

- Duy, Tạ Anh Tuấn.** Tỷ lệ và nguyên nhân gây tổn thương thận cấp ở trẻ em tại khoa Điều trị tích cực nội khoa, Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;554(2):235–238.
3. **Nguyễn Minh Tiến, Phạm Văn Quang, Phùng Nguyễn Thế Nguyên và cộng sự.** Lọc máu liên tục trong sốc nhiễm khuẩn biến chứng suy đa cơ quan ở trẻ em tại Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc Bệnh viện Nhi Đồng 1. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2015; 19(3): 63.
 4. **Bajracharya P, Kalra S, Dhingra S, et al.** Acute kidney injury in the pediatric intensive care unit at a tertiary care hospital of the Armed Forces: a cross-sectional observational study. MJAFI. 2019. doi:10.1016/j.mjafi.2019.02.003.
 5. **Kaddourah A, Basu RK, Bagshaw SM, Goldstein SL; AWARE Investigators.** Epidemiology of acute kidney injury in critically ill children and young adults. N Engl J Med. 2017;376(1):11-20. doi:10.1056/NEJMoa1611391.
 6. **Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group.** KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. Kidney Int Suppl. 2012;2(1):1-138. doi:10.1038/kisup.2012.1.
 7. **Macedo E, Cerdá J, Hingorani S, et al.** Recognition and management of acute kidney injury in children: The ISN Oby25 Global Snapshot study. PLoS One. 2018;13(5):e0196586. doi:10.1371/journal.pone.0196586.
 8. **Parikh AC, Tullu MS.** A study of acute kidney injury in a tertiary care pediatric intensive care unit. J Pediatr Intensive Care. 2021;10:264-270. doi:10.1055/s-0040-1716577.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ BIẾN CHỨNG TIM MẠCH Ở TRẺ EM MẮC BỆNH KAWASAKI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1 TRƯỚC, TRONG VÀ SAU ĐẠI DỊCH COVID-19

**Lưu Tuyết Hoa¹, Lê Nguyễn Thanh Nhân¹,
Phạm Thị Hải Yến¹, Bùi Thị Bích Ngọc¹, Đỗ Nguyễn Tín^{1,2}**

TÓM TẮT

Mục tiêu. Xác định và so sánh tỉ lệ, giá trị trung bình của các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị lúc nhập viện của bệnh nhân Kawasaki (KD) và tỷ lệ tổn thương động mạch vành (ĐMV), tại các thời điểm lúc nhập viện, 2 – 8 tuần và 6 – 12 tháng sau khởi phát bệnh ở 3 giai đoạn trước dịch COVID-19, trong dịch COVID-19 và giai đoạn “bình thường mới” và bệnh lưu hành.

Phương pháp nghiên cứu. Hồi cứu mô tả loạt ca, với 412 bệnh nhân từ 0 - 16 tuổi được chẩn đoán và điều trị bệnh KD hoặc Hội chứng viêm đa hệ thống ở trẻ em (MIS-C) thể KD và nhập viện tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/2019 đến 12/2023.

Kết quả. Trong 412 ca (90 ca trước dịch; 122 ca trong dịch; 200 ca giai đoạn “bình thường mới”). Tuổi trung vị tăng từ 17,5 tháng trước dịch lên 23,5 tháng sau dịch; tỷ lệ trẻ ≥ 60 tháng tăng từ 7,8% lên 20,5% ($p=0,002$). Tỷ lệ bệnh nhân nam và bệnh nhân KD thể không đầy đủ khác biệt giữa các giai đoạn không có ý nghĩa thống kê. Các kết quả xét nghiệm ghi nhận sự thay đổi về hạ natri 82,6% (so với ~50% trước đó, $p < 0,001$), giảm tiểu cầu 11,3% ($p = 0,03$). Về điều trị, corticoid, đặc biệt methylprednisolone, được dùng trong điều trị ban đầu tăng sau dịch (từ 0% lên 31,7%, $p < 0,001$). Tổn thương ĐMV lúc nhập viện tăng qua 3 giai đoạn, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Lưu Tuyết Hoa

Email: tuyethoaltst@gmail.com

Mã bài: **NĐ1-23**

Ngày nhận bài: 1/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 29/3/2026

Ngày duyệt bài: 25/5/2026

Kết luận. Sau COVID-19 tuổi khởi phát cao hơn, tỷ lệ trẻ ≥ 5 tuổi cao hơn. Tỷ lệ khác biệt nam:nữ giảm đi và KD thể không đầy đủ tăng lên ở giai đoạn “bình thường mới”.

Từ khoá: Kawasaki, tổn thương động mạch vành, COVID-19, MIS-C.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS AND CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS IN CHILDREN WITH KAWASAKI DISEASE AT CHILDREN'S HOSPITAL 1 BEFORE, DURING, AND AFTER THE COVID-19 PANDEMIC

Objective. To Determine and compare the proportions and mean values of clinical features, laboratory findings, and admission treatments in patients with Kawasaki disease (KD), as well as the prevalence of coronary artery lesions at admission, 2–8 weeks, and 6–12 months after disease onset across the pre-COVID-19, COVID-19, and post-pandemic endemic periods..

Methods. A retrospective descriptive case series including 412 patients aged 0–16 years diagnosed with Kawasaki disease and Kawasaki-like multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C), hospitalized at Children's Hospital 1 between 01/2019 and 12/ 2023.

Results. Among 412 analyzed cases (90 pre-pandemic, 122 during the pandemic, and 200 in the “new normal” period), the median age increased from 17.5 months pre-pandemic to 23.5 months post-pandemic, while the proportion of children ≥ 60 months rose from 7.8% to 20.5% ($p = 0.002$). There were no statistically significant differences in sex distribution or the proportion of incomplete Kawasaki disease across periods. Laboratory findings showed higher rates of hyponatremia (82.6% vs. ~50% previously, $p < 0.001$) and thrombocytopenia (11.3%, $p = 0.03$). Initial corticosteroid use, particularly methylprednisolone, increased post-pandemic (0% to 31.7%, $p < 0.001$). Coronary artery involvement at admission increased across the three periods, although the difference was not statistically significant.

Conclusion. Post-COVID-19, the age at onset was higher, with an increased proportion of children ≥ 5 years. The male-to-female disparity decreased, while the rate of incomplete Kawasaki disease rose notably during the post-pandemic period.

Keywords: Kawasaki disease, coronary artery

lesions, COVID-19, multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Kawasaki (KD) là bệnh viêm mạch hệ thống cấp tính, ảnh hưởng chủ yếu đến các động mạch có kích thước nhỏ và trung bình, đặc biệt là động mạch vành, đồng thời là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tim mạch phải ở trẻ em. Khoảng 85% trường hợp xảy ra ở trẻ dưới 5 tuổi. Mặc dù bệnh thường tự giới hạn, các biến chứng tim mạch, đặc biệt tổn thương động mạch vành, vẫn là nguyên nhân chính gây bệnh suất và tử suất.

Đại dịch COVID-19 và sự xuất hiện của hội chứng viêm đa hệ thống ở trẻ em (MIS-C) đã làm thay đổi mô hình bệnh tật cũng như đặc điểm của KD. Trong giai đoạn 2020–2021, một số quốc gia ghi nhận tỷ lệ mắc KD giảm, có thể liên quan đến các biện pháp phòng chống dịch không dùng thuốc [1, 5]. Tuy nhiên, sau đại dịch, số ca KD tại Bệnh viện Nhi đồng 1 có xu hướng gia tăng và chưa có nghiên cứu đánh giá toàn diện sự thay đổi về đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng tim mạch. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả và so sánh các đặc điểm trên trước, trong và sau đại dịch COVID-19.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu mô tả hàng loạt ca

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi được chẩn đoán KD với mã ICD M30.3 và Hội chứng viêm đa hệ thống ở trẻ em với mã ICD U10.9, điều trị tại BV Nhi Đồng 1 từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023, cư trú tại Tp. HCM

Tiêu chí đưa vào: Trẻ < 16 tuổi được chẩn đoán KD (theo tiêu chuẩn chẩn đoán AHA 2017), MIS-C thể Kawasaki (theo định nghĩa của CDC 2020) và nhập viện điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, 1 từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023, cư trú tại Tp. HCM.

Tiêu chí loại ra: Những trường hợp không còn chẩn đoán KD hoặc MIS-C thể KD tại thời điểm xuất viện.

Cỡ mẫu: Lấy trọn

2.2. Xử lý và phân tích số liệu: Toàn bộ bệnh án mẫu được lưu trữ và phân tích bằng phần mềm SPSS. Đối với các biến định lượng, các biến số

theo phân phối chuẩn sẽ được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến số không tuân theo phân phối chuẩn sẽ được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến nhị giá, danh định sẽ được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm, tần số, lấy đến hai số thập phân sau dấu phẩy.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023, có 412 bệnh nhi được đưa vào phân tích, gồm 90 trường hợp trước đại dịch COVID-19, 122 trường hợp trong đại dịch và 200 trường hợp giai đoạn "bình thường mới". Các bệnh nhân được theo dõi tại thời điểm nhập viện, sau 2–8 tuần và sau 6–12 tháng kể từ khởi phát bệnh.

Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị lúc nhập viện

Tuổi trung vị tăng có ý nghĩa ở giai đoạn "bình thường mới" (23,5 tháng) so với trước dịch (17,5 tháng) và trong dịch (16,5 tháng) ($p = 0,008$). Nhóm 12 – <59 tháng chiếm đa số ở cả ba giai đoạn; tuy nhiên, tỷ lệ trẻ ≥ 60 tháng tăng rõ rệt sau dịch (20,5% so với 7,8% và 6,6%; $p = 0,002$). Nam giới chiếm ưu thế (57,8%) nhưng có xu hướng giảm dần qua các giai đoạn (64,4% $\rightarrow$ 53,0%; $p = 0,141$).

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân Kawasaki ở 3 giai đoạn

Đặc điểm		Trước dịch COVID-19 (Số ca= 90)	Dịch COVID-19 (Số ca=122)	"Bình thường mới" (Số ca=200)	P-value
		Số ca (%)	Số ca (%)	Số ca (%)	
Tuổi (tháng)		17,5 (10,0 – 31,8)	16,5 (10,0 – 30,8)	23,5 (11,8 – 48,2)	0,008
Nhóm tuổi	< 12 tháng	30 (33,33)	39 (31,97)	50 (25,00)	0,002
	12 – < 59 tháng	53 (58,89)	75 (61,48)	109 (54,50)	
	≥ 60 tháng	7 (7,78)	8 (6,56)	41 (20,50)	
Giới	Nam	58 (64,44)	74 (60,66)	106 (53,00)	0,141
	Nữ	32 (35,56)	48 (39,34)	94 (47,00)	
KD tái phát	Có	2 (2,22)	3 (2,46)	6 (3,00)	1,000
	Không	88 (97,78)	119 (97,54)	194 (97,00)	

Về đặc điểm lâm sàng, thời gian sốt trước nhập viện tương đương giữa ba giai đoạn. Các biểu hiện lâm sàng điển hình của KD như viêm kết mạc hai bên, thay đổi niêm mạc miệng, ban da và hạch cổ ghi nhận với tỷ lệ cao ở cả ba thời điểm (dao động 68 – 97,8%) và không có sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Riêng biểu hiện thay đổi đầu chi có sự khác biệt đáng kể giữa các giai đoạn ($p = 0,005$), với tỷ lệ giảm rõ rệt ở giai đoạn "bình thường mới" (68,0%) so với trước dịch (85,6%) và trong dịch (77,1%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng chính của bệnh nhân Kawasaki ở 3 giai đoạn

Đặc điểm	Trước dịch COVID-19 (Số ca= 90)	Dịch COVID-19 (Số ca=122)	“Bình thường mới” (Số ca=200)	P-value
	Số ca (%)	Số ca (%)	Số ca (%)	
Số ngày sốt trước nhập viện	7 (6 – 8)	7 (7 – 8)	7 (6 – 9)	0,387
Viêm kết mạc mắt hai bên	81 (90)	118 (96,72)	186 (93,00)	0,139
Thay đổi niêm mạc miệng	88 (97,78)	117 (95,90)	185 (92,50)	0,139
Ban da	72 (80,00)	104 (85,25)	168 (84,00)	0,575
Thay đổi đầu chi	77 (85,56)	94 (77,05)	136 (68,00)	0,005 ^b
Hạch cổ	69 (76,67)	88 (72,13)	136 (68,00)	0,308

Về đặc điểm thể lâm sàng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, đa số bệnh nhân thuộc thể Kawasaki đầy đủ (80,29%), thể không đầy đủ chiếm 19,71%.

Bảng 3. Đặc điểm bệnh cảnh lâm sàng của bệnh nhân Kawasaki ở 3 giai đoạn

Đặc điểm	Chung (N=412)	Trước dịch COVID-19 (N = 90)	Dịch COVID-19 (N=122)	“Bình thường mới” (N=200)	P-value
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
KD đầy đủ	330 (80,29)	73 (81,11)	105 (86,07)	152 (76,68)	0,104
KD không đầy đủ	82 (19,90)	17 (18,89)	17 (13,93)	48 (24)	

Về đặc điểm cận lâm sàng, các chỉ số viêm (bạch cầu, CRP, ESR) không khác biệt có ý nghĩa giữa ba giai đoạn ($p > 0,05$). Tiểu cầu có sự khác biệt ($p = 0,03$), với xu hướng giảm nhiều hơn sau dịch. Hct $\leq 35\%$ tăng ở giai đoạn “bình thường mới” ($p = 0,01$). Tăng ALT phổ biến và cao hơn sau dịch ($p = 0,02$). Đáng chú ý, hạ natri máu < 135 mmol/L tăng rõ rệt ở giai đoạn “bình thường mới” ($p < 0,001$). Các chỉ số albumin, D-dimer và fibrinogen không khác biệt có ý nghĩa ($p > 0,05$).

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân Kawasaki ở 3 giai đoạn

Đặc điểm		Trước dịch COVID-19 (Số ca= 90)	Dịch COVID-19 (Số ca=122)	“Bình thường mới” (Số ca=200)	P- Value
		Số ca (%)	Số ca (%)	Số ca (%)	
Tỷ lệ BCĐNTT (%)		65.40 (56.90 – 72.50)	67.45 (59.62 – 75.38)	65.90 (54.80 – 75.45)	0,382
Tăng BCĐNTT > 80%		11 (12,36)	17 (14,17)	26 (13,33)	0,930
Tiểu cầu	Giảm	3 (3,37)	2 (1,67)	22 (11,28)	0,03
	Bình thường	52 (58,43)	84 (70,00)	117 (60,00)	
	Tăng	34 (38,20)	34 (28,33)	56 (28,72)	

Đặc điểm		Trước dịch COVID-19 (Số ca= 90)	Dịch COVID-19 (Số ca=122)	“Bình thường mới” (Số ca=200)	P- Value
		Số ca (%)	Số ca (%)	Số ca (%)	
Hct < 35%		80 (89,89)	102 (85,71)	148 (76,29)	0,01
CRP tăng > 30 mg/L n (%)		80 (90,91)	104 (88,14)	184 (92,46)	0,434
ESR tăng > 40 mm n (%)		73 (85,88)	95 (81,9)	142 (78,45)	0,342
Albumin giảm < 30 g/l n (%)		5 (7,69)	11 (15,71)	21 (15,22)	0,285
Tăng Bilirubin toàn phần > 0,4 mg/dl n (%)		15 (33,33)	21 (61,76)	20 (62,5)	0,012
AST tăng > 35 IU/L n (%)		37 (48,68)	58 (57,43)	107 (50,02)	0,462
ALT tăng > 30 IU/L n (%)		36 (47,37)	62 (60,78)	106 (55,79)	0,203
Na giảm < 135 mmol/L n (%)		39 (54,17)	39 (50,00)	138 (82,63)	<0,001
D-Dimer tăng > 1000 ng/ml n (%)		-	2 (100,00)	81 (83,51)	1,000
Thay đổi Fibrinogen n (%)	Giảm	0	0	1 (0,83)	0,215
	Bình thường	17 (35,42)	9 (23,68)	50 (41,87)	
	Tăng	31 (64,58)	29 (76,32)	69 (57,50)	

Về đặc điểm điều trị, chúng tôi ghi nhận việc sử dụng corticoid, đặc biệt methylprednisolone, tăng rõ rệt ở giai đoạn “bình thường mới”.

Bảng 5. Đặc điểm điều trị lúc nhập viện của bệnh nhân Kawasaki ở 3 giai đoạn

Đặc điểm	Trước dịch COVID-19 (Số ca= 90)	Dịch COVID-19 (Số ca=122)	“Bình thường mới” (Số ca=200)	P-value
	Số ca (%)	Số ca (%)	Số ca (%)	
IVIG lần 1	75 (83,33)	105 (86,07)	153 (76,88)	0,103
IVIG lần 2	4 (4,44)	3 (2,46)	3 (1,51)	0,281
Ngày bệnh truyền IVIG liều đầu	7 (6 – 8)	7 (6 – 8)	7 (6 – 8)	0,437
Kháng IVIG	4 (4,4)	3 (2,5)	5 (2,6)	0,748
Prednisolone	0 (0)	0 (0)	21 (10,55)	<0,001
Methylprednisolone	0 (0)	3 (2,46)	63 (31,66)	<0,001
ASA	90 (100)	120 (100)	199 (99,5)	0,591

Đặc điểm tổn thương ĐMV ở 3 giai đoạn

Tại thời điểm nhập viện, tỷ lệ phình ĐMV có xu hướng tăng ở giai đoạn “bình thường mới” (23,0%) so với trước dịch (16,7%) và trong dịch (17,2%). Tỷ lệ giãn ĐMV cũng cao hơn sau dịch (8,5%). Thời gian từ khởi bệnh đến phát hiện tổn thương ĐMV không có sự khác biệt giữa các giai đoạn ($p = 0,1$).

Ở thời điểm theo dõi 2 – 8 tuần và 6 – 12 tháng, tỷ lệ phình và giãn ĐMV giảm dần và không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba giai đoạn ($p > 0,05$).

Bảng 6. Đặc điểm tổn thương ĐMV tại thời điểm nhập viện ở 3 giai đoạn

Đặc điểm	Trước dịch COVID-19 (Số ca= 90)	Dịch COVID-19 (Số ca=122)	“Bình thường mới” (Số ca=200)	P- value
	Số ca (%)	Số ca (%)	Số ca (%)	
Phình ĐMV (lúc nhập viện)	15 (16,67)	21 (17,21)	46 (23,00)	0,479
Giãn ĐMV (lúc nhập viện)	2 (2,22)	4 (3,28)	17 (8,50)	0,111

Bảng 7. Đặc điểm tổn thương ĐMV sau 2 – 8 tuần và 6 – 12 tháng theo dõi ở 3 giai đoạn

Đặc điểm		Trước dịch COVID-19 (Số ca= 90)	Dịch COVID-19 (Số ca=122)	“Bình thường mới” (Số ca=200)	P- value
		Số ca (%)	Số ca (%)	Số ca (%)	
Phình ĐMV	2 – 8 tuần	12 (13,33)	14 (11,48)	19 (9,55)	0,427 ^a
Giãn ĐMV	2 – 8 tuần	1 (1,11)	2 (1,64)	2 (1,01)	.
Phình ĐMV	6 – 12 tháng	4 (4,76)	3 (2,46)	6 (3,83)	0,526 ^c
Giãn ĐMV	6 – 12 tháng	0 (0,00)	2 (1,64)	1 (0,51)	.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm về dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị lúc nhập viện của bệnh nhân Kawasaki ở 3 giai đoạn

Nghiên cứu ghi nhận tuổi khởi phát KD tăng sau đại dịch COVID-19, với tỷ lệ trẻ ≥ 5 tuổi cao hơn đáng kể so với trước đại dịch. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nakamura và cộng sự tại Nhật Bản cũng như nghiên cứu của Phí Đức Long tại Việt Nam, đều ghi nhận sự gia tăng tuổi khởi phát của KD hoặc KD/MIS-C sau đại dịch [6, 7]. Sự thay đổi này có thể liên quan đến sự xuất hiện của các trường hợp MIS-C thể Kawasaki và sự thay đổi mô hình lưu hành của các tác nhân nhiễm trùng sau COVID-19.

Nam giới vẫn chiếm ưu thế ở cả ba giai đoạn, phù hợp với đặc điểm dịch tễ đã được ghi nhận của KD. Mặc dù tỷ lệ nam có xu hướng giảm ở giai đoạn hậu đại dịch, sự khác biệt chưa có ý

nghĩa thống kê và tương tự các khảo sát gần đây tại Nhật Bản và Hàn Quốc [2, 5]. Do đó, ưu thế nam vẫn được xem là đặc điểm dịch tễ ổn định của bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận Kawasaki thể đầy đủ chiếm 80,29% và thể không đầy đủ 19,9%. Trong giai đoạn dịch, thể đầy đủ chiếm ưu thế (86,07%), trong khi ở giai đoạn “bình thường mới” tỷ lệ thể không đầy đủ tăng lên 23,62%. Dù chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p=0,104$), xu hướng này cho thấy sự thay đổi bệnh cảnh giai đoạn sau COVID-19. So với y văn, tỷ lệ KD không đầy đủ của chúng tôi cao hơn báo cáo tại Nhật Bản (10–15%) nhưng thấp hơn Thụy Sĩ (30%) [4] và phân tích đa trung tâm châu Âu (45% sau đại dịch). Như vậy, kết quả phù hợp với xu hướng quốc tế về sự gia tăng thể không đầy đủ trong bối cảnh COVID-19 và hậu COVID-19. Sự thay đổi này có phản ánh sự chồng lấp về biểu hiện lâm sàng giữa KD và MIS-C.

Về các triệu chứng lâm sàng, thời gian sốt trung vị trước nhập viện 7 ngày (6–8), không khác biệt giữa các giai đoạn ($p=0,387$). Các dấu hiệu kinh điển xuất hiện với tỷ lệ cao, ngoại trừ thay đổi đầu chi giảm dần sau đại dịch (85,6% xuống 68,0%; $p=0,005$), góp phần làm tăng thể không đầy đủ. Nhìn chung, biểu hiện lâm sàng vẫn chủ yếu là thể đầy đủ, song có xu hướng giảm tính điển hình sau COVID-19. Biến chứng tim mạch nặng hiếm gặp (suy tim, rối loạn nhịp 0,24%; viêm màng tim 2,7%). Tuy nhiên, sốc Kawasaki chiếm 2,7%, chủ yếu ở giai đoạn “bình thường mới” và ở trẻ >5 tuổi, đa số là MIS-C thể Kawasaki, gợi ý bệnh cảnh nặng và chồng lấp MIS-C tăng lên sau COVID-19.

Các chỉ số viêm như CRP và ESR đều tăng cao ở cả ba giai đoạn, phù hợp với đặc điểm của KD. Sau đại dịch, tỷ lệ giảm tiểu cầu và hạ natri máu tăng đáng kể, phản ánh đáp ứng viêm toàn thân mạnh hơn và gặp chủ yếu ở các trường hợp MIS-C thể Kawasaki. Hạ natri máu cũng được xem là dấu hiệu liên quan đến mức độ viêm và nguy cơ tổn thương động mạch vành, do đó có giá trị trong đánh giá mức độ nặng của bệnh.

Tỷ lệ kháng IVIG trong nghiên cứu tương đối thấp và tương đương các báo cáo trong nước. Ngược lại, việc sử dụng corticosteroid, đặc biệt methylprednisolone, tăng rõ ở giai đoạn hậu đại dịch. Sự thay đổi này nhiều khả năng phản ánh xu hướng điều trị tích cực hơn ở các trường hợp nguy cơ cao hoặc nghi ngờ chồng lấp với MIS-C, phù hợp với các khuyến cáo và bằng chứng gần đây về hiệu quả của liệu pháp phối hợp IVIG và corticosteroid trong giảm nguy cơ kháng IVIG và cải thiện kết cục tim mạch.

Đặc điểm tổn thương ĐMV ở 3 giai đoạn

Biến chứng động mạch vành trong giai đoạn cấp ghi nhận ở 19,9% trường hợp phình và 5,6% trường hợp giãn động mạch vành, với xu hướng cao hơn ở giai đoạn hậu đại dịch, mặc dù khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê. Sau điều trị, tỷ lệ tổn thương động mạch vành giảm rõ tại các thời điểm theo dõi 2–8 tuần và 6–12 tháng, cho thấy hiệu quả của điều trị chuẩn trong giai đoạn

cấp. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Alfalasi Maryam và cộng sự [3], ghi nhận tỷ lệ tổn thương động mạch vành sau đại dịch cao hơn so với trước đại dịch nhưng không có ý nghĩa thống kê. Xu hướng gia tăng tổn thương động mạch vành sau đại dịch có thể liên quan đến đáp ứng viêm mạnh hơn và sự chồng lấp với MIS-C, tuy nhiên cần có các nghiên cứu với thiết kế phù hợp để làm rõ cơ chế này.

V. KẾT LUẬN

Qua phân tích 412 trường hợp bệnh Kawasaki trước, trong và sau đại dịch COVID-19, nghiên cứu ghi nhận tuổi khởi phát và tỷ lệ trẻ ≥5 tuổi tăng có ý nghĩa ở giai đoạn hậu đại dịch. Sau đại dịch, bệnh nhân có tỷ lệ hạ natri máu và giảm tiểu cầu cao hơn, đồng thời việc sử dụng corticosteroid, đặc biệt methylprednisolone, gia tăng rõ rệt trong điều trị ban đầu. Tổn thương động mạch vành tại thời điểm nhập viện có xu hướng tăng sau đại dịch nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê và đa số cải thiện sau điều trị.

VI. KIẾN NGHỊ

Chúng tôi kiến nghị lưu ý chẩn đoán KD ở trẻ ≥5 tuổi và nghĩ đến MIS-C thể KD trong bối cảnh hậu COVID-19. Ở nhóm nguy cơ cao hoặc có biểu hiện chồng lấp MIS-C, nên cân nhắc phối hợp corticosteroid trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **R. Ae và các cộng sự.** (2020), "Epidemiology, Treatments, and Cardiac Complications in Patients with Kawasaki Disease: The Nationwide Survey in Japan, 2017-2018", *J Pediatr.* 225, tr. 23-29.e2.
2. **R. Ae và các cộng sự.** (2022), "Incidence of Kawasaki Disease Before and After the COVID-19 Pandemic in Japan: Results of the 26th Nationwide Survey, 2019 to 2020", *JAMA Pediatr.* 176(12), tr. 1217-1224.
3. **M. Alfalasi và các cộng sự.** (2025), "Kawasaki disease in the pre- and post-COVID-19 era: shifts in patterns and outcomes from a multi-center study", *Eur J Pediatr.* 184(6), tr. 367.
4. **Justine Epitoux, Nicole Sekarski và Sabrina Bressieux-Degueldre** (2024), "Kawasaki disease

before and during the COVID-19 pandemic: a single-center comparative study in Switzerland", *BMC Pediatrics*. 24(1), tr. 637.

5. **Ji-Man Kang và các cộng sự.** (2021), "Reduction in Kawasaki Disease After Nonpharmaceutical Interventions in the COVID-19 Era: A Nationwide Observational Study in Korea", *Circulation*. 143(25), tr. 2508-2510.
6. **Y. Nakamura, M. Yashiro và H. Yanagawa** (2025), "Epidemiology of Kawasaki disease in Japan in 2021-2022: Results of the 27th nationwide survey", *Pediatr Int*. 67(1), tr. e70007.
7. **Duc Long Phi và các cộng sự.** (2023), "Clinical and Laboratory Characteristics of Kawasaki Disease and COVID-19-Related Multisystem Inflammatory Syndrome in Children", *J Korean Med Sci*. 38(49).

TỬ VONG NỘI VIỆN Ở TRẺ SƠ SINH RẤT NON TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1 VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN: MỘT NGHIÊN CỨU THEO DÕI DẠNG

Đặng Quốc Bửu¹, Phạm Thị Thanh Tâm¹, Nguyễn Đức Toàn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố liên quan tử vong nội viện ở trẻ sơ sinh non rất non (<32 tuần tuổi thai) điều trị tại khoa Hồi sức Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Phương pháp: Nghiên cứu theo dõi dọc (08/2024–10/2025) trên 124 trẻ sơ non <32 tuần. Tử vong nội viện là biến cố nghiên cứu. Các yếu tố liên quan được phân tích bằng hồi quy logistic đa biến, trình bày odds ratio (OR) và khoảng tin cậy 95%.

Kết quả: Tỷ lệ tử vong là 20,2% (25/124). Hồi quy logistic đa biến cho thấy ba yếu tố liên quan độc lập với tử vong gồm: tuổi thai <28 tuần (OR=6,58; KTC95% 1,84–23,50; p=0,004), cần HFOV xâm nhập (OR=22,69; KTC95% 5,71–90,12; p<0,001) và nhiễm trùng huyết (NTH) cấy máu dương tính (OR=5,04; KTC95% 1,07–23,69; p=0,040).

Kết luận: Tuổi thai cực non, HFOV xâm nhập và NTH là những yếu tố liên quan đến tử vong nội viện ở trẻ sơ sinh non tháng <32 tuần. Các yếu tố này có thể

hỗ trợ phân tầng nguy cơ sớm để ưu tiên theo dõi và các biện pháp can thiệp nhằm giảm tử vong.

Từ khóa: Sinh non; dưới 32 tuần tuổi thai; tử vong nội viện; HFOV; nhiễm trùng huyết.

SUMMARY

IN-HOSPITAL MORTALITY IN VERY PRETERM NEONATES AT CHILDREN'S HOSPITAL 1 AND ASSOCIATED FACTORS: A LONGITUDINAL FOLLOW-UP STUDY

Objective: To identify factors associated with in-hospital mortality among preterm infants <32 weeks' gestation treated in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), Children's Hospital 1.

Methods: A longitudinal follow-up study (08/2024–10/2025) including 124 preterm infants <32 weeks' gestation. The outcome was in-hospital mortality. Independent factors were analyzed using multivariable logistic regression, reporting odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs).

Results: Overall in-hospital mortality was 20.2% (25/124). Multivariable logistic regression identified three independent factors associated with mortality: gestational age <28 weeks (OR=6.58; 95% CI 1.84–23.50; p=0.004), use of invasive high-frequency oscillatory ventilation (HFOV) (OR=22.69; 95% CI 5.71–90.12; p<0.001), and culture-positive bloodstream

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Toàn

Email: toanped@gmail.com

Mã bài: NĐ1-15

Ngày nhận bài: 29/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 28/3/2026

Ngày duyệt bài: 19/5/2026