

- can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân đau thắt ngực có đái tháo đường type 2 tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. **Trần Mạnh Tuấn** (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả can thiệp qua da tổn thương nhánh động mạch liên thất trước ở bệnh nhân Hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Tim mạch An Giang, Luận văn Chuyên khoa Cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
  5. **Viện tim thành phố Hồ Chí Minh** (2018), Phác đồ điều trị 2018, NXB Y học.
  6. **Ganyukov Vladimir, et al** (2020), "Randomized Clinical Trial of Surgical vs. Percutaneous vs. Hybrid Revascularization in Multivessel Coronary Artery Disease: Residual Myocardial Ischemia and Clinical Outcomes at One Year Hybrid Coronary Revascularization Versus Stenting or Surgery (HREVS)", *Journal of Interventional Cardiology*, 2020, pp. 1-11.
  7. **Kim Min Chul, et al** (2020), "Optimal Revascularization Strategy in Non-ST Segment Elevation Myocardial Infarction With Multivessel Coronary Artery Disease: Culprit-Only Versus One-Stage Versus Multistage Revascularization", *Journal of the American Heart Association*, 9(15).
  8. **Shiyovich A., et al** (2020), "Relation of hypoalbuminemia to response to aspirin in patients with stable coronary artery disease", *Am J Cardiol*, 125, pp.1-16.

## SO SÁNH MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG GIỮA HAI BIẾN THỂ ALPHA VÀ BETA CHỦNG SARS-COV-2 Ở TRẺ EM TẠI HẢI DƯƠNG VÀ ĐỒNG THÁP

Phạm Văn Đэм<sup>1,2</sup>, Nguyễn Tuấn Sơn<sup>1</sup>,  
Bùi Thị Thu Hoài<sup>1</sup>, Vũ Lê Phương<sup>1</sup>, Lê Hưng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Biến thể Delta (B.1.617.2) SARS-CoV-2 xuất hiện tại Việt Nam bắt đầu từ tháng 5 năm 2021. Biến thể này có tốc độ lây lan nhanh, biểu hiện lâm sàng cận lâm sàng chưa được nghiên cứu rõ đặc biệt trên trẻ em. Nghiên cứu này làm sáng tỏ thêm các biểu hiện ở trẻ em mắc COVID-19. **Đối tượng nghiên cứu:** 51 trẻ mắc biến thể Alpha (B.1.1.7) chủng Sars-CoV-2 tại Hải Dương và 204 trẻ mắc biến thể Delta (B.1.617.2) tại Đồng Tháp từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 8 năm 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** quan sát có phân tích thông qua so sánh hai nhóm bệnh nhân. **Kết quả:** Nhóm trẻ mắc biến thể Delta có triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ 49.5%, cao hơn hẳn nhóm mắc biến thể Alpha (21.6%) với  $p < 0,05$ . Các triệu chứng lâm sàng của nhóm trẻ mắc biến thể Delta gặp với tỷ lệ cao hơn nhóm mắc biến thể Alpha bao gồm viêm hô hấp trên (38.7% - 15.1%) và sốt (22.1%-7.8%). Các thay đổi trên xét nghiệm ở cả hai nhóm không đặc hiệu và không có sự khác biệt giữa hai nhóm. **Kết luận:** các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng của biến thể Delta (B.1.617.2) tại Việt Nam không có nhiều khác biệt so với biến thể Alpha. Hầu hết là không triệu chứng và mức độ nhẹ.

**Từ khóa:** Biến thể Delta chủng SARS-CoV-2; Biến thể Alpha chủng SARS-CoV-2 COVID-19 trẻ em; đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Đэм

Email: phamdemhd@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022

Ngày duyệt bài: 14.12.2022

### SUMMARY

#### COMPARISON OF EPIDEMIOLOGY, CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF ALPHA AND BETA SARS-COV-2 VARIANTS AMONG CHILDREN IN HAI DUONG AND DONG THAP PROVINCE

**Objective:** The emergence of the Delta variant (B.1.617.2) in Vietnam dates back to May, 2021. This variant is more contagious. Yet, few studies assessed the clinical and paraclinical presentations of COVID-19 among children. In this study, we aimed to evaluate/clarify the symptoms of COVID-19 in children. **Methods:** We conducted an observational analytical study from March, 2021 to August, 2021 on two groups of patients. Group 01 (n=51): patients infected by the Alpha variant (B.1.17) in Hai Duong province and Group 02 (n=204): patients with the Delta variant in Dong Thap province. **Results:** In group 02, the percentage of patients with clinical symptoms is 49,5%, much higher than that of group 01 (21.6%) with  $p < 0,05$ . The clinical presentations among patients with Delta variant are more prevalent, including inflammation of the upper respiratory tract (38.7% - 15.1%) and fever (22.1% - 7.8%). Changes in the laboratory tests results are non specific and there is no significant difference between two groups. **Conclusion:** There is not much difference between Delta (B.1.617.2) and Alpha variants in Vietnam in terms of clinical and paraclinical symptoms. The majority of patients developed no illness/ infections/ or mild symptoms.

**Keywords:** Delta variant; Alpha variant; SARS-CoV-2; COVID-19 in children; clinical symptoms; paraclinical symptoms.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày 11 tháng 3 năm 2020, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã công bố SARS-CoV-2 là một đại dịch toàn cầu và lấy tên là bệnh COVID-19. Hiện nay nhiều nước trên thế cũng như Việt Nam đang nỗ lực kiểm soát làn sóng bùng phát đại dịch COVID-19 thứ 4, đặc biệt đã xuất hiện các biến thể Delta, Beta của chủng vi rút SARS-CoV-2 có khả năng lây lan mạnh, gây nhiều khó khăn trong công tác khống chế dịch bệnh. Tính đến hết tháng 09 năm 2021, Việt Nam có 790.755 ca nhiễm, đứng thứ 44/223 quốc gia và vùng lãnh thổ, trong khi với tỷ lệ số ca nhiễm/1 triệu dân, Việt Nam đứng thứ 154/223 quốc gia và vùng lãnh thổ (bình quân cứ 1 triệu người có 8.034 ca nhiễm). Đợt dịch thứ 4 (từ ngày 27-4-2021 đến nay), ghi nhận 787.903 ca mắc, trong khi đó đợt dịch thứ 3 chỉ ghi nhận 1.301 ca mắc [1],[2]. Đợt dịch thứ 3 đã ghi nhận biến thể Alpha (B.1.1.7) với tổng số 120 ca mắc là trẻ em (chiếm 0,92%), trong khi đó đợt dịch lần thứ 4 với biến chủng B.1.617.2 (Delta) đã ghi nhận khoảng 15.000 ca mắc là em (chiếm 1,9%) [1]. Như vậy trong đợt dịch lần thứ tư với biến thể Delta chủng SARS-CoV-2 số ca mắc ở cả trẻ em và người lớn đều tăng rất mạnh. Hiện nay vắc xin COVID-19 mới được tiêm trên người lớn, chưa được thực hiện trên trẻ em, hiện cũng rất ít nghiên cứu báo cáo về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ em mắc biến thể Delta chủng SARS-CoV2. Đặc biệt hiện chưa có báo cáo nào so sánh những đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng hai biến thể Alpha và Delta chủng SARS-CoV-2 ở trẻ em tại Việt Nam được thực hiện. Do vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu so sánh một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng hai biến thể Alpha và Delta ở trẻ nhiễm chủng SARS-CoV2 tại Việt Nam.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** 51 trẻ mắc biến thể Alpha (B.1.1.7) chủng Sars-CoV-2 tại Hải Dương và 204 trẻ mắc biến thể Delta (B.1.617.2) tại Đồng Tháp từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 8 năm 2021. Tất cả bệnh nhân hai nhóm đều chưa được tiêm phòng vắc xin COVID-19.

### 2.2. Phương pháp

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả phân tích

**2.2.2. Cỡ mẫu:** Lấy mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chẩn đoán mắc COVID-19 nhập viện điều trị tại Bệnh dã chiến số 2 Hải Dương từ tháng 01 đến tháng 3 năm 2021 và toàn bộ trẻ em mắc COVID-19 nhập viện điều trị tại bệnh viện Phục hồi Chức năng và bệnh viện dã chiến số 1 tỉnh Đồng Tháp

từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021. Tất cả bệnh nhân hai nhóm chưa được tiêm vắc xin phòng COVID-19 và điều trị theo phác đồ thống nhất của Bộ Y tế [3].

**2.2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận tại Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN.

**2.2.4. Các chỉ số biến số nghiên cứu.**

Chẩn đoán trẻ mắc COVID-19 thông qua khai thác tiền sử tiếp xúc với người mắc COVID-19 trước đó và xét nghiệm khẳng định tại Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh bằng kỹ thuật RT-PCR (real-time reverse-transcriptase-polymerase-chain-reaction) dịch tỵ hầu. Vi rút được phân lập và giải trình tự gen tại Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương để xác định biến thể vi rút. Sau khi nhập viện trẻ được làm xét nghiệm định kỳ 3 ngày/ lần bằng phương pháp RT-PCR phát hiện vi rút SARS-CoV-2 trong dịch tỵ hầu [1] nhằm theo dõi tiến triển của bệnh. Bệnh nhân vào viện được đánh giá các chỉ số sống: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, SpO2. Các chỉ số tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, chỉ số BMI (Body Mass Index) tiền sử dịch tễ tiếp xúc người mắc COVID-19 để xác định nguồn lây, thời gian phát hiện bệnh, thời gian xét nghiệm âm tính với vi rút SARS-CoV-2, triệu chứng lâm sàng lúc phát hiện, lúc nhập viện. Thời gian phát hiện bệnh là từ khi bệnh nhân có phơi nhiễm với bệnh nhân mắc COVID-19 đến khi có xét nghiệm PCR dương tính với SARS-CoV-2. Thời gian âm tính được tính từ khi bệnh nhân được khẳng định mắc COVID-19 đến khi xét nghiệm âm tính.

Chẩn đoán viêm phổi trẻ ở mắc COVID-19 khi có dấu hiệu lâm sàng ho, sốt thở nhanh theo tuổi hoặc kèm theo trên phim Xquang ngực có biểu hiện tổn thương. Trẻ được xác định thở nhanh khi nhịp thở trên 60 lần/phút đối với trẻ dưới 2 tháng; trên 50 lần/phút đối với trẻ 2 từ 2 tháng đến dưới 12 tháng, trên 40 lần đối với trẻ 12 tháng đến 5 tuổi, trên 30 lần/ phút đối với trẻ trên 5 tuổi [1].

Bệnh nhân nhập viện được làm các xét nghiệm thường quy: công thức máu, sinh hóa máu: CRP (C-reactive protein), ure, creatinin, GOT, GPT, đông máu, D-Dimer, fibrinogen, chụp Xquang ngực, cắt lớp vi tính lồng ngực.

Tiêu chuẩn khỏi bệnh xuất viện: Khi trẻ có xét nghiệm hai lần âm tính với vi rút SARS-CoV-2, lâm sàng không ho, không sốt, không có biểu hiện lâm sàng, Xquang không có tổn thương phổi [1].

**2.4.5. Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0, phân tích xử lý số liệu thông qua các phép tính thống kê tuần suất, tỷ số, các

test kiểm định liên quan khi bình phương, Exact test, so sánh các giá trị trung bình bằng T-test.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1: So sánh một số chỉ số dịch tễ giữa hai nhóm bệnh nhân**

| Chi số                                       | Phân nhóm | Nhóm nghiên cứu  |                   | P (T-test) |
|--|-----------|------------------|-------------------|------------|
|  |           | Hải Dương (n=51) | Đồng Tháp (n=204) |            |
| Tuổi trung bình (năm)                        |           | 8.7 ± 4.6        | 10.6 ± 4.2        | 0.8        |
| Chỉ số BMI trung bình                        |           | 20.9 ± 3.3       | 21.8 ± 3.5        | 0.4        |
| Thu nhập bình quân đầu người (USD/người/năm) |           | 3.024            | 2.159             | 0,04       |
| Mật độ dân số (người/km <sup>2</sup> )       |           | 1,134            | 500               | 0,02       |
| Thời gian phát hiện (ngày)                   |           | 2.2 ± 1.8        | 2.4 ± 1.5         | 0.5        |

**Nhận xét:** Tuổi mắc trung bình, chỉ số BMI, thời gian phát hiện bệnh của nhóm bệnh nhân tại Đồng Tháp cao hơn Hải Dương, không có sự khác biệt. Tuy nhiên mật độ dân số và thu nhập bình quân đầu người của tỉnh Hải Dương cao hơn so với Đồng Tháp.

**Bảng 2: So sánh biểu hiện lâm sàng viêm phổi và nguồn tiếp xúc hai nhóm**

| Chi số               | Phân nhóm | Nhóm nghiên cứu |                | Tổng | P (χ <sup>2</sup> test) |
|----------------------|-----------|-----------------|----------------|------|-------------------------|
|                      |           | Hải Dương n(%)  | Đồng Tháp n(%) |      |                         |
| Triệu chứng lâm sàng | Có        | 11 (21.6)       | 101 (49.5)     | 112  | 12.9 (0.001)            |
|                      | Không     | 40 (78.4)       | 103 (50.5)     | 143  |                         |
| Viêm phổi            | Có        | 6 (11.8)        | 12 (5.9)       | 18   | 2.15 (0.15)             |
|                      | Không     | 45 (88.2)       | 192 (94.1)     | 237  |                         |
| Nguồn tiếp xúc       | Gia đình  | 26 (51.0)       | 86 (42.2)      | 112  | 1.29 (0.25)             |
|                      | Cộng đồng | 25 (29.0)       | 118 (57.8)     | 143  |                         |

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân không triệu chứng lâm sàng nhóm biến thể Alpha khá cao (78.4%). Trong khi đó nhóm biến thể Delta gặp thấp hơn (50.5%), có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Hai nhóm không có sự khác biệt về tỷ lệ viêm phổi và nguồn tiếp xúc.

**Bảng 3: So sánh một số biểu hiện lâm sàng khi khởi phát giữa hai nhóm**

| Chi số                    | Phân nhóm | Nhóm nghiên cứu |                | Tổng | P (χ <sup>2</sup> test) |
|---------------------------|-----------|-----------------|----------------|------|-------------------------|
|                           |           | Hải Dương n(%)  | Đồng Tháp n(%) |      |                         |
| Viêm hô hấp trên          | Có        | 8 (15.7)        | 79 (38.7)      | 58   | 9.6 (0.001)             |
|                           | Không     | 43 (84.3)       | 125 (61.3)     | 201  |                         |
| Bệnh nền                  | Có        | 1 (2.0)         | 0 (0)          | 1    | 0.4 <sup>(a)</sup>      |
|                           | Không     | 50 (98.0)       | 204 (100)      | 254  |                         |
| Sốt                       | Có        | 4 (7.8)         | 45 (22.1)      | 49   | 5.3 (0.02)              |
|                           | Không     | 47 (92.2)       | 159 (77.9)     | 206  |                         |
| Mất vị giác, khứu giác    | Có        | 2 (3.9)         | 21 (10.3)      | 23   | 2.1 (0.1)               |
|                           | Không     | 49 (96.1)       | 193 (89.7)     | 232  |                         |
| Rối loạn tiêu hoá         | Có        | 7 (12.7)        | 25 (12.3)      | 32   | 0.8 (0.7)               |
|                           | Không     | 179 (87.7)      | 179 (87.7)     | 223  |                         |
| Suy giảm SpO <sub>2</sub> | Có        | 3 (1.5)         | 1 (2.0)        | 4    | (0.8) <sup>(a)</sup>    |
|                           | Không     | 201 (98.5)      | 50 (98.0)      | 252  |                         |

<sup>(a)</sup>: Exact Test

**Nhận xét:** Hầu hết bệnh nhân hai nhóm không có bệnh nền. Tỷ lệ bệnh nhân có viêm đường hô hấp trên, sốt ở nhóm biến thể Delta cao thực sự so với nhóm biến thể Alpha (p<0.05). Tỷ lệ thay đổi vị giác, khứu giác, rối loạn tiêu hoá và suy giảm SpO<sub>2</sub> thấp và không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

**Bảng 4: So sánh một số chỉ số cận lâm sàng giữa hai nhóm**

| Chi số             | Phân nhóm | Nhóm nghiên cứu         |                           | P, T-test |
|--------------------|-----------|-------------------------|---------------------------|-----------|
|                    |           | Hải Dương n=55 (X ± SD) | Đồng Tháp n=204, (X ± SD) |           |
| Bạch cầu máu (G/L) |           | 8.3 ± 3.6               | 7.1 ± 3.7                 | 0.2       |
| Hồng cầu           |           | 4.5 ± 0.4               | 4.4 ± 0.5                 | 0.3       |
| Huyết sắc tố (g/l) |           | 126.1 ± 13.1            | 131.1 ± 17                | 0.1       |
| Tiểu cầu (G/L)     |           | 286 ± 82                | 288 ± 62.3                | 0.63      |
| ALT (UI/L)         |           | 28.6 ± 20.1             | 29.2 ± 16.4               | 0.75      |

|                    |           |             |      |
|--------------------|-----------|-------------|------|
| AST (UI/L)         | 31.8 ± 24 | 30.1 ± 22   | 0.87 |
| Ure (mmol/l)       | 5.3 ± 1.3 | 5.1 ± 2.4   | 0.9  |
| Creatinin (μmol/l) | 60.5 ± 16 | 61.8 ± 13.4 | 0.4  |
| Fibrinogen (g/l)   | 3.2 ± 0.7 | 3.1 ± 0.6   | 0.3  |
| D-dimer (μg/l)     | 0.4 ± 0.2 | 0.4 ± 0.4   | 0.2  |
| CRP (mg/l)         | 4.4 ± 3.1 | 4.5 ± 3.4   | 0,9  |

**Nhận xét:** Sự khác biệt và các giá trị trung bình của xét nghiệm số lượng bạch cầu, hồng cầu, tiểu cầu, huyết sắc tố, men gan, chức năng thận, D-dimer, fibrinogen và CRP giữa hai nhóm bệnh nhân không có ý nghĩa thống kê với p>0.05.

**Bảng 5: So sánh tiên triển và kết cục điều trị giữa hai nhóm**

| Chi số   | Phân nhóm | Nhóm nghiên cứu |                | Tổng | P (χ <sup>2</sup> test) |
|----------|-----------|-----------------|----------------|------|-------------------------|
|          |           | Hải Dương n(%)  | Đồng Tháp n(%) |      |                         |
| Thở oxy  | Có        | 1 (2.0)         | 0 (0)          | 1    | 0.45 <sup>(a)</sup>     |
|          | Không     | 50 (98.0)       | 204 (100)      | 254  |                         |
| Vào ICU  | Có        | 1 (2.0)         | 0 (0)          | 1    | 0.45 <sup>(a)</sup>     |
|          | Không     | 50 (98.0)       | 204 (100)      | 254  |                         |
| Bệnh nền | Có        | 1 (2.0)         | 0 (0)          | 1    | 0.45 <sup>(a)</sup>     |
|          | Không     | 50 (98.0)       | 204 (100)      | 254  |                         |
| Tử vong  | Có        | 0 (0.0)         | 0 (0)          | 0    | 0.5 <sup>(a)</sup>      |
|          | Không     | 51 (100)        | 204 (100)      | 255  |                         |

<sup>(a)</sup>: Exact Test

**Nhận xét:** Hai nhóm không có sự khác biệt có bệnh nền, tỷ lệ phải thở oxy, vào ICU và tử vong (p<0.05).

Kết quả số ngày điều trị trung bình của nhóm bệnh nhân tại Hải Dương là 12.8 ± 2.2 ngày, nhóm bệnh nhân tại Đồng Tháp là 16.8 ± 2.9. Nhóm bệnh nhân tại Hải Dương có thời gian điều trị ngắn hơn thực sự nhóm bệnh nhân tại Đồng Tháp với p<0.05.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Một số đặc điểm dịch tễ học giữa hai biến thể Alpha và Delta ở hai nhóm trẻ em.** Trẻ em dưới 18 tuổi ước tính chiếm khoảng 2% -5% trong tổng số ca mắc hội chứng hô hấp cấp do coronavirus 2 (SARS - CoV - 2) trên toàn cầu. Tại Mỹ, trẻ em dưới 18 tuổi ước tính chiếm 1.7% tổng số các ca mắc hội chứng hô hấp cấp tính coronavirus 2 (SARS- CoV-2). Nhìn chung các nghiên cứu trên thế giới đều nhận thấy tỷ lệ mắc bệnh do coronavirus 2019 (COVID - 19) ở trẻ em thấp hơn, đa số các trường hợp mắc là nhẹ và không có triệu chứng [3]. Jonas thống kê thấy tỷ lệ trẻ em mắc COVID-19 vào khoảng 1%-5% [4],[5], tuổi mắc trung bình là 7.5 ± 4.1 tuổi, các nghiên cứu tại Trung Quốc nơi đầu tiên bùng phát dịch, tác giả Dong thấy tuổi mắc trung bình là 7 tuổi (từ 2 đến 13 tuổi) trong đó nhóm trẻ nhỏ (<1 tuổi) chiếm 17.6% [8], nghiên cứu của Lu là 6.7 tuổi (từ 0 đến 15 tuổi), Parri nghiên cứu ở Italia trên 100 trẻ em thấy tuổi mắc 3.3 tuổi [7],[8]. Trung tâm Phòng ngừa và Kiểm soát bệnh tật của Mỹ (CDC: The Centers

for Disease Control and Prevention) thống kê được 2.572 trẻ mắc SARS-CoV-2 thấy tuổi mắc trung bình tại Mỹ là 11 tuổi [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi mắc trung bình tại Hải Dương là 8.5 ± 4.6, tại Đồng Tháp là 10.6 ± 4.2 tuổi, hai nhóm không có sự khác biệt và tuổi mắc trong nghiên cứu này của chúng tôi cũng không có sự khác biệt với các nghiên cứu đã được công bố trên thế giới. Biến thể Delta được phát hiện lần đầu tại Ấn Độ với khả năng lây nhiễm tăng lên 70%. Sau đó đã được phát hiện nhiều nước trên thế giới trong đó có Việt Nam. Trong đợt dịch này chúng tôi ghi nhận thấy biến thể Delta có tỷ lệ mắc cao hơn biến thể Alpha mặc dù hai nhóm không có sự khác biệt về nguồn lây, tuổi trung bình, chỉ số khối cơ thể, thời gian phát hiện và điều kiện về kinh tế xã hội mặc dù mật độ dân số tại Đồng Tháp chỉ bằng 1/2 so với Hải Dương (kết quả bảng 1).

**4.2. So sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa hai nhóm.** Hầu hết các nghiên cứu đã công bố trên thế giới đều nhận thấy các triệu chứng và biến chứng chung ở trẻ mắc COVID-19 thường nhẹ hơn, tỷ lệ tử vong cũng thấp hơn so với người lớn. Tác giả Zhu tổng hợp từ 38 nghiên cứu với 3062 bệnh nhân mắc COVID-19 thấy tỷ lệ suy hô hấp là 19.5%, tỷ lệ tử vong là 5.5%, triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất sốt (80.4%), ho (63.1%), mệt mỏi (46%), đau ngực, khó thở (35%), tỷ lệ bệnh nhân không triệu chứng chỉ gặp 11.2% [13]. CDC của Mỹ tổng hợp thấy triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất ở người lớn mắc COVID-19 tại Mỹ

bao gồm sốt, ho, đau ngực khó thở ở người lớn là 93% và 73% ở trẻ em, chỉ có 7% ở người lớn và 17% ở trẻ em không có triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng lâm sàng gặp nhất là ho chiếm tỷ lệ (80% ở người lớn và 54% ở trẻ em) tiếp đến là sốt (71% ở người lớn và 65% ở trẻ em) [3]. Các nghiên cứu COVID-19 ở trẻ em của tác giả Dong và cộng sự tại Trung Quốc trên 2143 trẻ mắc COVID-19 thấy chỉ có 94 trẻ (chiếm 12.9%) không có triệu chứng trên lâm sàng [6]. Nghiên cứu của Lu và cộng sự trên 171 trẻ mắc Trung Quốc thấy không triệu chứng chỉ gặp 16%, triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ho (52%), sốt (41%), viêm họng (46%), ỉa chảy (9%), nôn (6%), tỷ lệ viêm phổi 64,9% [7]. Nghiên cứu của Tezer tại Thổ Nhĩ Kỳ trên 117 trẻ thấy 50.4% trẻ mắc COVID-19 có biểu hiện triệu chứng [9]. Parri nghiên cứu tại Italia thấy trẻ mắc COVID-19 không có biểu hiện triệu chứng gặp 21%, biểu hiện lâm sàng hay gặp nhất là sốt (54%), ho (44%), viêm họng gặp 22% [4]. Theo kết quả nghiên cứu trong bảng 2, bảng 3 cho thấy nhóm tỷ lệ bệnh nhân mắc biến thể Delta tại Đồng Tháp có biểu hiện lâm sàng, viêm long đường hô hấp trên và sốt cao hơn hẳn nhóm bệnh nhân mắc biến thể Alpha tại Hải Dương ( $p < 0.05$ ). Tuy nhiên các nghiên cứu đã được công bố trước đây mới chỉ mô tả các triệu chứng lâm sàng của biến thể Alpha vì thời điểm đó chưa xuất hiện biến thể Delta. Theo một số nghiên cứu đã công bố trong y văn từ tháng 12 năm 2020 đến tháng 8 năm 2021, trên 276 trẻ từ 5 đến 11 tuổi và 418 trẻ từ 12 đến 17 mắc biến thể Alpha so sánh với nhóm 227 trẻ từ 5 đến 11 tuổi và 479 trẻ từ 12 đến 17 tuổi mắc biến thể Delta tại Anh thấy các triệu chứng viêm hô hấp trên, đau đầu, mệt mỏi không khác nhau giữa hai nhóm mắc biến thể Alpha và Delta. Những triệu chứng nhóm trẻ mắc biến thể Delta gặp phổ biến hơn nhóm trẻ mắc biến thể Alpha bao gồm sốt, chóng mặt, cảm giác ớn lạnh, chảy nước mắt và khàn tiếng. So với kết quả nghiên cứu của tác giả Molteni, kết quả thống kê các biểu hiện lâm sàng ở cả hai nhóm trẻ mắc biến thể Alpha và Delta tại Việt Nam trong nghiên cứu này của chúng tôi gặp thấp hơn. Kết quả trong bảng 2, bảng 3 cho thấy nhóm trẻ mắc biến thể Delta có triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ 49.5%, cao hơn hẳn nhóm mắc biến thể Alpha (21.6%) với  $p < 0.05$ . Các triệu chứng lâm sàng của nhóm trẻ mắc biến thể Delta gặp với tỷ lệ cao hơn nhóm mắc biến thể Alpha bao gồm viêm hô hấp trên (38.7%-15.1%) và sốt (22.1%-7.8%). Như vậy kết quả trong nghiên cứu của tôi

tại Việt Nam cũng nhận thấy tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng nhóm trẻ mắc biến thể Delta gặp cao hơn nhóm mắc biến thể Alpha. Tuy nhiên tỷ lệ chung các triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi gặp thấp hơn so với các nghiên cứu đã công bố trên thế giới.

Kết quả nghiên cứu trong bảng 5 cho thấy trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp mắc biến thể Alpha bị viêm phổi nặng và nhập ICU nhưng chỉ phải thở oxy, không có thở máy, không tử vong ở cả hai nhóm. Như vậy hầu hết bệnh nhân mắc hai biến thể trong nghiên cứu này của chúng tôi là khá nhẹ. Kết một số chỉ số xét nghiệm trong bảng 4 cho thấy giữa hai nhóm không có sự khác biệt về sự thay đổi các chỉ số xét nghiệm. Thay đổi các xét nghiệm trên trẻ mắc COVID-19 được ghi nhận thấy các chỉ số nhiễm trùng trong máu cao. Các thống kê trên những trẻ mắc biến thể Alpha cho thấy 38.8% có chỉ số CRP (protein phản ứng C tăng cao hơn so với bình thường. Hơn nữa, trẻ mắc COVID-19 nếu biểu hiện nặng thường có mức tăng CRP cao hơn đáng kể so với những người có biểu hiện nhẹ hơn. Tại Thổ Nhĩ Kỳ, giảm bạch cầu là bất thường phổ biến nhất trong các xét nghiệm có giá trị được ghi nhận trong số trẻ em mắc COVID-19. Nghiên cứu tại Trung Quốc của tác giả Lu thấy có 26% trẻ giảm số lượng bạch cầu, 3% bệnh nhân giảm lympho, tăng CRP gặp 61%, tăng men gan gặp 15%, không ghi nhận tăng hoặc giảm tiểu cầu [7]. Như vậy thay đổi các chỉ số xét nghiệm trên trẻ mắc COVID-19 rất khác nhau theo từng nghiên cứu. Lý giải điều này có thể do thời điểm xét nghiệm, mức độ nặng của bệnh sẽ làm cho kết quả các xét nghiệm khác nhau hoặc có thể do thể trạng cơ địa trẻ em từng nước khác nhau nên cũng có sự khác nhau về các biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm.

## V. KẾT LUẬN

Thông qua nghiên cứu 51 trẻ mắc biến thể Alpha (B.1.1.7) chủng Sars-CoV-2 tại Hải Dương và 204 trẻ mắc biến thể Delta (B.1.617.2) tại Đồng Tháp từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 8 năm 2021, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

➤ Các biểu hiện lâm sàng trong nghiên cứu này gặp với tỷ lệ thấp hơn so với các nghiên cứu trên thế giới, các biểu hiện lâm sàng ở mức độ nhẹ hơn. Nhóm mắc biến thể Delta có các triệu chứng viêm hô hấp trên, sốt gặp với tỷ lệ cao hơn nhóm mắc biến thể Alpha

➤ Thay đổi các chỉ số xét nghiệm không đặc hiệu và cũng không có sự khác biệt rõ ràng giữa hai biến thể Alpha và Delta.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành nghiên cứu này chúng tôi xin gửi lời cảm ơn đến những đồng nghiệp tại bệnh viện trường Đại học Kỹ thuật y tế I, Hải Dương, Sở Y tế Đồng Tháp, Bệnh viện Phục hồi Chức năng Đồng Tháp, tỉnh Đồng Tháp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ministry of Health**, Daily recorded of COVID-19, update in 31st, August (in Vietnamese).
2. **World Health Organization**, Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: interim guidance, 28 January 2020, 1-10.
3. **CDC (Centers for Disease Control and Prevention), COVID-19 Response Team, Coronavirus Disease 2019 in children—United States**, February 12–April 2, 2020. *MMWR Morb*

4. **Jonas F. Ludvigsson**, Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults, *Acta Paediatr*, 2020 Jun;109(6):1088-1095. doi: 10.1111.
5. **CDC (Centers for Disease Control and Prevention)**, US COVID-19 cases caused by variants, Up-to-Date Info: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV>.
6. **Yuanyuan Dong, Xi Mo, Yabin Hu et al**, Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 Coronavirus disease in China. *J Emerg Med*, 58(4), 2020, 712–713, doi: 10.1016/j.jemermed.2020.04.006
7. **Lu Q. and Shi Y.**, Coronavirus disease (COVID-19) and neonate: what neonatologist need to know, *J Med Virol*, 92(6),2020, 564–567. <https://doi.org/10.1002/jmv.25740>.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TREO CƠ TRÁN BẰNG CHỈ NYLON 3.0 PHỐI HỢP VỚI DÂY TREO SILICON TRONG ĐIỀU TRỊ SỤP MI

Nguyễn Thị Hương<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Thủy<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật treo cơ trán bằng chỉ Nylon 3.0 phối hợp với dây treo Silicon trong điều trị sụp mí. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 24 mắt sụp mí mức độ trung bình và nặng (MRD1  $\leq$  1 mm); chức năng cơ nâng mí trung bình-kém (LF  $\leq$  5 mm); được phẫu thuật treo cơ trán sử dụng chỉ Nylon phối hợp với dây treo Silicon; tại bệnh viện Mắt trung ương từ tháng 7/2021 đến tháng 9/2022. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $20.21 \pm 23.29$  tuổi. Trong số 24 mắt được phẫu thuật, có 66.7% mắt sụp mí mức độ nặng và 33.3% sụp mí mức độ trung bình. Sau phẫu thuật 1 tuần, MRD1 tăng từ  $0.13 \pm 0.74$  mm lên  $3.46 \pm 1.1$  mm, MRD1 tiếp tục tăng nhẹ và ổn định sau 3 tháng là  $3.75 \pm 0.82$  mm. Độ cao khe mí trung bình tăng từ  $4.96 \pm 0.69$  mm (trước điều trị) lên  $8.63 \pm 0.82$  mm (sau điều trị 3 tháng). Tỷ lệ thành công về mặt thẩm mỹ đạt 87.5%. **Kết luận:** Treo cơ trán bằng chỉ Nylon 3.0 kết hợp với dây treo Silicon là phương pháp để thực hiện và đem lại hiệu quả cao cả về mặt chức năng lẫn thẩm mỹ trong phẫu thuật điều trị sụp mí.

**Từ khóa:** Sụp mí, treo cơ trán, Nylon 3.0, Silicon.

## SUMMARY

### EVALUATE THE OUTCOMES OF FRONTALIS

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hương

Email: [nguyenhuong92@gmail.com](mailto:nguyenhuong92@gmail.com)

Ngày nhận bài: 10.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022

Ngày duyệt bài: 15.12.2022

## SLING SUSPENSION TECHNIQUE USING NYLON 3.0 AND SILICONE ROD TO TREAT PTOSIS

**Objective:** To evaluate the outcomes of the technique with a frontalis sling suspension using Nylon 3.0 and Silicone rod to treat ptosis. **Methods:** Patients with ptosis indicated for frontalis sling have been treated at National Eye Hospital from 7/2021 to 9/2022. During this period, patients have been applied the technique with a frontalis sling using Nylon 3.0 and silicone rod. Next, the surgical results have been evaluated after 1 week, 1 month and 3 months. **Results:** The mean age of the subjects was  $20.21 \pm 23.29$  years. Among 24 eyes, the majority of patients had severe ptosis (66,7%) and there was 33,3% moderate ptosis cases. After surgery 1 week, MRD1 has increased to  $3.46 \pm 1.1$  mm. And MRD1 has continued to increase at 1 month and after 3 months surgery MRD1 is  $3.75 \pm 0.82$  mm. Mean palpebral fissure height has increased from  $4.96 \pm 0.69$  mm (before) to  $8.63 \pm 0.82$  mm (after 3 months follow up). After postoperative period, 87.5% of patients showed excellent cosmetic success rate. **Conclusion:** Using Nylon 3.0 and Silicon for frontalis sling suspension is the effective method in terms of both functional aspect and aesthetic aspect for moderate and severe ptosis. **Keywords:** Ptosis, frontalis sling, Nylon 3.0, Silicone.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sụp mí là tình trạng bờ mí trên xuống thấp hơn vị trí bình thường (bình thường mí trên phủ lên rìa trên giác mạc khoảng 1-2 mm). Sụp mí có thể gặp ở trẻ em và người lớn, sụp mí không chỉ ảnh hưởng đến thẩm mỹ mà còn ảnh hưởng đến chức năng thị giác, nhất là trường hợp sụp mí