của bệnh. Theo nghiên cứu của Đặng Thị Thanh Huyền, (2013 – 2014) ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân sỏi có biến chứng viêm phổi là 17,6% nên chúng tôi chọn $p = 0,176$. Như vậy cỡ mẫu là 155 mẫu.

+ Chọn mẫu thuận tiện, trong thời gian nghiên cứu ghi nhận được 158 bệnh nhân sỏi nhập viện thỏa tiêu chuẩn.

- Nội dung nghiên cứu: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tỉ lệ biến chứng và xác định một số yếu tố liên quan đến biến chứng của bệnh sỏi ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2019 – 2021.

- Định nghĩa biến: Thiếu máu khi Hemoglobin < 11g/dl (theo WHO); Tăng bạch cầu khi bạch cầu > 10000/mm³; Giảm tiểu cầu khi tiểu cầu < 100000/mm³; Tăng CRP khi CRP > 10 mg/L.

Phương pháp thu thập số liệu: Mẫu phiếu thu thập soạn sẵn thu nhận các biến giới, tuổi, tiền sử chủng ngừa, các chỉ số kinh tế xã hội, ghi nhận các triệu chứng và các dấu hiệu lâm sàng, xét nghiệm (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu) và CRP. Chụp X-quang để xác định biến chứng viêm phổi, theo dõi các biến chứng khác (tiêu chảy, viêm loét miệng, viêm loét kết mạc mắt, viêm não và biến chứng thần kinh khác nếu có).

Xử lý số liệu: Làm sạch số liệu trước khi phân tích. Biến phân loại được trình bày bằng tỉ lệ %. Biến số có phân phối chuẩn trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và bách phân vị thứ 25 và 75 nếu biến số có phân phối không chuẩn. So sánh 2 trung bình bằng phép kiểm T hoặc Mann Whitney tùy theo số liệu có phân phối chuẩn. So sánh các biến phân loại bằng phép kiểm χ^2 hoặc Fisher's exact. Các test có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới, địa dư, kinh tế, nguồn lây, tình trạng dinh dưỡng và tiền sử chủng ngừa.

	Biến số	Tần số	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	Dưới 12 tháng	71	45
	12 -24 tháng	40	25,3
	Trên 24 tháng	47	29,7
Giới tính	Nam	96	60,8
	Nữ	62	39,2
Địa dư	Nông thôn	77	48,7
	Thành thị	81	51,3
Kinh tế	Giàu/Trung lưu	127	80,4
	Nghèo	31	19,6
Nguồn lây sỏi	Có nguồn lây (tiếp xúc với ca nghi sỏi)	29	18,4
	Không có/không rõ nguồn lây	129	81,6
Suy dinh dưỡng (nhẹ cân)	Có suy dinh dưỡng	19	12
	Không suy dinh dưỡng	139	88
Tiền sử chủng ngừa sỏi của mẹ	Có chủng ngừa/ đã từng mắc sỏi	24	15,2
	Không chủng ngừa sỏi	134	84,8
Tiền sử chủng ngừa sỏi của con	Có chủng ngừa sỏi	32	20,3
	Không chủng ngừa sỏi	126	79,7

Nhận xét: Bệnh xảy ra nhiều nhất ở nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi (45%), ghi nhận tuổi nhỏ nhất là 2 tháng, lớn nhất là 15 tuổi. Tỉ lệ nam/nữ là 1,5/1. Có 51,3% trẻ sống ở thành thị. Nghèo và cận nghèo chiếm 19,6%. 18,4% trẻ có nguồn lây sỏi. Trong số nhập viện vì sỏi, có 12% trẻ nhẹ cân so với tuổi. Tỉ lệ mẹ đã có chủng ngừa sỏi hoặc đã từng mắc sỏi thấp (15,2%). Có đến 79,7% trẻ chưa được chủng ngừa sỏi.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng, dấu hiệu lâm sàng và kết quả xét nghiệm

Triệu chứng	Tần suất (n)	Tỉ lệ (%)
Sốt	158	100
Phát ban	158	100
Ho	155	98,1
Chảy mũi	131	82,9
Viêm kết mạc	121	76,6
Tiêu lỏng	103	65,2
Dấu Koplik	90	57
Vết vằn da hổ	72	45,6
Nôn ói	44	27,8
Viêm nhiễm răng miệng	19	12
Sung hạch	14	8,9
Xét nghiệm		
Thiếu máu	39	24,7
Bạch cầu tăng	7	4,4
Bạch cầu giảm	39	24,7

Triệu chứng	Tần suất (n)	Tỉ lệ (%)
Tiêu cầu giảm	3	1,9
CRP tăng	50	31,6

- Thời điểm nhập viện trung bình ở ngày bệnh thứ $3,57 \pm 1,4$.
- Thời gian từ sốt đến phát ban trung bình: $2,8 \pm 1,1$ ngày.
- Số ngày sốt trung bình: $4,5 \pm 1,8$ ngày.
- Nhiệt độ cao nhất ghi nhận được trung bình: $38,9^{\circ}\text{C} \pm 0,5^{\circ}\text{C}$.

Nhận xét: Về triệu chứng lâm sàng, 100% trẻ trong nghiên cứu đều có sốt và phát ban. Ho, chảy mũi, viêm kết mạc, tiêu lỏng là các triệu chứng thường gặp nhất. Có 90 trẻ ghi nhận được dấu Koplik (57%). 45,6% trẻ ghi nhận có vết vằn da hổ. Về cận lâm sàng, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ trẻ có thiếu máu là 24,7%. Bạch cầu tăng so với tuổi là 4,4%, bạch cầu giảm so với tuổi là 24,7%. Có 3 trẻ giảm tiểu cầu (1,9%). 50 trẻ nhập viện có tăng CRP ≥ 10 mg/L (31,6%).

3.3. Biến chứng và một số yếu tố liên quan đến biến chứng

3.3.1. Biến chứng

Trong 158 trẻ nhập viện, chúng tôi ghi nhận 72 trẻ có biến chứng (45,6%), bao gồm: viêm phổi có 33 trẻ (20,9%); tiêu chảy: 33 trẻ (20,9%); viêm thanh quản: 3 trẻ (1,9%); biến chứng khác (co giật, nhiễm trùng răng miệng, viêm kết mạc có mủ/ xuất huyết): 18 trẻ (11,4%); chưa ghi nhận trường hợp biến chứng viêm não – màng não hay viêm tai giữa (0%).

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, viêm phổi và tiêu chảy là những biến chứng thường gặp nhất (20,9%).

3.3.2. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng

Biến	Có biến chứng (n=72)	Không biến chứng (n=86)	OR (KTC 95%)	Giá trị p
Giới				
Nữ	25 (40,3%)	37 (59,7%)	1,42 (0,74-2,71)	0,287
Nam	47 (49%)	49 (51%)		
Tuổi				
≥ 12 tháng	25 (28,7%)	62 (71,3%)	4,86 (2,47-9,55)	0,000
< 12 tháng	47 (66,2%)	24 (33,8%)		
Tiền sử chùng ngừa sỏi của trẻ				
Có chùng ngừa sỏi	6 (18,8%)	26 (81,2%)	4,77 (1,84-12,38)	0,001
Không chùng ngừa sỏi	66 (52,4%)	60 (47,6%)		
Suy dinh dưỡng				
Không	59 (42,4%)	80 (57,6%)	2,94 (1,06-8,18)	0,033
Có	13 (68,4%)	6 (31,6%)		
Tiếp xúc nguồn lây sỏi				
Không	53 (41,1%)	76 (58,9%)	2,73 (1,17-6,32)	0,017
Có	19 (65,5%)	10 (34,5%)		
Thiếu máu				
Không	49 (41,2%)	70 (58,8%)	2,05 (0,99-4,28)	0,053
Có	23 (59%)	16 (41%)		
Bạch cầu				
Bình thường	44 (37,6%)	73 (62,4%)	3,57 (1,68-7,62)	0,001
Tăng	28 (68,3%)	13 (21,7%)		

Biến	Có biến chứng (n=72)	Không biến chứng (n=86)	OR (KTC 95%)	Giá trị p
CRP				
Bình thường	32 (45,1%)	39 (54,9%)	2,59 (1,22-5,52)	0,013
Tăng	34 (68%)	16 (32%)		

Nhận xét: các yếu tố liên quan đến một số biến chứng thường gặp của trẻ em bệnh sởi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu có ý nghĩa thống kê là: tuổi dưới 12 tháng (OR=4,86; 95%CI: 2,47-9,55; p<0,001), tiền sử chủng ngừa sởi của trẻ (OR=4,77; 95%CI: 1,84-12,38; p=0,001), suy dinh dưỡng (OR=2,94; 95%CI: 1,06-8,18; p=0,033), tiền sử có tiếp xúc nguồn lây sởi (OR=2,73; 95%CI: 1,17-6,32; p=0,017), số lượng bạch cầu tăng (OR=3,57; 95%CI: 1,68-7,62; p=0,001) và CRP tăng (OR=2,59; 95%CI: 1,22-5,52; p=0,013).

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được 158 trường hợp nhập viện được chẩn đoán xác định sởi, trong đó nhóm tuổi dưới 12 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (45%), kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Minh Nguyệt (2014) 77,5% [4]. Trong số trẻ mắc sởi, 79,7% không được tiêm ngừa. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Minh Nguyệt (75,4%) [4] và Maria Gianniki (98,3%) [8]. Chúng tôi ghi nhận 84,8% các bà mẹ khi trong độ tuổi sinh đẻ chưa tiêm vắc xin sởi. Do đó nguyên nhân mắc sởi cao ở lứa tuổi dưới 5 tuổi có thể liên quan đến việc không nhận được miễn dịch với sởi từ chủng ngừa và từ mẹ. Tỷ lệ nam mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi gấp 1,5 lần so với nữ (96/62), tương tự nghiên cứu của Bùi Vũ Huy (2011) ghi nhận nam/nữ: 2,35/1 [7] và Anisur-Rehman (2008) nam/nữ: 60,3/39,7% [12]. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ mắc bệnh ở thành thị cao hơn nông thôn (51,3/48,7%). Đa số trường hợp không xác định rõ nguồn lây, phù hợp với nghiên cứu của Đinh Thị Diễm Thúy (2014) ghi nhận chỉ có 5,5% trường hợp xác định rõ nguồn lây [6], Phạm Văn Năm (2002) với 25% xác định nguồn lây [3]. Với kết quả này cho thấy khả năng lây nhiễm của bệnh sởi trong cộng đồng là rất cao. Những nơi tập trung đông dân như thành thị cũng là yếu tố thuận lợi để lây nhiễm.

Về triệu chứng lâm sàng, tất cả trẻ trong nghiên cứu đều có sốt và phát ban. Ho, chảy mũi, viêm kết mạc, tiêu lỏng là các triệu chứng thường gặp nhất. Kết quả này tương tự của Phạm Văn Năm và Trần Thị Minh Nguyệt [3], [4]. Có 57% trẻ ghi nhận được dấu Koplik, 45,6% trẻ ghi nhận có vết vằn da hổ, gần với kết quả của của Phạm Thị Thu Hà (2004) với 56,72% có dấu Koplik [1], cao hơn nghiên cứu Phạm Văn Năm và Maria Gianniki [3], [8]. Có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi nhập viện ở ngày bệnh $3,57 \pm 1,4$, là khoảng giai đoạn khởi phát và mới phát ban, nên dấu hiệu Koplik vẫn còn ghi nhận được nhiều.

Tỷ lệ trẻ có thiếu máu trong nghiên cứu của chúng tôi là 24,7%, tương tự nghiên cứu của Bùi Vũ Huy (21,18%) [7]. 4,4% trẻ có tăng bạch cầu, 24,7% có giảm bạch cầu. 31,6% trẻ trong nghiên cứu có CRP tăng trên 10 mg/L, kết quả này tương tự với Trần Thị Minh Nguyệt (21,4% có CRP dương tính) [4].

Chúng tôi ghi nhận 45,6% trường hợp có biến chứng. Biến chứng thường gặp nhất là viêm phế quản phổi (20,9%) và tiêu chảy sau phát ban (20,9%), viêm thanh quản gặp trên 3 trẻ (1,9%), các biến chứng khác ghi nhận được là nhiễm trùng răng miệng, co giật do sốt, viêm kết mạc có mủ/ xuất huyết... Chưa ghi nhận trường hợp viêm não-màng não hay viêm tai giữa. Kết quả này giống với Đặng Thị Thanh Huyền (2014) ghi nhận biến chứng hay gặp nhất sau mắc sởi là tiêu chảy (20,8%) và viêm phổi (17,6%) [2], Phạm Thị Thu Hà ghi nhận

biến chứng 47,8%, trong đó viêm phổi 17,9%, tiêu chảy 16,4% [1]. Tuy nhiên tỉ lệ biến chứng này thấp hơn nghiên cứu của Bùi Vũ Huy (79,41%) và cao hơn Maria Gianniki (39,8%) [7], [8]. Có thể lí giải do kiến thức của người dân về bệnh tật cùng mối quan tâm đến trẻ em hiện nay đã cao hơn, trẻ được đưa đến khám và nhập viện sớm hơn; đồng thời điều kiện y tế cũng ngày càng phát triển. Tuy nhiên so với các nước phát triển thì môi trường và điều kiện chăm sóc và y tế ở nước đang phát triển như Việt Nam vẫn còn hạn chế.

Chúng tôi ghi nhận các yếu tố gồm: tuổi, tiền sử chủng ngừa của trẻ, suy dinh dưỡng, có tiếp xúc nguồn lây, số lượng bạch cầu và CRP tăng có sự khác biệt giữa 2 nhóm có biến chứng và không có biến chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, điều này tương tự với kết quả của Muhammad Ilyas (2020) ghi nhận: không tiêm chủng, suy dinh dưỡng, gia đình đông và tiếp xúc với nhiều ca sởi khác liên quan đến nguy cơ nhiễm trùng và sởi nặng [10]. Saleem AF (2009) nhận thấy suy dinh dưỡng, thiếu máu, tăng bạch cầu có liên quan đến nguy cơ biến chứng [13]. Vikram Naga Vemula (2014) ghi nhận tuổi < 24 tháng là yếu tố nguy cơ biến chứng [14], Tatang K Samsi (1992) ghi nhận tỉ lệ biến chứng và tử vong của sởi giảm dần theo tuổi [11].

Giới hạn của nghiên cứu: nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận ở nhóm trẻ mắc sởi có nhập viện, vì vậy có thể không phản ánh được chính xác tất cả các ca sởi trong cộng đồng. Dù vậy, nghiên cứu cũng góp phần cho thấy biến chứng trong nhóm bệnh sởi còn khá nhiều, và có liên quan đến việc trẻ không được chủng ngừa đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh sởi thường xảy ra ở trẻ nhỏ dưới 12 tháng tuổi, đa số chưa được chủng ngừa sởi. Tỉ lệ mẹ đã chủng ngừa sởi thấp và thường không xác định rõ nguồn lây. Các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng thường gặp gồm: sốt (100%), phát ban (100%), dấu Koplik (57%), ho, chảy mũi, viêm kết mạc, tiêu lỏng. Xét nghiệm thường có giảm bạch cầu (24,7%) và tăng CRP (31,6%).

Biến chứng thường gặp nhất là viêm phế quản phổi và tiêu chảy. Tuổi nhỏ dưới 12 tháng, trẻ không chủng ngừa sởi, suy dinh dưỡng, trẻ có tiếp xúc nguồn lây sởi, số lượng bạch cầu tăng và CRP tăng là các yếu tố có liên quan với biến chứng ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Thu Hà, Đỗ Văn Dũng (2004), “Đặc điểm lâm sàng bệnh sởi ở trẻ em TP Hồ Chí Minh sau khi thực hiện chương trình tiêm chủng mở rộng”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 8 (1), tr. 6 – 8.
2. Đặng Thị Thanh Huyền, Dương Thị Hồng (2016), “Một số đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng của bệnh sởi tại Việt Nam năm 2013 – 2014”, *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 16, 4 (177), tr. 98.
3. Phan Văn Năm (2004), “Đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng bệnh sởi ở khoa nhi BVĐK Vĩnh Long, 2001 – 2002”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 8 (1), tr. 26 – 32.
4. Trần Thị Minh Nguyệt (2015), “Đặc điểm bệnh sởi ở trẻ em điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 19 (3), tr. 75 – 80.
5. Nguyễn Duy Phong (2006), "Bệnh sởi", *Bệnh truyền nhiễm*, tr. 274 – 281.
6. Đinh Thị Diễm Thúy (2010), “Kiến thức phòng ngừa bệnh sởi của thân nhân tại khoa nhiễm Bệnh viện Nhi đồng 2 từ tháng 11/2009 đến tháng 4/2010”, *Hội nghị khoa học kỹ thuật điều dưỡng mở rộng BV Nhi Đồng 2 – lần V*, tr.35 – 41.
7. Bùi Vũ Huy (2011), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh sởi ở trẻ em tại BV Nhi Trung ương trong 2 năm 2009 – 2010”, *Tạp chí Y học dự phòng*, 3 (121), tr.45 – 50.
8. Maria Gianniki, et al (2021), “Measles epidemic in pediatric population in Greece during

- 2017 – 2018: Epidemiological, clinical characteristics and outcomes”, *PLoS One*, 16 (1).
9. Gregory Hussey (2008), “Measles”, *Nutrition and Health in Developing Countries*, pp. 163-176.
 10. Ilyas M, et al (2020), “The Resurgence of Measles Infection and its Associated Complications in Early Childhood at a Tertiary Care Hospital in Peshawar, Pakistan”, *Polish Journal of Microbiology*, 69 (2), pp. 177 – 184.
 11. Tatang K Samsi, et al (1992), “Risk factors for severe measles”, *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 23 (3), pp. 497 – 503.
 12. Anis-ur-Rehman, Siddiqui TS , Idris M (2008), "Clinical outcome in measles patients hospitalized with complications.", *J Ayub Med Coll Abbottabad.* , 20 (2), pp. 14 – 16.
 13. Saleem AF, Zaidi A, Ahmed A, (2009): “Measles in children younger than 9 months in Pakistan”, *Indian Pediatr*, 46 (11), pp. 1009 – 1012.
 14. Vikram Naga Vemula, et al (2014), “Risk factors and clinical profile of measles infection in children in Singapore”, *Infection, Disease & Health*, 21(4), pp. 192 – 196.
- (Ngày nhận bài: 30 / 07 /2021 – Ngày duyệt đăng: 22 / 7 /2021)
-