

phẫu thuật 6 tháng, điểm IKDC chủ yếu loại A và B, chiếm tỷ lệ lần lượt là 55,0% và 40,6%). Kết quả tương đồng với một số nghiên cứu khác như của Lê Mạnh Sơn, loại A+B chiếm 97,3%, loại C+D chiếm 2,7%⁴, của Rihith Mohan (2018)⁵, loại A+ B chiếm 85%, loại C+D chiếm 15 %.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 180 bệnh nhân được chẩn đoán đứt DCCT và được phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT tại Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023, phương pháp nội soi tái tạo DCCT bằng gân cơ thon cơ bán gân đem lại kết quả tốt, góp phần vào những lựa chọn của bệnh nhân trong điều trị đứt DCCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Mạnh Khánh (2015), "Kết quả bước đầu nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối với kỹ thuật 'tất cả bên trong' (all-Inside technique)", Y học Việt Nam(2), tr. 136-140.
2. Hướng HX, Chiên T, Dung HV, Anh NT, Sinh NN. Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng mảnh ghép gân đồng loại tại bệnh viện trung ương thái nguyên. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023; 532(1B). doi:10.51298/vmj.v532i1B.7439
3. Phạm QV, Đỗ QS, Nguyễn PN. Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối với mảnh ghép nửa trước gân cơ mạc dài tự thân kỹ thuật tất cả bên trong. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;519(2). doi:10.51298/vmj.v519i2.3692
4. Lê Mạnh Sơn (2015). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước hai bó bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon tự thân. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Mohan R, Webster KE, Johnson NR, Stuart MJ, Hewett TE, Krych AJ. Clinical Outcomes in Revision Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Meta-analysis. Arthrosc J Arthrosc Relat Surg Off Publ Arthrosc Assoc N Am Int Arthrosc Assoc. 2018;34(1):289-300. doi:10.1016/j.arthro.2017.06.029
6. Bi M, Zhao C, Zhang Q, et al. All-Inside Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Using an Anterior Half of the Peroneus Longus Tendon Autograft. Orthop J Sports Med. 2021;9(6):2325967121991226. doi:10.1177/2325967121991226
7. Kyriakopoulos G, Manthas S, Vlachou M, Oikonomou L, Papadakis SA, Kateros K. Anterior Cruciate Ligament Reconstruction With the All-Inside Technique: Equivalent Outcomes and Failure Rate at Three-Year Follow-Up Compared to a Doubled Semitendinosus-Gracilis Graft. Cureus.2021; 13(12):e20508. doi:10.7759/cureus.20508

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NẶNG LIÊN QUAN ĐẾN COVID-19 Ở TRẺ DƯỚI 6 THÁNG TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Cao Việt Tùng¹, Lê Thị Hà¹, Đào Thị Hiền¹, Đặng Phương Thuý¹,
Nguyễn Huy Phú¹, Trần Minh Vương¹, Đào Hữu Nam¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả kết quả điều trị tình trạng bệnh nặng liên quan tới COVID-19 ở trẻ dưới 6 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Trẻ dưới 6 tháng tuổi bị nhiễm COVID-19 hoặc không bị nhiễm nhưng được sinh ra từ các bà mẹ nhiễm COVID-19 trong thời kỳ mang thai kèm theo có tình trạng bệnh nặng hoặc nguy kịch. Nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca bệnh từ tháng 2/2022 đến tháng 2/2023. **Kết quả:** Hỗ trợ thở máy là chủ yếu (94%), thở máy <7 ngày chiếm 54,7%. 98% bệnh nhân được sử dụng kháng sinh, không có bệnh nhân dùng kháng vi-rút và ECMO. Thời gian điều trị > 14 ngày chiếm tỷ lệ lớn nhất 46,7%. Tỷ lệ tử vong 14% trong đó tỷ lệ tử vong ở nhóm mắc COVID-19 cao hơn so với nhóm không mắc COVID-19. Nguyên nhân tử vong hay gặp nhất là

suy đa tạng và nhiễm trùng lần lượt là 52,38% và 28,58%. **Kết luận và khuyến nghị:** Trẻ dưới 6 tháng có tình trạng nặng liên quan đến COVID-19 có tỷ lệ tử vong cao và biến chứng nặng nề. Do đó cần xác định đây là vấn đề có ý nghĩa đối với sức khỏe cộng đồng, cần đẩy mạnh các nghiên cứu tìm hiểu các yếu tố nguy cơ tử vong và xác định phương pháp điều trị tối ưu cho nhóm trẻ này. **Từ khóa:** COVID-19, kết quả điều trị, trẻ dưới 6 tháng tuổi.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF SEVERE DISEASE RELATED TO COVID-19 IN CHILDREN UNDER 6 MONTHS OF AGE AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

The study aims to describe the treatment results of severe illness related to COVID-19 in children under 6 months of age at the Vietnam National Children's Hospital. **Subjects and methods:** Children under 6 months of age with COVID-19 or without COVID-19 but were born from mothers infected with COVID-19 during pregnancy and had severe or critical illness related to COVID-19. Prospective study, describing cases series from February 2022 to February 2023. **Results:** Mechanical ventilation was 94%, mechanical

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đào Hữu Nam

Email: namdhnt30@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025

ventilation < 7 days was 54.7%. 98% of patients used antibiotics, no patients used antivirals and ECMO. Treatment duration > 14 days had the highest rate of 46.7%. Mortality rate was 14%; the group with COVID-19 had a higher mortality rate than the group without COVID-19. The most common causes of death were multiple organ failure and infection at 52.38% and 28.58%, respectively. **Conclusion:** Children under 6 months of age with severe COVID-19-related illness have a high mortality rate and many serious complications. Therefore, it is necessary to identify it as an important issue for public health and promote research to understand the risk factors for death and develop optimal treatment methods for this group of children. **Keywords:** COVID-19, treatment outcomes, children under 6 months of age.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nghiên cứu ở thời kì đầu đại dịch COVID-19 chỉ ra rằng trẻ em thường ít bị ảnh hưởng hơn người lớn, bệnh thường nhẹ hoặc không có triệu chứng. Tuy nhiên với sự xuất hiện các chủng mới là delta và omicron, tỷ lệ mắc COVID-19 cũng như mức độ nặng ở trẻ em và nhóm trẻ sơ sinh có xu hướng gia tăng. Priya R Edward và cộng sự công bố một báo cáo về COVID-19 tại Chicago trong 16 tháng có tới 4337 bệnh nhân nhi dưới 18 tuổi đã được chẩn đoán, trong đó 1729 trẻ ở giai đoạn trước omicron và 2498 trẻ ở giai đoạn omicron.¹ Đặc biệt lưu ý, khi trẻ cần nhập viện vì COVID-19, có một tỷ lệ lớn trẻ phải nhập ICU. Hiện nay, các nghiên cứu về COVID-19 nặng và nguy kịch ở trẻ em lại rất hạn chế. Hầu hết các nghiên cứu lớn đều đến từ các quốc gia có thu nhập cao và thường tập trung vào hội chứng viêm đa hệ thống ở trẻ em (MIS-C). Trong khi đó, một đánh giá hệ thống cho thấy hơn 90% số ca tử vong ở trẻ em do COVID-19 lại là ở các nước thu nhập thấp và trung bình và nguy cơ tử vong cao nhất ở trẻ em dưới 1 tuổi.²

Tại Việt Nam, trong những năm 2022- 2023 cũng chứng kiến sự tăng nhanh về số lượng các ca mắc COVID-19 xuất hiện ở mọi lứa tuổi, nhiều ca mắc ở mức độ nặng và tử vong cao đặc biệt nhóm trẻ nhỏ dưới 6 tháng và trẻ sơ sinh có mẹ nhiễm COVID-19 khi mang thai. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu mô tả "*Kết quả điều trị cho trẻ dưới 6 tháng tuổi có tình trạng bệnh nặng liên quan đến COVID-19*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: đáp ứng đủ 2 tiêu chí sau:

- Trẻ dưới 6 tháng tuổi bị nhiễm COVID-19 hoặc không bị nhiễm nhưng được sinh ra từ các bà mẹ nhiễm COVID-19 trong thời kì mang thai.
- Trẻ với tình trạng bệnh nặng hoặc nguy

kịch theo định nghĩa trong Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 ở trẻ em của Bộ Y tế.³

Mức độ nặng	Mức độ nguy kịch
Có một trong các dấu hiệu sau	
- Trẻ có triệu chứng viêm phổi nặng, chưa có dấu hiệu nguy hiểm đe dọa tính mạng: + Thở nhanh theo tuổi kèm ≥ 1 dấu hiệu co rút lồng ngực hoặc thở rên (trẻ < 2th), phập phồng cánh mũi; + Thần kinh: trẻ khó chịu, quấy khóc, bú/ăn/uống khó	- Suy hô hấp nặng SpO ₂ < 90% khi thở khí trời, cần đặt NKQ thông khí xâm nhập - Dấu hiệu nguy hiểm đe dọa tính mạng: + Tím trung tâm; + Thở bất thường, rối loạn nhịp thở; + Thần kinh: ý thức giảm khó đánh thức hoặc hôn mê + Trẻ bỏ bú/ăn hoặc không uống được;
- SpO ₂ : 90 - < 94% khi thở khí trời	- Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS).
- X-quang phổi có tổn thương dạng mô kẽ, kính mờ lan tỏa $\geq 50\%$ phổi	- Huyết áp tụt, sốc, sốc nhiễm trùng, lactat máu > 2 mmol/L
	- Suy đa tạng
	- Cơ bão cytokin

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Người giám hộ không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc hồ sơ bệnh án không đủ thông tin.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, tiến cứu

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Mẫu thuận tiện

2.2.3. Thời gian và địa điểm: từ tháng 2/2022 đến hết tháng 2/2023 tại Bệnh viện Nhi Trung ương

2.2.4. Biến số nghiên cứu:

STT	Biến số	Định nghĩa
I Đặc điểm chung		
1	Tuổi	Tính theo đơn vị ngày tuổi
2	Giới	Biến nhị phân: Nam/ Nữ
3	Tuổi thai	Biến rời rạc: tính theo tuần
4	Cân nặng lúc sinh	Biến liên tục: Cân nặng của trẻ tính theo đơn vị gram
5	Phương thức đẻ	Biến nhị phân: Đẻ thường/đẻ mổ
6	Bệnh nền	Biến danh mục: Không có, tim mạch, hô hấp, tiêu hóa,..
7	Mẹ tiêm vắc xin Covid-19	Biến nhị phân: Có/không
II Kết quả điều trị		
8	Kết quả điều trị	Biến nhị phân: Sống/Tử vong
9	Nguyên nhân	Biến danh mục: Hô hấp, tuần

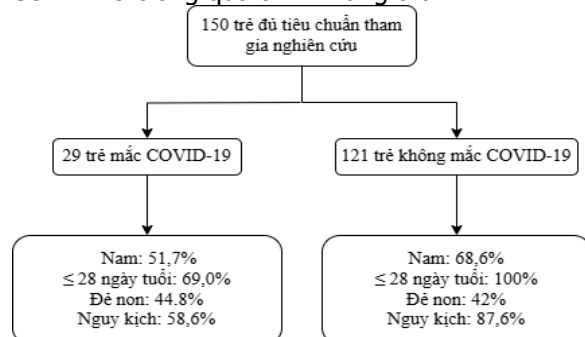
	tử vong	hoàn, nhiễm trùng, suy đa tạng, chết não
10	Hỗ trợ hô hấp	Biến danh mục: Không hỗ trợ hô hấp, Thở oxy, Thở nCPAP, Thở máy
11	Sử dụng kháng sinh	Biến nhị phân: Có/ Không
12	Sử dụng corticoid	Biến nhị phân: Có/ không
13	Sử dụng thuốc kháng virus	Biến nhị phân: Có/ Không
14	Sử dụng thuốc chống đông	Biến nhị phân: Có/ Không
15	Sử dụng thuốc vận mạch	Biến nhị phân: Có/ Không
16	Sử dụng IVIG	Biến nhị phân: Có/ Không
17	Thời gian điều trị	Biến rời rạc: cách tính = (ngày ra viện – ngày vào viện) + 1
18	Biến chứng	Biến danh mục: Suy đa tạng, nhiễm khuẩn bệnh viện, DIC, MIS-C/MIS-N, Khác

2.2.5. Thu thập và xử lý số liệu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0 và được phân tích bằng phần mềm Stata 17.0. Nghiên cứu sử dụng các thuật toán kiểm định T-test khi so sánh 2 trung bình, kiểm định sự khác biệt tỷ lệ χ^2 /fisher exact test.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Bệnh viện Nhi Trung ương thông qua ngày 07/4/2022 (số: 634/BVNTW-HĐĐĐ). Nghiên cứu quan sát mô tả, không can thiệp điều trị, nguy cơ tối thiểu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

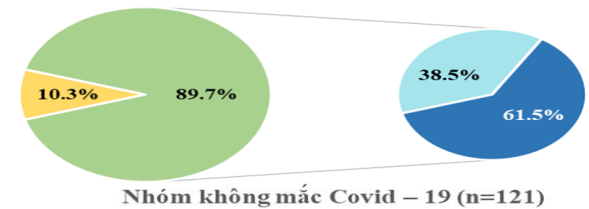
Trong thời gian từ tháng 2/2022 đến tháng 2/2023, chúng tôi ghi nhận 150 trường hợp trẻ < 6 tháng tuổi đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Trong đó có 29 trẻ nhiễm COVID-19 và 121 trẻ không nhiễm nhưng được sinh ra từ bà mẹ nhiễm COVID-19 trong quá trình mang thai.



Biểu đồ 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ nam cao hơn nữ ở cả 2 nhóm. Trẻ mắc COVID-19 có tần suất gặp tình trạng nguy kịch thấp hơn so với các trẻ không mắc COVID-19; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P = 0,0003$).

Nhóm mắc Covid – 19 (n=29)



Nhóm không mắc Covid – 19 (n=121)



Thở oxy Thở máy
Thở máy không xâm nhập Thở máy xâm nhập

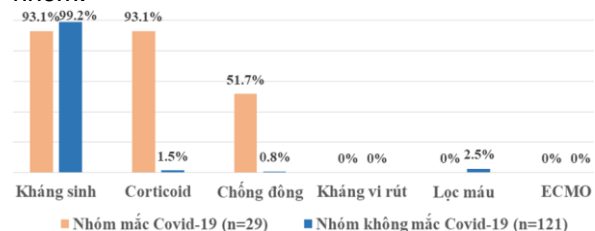
Biểu đồ 2: Đặc điểm hỗ trợ hô hấp của đối tượng nghiên cứu

Trẻ mắc COVID-19 có tần suất trải qua thở máy xâm nhập ít hơn so với nhóm trẻ không mắc COVID-19 ($P = 0,0001$).

Bảng 1: Thời gian thở máy của đối tượng nghiên cứu

Phân nhóm	Nhóm mắc COVID-19		Nhóm không mắc COVID-19		P; OR (95%CI)
	(n=29)	(%)	(n=121)	(%)	
Thời gian thở máy Trung vị, min- max	5 (IQR: 4-10);		5 (IQR: 3-10);		
< 7 ngày	16	61,5	66	57,4	P = 0,83
7-14 ngày	4	15,4	25	21,7	
> 14 ngày	6	23,1	24	20,9	

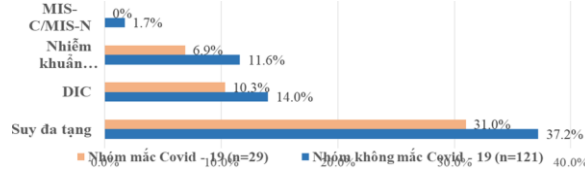
Thời gian thở máy chủ yếu là <7 ngày chiếm 61,5% và 57,4%. Không tìm thấy sự khác biệt thống kê về trung vị số ngày thở máy giữa 2 nhóm.



Biểu đồ 3: Các phương pháp điều trị

Những trẻ mắc Covid-19 có tần suất sử dụng thuốc chống đông và corticoid cao hơn so với

nhóm trẻ không mắc Covid-19 ($P = 0,0001$). Không có sự khác biệt thống kê về việc sử dụng kháng sinh, lọc máu trong quá trình điều trị giữa 2 nhóm.



Biểu đồ 4: Các biến chứng thường gặp

Biến chứng hay gặp nhất là suy đa tạng chiếm 31% nhóm mắc COVID-19 và 37,2% nhóm không mắc COVID-19. Tiếp đến là DIC và nhiễm khuẩn bệnh viện. Không có sự khác biệt thống kê về tỷ lệ biến chứng giữa 2 nhóm.

Bảng 2: Thời gian điều trị của bệnh nhân theo phân nhóm

Phân nhóm	Nhóm mắc COVID-19		Nhóm không mắc COVID-19		P
	n=29	(%)	n=121	(%)	
Thời gian					
Thời gian nằm viện chung					
Trung vị; (IQR); min-max	10 (IQR: 7-16); 2-63		15 (IQR: 10-31); 2-130		0,015
< 7 ngày	7	24,1	4	3,3	0,001
7-14 ngày	13	44,8	56	46,3	
>14 ngày	9	31,0	61	50,4	
Thời gian nằm ICU					
Trung bình (ngày)	16,9		11,8		
Trung vị (IQR)	10(IQR: 6-16)		7(IQR:5-11)		0,018
Min-max (ngày)	2-63		1-130		

Nhóm trẻ không mắc COVID-19 có số ngày nằm viện trung vị lớn hơn so với nhóm trẻ mắc COVID-19 ($P = 0,015$). Nhưng số ngày điều trị tại ICU của nhóm lại thấp hơn nhóm mắc COVID-19 ($p = 0,018$).

Bảng 3: Thời gian nằm viện theo mức độ bệnh

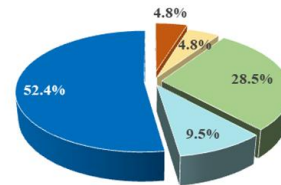
Mức độ bệnh	Nặng n (%)	Nguy kịch n (%)	P
Thời gian nằm viện chung			
< 7 ngày	4 (2,7%)	7 (4,7%)	0,11
7-14 ngày	9 (6,0%)	60 (40,4%)	0,14
>14 ngày	14 (9,3%)	56 (37,3%)	0,55
Trung vị (IQR)	15 (7-25)	14 (10-31)	0,47
Min- Max	2-87	3-130	
Thời gian nằm ICU			
Trung vị (IQR)	7 (IQR: 4-13)	7 (IQR: 5-12)	0,61
Min- Max (ngày)	1-83	1-130	

Không có sự khác biệt thống kê về số ngày trẻ nằm viện điều trị và số ngày nằm ICU giữa nhóm trẻ được xác định là bệnh ở mức độ nặng và nhóm trẻ được xác định bệnh ở mức độ nguy kịch.

Bảng 4: Kết quả điều trị của bệnh nhân

Phân độ	Kết quả		Tử vong		Sống		P
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Nguy kịch (n=123)	19	15,4	104	84,6	0,36	P=0,007; OR=4,08	
Nặng (n=27)	2	7,4	25	92,6			
Mắc Covid-19 (n=29)	9	31,0	20	69,0			
Không mắc Covid-19 (n=121)	12	9,9	109	90,1			

Tỷ lệ tử vong là 14%. Tỷ lệ tử vong ở nhóm mắc COVID-19 cao hơn nhóm không mắc COVID-19, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,007$.



■ Hô hấp ■ Tuần hoàn ■ Nhiễm trùng ■ Chết não ■ Suy đa tạng

Biểu đồ 6. Nguyên nhân tử vong

Nguyên nhân tử vong hay gặp nhất là suy đa tạng chiếm 52,38%, tiếp đó là nhiễm trùng, và các nguyên nhân do hô hấp, tuần hoàn.

Bảng 5. Đặc điểm chung của nhóm tử vong (n=21)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới nam	11	52,4
Đẻ non	9	42,9
Đẻ mổ	11	52,4
Có bệnh bẩm sinh/bệnh nền	5	23,8
Nhiễm Covid-19	9	42,9
Mẹ không tiêm vắc xin Covid	7	33,3
Thở máy khi vào viện	15	71,4
Có sử dụng vận mạch	15	71,4
Cân nặng lúc vào viện (g):		
Trung vị 3000g, Min – max: 1100- 8000g		
Tuổi lúc vào viện (ngày):		
Trung vị: 9, Min- max: 1-169		
Thời gian nằm viện (ngày):		
Trung vị: 10, Min- Max: 2-130		

Trong 21 bệnh nhân tử vong, có 52,4% là trẻ nam; 42,9% là trẻ nhiễm COVID-19.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 29 bệnh nhân mắc COVID-19 (19,3%) và 121 trẻ không mắc COVID-19 sinh ra từ mẹ nhiễm khi mang thai ở tình trạng nặng hoặc nguy kịch với hỗ trợ thở máy chiếm tỷ lệ cao là 94% trong đó chủ yếu là thở máy xâm nhập. Kết quả này cao hơn so với các báo cáo trước đây. Kết quả nghiên cứu của Lauren E. Kushner và cộng sự trên bệnh nhân nhi <18 tuổi tại California ghi nhận có 117 bệnh

nhân trong đó 7,7% nặng và 12,8% nguy kịch. Trong số 15 trẻ có tình trạng nguy kịch, thở máy xâm lấn chiếm 33,3%, CPAP 26,7%.⁴ Trong nghiên cứu của Phùng Nguyễn Thế Nguyên và cộng sự trên 555 trẻ < 16 tuổi mắc COVID-19 thì có 20,2% trường hợp cần hỗ trợ hô hấp (trong đó nhiều nhất là thở oxy qua ống thông 12,1%, tiếp theo là thở máy 4,8%, ống thông mũi lưu lượng cao/áp lực dương liên tục qua mũi 3,1% và thông khí không xâm lấn 1,3%).⁵ Sự khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do đối tượng nghiên cứu và cỡ mẫu khác nhau. Bệnh viện Nhi Trung ương là tuyến cuối điều trị nên tỷ lệ bệnh nhân nặng, bao gồm cả COVID-19 nặng và bệnh nhân có bệnh nền nặng cao hơn, dẫn tới tỷ lệ bệnh nhân phải hỗ trợ hô hấp cũng cao hơn. Ngoài ra, nhóm mắc COVID-19 có tần suất trải qua thở máy xâm nhập ít hơn so với nhóm trẻ không mắc COVID-19. Có sự khác biệt giữa 2 nhóm là do nhóm không mắc COVID-19 có một tỷ lệ lớn là trẻ đẻ non, hệ hô hấp chưa trưởng thành.

Về phương pháp điều trị, trong nghiên cứu của chúng tôi, kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất chiếm 98%. Điều này cũng phù hợp do bệnh nhân đều có mức độ nặng và nguy kịch không thể loại trừ tình trạng đồng nhiễm. Nhìn chung, mặc dù COVID-19 là bệnh do virus gây nên và theo khuyến cáo của Bộ Y Tế, kháng sinh chỉ được sử dụng cho các ca bệnh mức độ trung bình trở lên khi có bằng chứng nhiễm khuẩn, tuy nhiên, tình trạng đồng nhiễm vi khuẩn hoàn toàn có thể xảy ra và các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của COVID-19 cũng đa dạng và không đặc hiệu, do đó nhiều ca bệnh được sử dụng kháng sinh được sử dụng thường quy cho tới khi kết quả cấy dịch cơ thể âm tính hoặc loại trừ vấn đề nhiễm khuẩn. Không có bệnh nhân dùng kháng virus có thể do một số trẻ đã điều trị ở tuyến dưới khi nặng lên chuyển nhi Trung ương đã qua tuần đầu của bệnh. Một số trẻ nhập viện có tình trạng nặng suy đa cơ quan (suy thận, suy gan,...) đều là chống chỉ định của thuốc kháng virus. Có sự khác biệt thống kê về tần suất sử dụng thuốc chống đông, chống viêm, can thiệp khác để điều trị bệnh trong nhóm trẻ mắc COVID-19 so với nhóm trẻ không mắc COVID-19. Những trẻ mắc COVID-19 có tần suất sử dụng thuốc chống đông và thuốc chống viêm trong điều trị cao hơn so với nhóm trẻ không mắc COVID-19. Nghiên cứu trên đối tượng trẻ em dưới 16 tuổi của Phùng Nguyễn Thế Nguyên và cộng sự cũng ghi nhận 58,7% trường hợp dùng kháng sinh, 24,9% ca bệnh dùng corticoid.⁵ Nghiên cứu của Gizem Guner Ozenen và cộng sự có 47 bệnh nhân < 6 tháng thì 18% điều trị kháng sinh, 2,1% dùng

corticoid, không có bệnh nhân dùng kháng vi-rút, lọc máu hay ECMO.⁶

Thời gian điều trị của đối tượng nghiên cứu rất dao động và khác nhau ở 2 nhóm đối tượng. Nhóm trẻ không mắc COVID-19 có trung vị số ngày nằm viện lớn hơn, tuy nhiên số ngày điều trị tại ICU lại nhỏ hơn nhóm mắc COVID-19. Kết quả của chúng tôi tương tự của Gizem Guner Ozenen và cộng sự với thời gian nằm viện trung vị là 12 (4-37) ở nhóm trẻ < 6 tháng, mức độ nặng.⁶ Những trẻ có thời gian nằm viện dài thường đồng mắc các tình trạng đẻ rất non, nhiễm khuẩn nặng hoặc có bệnh nền như bệnh tim hay dị tật cần phẫu thuật. Theo nghiên cứu của Małgorzata Pawłowska và cộng sự trên 940 trẻ < 12 tháng nhiễm COVID-19 từ 1/3/2020 đến 31/12/2021 ở Ba Lan ghi nhận thời gian nằm viện trung vị là 4 ngày, dao động trong khoảng 1-25 ngày, và tỷ lệ nằm viện > 7 ngày chiếm 18%, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.⁷ Có sự khác biệt giữa các nghiên cứu là do đối tượng nghiên cứu, mức độ bệnh và cỡ mẫu là khác nhau.

Biến chứng suy đa tạng là biến chứng hay gặp nhất chiếm 36%, trong đó có 9/29 trẻ thuộc nhóm mắc COVID-19 và 45/121 trẻ không mắc COVID-19 nhưng có mẹ nhiễm COVID-19 khi mang thai. Tiếp theo là DIC, tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện, MIS-C và MIS-N. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần suất xuất hiện biến chứng giữa 2 nhóm. Một nghiên cứu hồi cứu trên 80 trường hợp ≤ 18 tuổi được xác nhận nhiễm COVID-19 tại 1 bệnh viện trẻ em ở Ai Cập từ 4/2021 đến 6/ 2022 của Heba A. Ali trong đó có 56,3% ở mức độ nặng. Các biến chứng bao gồm MIS-C 34,8% (16/46), viêm phổi 15,2% (7/46), sốc nhiễm trùng 13% (6/46), viêm não 4,3% (2/46), tràn dịch màng phổi 8,7% (4/46).⁸

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tử vong chung là 14%. Kết quả này tương đồng với một nghiên cứu tại các trung tâm chăm sóc cấp ba ở Ấn Độ cho thấy trong nhóm trẻ sơ sinh nhiễm COVID-19 mắc phải trong cộng đồng cần nhập viện có gần một nửa (40/85) trẻ bị nhiễm COVID-19 nặng và 13 trẻ (15,3%) đã tử vong, trong khi tỷ lệ tử vong chung cho tất cả các nhóm tuổi chỉ là 0,9%.⁹ Điều này cho thấy, nhóm trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dưới 6 tháng là nhóm dễ bị tổn thương trước những đại dịch COVID-19 và cần nâng cao nhận thức của cộng đồng để giảm thiểu nguy cơ tử vong.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả của nghiên cứu cho thấy COVID-19

là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn đối với trẻ dưới 6 tháng tuổi. Cần đẩy mạnh các nghiên cứu tìm hiểu các yếu tố nguy cơ tử vong và xác định phương pháp điều trị tối ưu cho nhóm trẻ này. Song song với đó là xây dựng chiến lược phòng ngừa, chuyển tuyến và quản lý phù hợp với các bối cảnh hạn chế về nguồn lực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Edward PR, Lorenzo-Redondo R, Reyna ME, et al.** Severity of Illness Caused by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Variants of Concern in Children: A Single-Center Retrospective Cohort Study. *J Pediatr Infect Dis Soc.* 2022;11(10): 440-447. doi:10.1093/jpids/piac068
2. **Kitano T, Kitano M, Krueger C, et al.** The differential impact of pediatric COVID-19 between high-income countries and low- and middle-income countries: A systematic review of fatality and ICU admission in children worldwide. *PloS One.* 2021;16(1): e0246326. doi:10.1371/journal.pone.0246326
3. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Covid-19 ở trẻ em (Ban hành kèm theo Quyết định số 2959 /QĐ-BYT ngày 24 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
4. **Kushner LE, Schroeder AR, Kim J, Mathew R.** "For COVID" or "With COVID": Classification of SARS-CoV-2 Hospitalizations in Children. *Hosp*

- Pediatr.* 2021;11(8): e151-e156. doi:10.1542/hpeds.2021-006001
5. **Phùng Nguyễn Thế Nguyên, Trần Thanh Thục, Nguyễn Thành Hưng và cộng sự.** Risk factors for disease severity and mortality of children with Covid-19: A study at a Vietnamese Children's hospital. *J Infect Chemother Off J Jpn Soc Chemother.* 2022;28(10):1380-1386. doi:10.1016/j.jiac.2022.06.010
6. **Guner Ozenen G, Sahbudak Bal Z, Bilen NM, et al.** Clinical and Laboratory Findings of SARS-CoV-2 Infection in Children Younger than 6 Months Old: Neutropenia is More Common Not Lymphopenia. *J Trop Pediatr.* 2022;68(3): fmac041. doi:10.1093/tropej/fmac041
7. **Pawłowska M, Pokorska-Spiwak M, Talarek E, et al.** Clinical Course and Severity of COVID-19 in 940 Infants with and without Comorbidities Hospitalized in 2020 and 2021: The Results of the National Multicenter Database SARSTER-PED. *J Clin Med.* 2023;12(7):2479. doi:10.3390/jcm12072479
8. **Ali HA.** Major determinant factors of pediatric COVID-19 severity; a single center study. *Egypt Pediatr Assoc Gaz.* 2023;71(1):22. doi:10.1186/s43054-023-00161-2
9. **Gupta V, Singh A, Ganju S, et al.** Severity and mortality associated with COVID-19 among children hospitalised in tertiary care centres in India: a cohort study. *Lancet Reg Health - Southeast Asia.* 2023;13. doi:10.1016/j.lanse.2023.100203

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA PHƯƠNG PHÁP CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC QUA NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO VÂY THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN SỚM

Thái Doãn Kỳ¹, Đỗ Ngọc Tuấn², Nguyễn Văn Thái¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và tính an toàn của phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi trong điều trị tổn thương ung thư biểu mô tế bào vảy thực quản giai đoạn sớm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 44 bệnh nhân có tổn thương ung thư biểu mô tế bào vảy thực quản sớm được điều trị bằng kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) tại Viện điều trị các bệnh tiêu hóa – Bệnh viện Trung ương quân đội 108 từ tháng 3/2023 đến tháng 12/2024. Bệnh nhân tái khám sau 3 và 6 tháng, được nội soi đánh giá liên sẹo, tái phát và các biến chứng sau can thiệp. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 60,09 ±

7,93, 100% là nam giới. Tổn thương có kích thước trung bình 26,35 ± 11,77 mm, 88,64% bệnh nhân chỉ có 1 tổn thương, đa số ở 1/3 giữa thực quản (55,10%), phần lớn thuộc type 0-IIb (93,88%), nội soi nhuộm màu phóng đại type B1 chiếm đa số (63,27%). Thời gian can thiệp ESD trung bình là 62,16 ± 19,63 (phút), 100% là cắt nguyên khối, tỉ lệ diện cắt đáy âm tính hoặc diện cắt bên âm tính đều là 97,73%. Trong quá trình can thiệp, có 1 trường hợp (2,27%) gặp tai biến tràn khí, các tai biến thủng, chảy máu, nhiễm khuẩn không xuất hiện. Tái khám 3 và 6 tháng sau can thiệp, phát hiện 3 trường hợp (6,82%) hẹp thực quản, 100% tổn thương liên sẹo hoàn toàn, không tái phát. **Kết luận:** ESD là phương pháp can thiệp cho kết quả tốt, an toàn trong điều trị tổn thương ung thư biểu mô tế bào vảy thực quản giai đoạn sớm.

Từ khóa: Ung thư thực quản sớm, loạn sản biểu mô vảy độ cao, cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES FOR EARLY-STAGE ESOPHAGEAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA USING

¹Bệnh viện Trung ương quân đội 108

²Học Viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Thái Doãn Kỳ

Email: kythaitrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025