

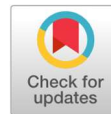


ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;29(6):39-46

<https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.06.05>



Đặc điểm lâm sàng, dịch tễ và biến chứng của bệnh sởi tại bệnh viện Lê Văn Thịnh

Trần Minh Hoàng^{1*}, Nguyễn Thanh Liêm¹, Lê Mỹ Duyên², Lý Quốc Công³, Trần Văn Khanh³

¹Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Phòng khám Dopuclinic, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Bệnh viện Lê Văn Thịnh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính lây qua đường hô hấp, có khả năng gây dịch lớn và biến chứng nặng. Tháng 8/2024, Thành phố Hồ Chí Minh đã công bố dịch sởi với số ca mắc tăng cao ở cả trẻ em và người lớn.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và biến chứng của bệnh sởi tại bệnh viện Lê Văn Thịnh năm 2024-2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, bao gồm tất cả bệnh nhân nội trú được chẩn đoán xác định sởi bằng xét nghiệm IgM dương tính, điều trị tại bệnh viện Lê Văn Thịnh từ tháng 10/2024 đến tháng 3/2025. Dữ liệu được thu thập hồi cứu và tiến cứu, phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

Kết quả: Có 181 bệnh nhân sởi nội trú (108 trẻ em và 73 người lớn) thỏa điều kiện. Tuổi trung bình là $17,7 \pm 1,1$ tuổi; nhóm 6-15 và 16-35 tuổi chiếm đa số (41,4% và 21,3%). 80,1% bệnh nhân chưa tiêm ngừa hoặc không rõ tiền sử tiêm chủng. Triệu chứng điển hình gồm sốt (100%), ho (92,8%), dấu Koplik (73,5%). Cận lâm sàng ghi nhận 45,9% giảm lympho bào và 78,8% tăng men gan. Tỷ lệ biến chứng là 57,5%, chủ yếu là biến chứng hô hấp (viêm phổi chiếm 50% và viêm phế quản chiếm 46% trong số các ca biến chứng). Suy dinh dưỡng và ho là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với biến chứng ($p < 0,05$).

Kết luận: Bệnh sởi tại bệnh viện Lê Văn Thịnh giai đoạn 2024-2025 có xu hướng ảnh hưởng mạnh đến nhóm tuổi 6-35 và trẻ nhũ nhi dưới 1 tuổi. Tỷ lệ biến chứng hô hấp cao, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân suy dinh dưỡng. Cần tăng cường phát hiện sớm, theo dõi sát các trường hợp nguy cơ cao và đẩy mạnh tiêm chủng đầy đủ để hạn chế biến chứng và lây lan trong cộng đồng.

Từ khóa: bệnh sởi; biến chứng hô hấp; dấu Koplik

Abstract

CLINICAL CHARACTERISTICS, EPIDEMIOLOGY AND COMPLICATIONS OF MEASLES AT LE VAN THINH HOSPITAL

Tran Minh Hoang, Nguyen Thanh Liem, Le My Duyen, Ly Quoc Cong, Tran Van Khanh

Ngày nhận bài: 03-03-2026 / Ngày chấp nhận đăng bài: 16-04-2026 / Ngày đăng bài: 23-04-2026

*Tác giả liên hệ: Trần Minh Hoàng. Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: dr.hoangtm@ump.edu.vn

© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Background: Measles is an acute infectious disease with high contagiousness and potential for severe complications. Since August 2024, Ho Chi Minh City has declared a measles outbreak.

Objectives: To describe the demographical, clinical, laboratory characteristics and complications of measles patients treated at Le Van Thinh Hospital.

Methods: A descriptive case-series study was conducted including all hospitalized patients with laboratory-confirmed measles (positive anti-measles IgM) admitted to Le Van Thinh Hospital from October 2024 to March 2025. Data were analyzed using SPSS version 22.0.

Results: The mean age was 17.7 ± 1.1 years; groups 6-15 and 16-35 years old were most common (41.4% and 21.3%). 80.1% were unvaccinated or had unknown status. Common symptoms included fever (100%), cough (92.8%), and Koplik spots (73.5%). Laboratory findings showed lymphopenia (45.9%) and elevated liver enzymes (78.8%). Complication rate was 57.5%, mainly respiratory in which 50% were pneumonia and 46% were bronchitis. Malnutrition and cough were significantly associated with complications ($p < 0.05$).

Conclusions: Measles cases at Le Van Thinh Hospital during the 2024–2025 period showed a predominance among individuals aged 6–35 years and infants under 1 year of age. A high rate of respiratory complications was observed, particularly among malnourished patients. Early diagnosis, close monitoring of high-risk patients, and strengthening measles vaccination coverage are essential to reduce complications and prevent further transmission.

Keywords: measles; respiratory complications; Koplik spots

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sởi do vi rút thuộc họ Paramyxoviridae gây ra, lây truyền mạnh qua đường hô hấp. Mặc dù vắc-xin đã phổ biến, bệnh vẫn bùng phát định kỳ do các lỗ hổng miễn dịch cộng đồng [1]. Thành phố Hồ Chí Minh, chính thức công bố dịch sởi bắt đầu từ 27/8/2024, đã ghi nhận hàng ngàn ca mắc ở nhiều lứa tuổi. Các nghiên cứu trước đây thường tập trung vào trẻ em, trong khi đặc điểm sởi ở người lớn và sự thay đổi dịch tễ hiện nay cần được cập nhật. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả toàn diện bệnh cảnh sởi tại bệnh viện Lê Văn Thinh trong giai đoạn bùng phát dịch 2024-2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân nội trú được chẩn đoán xác định sởi qua xét nghiệm IgM dương tính tại bệnh viện Lê Văn Thinh từ tháng 10/2024 đến tháng 03/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh sởi” của Bộ y tế năm 2025, gồm các tiêu chuẩn: bệnh nhân có huyết thanh chẩn đoán IgM sởi dương tính và thỏa 1 trong 2 tiêu chuẩn sau: thỏa tiêu chuẩn ca bệnh nghi ngờ sởi hoặc thỏa tiêu chuẩn ca bệnh sởi lâm sàng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Khi có 1 trong 2 tiêu chuẩn: mới chích ngừa sởi trong vòng 7 đến 21 ngày trước khi khởi phát bệnh hoặc mắc bệnh lý gây tăng yếu tố RF.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, kết hợp hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu

Lấy toàn bộ bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Nghiên cứu kết hợp hồi cứu từ tháng 10/2024 đến tháng

12/2024 và tiến cứu từ tháng 1/2025 đến tháng 3/2025. Dữ liệu được thu thập qua hồ sơ bệnh án và phỏng vấn trực tiếp.

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Biến dịch tễ: tuổi, giới tính, nơi cư trú, bệnh nền, tiền sử tiêm vắc xin, nguồn lây.

Biến lâm sàng: sốt, phát ban, dấu Koplik, ho, viêm long đường hô hấp, tiêu chảy.

Biến cận lâm sàng: công thức máu, X-quang phổi, men gan (AST, ALT), huyết thanh chẩn đoán sởi IgM.

+ Tăng men gan: khi nồng độ vượt quá giới hạn trên của khoảng tham chiếu bình thường, được hiệu chỉnh theo giới, tuổi và quy chuẩn của phòng xét nghiệm. Tại bệnh viện Lê Văn Thịnh, tăng men gan được ghi nhận khi giá trị ALT hoặc AST vượt quá 35 U/L ở nam giới và 25 U/L ở nữ giới.

+ Kỹ thuật xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán sởi IgM: dựa trên phản ứng ELISA nhằm định tính miễn dịch của các kháng thể IgM sởi đặc hiệu với độ chính xác, độ đặc hiệu, độ nhạy, độ lặp lại, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm đều > 95%.

Biến kết quả: biến chứng (viêm phổi, viêm não, viêm tai giữa), thời gian nằm viện, tử vong.

+ Viêm phổi người lớn: X-quang phổi có tổn thương và có một trong các triệu chứng tổn thương hô hấp dưới: phổi có ran nổ/ran ẩm hoặc bệnh nhân có suy hô hấp.

+ Viêm phổi trẻ em: có 1 trong các triệu chứng lâm sàng: thở nhanh theo tuổi, thở co lõm ngực, khám phổi có bất thường: giảm thông khí, có ran ẩm/ran phế quản/ran nổ...).

+ Viêm não cấp: bệnh nhân có rối loạn ý thức, hoặc co giật, hoặc thay đổi trạng thái tâm thần hoặc có dấu thần kinh định vị và bất thường dịch não tủy (số lượng bạch cầu > 5 TB/mm³). Viêm não do sởi được xác định khi: PCR sởi hay IgM sởi trong dịch não tủy dương tính. Viêm não nghi do sởi khi bệnh nhân có viêm não trên lâm sàng.

Biến điều trị: thuốc điều trị (kháng sinh, vitamin A), thời gian nằm viện, kết cục (hồi phục, chuyển viện, tử vong).

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

Các biến định tính được kiểm định bằng Chi-bình phương hoặc Fisher's exact test.

Giá trị p < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, 181 bệnh nhân (108 trẻ em, 73 người lớn) thỏa tiêu chuẩn được đưa vào phân tích, trong đó 60 ca hồi cứu và 121 ca tiến cứu.

3.1. Đặc điểm dịch tễ và dân số

Tỉ lệ nam/nữ là 1,2/1. Tuổi trung bình là 17,7 ± 1,1 tuổi, nhóm tuổi 6-15 và 16-35 thường gặp nhất, bệnh nhân > 55 tuổi hiếm gặp. Học sinh - sinh viên (45,3%) và công nhân - viên chức (21,5%) chiếm tỷ lệ cao.

Có 19,9% bệnh nhân bị suy dinh dưỡng và 24,3% bị béo phì, trong đó béo phì nặng chiếm 3,9%. Chỉ 1,8% có bệnh nền: 2 trường hợp bệnh tim mạch, 1 trường hợp bệnh gan mạn. Không ghi nhận bệnh nhân nào bị đái tháo đường, bệnh lý suy giảm miễn dịch mắc phải như nhiễm HIV, bệnh lý ung thư hay các bệnh tự miễn phải dùng thuốc ức chế miễn dịch. Không ghi nhận bệnh nhân nào mang thai.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và dân số nghiên cứu (n = 181)

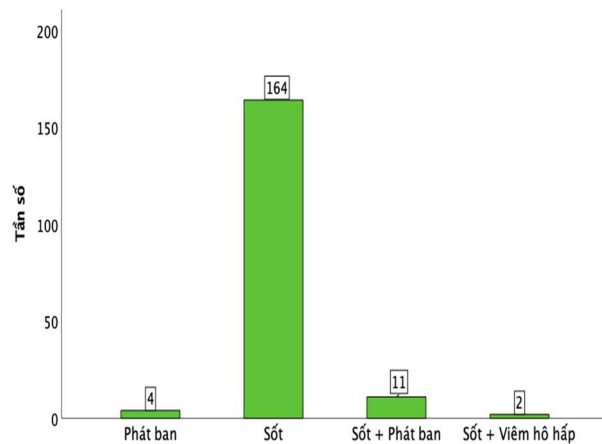
	Đặc điểm	n (%)
Nam/Nữ		1,2/1
Tuổi	0 - 5	33 (18,2)
	6-15	75 (41,4)
	16-35	44 (24,3)
	36-55	28 (15,5)
	> 55	1 (0,6)
Nghề nghiệp	Còn nhỏ	38 (21)
	HS-SV	82 (45,3)
	Công nhân - Viên chức	39 (21,5)
	Khác (tiểu thương, tự do, nội trợ)	22 (12,2)
Nơi ở	TP Hồ Chí Minh	136 (75,1)
	Tỉnh khác	45 (24,9)
	Bình thường	36 (19,9)
Dinh dưỡng	Suy dinh dưỡng	36 (19,9)
	Béo phì	44 (24,3)
Bệnh nền	Có	3 (1,8)
	Không	178 (98,2)
Tiêm ngừa sởi	Có	36 (19,9)
	Không	145 (80,1)
Tiền sử bệnh sởi	Có	1 (0,6)
	Không	180 (99,4)
Tiếp xúc người bệnh sởi	Có	14 (7,7)
	Không	167 (92,3)

Khoảng 80,1% chưa tiêm vắc xin sởi. Có 7,7% ghi nhận được nguồn lây. Chỉ có 1 trường hợp có tiền sử mắc sởi cách đây trên 10 năm.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Lý do nhập viện

Chủ yếu do sốt (97,8%), trong đó sốt đơn thuần (90,6%) hoặc sốt kèm phát ban (8,3%); nhập viện chỉ do phát ban chiếm 1,2% (Hình 1).

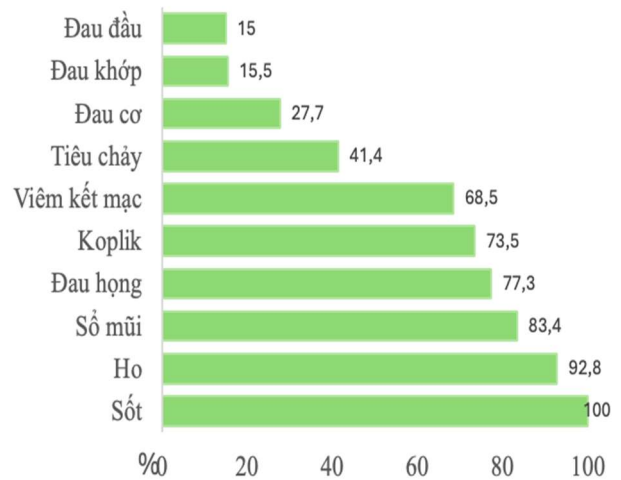


Hình 1. Lý do nhập viện (n = 181)

3.2.2. Giai đoạn khởi phát

Tất cả đều có sốt; các triệu chứng thường gặp gồm: ho

(92,8%), sổ mũi (83,4%) và dấu Koplik (73,5%), viêm kết mạc mắt (68,5%) (Hình 2).



Hình 2. Triệu chứng của sởi trong giai đoạn khởi phát (n=181)

3.2.3. Giai đoạn toàn phát và hồi phục

Giai đoạn toàn phát: Tất cả bệnh nhân phát ban dạng dát sẩn trình tự từ đầu xuống chân. Trung vị thời gian toàn phát là 3,5 (IQR: 2-4) ngày. Ho còn tồn tại ở 92,8%, 75,7% bệnh nhân có ho đàm. 2,2% bệnh nhân còn sốt lúc ban lặn. Có 1 bệnh nhân bị lao phổi nên được chuyển bệnh viện chuyên khoa lao (Bảng 2).

Giai đoạn hồi phục: Trung vị khoảng ngày 7 (IQR: 6-8) của bệnh. Tất cả bệnh nhân đều có trình tự ban lặn theo thứ tự ban xuất hiện, khi ban lặn để lại “vết vân da hổ” (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng trong giai đoạn toàn phát và hồi phục (n=181)

Đặc điểm		Chung, n (%)	Người lớn, n (%)	Trẻ em, n (%)
Còn sốt lúc ban lặn		4 (2,2)	1 (1,4)	3 (2,8)
Ho		168 (92,8)	66 (90,4)	102 (94,4)
Ho đàm		137 (5,5)	58 (79,5)	79 (73,1)
Một biến chứng	Viêm phế quản	48 (46)	17 (23,3)	31 (28,7)
	Viêm phổi	52 (50)	20 (27,4)	32 (29,6)
	Lao phổi	1 (1)	0	1
Nhiều biến chứng	Viêm phổi và viêm phế quản	1 (1)	1	0
	Viêm phổi và viêm tai giữa	1 (1)	0	1
	Viêm phế quản và viêm loét họng	1 (1)	1	0

3.2.4. Biến chứng

Tỷ lệ biến chứng chung là 57,5%, chủ yếu biến chứng hô hấp. Trong đó, viêm phổi chiếm 50% và viêm phế quản chiếm 46% các trường hợp có biến chứng. Không ghi nhận viêm não hay biến chứng thần kinh khác.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bạch cầu phần lớn trong giới hạn bình thường, 18,2% giảm bạch cầu, 3,3% tăng bạch cầu. 45,9% giảm lympho bào < 1000/ μ l (Bảng 3).

Men gan: 78,8% bệnh nhân có tăng men gan, trong đó tăng

men gan trên 5 lần lần lượt 10,5% (ALT) và 7,7% (AST), nhưng không ghi nhận suy gan. Người lớn thường có men gan tăng hơn trẻ em, và ở trẻ em thường có AST tăng hơn ALT.

X-quang phổi: 32% có tổn thương, chủ yếu là tổn thương mô kẽ (48,3%) và tăng đậm rốn phổi (36,2).

Thời điểm làm xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán IgM sởi trung bình là ngày $4,3 \pm 0,1$ của bệnh. Ngày lấy mẫu sớm nhất là ngày 2, muộn nhất là ngày 7 của bệnh.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng (n = 181)

Đặc điểm	Chung n (%)	Người lớn n (%)	Trẻ em n (%)
Bạch cầu (K/ μ l)			
< 4	33 (18,2)	10 (13,7)	23 (21,3)
4 - 12	142 (78,5)	63 (86,3)	79 (73,3)
> 12	6 (3,3)	0	6 (5,6)
Lympho (K/ μ l)			
< 1	83 (45,9)	41 (56,2)	42 (38,9)
≥ 1	98 (54,1)	32 (43,8)	66 (61,1)
Tiểu cầu			
< 100	8 (4,4)	5 (6,9)	3 (2,8)
≥ 100	173 (95,6)	67 (93,1)	105 (97,2)
ALT (n=146)			
< 40	70 (38,7)	25 (36,2)	45 (58,4)
40 - 200	57 (31,5)	29 (42)	28 (36,4)
> 200	19 (10,5)	15 (21,7)	4 (5,2)
AST (n=146)			
< 40	31 (17,7)	16 (23,2)	15 (19,5)
40 - 200	101 (55,8)	42 (60,8)	59 (76,6)
> 200	14 (7,7)	11 (15,9)	3 (3,9)
Không có	123 (68)	50 (68,5)	73 (67,6)
XQ phổi			
TT mô kẽ	28 (48,3)	11 (15,1)	17 (15,7)
TT phế nang	9 (15,5)	2 (2,7)	7 (6,5)
Đậm rốn phổi	21 (36,2)	10 (13,7)	11 (10,2)
Thời điểm làm IgM sởi	$4,3 \pm 0,1$	$4,4, \pm 0,1$	$4,3 \pm 0,1$

Bảng 4. Đặc điểm điều trị và kết cục (n = 181)

Đặc điểm	Chung n (%)	Người lớn n (%)	Trẻ em n (%)
Số ngày nằm viện trung bình	$5,5 \pm 0,2$	$5,7 \pm 0,3$	$5,4 \pm 0,2$
Điều trị Vitamin A	102 (56,4)	39 (53,4)	63 (58,3)
Kháng sinh			
Không	39 (21,5)	17 (23,3)	22 (20,4)
Uống	85 (47)	37 (50,7)	48 (44,4)
Tiêm mạch	57 (31,5)	19 (26)	38 (35,2)
Khỏi	180 (99,4)	73 (100)	107 (99,1)
Kết cục			
Chuyển viện	1 (0,6)	0	1 (0,9)
Tử vong	0		

3.5. Các yếu tố liên quan biến chứng

Qua phân tích đơn biến:

Suy dinh dưỡng liên quan có ý nghĩa thống kê với biến chứng ($p = 0,04$).

Ho kéo dài liên quan có ý nghĩa thống kê với biến chứng ($p = 0,02$)

3.4. Điều trị - kết cục

Thời gian nằm viện trung bình $5,5 \pm 0,2$ ngày (1 – 10 ngày). 56,4% bệnh nhân được điều trị vitamin A; 78,5% được sử dụng kháng sinh, trong đó 47% kháng sinh đường uống và 31,5% kháng sinh tĩnh mạch. Không có bệnh nhân nào tử vong hoặc bệnh nặng xin về, có 1 bệnh nhân chuyển bệnh viện chuyên khoa lao (Bảng 4).

4. BÀN LUẬN

4.1. Sự dịch chuyển dịch tễ học và khoảng trống miễn dịch

Trong nghiên cứu, độ tuổi mắc bệnh trung bình là $17,7 \pm$

1,1, trong đó nhóm 6-35 tuổi chiếm đa số. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới của Ngô Tuấn Hoàng (27 tuổi), Bùi Thị Nhất Hạnh (29 tuổi) [2,3]. Sự khác biệt này có thể do bệnh viện Lê Văn Thịnh tiếp nhận cả trẻ em và người lớn, trong khi các nghiên cứu tại bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới tập trung nhiều vào người lớn.

Đáng chú ý, đỉnh dịch rơi vào nhóm tuổi từ 6-15 và 16-35, phù hợp với tỷ lệ học sinh – sinh viên chiếm cao nhất (45,3%). Lý giải cho hiện tượng này, đối với nhóm tuổi 16-35, là "khoảng trống miễn dịch" ở những người sinh từ năm 1984-2000, giai đoạn chương trình tiêm chủng mở rộng tại Việt Nam chỉ mới áp dụng 1 mũi vắc xin sởi (mũi 2 mới được đưa vào từ năm 2006). Đối với nhóm 6-15 tuổi, có thể do 2 lý do: miễn dịch bảo vệ thực tế khi kết quả giám sát huyết thanh cho thấy tỷ lệ có kháng thể ở nhóm 6 - 15 tuổi thấp hơn đáng kể so với kỳ vọng, phản ánh tình trạng thiếu hụt miễn dịch do tiêm chủng không đầy đủ trong quá khứ [4].

Ngoài ra, nhóm tuổi 0-5 chiếm 18,2%, đặc biệt tỷ lệ trẻ em dưới 1 tuổi là chủ yếu, điều này phù hợp nhóm nữ nhi chiếm đỉnh dịch thứ nhất, phản ánh sự suy giảm nhanh chóng của kháng thể mẹ truyền sang con, đặc biệt ở những bà mẹ có miễn dịch từ vắc xin thay vì nhiễm bệnh tự nhiên. Điều này đặt ra khuyến cáo nên tiêm ngừa sởi sớm hơn cho trẻ thay vì bắt đầu từ 9 tháng tuổi như hiện tại [5-8].

Trong nghiên cứu này có 1,8% bệnh nhân có bệnh nền, tỷ lệ này không cao có thể do sởi là bệnh cấp tính lây qua hô hấp, các bệnh mạn tính không phải là yếu tố nguy cơ của bệnh; với đa số bệnh nhân trẻ (< 35 tuổi), thường chưa khởi phát bệnh lý mạn tính. Nghiên cứu không có phụ nữ mang thai, do bệnh viện Lê Văn Thịnh không phải là bệnh viện chuyên khoa truyền nhiễm, nên các trường hợp sởi mang thai khám và điều trị ở các bệnh viện chuyên khoa truyền nhiễm.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và giá trị chẩn đoán sớm

Lí do nhập viện chủ yếu liên quan sốt (97,8%), liên quan phát ban chỉ 8,3%, tương tự như báo cáo của Bùi Thị Nhất Hạnh, Cao Ngọc Nga [2,9].

Giai đoạn khởi phát: đặc điểm lâm sàng của bệnh sởi tương tự trong các nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân đều có sốt; triệu chứng hô hấp (ho 92,8%, sổ mũi 83,4%, đau họng 77,3%) và viêm kết mạc mắt (68,5%) là những triệu chứng khá hằng định của các bệnh nhân sởi [2,7,9-14]. Dấu Koplik được ghi nhận ở 73,5%, tương đồng với nhiều nghiên cứu nhưng thấp

hơn báo cáo của Ngô Tuấn Hoàng (94-95,8%) [2,3,11,14]. Sự khác biệt này có thể do thời điểm thăm khám, dấu Koplik thường biến mất nhanh chóng sau 1 ngày phát ban, nên việc phát hiện sớm trong giai đoạn viêm long có giá trị chẩn đoán lâm sàng cực kỳ quan trọng, đặc biệt ở những nơi thiếu trang thiết bị xét nghiệm.

Giai đoạn toàn phát: Tất cả bệnh nhân đều có phát ban dạng sởi, là một triệu chứng đặc hiệu để chẩn đoán sởi trên lâm sàng. Trong thời kỳ này bệnh nhân đa số hết sốt, chỉ 2,2% bệnh nhân còn sốt.

4.3. Tổn thương gan – Triệu chứng đặc trưng thay vì biến chứng

Tình trạng tăng men gan khá cao (78,8%), tương đồng với báo cáo Bùi Thị Nhất Hạnh (77%) và Giladi M (86%) [2,11]. Đa số men gan tăng từ 2-5 lần và không kèm vàng da hay suy gan lâm sàng, hầu hết các ca tăng men gan đơn thuần do sởi đều giảm khi bước vào giai đoạn hồi phục. Vì rút sởi hiếm khi gây suy gan cấp hoặc vàng da rõ rệt nếu không có bệnh lý nền [7,15]. Trên thực hành lâm sàng, bệnh nhân sởi có biểu hiện suy gan rõ, cần tầm soát các nguyên nhân khác như viêm gan siêu vi (A, B, C, E) hoặc do rượu, thuốc,... trước khi kết luận do vi rút sởi.

Đối với trẻ em, tăng men gan cũng thường gặp, như dịch sởi 2017 – 2018 tại Hy Lạp tăng men gan 40,6% [16]; dịch sởi tại Bắc Kinh 2014, tỉ lệ tổn thương gan khác biệt rõ giữa các nhóm tuổi: viêm phổi gặp nhiều hơn ở trẻ em, trong khi tổn thương gan lại gặp nhiều hơn ở người lớn [17]; tại Romania năm 2023 – 2024 trên 71 bệnh nhân sởi ≥ 16 tuổi ghi nhận tổn thương gan rất cao: 87,3% bệnh nhân tăng AST và 76% tăng ALT, tỷ lệ bệnh nhân có AST và ALT tăng từ 6 lần trở lên lần lượt là 19,7% và 23,9% trong đó tăng bilirubin toàn phần ở 12,7% trường hợp, không rõ có vàng da trên lâm sàng hay không [18]. NEJM (2025) báo cáo tỉ lệ tổn thương gan do sởi 50 – 80% ở người lớn trẻ, thậm chí tới 80 – 86% [7]. Kết quả này ủng hộ quan điểm rằng viêm gan nên được xem là một triệu chứng đặc trưng của sởi ở người lớn hơn là một biến chứng nặng.

Trẻ em thường có tăng AST hơn ALT, có thể liên quan đến tình trạng viêm cơ hoặc tiêu cơ vân nhẹ do vi rút sởi [19].

4.4. Biến chứng và các yếu tố liên quan

Tỷ lệ biến chứng chung là 57,5%, chủ yếu biến chứng hô

hấp hoặc biến chứng hô hấp kết hợp viêm tai giữa và viêm loét họng, không có biến chứng khác. Cao hơn nghiên cứu của Bùi Thị Nhất Hạnh (31%) và Ngô Tuấn Hoàng (33,4% ở người lớn, 54% ở trẻ em) [2,3]. Viêm phổi là biến chứng hàng đầu (chiếm hơn 50% số ca biến chứng), cũng là nguyên nhân tử vong chính được ghi nhận trong y văn toàn cầu [7,8].

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa suy dinh dưỡng và biến chứng ($p = 0,04$). Các báo cáo cho thấy, thái trừ vi rút sởi khỏi cơ thể ở trẻ suy dinh dưỡng chậm hơn và bệnh sởi có diễn tiến nặng hơn, đặc biệt nếu trẻ có biểu hiện lâm sàng hay cận lâm sàng thiếu vitamin A, trẻ sẽ dễ tử vong do bệnh sởi hơn, những đứa trẻ này cũng có tỷ lệ bị viêm phổi và tiêu chảy sau sởi nhiều hơn [20,21].

Ngoài ra, triệu chứng ho kéo dài liên quan mật thiết đến biến chứng hô hấp ($p = 0,02$). Lee CH báo cáo không có mối liên quan trực tiếp giữa sởi và sự khởi phát lao phổi ngay sau đó, mặc dù sởi gây ức chế miễn dịch tế bào tạm thời [22].

4.5. Hiệu quả vắc-xin và điều trị

Khoảng 80,1% bệnh nhân chưa tiêm chủng, chỉ ghi nhận 1 trường hợp có tiền sử mắc sởi cách hơn 10 năm, điều này cho thấy miễn dịch gây ra do mắc sởi có hiệu quả bảo vệ rất cao. Theo báo cáo của Ngô Tuấn Hoàng, nhóm trẻ em đã tiêm ngừa có tỷ lệ biến chứng thấp hơn rõ rệt so với nhóm chưa tiêm [3].

Khoảng 56,4% bệnh nhân sử dụng vitamin A liều cao. Những trường hợp không uống vitamin A là do không sẵn có vitamin A liều cao thời điểm bệnh nhân nhập viện. Vitamin A liều cao giúp giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng hô hấp nặng [7,23].

Tỷ lệ sử dụng kháng sinh cao (78,5%) có thể là yếu tố góp phần giúp không ghi nhận ca tử vong nào, thông qua việc dự phòng và điều trị sớm bội nhiễm vi khuẩn [2,3].

Hạn chế của đề tài

Đây là nghiên cứu tại bệnh viện không phải chuyên khoa truyền nhiễm nên chưa đánh giá đầy đủ được các trường hợp bệnh nặng, mang thai. Nghiên cứu này chỉ khảo sát biến chứng sởi trong thời gian nhập viện, chưa theo dõi được diễn tiến của các biến chứng sau khi xuất viện.

5. KẾT LUẬN

Bệnh sởi tại bệnh viện Lê Văn Thịnh giai đoạn 2024-2025

có xu hướng ảnh hưởng mạnh đến nhóm tuổi 6-35 và trẻ nhỏ dưới 1 tuổi. Dấu Koplik vẫn là chỉ dấu lâm sàng quan trọng (73,5%). Tỷ lệ biến chứng hô hấp cao (57,5%) đòi hỏi sự theo dõi sát sao, đặc biệt trên đối tượng suy dinh dưỡng và có triệu chứng ho nhiều. Tiêm chủng đầy đủ 2 mũi vẫn là biện pháp then chốt để xóa bỏ khoảng trống miễn dịch trong cộng đồng. Cần tăng cường tiêm chủng bù cho nhóm trẻ em và thanh niên chưa có miễn dịch.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Trần Minh Hoàng

<https://orcid.org/0009-0004-8717-3154>

Lê Mỹ Duyên

<https://orcid.org/0009-0007-8869-4316>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Trần Minh Hoàng, Lý Quốc Công, Nguyễn Thanh Liêm

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Trần Minh Hoàng, Lý Quốc Công, Trần Văn Khanh, Lê Mỹ Duyên

Thu thập dữ liệu: Trần Minh Hoàng, Lý Quốc Công, Lê Mỹ Duyên

Giám sát nghiên cứu: Trần Minh Hoàng, Trần Văn Khanh

Nhập dữ liệu: Lê Mỹ Duyên, Trần Minh Hoàng

Quản lý dữ liệu: Trần Minh Hoàng, Lê Mỹ Duyên

Phân tích dữ liệu: Trần Minh Hoàng, Nguyễn Thanh Liêm, Lê Mỹ Duyên

Viết bản thảo đầu tiên: Trần Minh Hoàng, Lý Quốc Công, Nguyễn Thanh Liêm

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Trần Minh Hoàng, Lý Quốc Công, Nguyễn Thanh Liêm, Trần Văn Khanh, Lê Mỹ Duyên

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của bệnh viện Lê Văn Thịnh, số 01/HĐĐĐ-BVLVT ngày 03/01/2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- World Health Organization. New measles surveillance data for 2019. Geneva: WHO. 2020.
- Bùi Thị Nhất Hạnh. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và biến chứng của bệnh sởi người lớn tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới năm 2018–2019. Luận văn Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2020.
- Ngô Tuấn Hoàng. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân sởi điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới giai đoạn 2024–2025. Luận văn Thạc sĩ Y học. 2025.
- Ong T, Thuy CT, Tam NH, et al. Detection of immunity gap before measles outbreak, Ho Chi Minh City, Vietnam, 2024. *Emerg Infect Dis*. 2025;31(10):2059–2062.
- Durrheim DN. Measles elimination, immunity, serosurveys, and other immunity gap diagnostic tools. *J Infect Dis*. 2018;218(3):341–343.
- Tran MD, Pham NTH, Vu HN, et al. Risk factors for severe complications and mortality among hospitalized children with measles during a major outbreak in Northern Vietnam, 2017–2019. *medRxiv*. 2024. doi:10.1101/2023.07.16.23292745.
- Do LAH, Mulholland K. Measles. *N Engl J Med*. 2025;393(24):2447–2458.
- Xu ZW, Chen YP, Yang MJ, et al. Epidemiological and clinical characteristics of measles in Wenzhou, China, 2000–2010. *Epidemiol Infect*. 2014;142(1):20–27.
- Cao Ngọc Nga, Nguyễn Hoài Phong, Đỗ Anh Tuấn. Đặc điểm bệnh sởi trên bệnh nhân người lớn tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2011;15(1):522–529.
- Sunnetcioglu M, Baran A, Sunnetcioglu A, et al. Clinical and laboratory features of adult measles cases detected in Van, Turkey. *J Pak Med Assoc*. 2015;65(3):273–276.
- Giladi M, Schulman A, Kedem R, Danon YL. Measles in adults: a prospective study of 291 consecutive cases. *BMJ*. 1987;295(6609):1314.
- Jung SH, Kim KC, Jung IS, et al. A measles outbreak among adults in Daejeon City, 2001. *Korean J Dermatol*. 2003;35(1):26–30.
- Lapitan RE, Ugalde JDB, Alarcon MV. Clinical profile of measles in adults: a 2-year period at San Lazaro Hospital. *Phil J Intern Med*. 2003;41(2):85–92.
- Celebi G, Pişkin N, Aydemir H, Türkyilmaz R. Evaluation of adult measles cases during an outbreak. *Mikrobiyol Bul*. 2007;41(1):79–86.
- Centers for Disease Control and Prevention. Chapter 7: Measles. In: *Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases*. 2026. Available from: <https://www.cdc.gov/surv-manual/php/table-of-contents/chapter-7-measles.html>.
- Gianniki M, Siahianidou T, Botsa E, Michos A. Measles epidemic in pediatric population in Greece during 2017–2018: epidemiological and clinical characteristics. *PLoS One*. 2021;16(1):e0245512.
- Tu B, Zhao JJ, Hu Y, et al. Clinical and immunological analysis of measles patients admitted to a Beijing hospital during an outbreak. *Epidemiol Infect*. 2016;144(12):2613–2620.
- Bîrluțiu V, Bîrluțiu RM. Measles—clinical and biological manifestations in adult patients, including hepatic involvement. *J Clin Med*. 2024;13(18):5535.
- Satoh A, Kobayashi H, Yoshida T, et al. Clinicopathological study on liver dysfunction in measles. *Intern Med*. 1999;38(5):454–457.
- World Health Organization. Progress towards measles elimination – worldwide, 2000–2024. *Weekly Epidemiological Record*. 2025;100(48):591–604.
- Hussey GD, Klein M. A randomized, controlled trial of vitamin A in children with severe measles. *N Engl J Med*. 1990;323(3):160–4.
- Lee CH, Lee EG, Lee JY, et al. Incidence of tuberculosis after a measles outbreak. *Clin Infect Dis*. 2008;46(6):902–904.
- Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh sởi. Quyết định số 1019/QĐ-BYT ngày 26/3/2025.