

# SO SÁNH MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG GIỮA TRẺ EM VÀ NGƯỜI LỚN MẮC BIẾN THỂ B.1.1.7. CHŨNG VI RÚT SARS-COV-2

Phạm Văn Đếm<sup>1,2</sup>, Đinh Thị Diệu Hằng<sup>3</sup>, Nguyễn Văn Dũng<sup>1</sup>, Nguyễn Hùng Việt<sup>4</sup>, Đỗ Hoàng Hải<sup>1</sup>, Vương Xuân Toàn<sup>1</sup>, Nguyễn Thành Nam<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Nhằm so sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ em và người lớn mắc biến thể B.1.1.7 chủng SARS-CoV-2. **Đối tượng nghiên cứu:** 53 trẻ và 207 người lớn được xác định nhiễm biến thể B.1.1.7 chủng SARS-CoV-2 tại Hải Dương, từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả phân tích. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân không triệu chứng lâm sàng hai nhóm trong nghiên cứu này khá cao (77,3% ở trẻ em và 77,4% ở người lớn). Hai nhóm không có sự khác biệt về tỷ lệ viêm phổi và tổn thương trên Xquang ngực. Nhóm trẻ em không có bệnh nhân nào phải thở máy, lọc máu, thở oxy hoặc nằm phòng hồi sức. Tuy nhiên nhóm người lớn tỷ lệ bệnh nhân phải vào phòng hồi sức và thở oxy cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tăng gập 15,1%, giảm bạch cầu gập 9,4% không có sự khác biệt so với ở người lớn. Không có sự khác biệt tăng men gan và suy thận giữa trẻ em và người lớn. **Kết luận:** Biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng COVID-19 ở trẻ em nhẹ hơn người lớn.

**Từ khóa:** Biến thể B.1.1.7. chủng SARS-CoV-2; COVID-19 trẻ em.

## SUMMARY

### COMPARISON OF CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN AND ADULTS WITH B.1.1.7 VARIANT OF SARS-COV-2

**Objective:** To compare some clinical and paraclinical characteristics of children and adults with B.1.1.7 variant of SARS-CoV-2. **Subjects:** 53 children and 207 adults infected by B.1.1.7 variant of SARS – CoV – 2 in Hai Duong province from January, 2021 to March, 2021. **Methods:** Descriptive analytical research. **Results:** The percentage of asymptomatic patients is high in both groups (77,3% in children and 77,4% in adults). There is no difference in the rate of pneumonia and findings on chest X-ray. In the pediatric population, no patients require ventilation, dialysis, supplemental oxygen or admission to the intensive care unit. However, in the adult group, this rate is higher with statistical significance ( $p < 0,05$ ). Leukocytosis and leukopenia are seen, respectively, in 15,1% and 9,4% of children, with no difference to

adults. The odds of liver enzymes elevation and renal failure reports no difference between two populations. **Conclusion:** The severity of the clinical and paraclinical manifestations of the infection in children is milder than in adults.

**Keywords:** B.1.1.7 variant, SARS-CoV-2, COVID – 19 in children.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ tháng 12 năm 2019, một chủng vi rút corona mới (SARS-CoV-2) đã được xác định là căn nguyên gây dịch nhiễm trùng hô hấp cấp tính (SARS-CoV-2) tại thành phố Vũ Hán (tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc), sau đó lan rộng ra toàn Trung Quốc và cho tới nay hầu hết các nước trên thế giới. Ngày 11 tháng 3 năm 2020, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã công bố SARSCoV-2 là một đại dịch toàn cầu và lấy tên là bệnh COVID-19. Từ ca bệnh đầu tiên được xác nhận tại Trung Quốc, sau hơn một năm gây bệnh ở hơn 200 quốc gia và vùng lãnh thổ, toàn thế giới đã có trên 115 triệu ca mắc COVID-19 với trên 2,5 triệu người tử vong [1],[2]. 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 của chủng vi rút SARS-CoV-2. Tính đến tháng 3 năm 2021, Việt Nam có tổng số 2588 ca mắc, trong đó có 143 ca mắc là trẻ em. Tại Hải Dương, lần đầu tiên ghi nhận biến thể B.1.1.7 của chủng SARS-CoV-2 với số lượng bệnh nhân khá lớn đặc biệt số bệnh nhân là trẻ em nhiều nhất từ trước tới nay [1]. Trên thế giới có ít nghiên cứu so sánh sự khác biệt bệnh nhân mắc COVID-19 giữa trẻ em và người lớn. Đây là nghiên cứu đầu tiên được thực hiện tại Việt Nam, mục tiêu của đề tài nhằm so sánh một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ em và người lớn mắc biến thể B.1.1.7 của chủng vi rút SARS-CoV-2 tại tỉnh Hải Dương, Việt Nam từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2021.

## II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** 53 trẻ em (nhóm nghiên cứu) và 207 người lớn (nhóm so sánh) mắc biến thể B.1.1.7 của chủng SARS-CoV-2 tại tỉnh Hải Dương từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2021.

### 2.2. Phương pháp

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

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

<sup>4</sup>Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Đếm

Email: phamdemhd@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.12.2022

Ngày duyệt bài: 14.12.2022

**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.

**2.2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận tại Hội đồng đạo đức Bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Dã chiến số 2 điều trị COVID-19 tại Hải Dương.

**2.2.4. Các chỉ số biến số nghiên cứu.** Chẩn đoán trẻ mắc COVID-19 dựa vào tiền sử tiếp xúc với người mắc COVID-19 trước đó và xét nghiệm khẳng định tại Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Hải Dương 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, SpO<sub>2</sub>. Các chỉ số tuổi, giới, tiền sử dịch tỵ tiếp xúc người mắc COVID-19, 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 mắc COVID-19 khi có dấu hiệu lâm sàng ho, sốt hoặc thở nhanh 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/ phút đối với trẻ trên 5 tuổi, trên 30 lần/ phút đối với trẻ trên 5 tuổi [1]. Các xét nghiệm: công thức máu, sinh hóa máu: CRP (C-reactive protein), ure, creatinin, GOT, GPT, đông máu, D-Dimer, fibrinogen, chụp Xquang ngực, cấy lớp vi tính lồng ngực.

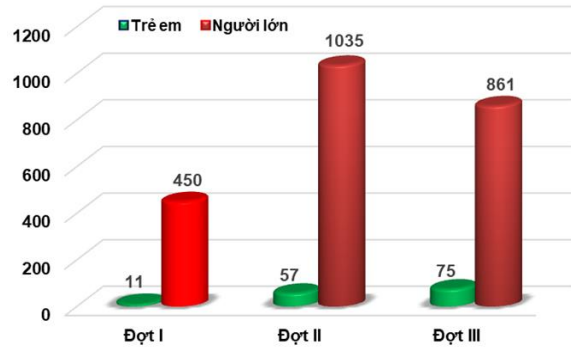
**Tiêu chuẩn khỏi bệnh:** Khi trẻ có xét nghiệm ba lần âm tính với vi rút SARS-CoV-2, lâm sàng không ho, không sốt, không có biểu hiện lâm sàng, Xquang không có tổn thương phổi [1].

**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

**3.1. Một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng.** Tuổi trung bình của nhóm trẻ em trong nghiên cứu này là 7,5 ± 4,1 tuổi (từ 21 ngày tuổi đến 16 tuổi). Nhóm người lớn tuổi mắc trung bình là 36,4 ± 13,7 (từ 18 tuổi đến 92 tuổi).



**Hình 1: Phân bố số bệnh nhân trẻ em và người lớn mắc COVID-19 [1]**

**Nhận xét:** Đợt dịch lần thứ III có số ca mắc trẻ em lớn nhất

**Bảng 1: So sánh nguồn tiếp xúc bệnh nhân COVID-19 hai nhóm**

Phân nhóm Nguồn tiếp xúc	Nhóm nghiên cứu		P (χ <sup>2</sup> test)
	Nhóm trẻ em, n (%)	Nhóm người lớn, n (%)	
Từ gia đình	28 (52,8)	58 (28)	86
Từ cộng đồng	25 (47,2)	149 (72)	174
Tổng	53 (100)	297 (100)	χ <sup>2</sup> = 11,4, p<0,05

**Nhận xét:** Nhóm trẻ em nguồn tiếp xúc chủ yếu từ gia đình, trong khi đó nhóm người lớn nguồn tiếp xúc chủ yếu từ cộng đồng, sự khác biệt có nghĩa thống kê với p<0,05.

**Bảng 2: So sánh thời gian phát hiện bệnh và thời gian âm tính hai nhóm**

Chỉ số	Nhóm nghiên cứu		P (T-test)
	Nhóm trẻ em	Nhóm người lớn	
Thời gian phát hiện bệnh (ngày)	8,2± 3,5	8,5± 3,6	0,8
Thời gian âm tính (ngày)	13,8± 5,5	11,9± 6,6	0,03

**Nhận xét:** Thời gian phát hiện bệnh trung bình của hai nhóm không có sự khác biệt, tuy nhiên thời gian âm tính với vi rút SARS-CoV-2 nhóm trẻ em dài hơn ở người lớn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

**Bảng 3: So sánh một số biểu hiện lâm sàng, Xquang và tiến triển của hai nhóm**

Chi số		Phân nhóm	Nhóm nghiên cứu		Tổng	P ( $\chi^2$ test)
			Trẻ em n(%)	Người lớn n(%)		
Triệu chứng lâm sàng	Có		12 (22,6)	47 (22,7)	59	0,9 (0,4)
	Không		41 (77,4)	160 (77,3)	201	
Bệnh nền	Có		0 (0)	9 (4,3)	9	0,04 <sup>(a)</sup>
	Không		53 (100)	281 (92,8)	251	
Viêm phổi	Có		6 (11,3)	37 (17,8)	39	0,1 (1,5)
	Không		47 (88,7)	174 (82,2)	221	
Tổn thương Xquang	Có		6 (11,3)	35 (17)	41	0,2 (1,9)
	Không		47 (88,7)	172 (83)	119	
Thở oxy	Có		0 (0)	8 (3,9)	8	0,04 <sup>(a)</sup>
	Không		53 (100)	199 (96,1)	252	
Lọc máu	Có		0 (0)	3 (1,5)	3	0,3 <sup>(a)</sup>
	Không		53 (100)	204 (98,5)	257	
Thở máy	Có		0 (0)	7 (3,14)	7	0,07 <sup>(a)</sup>
	Không		53 (100)	200 (96,6)	253	
Vào phòng Hồi sức	Có		0 (0)	12 (5,8)	12	0,01 <sup>(a)</sup>
	Không		53 (100)	195 (94,2)	248	

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

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân không triệu chứng lâm sàng hai nhóm khá cao (77,3% và 77,4%). Không có sự khác biệt về tỷ lệ viêm phổi và tổn thương trên Xquang ngực. Không có bệnh nhân thở máy, lọc máu, thở oxy hoặc nằm phòng hồi sức ở nhóm trẻ em.

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

Chi số	Phân nhóm	Nhóm nghiên cứu		P, T-test
		Nhóm trẻ em n=53, (X ± SD)	Nhóm người lớn n=207, (X ± SD)	
Bạch cầu máu (G/L)		8,3 ± 3,6	7,6 ± 4,4	0,2
Huyết sắc tố (g/l)		126,1 ± 13,1	131,1 ± 17	0,1
Tiểu cầu (G/L)		296 ± 82	218 ± 62,3	0,01
ALT (UI/L)		28,6 ± 20,1	31,2 ± 16,4	0,5
AST (UI/L)		30,7 ± 24	36,1 ± 22	0,3
Ure (mmol/l)		5,1 ± 1,3	6,2 ± 2,4	0,06
Creatinin ( $\mu$ mol/l)		60,5 ± 16	70 ± 13,4	0,4
Fibrinogen (g/l)		3,2 ± 0,7	3,3 ± 0,6	0,3
D-dimer ( $\mu$ g/l)		0,4 ± 0,3	0,5 ± 0,4	0,2
CRP (mg/l)		4,4 ± 3,1	4,5 ± 3,4	0,9

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt và các giá trị trung bình của xét nghiệm số lượng bạch cầu, huyết sắc tố, men gan, chức năng thận, D-dimer, fibrinogen và CRP ( $p > 0,05$ ) giữa trẻ em và người lớn. Nhóm trẻ em có số lượng tiểu cầu trung bình cao hơn thực sự nhóm người lớn ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 5: So sánh một số thay đổi lâm sàng và điều trị của hai nhóm**

Chi số		Phân nhóm	Nhóm nghiên cứu		Tổng	P ( $\chi^2$ test)
			Trẻ em n(%)	Người lớn n(%)		
Thay đổi bạch cầu	Tăng		8 (15,1)	27 (13,6)	35	0,4 (1,4)
	Giảm		5 (9,4)	11 (5,3)	16	
	Bình thường		40 (75,5)	169 (81,1)	209	
Thay đổi tiểu cầu	Tăng		14 (26,4)	2 (1,0)	16	0,01 (25,4)
	Giảm		1 (1,9)	26 (12,6)	27	
	Bình thường		38 (71,7)	179 (86,5)	260	
Tăng men gan	Có		6 (11,3)	33 (16)	39	0,3 (1,2)
	Không		47 (88,7)	174 (84)	221	
Tăng D-dimer	Có		1 (1,9)	19 (9,2)	20	0,3 <sup>(a)</sup>
	Không		52 (98,1)	188 (90,3)	240	

Suy thận	Có	0 (0)	5 (2,4)	5	0,2 <sup>(a)</sup>
	Không	53 (100)	202 (97,6)	255	
Kháng sinh	Có	9 (17,8)	26 (12,6)	35	0,9 (2,9)
	Không	44 (82,2)	171 (87,4)	215	
Thuốc kháng vi rút	Có	0 (0)	15 (7,2)	15	0,04 <sup>(a)</sup>
	Không	53(100)	192 (92,8)	235	
Thuốc chống đông	Có	0 (0)	19 (9,2)	19	0,02 <sup>(a)</sup>
	Không	53(100)	188 (90,3)	241	

(a): *Exact Test*

**Nhận xét:** Hai nhóm không có sự khác biệt về tỷ lệ thay đổi số lượng bạch cầu, tăng men gan, suy thận và sử dụng kháng sinh. Trẻ em mắc COVID-19 có tỷ lệ tăng số lượng tiểu cầu cao hơn ở người lớn ( $p < 0,01$ ). Không bệnh nhân nào nhóm trẻ em phải sử dụng thuốc chống đông, thuốc kháng vi rút sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Một số đặc điểm dịch tễ học của trẻ mắc COVID-19.** Qua nghiên cứu 53 trẻ em và 207 người lớn mắc biến thể B.1.1.7 chủng vi rút SARS-CoV-2 tại Hải Dương, Việt Nam trong đợt bùng phát dịch lần thứ 3 chúng tôi thấy, số trẻ mắc cao hơn hẳn so với hai đợt dịch đầu (kết quả hình 1). Theo kết quả một số nghiên cứu trên thế giới thấy tỷ lệ mắc COVID-19 ở trẻ em vào khoảng 1-2% (CDC), còn tác giả Jonas thống kê thấy khoảng tỷ lệ trẻ em mắc COVID-19 vào khoảng 1%-5%. Kết quả trong bảng 1 thấy ở trẻ em nguồn phơi nhiễm từ gia đình chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm người lớn, có thể nói, nguồn lây nhiễm cho trẻ em phần lớn từ các thành viên trong gia đình, còn ở người lớn lại chủ yếu tiếp xúc trong cộng đồng. Do vậy cần phát hiện sớm và cách ly người bệnh nhằm hạn chế nguồn lây. Hiện nay đây là chiến lược phòng chống dịch và kiểm soát dịch tốt nhất tại Việt Nam, điều đó cũng lý giải kết quả đạt được trong chiến dịch đẩy lùi COVID-19 tại Việt Nam. Kết quả trong bảng 2 thấy tuổi mắc trung bình ở trẻ em là tuổi đi học, còn tuổi mắc ở người lớn là trong độ tuổi lao động ( $36,4 \pm 13,7$ ). Trong đợt dịch lần này tại Hải Dương, Việt Nam, bệnh nhân mắc chủ yếu là nhóm công nhân nên có độ tuổi trung bình thấp, khác với tuổi trung bình trong đợt dịch II tại Đà Nẵng (trung bình 45 tuổi) [1]. Theo kết quả các nghiên cứu trên thế giới tuổi mắc cũng rất khác nhau theo từng khu vực, tại Trung Quốc, Wang thấy tuổi mắc trung bình ở người lớn tại Bắc Kinh là 45 tuổi [3]. Theo CDC tại Mỹ tuổi trung bình ở người lớn là 54,5 tuổi [4]. Nhóm trẻ em, tuổi mắc trung bình là  $7,5 \pm 4,1$  tuổi, lần đầu tiên tại Việt Nam chúng tôi ghi

nhận trẻ nhỏ nhất là trẻ sơ sinh 21 ngày, tỷ lệ trẻ lớn chiếm trên 80%. Kết quả các nghiên cứu trên thế giới thấy tuổi của trẻ mắc SARS-CoV-2 rất khác nhau theo từng khu vực trên thế giới. 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% [4], Parri nghiên cứu ở Italia trên 100 trẻ em thấy tuổi mắc 3,3 tuổi [5], còn tại Thổ Nhĩ Kỳ trong đã công bố có 117 trẻ em mắc COVID-19, tuổi trung bình là 8 tuổi, nhóm trẻ nhỏ < 1 tuổi chiếm 18,1% [6]. 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 [4]. Như vậy so với các kết quả nghiên cứu đã công bố trên thế giới, kết quả nghiên cứu về nhóm tuổi trong nghiên cứu này của chúng tôi không thấy có nhiều khác biệt so với các nghiên cứu đã công bố trước đó. Hai nhóm không có sự khác biệt và thời gian phát hiện bệnh, tuy nhiên nhóm trẻ em có thời gian âm tính với vi rút kéo dài hơn. Theo nghiên cứu đã được công bố trước đó của một số tác giả trên thế giới đều nhận thấy Như vậy kết quả phân bố trẻ mắc biến thể B.1.1.7 chủng SARS-CoV-2 theo giới trong nghiên cứu này của chúng tôi không thấy sự khác biệt so với các kết quả đã công bố trên thế giới. Kết quả trong bảng 2, cho thấy thời gian phát hiện trẻ mắc biến thể B.1.1.7 chủng vi rút SARS-CoV-2 chủ yếu là 1-2 tuần (chiếm 62,7%), 51% trẻ phơi nhiễm với nguồn lây ở cộng đồng và trong gia đình là 49%. Biến thể B.1.1.7. được phát hiện lần đầu tiên tại Anh, sau đó đã được xác định nhiều nước trên thế giới, tuy nhiên các nghiên cứu đều nhận thấy rằng biến thể B.1.1.7. tại Anh có khả năng tốc độ lây nhiễm cao hơn, tuy nhiên thời gian ủ bệnh trung bình vẫn trong khoảng 7-10 ngày, CDC của Mỹ thấy phơi nhiễm từ gia đình chiếm 68%, Parri (Italia) gặp 45% [4], [6]. Xác định nguồn lây nhiễm có vai trò rất quan trọng trong chiến lược phòng ngừa và ngăn chặn sự lây lan của vi rút SARS-CoV-2, đặc biệt biến thể B.1.1.7 có khả

năng lây lan nhanh hơn các biến thể khác.

**4.2. So sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.** Kết quả trong bảng 3 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân không triệu chứng lâm sàng hai nhóm trong nghiên cứu này khá cao (77,3% ở trẻ em và 77,4% ở người lớn). Hai nhóm không có sự khác biệt về tỷ lệ viêm phổi và tổn thương trên Xquang ngực. Nhóm trẻ em không có bệnh nhân nào phải thở máy, lọc máu, thở oxy hoặc nằm phòng hồi sức. Tuy nhiên nhóm người lớn tỷ lệ bệnh nhân phải vào phòng hồi sức và thở oxy cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy ở cả hai nhóm tỷ lệ bệnh nhân không triệu chứng khá cao và tỷ lệ bệnh nhân nặng là thấp. Đây là điều khác biệt lớn so với đợt dịch trước đây cũng như kết quả đã công bố trên thế giới. 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%. Wang thấy bệnh nhân COVID-19 tại Bắc Kinh tỷ lệ nặng phải nằm hồi sức là 17,6%, triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là sốt (82,1%), ho (45,8%), không triệu chứng chỉ gặp 8,5%. CDC 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, ho chiếm tỷ lệ cao nhất (80% ở người lớn và 54% ở trẻ em) tiếp đến là sốt (71% ở người lớn và 65% ở trẻ em). 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 [3], [4], [6], tác giả Liguoro và cộng sự đã phân tích hệ thống từ 65 nghiên cứu trên 7480 trẻ em mắc COVID-19 công bố từ tháng 1 đến tháng 5 năm 2020 thấy triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là sốt chiếm 51,6%, tiếp theo đó là ho 47,3%, khoảng 2% trẻ phải vào phòng hồi sức tích cực [7]. Như vậy so với các nghiên cứu trên thế giới, bệnh nhân mắc COVID-19 tại Việt Nam mắc biến thể thể B.1.1.7. chủng SARS-CoV-2 trong nghiên cứu này có ít biểu hiện lâm sàng về hô hấp cũng như toàn thân hơn, tỷ lệ bệnh nhân nặng cũng thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu trên thế giới. Đây là tiên lượng tốt trong điều trị, nhưng cũng là một thách thức lớn trong công tác phòng ngừa vì khó phát hiện sớm các ca nghi mắc để cách ly phòng lây nhiễm cho cộng đồng. Kết quả một số

thay đổi trong xét nghiệm trong bảng 4 cho thấy các giá trị trung bình của các xét nghiệm huyết học, sinh hóa, đông máu cơ bản của hai nhóm trẻ em và người lớn mắc COVID-19 trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên số lượng tiểu cầu trung bình ở trẻ em cao hơn người lớn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Thay đổi giá trị xét nghiệm hay gặp nhất là tăng số lượng tiểu cầu (26,4%) ở nhóm trẻ em, nhóm người lớn chỉ gặp 1%, ngược lại giảm tiểu cầu ở nhóm người lớn gặp cao hơn (12,6% và 1,9% ở trẻ em) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thay đổi về số lượng bạch cầu tăng gặp 15,1%, giảm bạch cầu gặp 9,4% không có sự khác biệt so với ở người lớn. Không có sự khác biệt tăng men gan và suy thận giữa trẻ em và người lớn. Những thay đổi thành phân công thức máu, sinh hóa, đông máu cũng như tổn thương phổi trên trẻ mắc COVID-19 cũng rất khác nhau theo từng nghiên cứu. Nghiên cứu của Parri tại Italia thấy 11% giảm bạch cầu, 14% giảm lympho, tăng CRP chỉ gặp 4% và 10% tăng men gan [6]. 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. Hơn nữa các biểu hiện lâm sàng ở cả trẻ em và người lớn trong nghiên cứu này của chúng tôi nhẹ và ít triệu chứng hơn so với các nghiên cứu trên thế giới. Do vậy đó cũng là lý do chúng tôi thấy ít có sự thay đổi về cận lâm sàng trong nghiên cứu bệnh nhân mắc biến thể B.1.1.7 chủng SARS-CoV-2 tại Việt Nam. Tổn thương phổi trong nghiên cứu này chúng tôi cũng chỉ gặp 11,3% ở trẻ em và 17% người lớn. Nghiên cứu tại Trung Quốc thấy tỷ lệ tổn thương phổi trên Xquang ngực trên người lớn gặp cao hơn còn đối với trẻ em thấp hơn (15%) [2], [3], [6], [7]. Tỷ lệ viêm phổi trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ gặp 11,8% ở trẻ em và 17,8% ở người lớn nhưng sự không sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). So sánh về mức độ tiến triển và điều trị trong bảng 5 thấy nhóm trẻ em không có bệnh nhân nào bị suy hô hấp hoặc phải vào điều trị phòng hồi sức, trong khi đó tỷ lệ suy hô hấp phải thở oxy và vào phòng điều trị tích cực nhóm người lớn cũng cao hơn sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). COVID-19 ở người lớn có tỷ lệ phải điều trị chống đông và thuốc kháng vi rút tương ứng là 9,2% và 7,2%, trong khi đó nhóm trẻ em không có bệnh

nhân, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sử dụng kháng sinh trong nghiên cứu này của chúng tôi trên trẻ em là 17,8%, người lớn là 12,6%, không có sự khác biệt giữa hai nhóm Các nghiên cứu trên thế giới ghi nhận thấy khoảng 2% trẻ mắc COVID-19 phải điều trị trong phòng hồi sức tích cực, tỷ lệ tử vong vào khoảng 0,08%. Ở người lớn mắc COVID-19 tỷ lệ suy hô hấp phải vào phòng hồi sức khoảng 15-20%, tỷ lệ tử vong vào khoảng 1-5% [3], [7]. Như vậy so với các nghiên cứu đã báo cáo trên thế giới, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ viêm phổi và suy hô hấp khá thấp, đó cũng là một điểm khác biệt rõ nét nhất trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu trước đó.

## V. KẾT LUẬN

➢ Tỷ lệ bệnh nhân không triệu chứng ở cả hai nhóm là khá cao, tuổi trung bình trong nhóm trẻ đi học, người lớn trong độ tuổi lao động

➢ Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, thay đổi các chỉ số xét nghiệm không đặc hiệu và cũng ít thay đổi hơn so với các nghiên cứu trên thế giới. Ở trẻ em tăng tiểu cầu cao hơn so người lớn, trong khi đó ở người lớn tăng D-dimer cao hơn

➢ Tỷ lệ viêm phổi thấp không có bệnh nhân nào phải vào điều trị tại phòng hồi sức tích cực, trong khi đó ở người lớn có tỷ lệ suy hô hấp và phải vào phòng điều trị tích cực cao hơn, không

có bệnh nhân tử vong ở cả 2 nhóm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ministry of Health, Dayly 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. Yu Wang, Huaiyu Tian, Li Zhang et al, (2020). Reduction of secondary transmission of SARS-CoV-2 in households by face mask use, disinfection and social distancing: a cohort study in Beijing, China. *BMJ Glob Health*. 5(5): e002794.
4. 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 Mortal Wkly Rep* 69:422–426. <https://doi.org/10.15585>.
5. 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.
6. Niccolò Parri, Matteo Lenge and Danilo Buonsenso (2020). Children with Covid-19 in Pediatric Emergency Departments in Italy. *N Engl J Med*, Jul 9;383(2):187-190.
7. 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.

## CHI PHÍ - HIỆU QUẢ CỦA CÁC LIỆU PHÁP NỘI TIẾT TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ: NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN HỆ THỐNG

Hoàng Thy Nhac Vũ<sup>1</sup>, Lê Thị Như Quỳnh<sup>1</sup>, Nguyễn Đỗ Hồng Nhung<sup>1</sup>, Trần Thị Ngọc Vân<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Liệu pháp nội tiết (LPNT) là một phương pháp điều trị mới cho bệnh ung thư vú (UTV), giúp làm chậm hoặc ngừng quá trình phát triển các khối u nhạy cảm với hormone bằng cách ngăn chặn khả năng sản xuất hormone của cơ thể hoặc can thiệp vào tác động của hormone lên tế bào UTV. **Mục tiêu:** Nghiên cứu thực hiện nhằm tổng quan hệ thống kết quả các phân tích chi phí-hiệu quả của LPNT trong điều trị UTV, tạo căn cứ cho nhà hoạch định chính sách trong việc ra quyết định lựa chọn điều trị phù

hợp. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tổng quan hệ thống, thực hiện thông qua việc tìm kiếm tài liệu được công bố trong giai đoạn 2015-2022 trên cơ sở dữ liệu Pubmed, SpringerLink, HINARI, ProQuest. Các nghiên cứu sẽ được hệ thống hóa theo kết quả liên quan đến đánh giá chi phí-hiệu quả của các thuốc. **Kết quả:** Trong 21 nghiên cứu được chọn lọc, có 11 nghiên cứu (52,5%) phân tích chi phí-hiệu quả của liệu pháp nội tiết kết hợp và 10 nghiên cứu phân tích chi phí-hiệu quả của liệu pháp nội tiết đơn thuần. Có 52,5% nghiên cứu thực hiện trên đối tượng là phụ nữ hậu mãn kinh, bị UTV giai đoạn di căn/ tiến triển, và có yếu tố tiên lượng HR+/HER2-. Nghiên cứu được thực hiện tại Hoa Kỳ và Châu Âu chiếm tỷ lệ 38,2%, và thực hiện trên quan điểm của bên cung cấp dịch vụ. Kết quả tổng quan ghi nhận việc lựa chọn LPNT đơn thuần là đạt chi phí-hiệu quả, và lựa chọn các LPNT kết hợp là không đạt chi phí-hiệu quả so với các thuốc so sánh. **Kết luận:** Chi

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thy Nhac Vũ

Email: hoangthynhacvu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 6.12.2022

Ngày duyệt bài: 21.12.2022