

V. KẾT LUẬN

Mức độ hoạt động thể lực của người bệnh suy tim là 27,1% hoạt động thể lực mức độ cao, 40% hoạt động thể lực mức độ vừa phải và 32,9% hoạt động thể lực mức độ thấp. Theo như khuyến cáo thì thực trạng hoạt động thể lực đầy đủ của người bệnh suy tim điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương là 67,1%. Nhóm người bệnh suy tim trên 60 tuổi có mức độ hoạt động thể lực thấp hơn nhóm dưới 60 tuổi, OR = 0,032; KTC 95% = 0,144-0,632; p = 0,001. Không có nhiều sự khác biệt về mức độ hoạt động thể lực theo giới tính và phân suất tổng máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Paul S, Sneed N.** Patient perceptions of quality of life and treatment in an outpatient congestive heart failure clinic. *Congestive heart failure* (Greenwich, Conn). Mar-Apr 2002;8(2):74-6, 77-9. doi:10.1111/j.1527-5299.2002.00279.x
2. **Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, et al.** International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and science in sports and exercise.* Aug 2003;35(8): 1381-95.

- doi: 10.1249/ 01.Mss.0000078924. 61453.Fb
3. **Pfaeffli L, Maddison R, Jiang Y, Dalleck L, Löff M.** Measuring physical activity in a cardiac rehabilitation population using a smartphone-based questionnaire. *Journal of medical Internet research.* Mar 22 2013;15(3):e61. doi:10.2196/ jmir.2419
 4. **Piepoli MF, Conrads V, Corrà U, et al.** Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European journal of heart failure.* Apr 2011;13(4):347-57. doi:10.1093/eurjhf/hfr017
 5. **Dontje ML, van der Wal MH, Stolk RP, et al.** Daily physical activity in stable heart failure patients. *The Journal of cardiovascular nursing.* May-Jun 2014;29(3): 218-26. doi: 10.1097/JCN.0b013e318283ba14
 6. **Klompstra L, Jaarsma T, Strömberg A.** Physical activity in patients with heart failure: barriers and motivations with special focus on sex differences. *Patient preference and adherence.* 2015;9:1603-10. doi:10.2147/ppa.S90942
 7. **Chien HC, Chen HM, Garet M, Wang RH.** Predictors of physical activity in patients with heart failure: a questionnaire study. *The Journal of cardiovascular nursing.* Jul 2014;29(4):324-31. doi:10.1097/JCN.0b013e31828568d6

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA TRẺ SƠ SINH MẮC COVID-19 ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2021-2023

Nguyễn Thị Mỹ Linh¹, Khu Thị Khánh Dung^{2,3},
Nguyễn Thị Quỳnh Nga^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ sơ sinh mắc COVID-19 điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2021-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca bệnh trẻ sơ sinh được chẩn đoán mắc COVID-19 điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2021-2023. **Kết quả:** 73 trẻ sơ sinh mắc COVID-19 chủ yếu là trẻ đủ tháng (83,6%); nhiễm COVID-19 sơ sinh khởi phát muộn (90,4%); tuổi được chẩn đoán trung bình 13,0±7,6 ngày; 69,8% trẻ nhiễm COVID-19 có tiếp xúc với nguồn lây. 75,3% các ca bệnh đồng mắc thêm các bệnh khác. Triệu chứng lâm sàng đa dạng, không đặc hiệu, hay gặp chủ yếu là sốt (45,2%), bú kém (52,1%), triệu chứng hô hấp như chảy mũi, nghẹt mũi

(65,8%), ho (61,6%), thở nhanh (46,6%). Triệu chứng cận lâm sàng thường gặp là tăng Ferritin trên 600 ng/ml (32,9%) và D-Dimer tăng trên 1000ng/mL (56,2%). Trẻ đẻ non < 37 tuần có nguy cơ mắc COVID-19 nhóm nặng - nguy kịch gấp 4,63 lần so với trẻ đủ tháng (95% CI của OR: 1,14-18,83); trẻ có cân nặng lúc sinh < 2500 gram có nguy cơ mắc COVID-19 nhóm nặng - nguy kịch gấp 7,13 lần so với trẻ có cân nặng lúc sinh ≥ 2500 gram (95% CI của OR: 1,42-35,83); trẻ có chỉ số Ferritin > 600 ng/ml có nguy cơ mắc COVID-19 nhóm nặng - nguy kịch cao gấp 2,87 lần so với trẻ có chỉ số Ferritin ≤ 600 ng/ml (95% CI của OR:1,05-7,89). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. **Kết luận:** COVID-19 có thể gặp ở trẻ sơ sinh, chủ yếu là khởi phát muộn. Các biểu hiện lâm sàng thường đa dạng và không đặc hiệu, cận lâm sàng thường gặp nhất là tăng Ferritin và D-dimer máu. Trẻ sinh non, cân nặng lúc sinh thấp hoặc có chỉ số Ferritin > 600 ng/ml có nguy cơ mắc COVID-19 nặng hơn nhóm trẻ đủ tháng, cân nặng bình thường hoặc có chỉ số Ferritin ≤ 600 ng/ml.

Từ khóa: COVID-19, trẻ sơ sinh, đẻ non

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGY OF NEONATES WITH COVID-19 INPATIENT TREATMENT AT

¹Bệnh viện Nông nghiệp

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: quynhnga@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

NATIONAL CHILDREN HOSPITAL IN 2021-2023

Objective: Description of clinical and subclinical characteristics of neonates with COVID-19 inpatient treatment at the National Children's Hospital in 2021-2023. **Subjects and methods:** Description of a case series of infants diagnosed with COVID-19 inpatient treatment at the National Children's Hospital in 2021-2023. **Results:** The 73 neonates with COVID-19 were mainly full term (83.6%); late-onset neonatal COVID-19 infection (90.4%); the average age of diagnosis was 13.0±7.6 days; 69.8% of children infected with COVID-19 had contact with a source of infection. 75.3% of cases co-infected with other diseases. Clinical symptoms are varied, non-specific, the most common are fever (45.2%), poor feeding (52.1%), respiratory symptoms such as runny nose, stuffy nose (65.8%), cough (61.6%), rapid breathing (46.6%). Common subclinical symptoms were increased Ferritin above 600 ng/ml (32.9%) and D-Dimer increased over 1000ng/mL (56.2%). Premature infants < 37 weeks have a 4.63 times higher risk of severe - critical COVID-19 than term infants (95% CI of OR: 1.14-18.83); neonates with birth weight < 2500 grams were 7.13 times more likely to have severe-critical COVID-19 than neonates with birth weight ≥ 2500 grams (95% CI of OR: 1.42-35, 83); neonates with ferritin index > 600 ng/ml had a 2.87 times higher risk of severe and critical COVID-19 than neonates with ferritin index ≤ 600 ng/ml (95% CI of OR: 1.05 -7.89). The difference was statistically significant with p<0.05. **Conclusion:** COVID-19 can be seen in neonates, mostly of late onset. The clinical manifestations are often varied and non-specific, the most common laboratory findings are elevated ferritin and blood D-dimer. Babies born prematurely, with low birth weight or with a ferritin index > 600 ng/ml have a higher risk of severe COVID-19 than full-term infants with normal weight or with a ferritin index ≤ 600 ng/ml.

Keywords: COVID-19, neonates, preterm birth

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tháng 12 năm 2019, virus SAR-CoV2 gây bệnh COVID-19 xuất hiện tại thành phố Vũ Hán, Trung Quốc và nhanh chóng lan rộng ra toàn thế giới trở thành đại dịch toàn cầu. Bệnh thường gặp ở người lớn. Trẻ em cũng có thể mắc bệnh nhưng chiếm tỉ lệ nhỏ. Ở Hàn Quốc, trong 89.069 người mắc COVID-19 thì có 4,8% là trẻ em, trong đó có cả trẻ sơ sinh.¹ Triệu chứng mắc COVID-19 của trẻ sơ sinh thường đa dạng và không đặc hiệu.² Nghiên cứu của Roberto Raschetti và cs trên 176 trẻ sơ sinh mắc COVID-19 cho thấy biểu hiện lâm sàng đa dạng gồm sốt (44%), tiêu hóa (36%), hô hấp (52%) và biểu hiện thần kinh (18%) và hình ảnh tổn thương phổi trên phim X-quang.³ Nhiễm COVID-19 khởi phát muộn ở trẻ sơ sinh cần nhập viện có thể diễn biến nặng, tăng nguy cơ thở máy và viêm cơ tim.² Nghiên cứu của Đào Hữu Nam và cs về "Nguyên nhân tử vong và một số yếu tố liên

quan tới tử vong ở trẻ mắc COVID-19 tại Bệnh viện Nhi Trung ương" ghi nhận 30 ca tử vong trong thời gian từ tháng 12/2021-5/2022, trong đó có 16,7% trẻ dưới 1 tháng tuổi.⁴ Tuy vậy, ở Việt Nam, dữ liệu về COVID-19 ở trẻ sơ sinh được công bố rất hạn chế. Khai thác yếu tố dịch tễ, biểu hiện lâm sàng nghi ngờ bệnh ở nhóm này vô cùng quan trọng, giúp chẩn đoán và điều trị kịp thời. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ sơ sinh mắc COVID-19 tại bệnh viện Nhi Trung ương*" với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ sơ sinh mắc COVID-19 điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2021-2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

- **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả trẻ sơ sinh < 1 tháng tuổi được chẩn đoán mắc COVID-19 điều trị nội trú tại Trung tâm bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Nhi Trung ương từ ngày 1/1/2021 đến ngày 30/05/2023.

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán** trẻ sơ sinh mắc COVID-19 theo quyết định 405/QĐ-BYT của Bộ Y Tế,⁵ cần điều trị nội trú: Ca bệnh xác định COVID-19 là 1 trong 4 trường hợp: trẻ có xét nghiệm PCR SAR-CoV2 (+); trẻ tiếp xúc gần với nguồn lây và có test nhanh SAR-CoV2 (+); trẻ có yếu tố dịch tễ, biểu hiện lâm sàng nghi ngờ và có test nhanh SAR-CoV2 (+); trẻ có yếu tố dịch tễ và có test nhanh SAR-CoV2 (+) 2 lần liên tiếp; **VÀ** tiêu chuẩn điều trị nội trú là trẻ mắc COVID-19 mức độ trung bình trở lên hoặc có các tình trạng bệnh đồng mắc cần nhập viện.

- Theo quyết định 405/QĐ-BYT của Bộ Y Tế⁵ trẻ mắc COVID chia làm 4 mức độ bệnh:

+ **Mức độ nhẹ:** Triệu chứng không điển hình: sốt, ho, chảy mũi, tiêu chảy, nôn,..., không có triệu chứng của viêm phổi; tần số thở < 60 lần/phút; không có biểu hiện của thiếu oxy, SpO₂ ≥ 96% khi thở khí trời; thần kinh: trẻ tỉnh táo, bú mẹ bình thường; X-quang phổi bình thường.

+ **Mức độ trung bình:** Có triệu chứng viêm phổi nhưng không có các dấu hiệu của viêm phổi nặng và rất nặng: thở ≥ 60 lần/phút; SpO₂ 94 - 95% khi thở khí trời; trẻ tỉnh táo, mệt, bú ít hơn; X-quang phổi có tổn thương dạng mô kẽ, kính mờ (thường 2 đáy phổi).

+ **Mức độ nặng:** Khi trẻ 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 ≥ 60 lần/phút kèm ≥ 1 dấu hiệu co rút lồng ngực

hoặc thở rên, phập phồng cánh mũi; thần kinh: trẻ khó chịu, quấy khóc, bú khó.

- SpO₂ 90 - < 94% khi thở khí trời.
- X-quang phổi có tổn thương dạng mô kẽ, kính mờ lan tỏa ≥ 50% phổi.

+ Mức độ nguy kịch: Khi trẻ có một trong các dấu hiệu sau:

- Suy hô hấp nặng SpO₂ < 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.

- Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS).
- Huyết áp tụt, sốc, sốc nhiễm trùng, lactat máu > 2 mmol/L.

- Suy đa tạng.
- Cơ bão cytokin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả loạt ca bệnh.
 - Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: cỡ mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu

- Các bước tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân đến khám cần nhập viện điều trị nội trú tại Trung tâm bệnh nhiệt đới hoặc từ các khoa lâm sàng khác chuyển đến đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ca bệnh COVID-19 xác định sẽ được chọn vào nghiên cứu. Sau đó, bệnh nhân được hỏi tiền sử, bệnh sử, thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết tại thời điểm chẩn đoán bệnh COVID-19, phân loại mức độ bệnh:

+ Thời gian khởi phát: nhiễm COVID-19 sơ sinh khởi phát sớm (< 5 ngày sau sinh) và nhiễm COVID-19 sơ sinh khởi phát muộn (≥ 5 ngày sau sinh) theo định nghĩa của Hội Nhi khoa Hoa Kỳ.⁶

- Phân thành 2 nhóm bệnh nhân: nhẹ - trung bình và nặng - nguy kịch để khảo sát mối liên quan với một số yếu tố nguy cơ.

- Biến số nghiên cứu: giới tính, tuổi thai, cân nặng lúc sinh, tuổi được chẩn đoán mắc COVID-19, nguồn lây, bệnh đồng mắc; triệu chứng lâm sàng: sốt, hô hấp (chảy mũi, nghẹt mũi, ho, thở nhanh, thở rên, rút lõm lồng ngực, cơn ngừng thở, ran phổi), tiêu hóa (bú kém/bỏ bú, tiêu chảy, nôn, chướng bụng), thần kinh (li bì, kích thích, thay đổi trương lực cơ), tuần hoàn (nhịp tim nhanh > 180 lần/phút, refill > 2s); cận lâm sàng: bạch cầu (tăng > 20 G/L, giảm < 5 G/L), tiểu cầu (giảm < 150 G/L), CRP (tăng > 6 mg/L), Ferritin (tăng > 600 ng/ml), D-dimer (tăng > 1000 ng/ml), LDH (tăng: > 1000 U/L với trẻ 0-15 ngày tuổi, > 375 U/L với trẻ 15-30 ngày tuổi).

- Phương pháp xử lý số liệu: Nhập và xử lý

số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng y đức Bệnh viện Nhi Trung ương (Giấy chứng nhận số 2783/BVNTW-HĐĐĐ) và Trường Đại học Y Hà Nội (Quyết định số 1950) thông qua và chấp nhận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | | Số trẻ (n,%) | Mean ± SD (min-max) |
|----------------------------|--------|--------------|--------------------------|
| Giới | Nam | 43 (58,9%) | |
| | Nữ | 30 (41,1%) | |
| Tuổi được chẩn đoán (ngày) | < 5 | 7 (9,6%) | 13,4±7,0 (1 - 28) |
| | ≥ 5 | 66 (90,4%) | |
| Tuổi thai (tuần) | < 37 | 12 (16,4%) | 38,0±2,4 (28 - 40) |
| | ≥ 37 | 61 (83,6%) | |
| Cân nặng lúc sinh (gram) | < 2500 | 11 (15,1%) | 3071,2±638,7 (1200-4400) |
| | ≥ 2500 | 62 (84,9%) | |
| Nguồn lây | Có | 52 (71,2%) | |
| | Không | 21 (28,8%) | |
| Bệnh đồng mắc* | | 55 (75,3%) | |

*: Bệnh đồng mắc: nhiễm khuẩn sơ sinh, viêm phổi do các tác nhân khác, bệnh màng trong, tim bẩm sinh, vàng da, viêm da mủ, xuất huyết giảm tiểu cầu, bệnh ngoại khoa.

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ = 1,6/1, trẻ sinh đủ tháng chiếm 83,6%, trẻ có cân nặng lúc sinh ≥ 2500 gram chiếm 84,9%, đa phần các trường hợp nhiễm COVID-19 muộn (66 ca, 90,4%). Tuổi được chẩn đoán trung bình 13,0±7,6 ngày. Có 52 trẻ (71,2%) xác định được nguồn lây, 25% không rõ nguồn lây. 75,3% các ca bệnh đồng mắc thêm các bệnh khác: nhiễm khuẩn sơ sinh, viêm phổi do các tác nhân khác, bệnh màng trong, tim bẩm sinh, vàng da, viêm da mủ, xuất huyết giảm tiểu cầu, bệnh ngoại khoa.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Các triệu chứng lâm sàng của bệnh

| Nhóm triệu chứng | Triệu chứng | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------|---------------------|--------------|-----------|
| Sốt (t ≥ 37,5°C) | | 33 | 45,2 |
| | Chảy mũi, nghẹt mũi | 48 | 65,8 |
| Hô hấp | Ho | 45 | 61,6 |
| | Thở nhanh | 34 | 46,6 |
| | Ran phổi | 33 | 45,2 |

| | | | |
|-----------|-------------------------------------|----|------|
| | Rút lõm lồng ngực | 20 | 27,4 |
| | Cơn ngừng thở | 12 | 16,4 |
| | Thở rên | 3 | 4,1 |
| Tiêu hóa | Bú kém/Bỏ bú | 38 | 52,1 |
| | Tiêu chảy | 9 | 12,3 |
| | Nôn | 7 | 9,6 |
| | Chướng bụng | 2 | 2,7 |
| Thần kinh | Li bì | 11 | 15,1 |
| | Kích thích | 2 | 2,7 |
| | Thay đổi trương lực cơ | 3 | 5,2 |
| Tim mạch | Nhịp tim nhanh ≥ 180 lần/ phút | 5 | 6,8 |
| | Refill >2 giây | 5 | 6,8 |

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng đa dạng, không đặc hiệu, hay gặp chủ yếu là chảy mũi, nghẹt mũi (65,8%), ho (61,6%), bú kém (52,1%), thở nhanh (46,6%), ran phổi (45,6%), sốt (45,2%), triệu chứng thần kinh và tuần hoàn không phổ biến.

Bảng 3.4: Một số yếu tố liên quan tới mức độ nặng của bệnh

| Đặc điểm | Phân độ COVID | | OR | 95% CI | p |
|--------------------------|------------------|------------------|------|------------|--------|
| | Nhẹ - Trung bình | Nặng - Nguy kịch | | | |
| Đẻ non (tuần) | < 37 | 3 (25%) | 4,63 | 1,14-18,83 | 0,03* |
| | ≥ 37 | 37 (60,7%) | | | |
| Cân nặng lúc sinh (gram) | < 2500 | 2 (18,2%) | 7,13 | 1,42-35,83 | 0,018* |
| | ≥ 2500 | 38 (61,3%) | | | |
| Ferritin (ng/ml) | > 600 | 9 (37,5%) | 2,87 | 1,05-7,89 | 0,048* |
| | ≤ 600 | 31 (63,3%) | | | |
| D-dimer (ng/ml) | > 1000 | 20 (45,5%) | 2,67 | 0,99-7,14 | 0,058* |
| | ≤ 1000 | 20 (69,0%) | | | |

Nhận xét: Các nhóm bệnh nhân có cân nặng lúc sinh < 2500g hoặc non tháng < 37 tuần hoặc Ferritin > 600 ng/ml có nguy cơ mắc COVID-19 nhóm nặng - nguy kịch cao hơn, lần lượt gấp 7,13 lần; 4,63 lần và 2,87 lần nhóm trẻ còn lại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. D-Dimer tăng trên 1000ng/mL (56,2%) không tương quan với mức độ nặng của bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 73 bệnh nhân sơ sinh mắc COVID-19 tại Trung tâm bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/2021-05/2023, độ tuổi được chẩn đoán trung bình là $13,4 \pm 7,0$ (1 - 28) ngày, chủ yếu là nhiễm COVID-19 sơ sinh khởi phát muộn (90,4%), khá tương đồng với nghiên cứu trên 157 trẻ sơ sinh mắc COVID-19 của Ilke Mungan Akin, tuổi khi nhập viện là $15,3 \pm 7,6$ ngày.² Trong nghiên cứu của Roberto Raschetti trên 176 trẻ sơ sinh mắc COVID-19 trên toàn thế giới, độ tuổi được chẩn đoán của nhóm đối tượng này thấp hơn nhiều, trung bình

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3: Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | Số lượng (n) | Tỉ lệ (%) |
|-----------------------------|--------------|-----------|
| Số lượng bạch cầu > 20 G/L | 5 | 6,8 |
| Số lượng bạch cầu < 5 G/L | 5 | 6,8 |
| Số lượng tiểu cầu < 150 G/L | 12 | 16,4 |
| Tăng CRP > 6 mg/L | 17 | 23,3 |
| Tăng D-Dimer > 1000 ng/ml | 41 | 56,2 |
| Tăng Ferritin > 600 ng/ml | 24 | 32,9 |
| Tăng LDH | 9 | 9,6 |

Nhận xét: Đặc điểm cận lâm sàng thường gặp nhất là tăng D-Dimer và Ferritin. Bạch cầu, tiểu cầu, CRP và LDH đa phần bình thường.

3.4. Một số yếu tố liên quan tới mức độ nặng của bệnh

5 ngày.³ Về đặc điểm giới, nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ nam/nữ = 1,4/1, không chênh lệch nhiều với nghiên cứu của Ilke Mungan Akin (nam/nữ = 1,6/1) và Roberto Raschetti (nam/nữ = 1,7/1). Sự khác nhau do cách lựa chọn mẫu, cỡ mẫu, quốc gia và thời điểm nghiên cứu khác nhau. Trẻ mắc COVID-19 phần lớn là trẻ đẻ đủ tháng và cân nặng bình thường, có lẽ do đối tượng này dễ tiếp xúc với các nguồn lây hơn, phù hợp với đặc điểm nguồn lây chủ yếu từ người thân trong gia đình, tương đồng với nghiên cứu của Ilke Mungan Akin và Roberto Raschetti. Tỉ lệ có các bệnh đồng mắc cao lên (75,3%), cao hơn nghiên cứu của Phùng Nguyễn Thế Nguyên, tỉ lệ bệnh nền của trẻ em mắc COVID-19 là 34,6%,⁷ khả năng do trẻ sơ sinh là đối tượng miễn dịch còn kém, dễ mắc bệnh.

Nhìn chung, trong các nghiên cứu, triệu chứng lâm sàng của trẻ sơ sinh mắc COVID-19 đều đa dạng, không đặc hiệu. Ba nhóm triệu chứng phổ biến nhất là hô hấp, sốt và tiêu hóa với các tỉ lệ khác nhau. Trong nghiên cứu của

chúng tôi, đặc điểm hay gặp chủ yếu là chảy mũi, nghẹt mũi (65,8%), ho (61,6%), bú kém (52,1%), thở nhanh (46,6%), ran phổi (45,2%), sốt (45,2%), triệu chứng thần kinh và tuần hoàn không phổ biến. Theo Ilke Mungan, sốt là triệu chứng phổ biến nhất (64,2%), tiếp theo là không dung nạp thức ăn (25,6%), ho (21,6%), thở nhanh (18,8%), co rút lồng ngực (12,5%) và tiêu chảy (14,8%).² Theo Roberto Raschetti, triệu chứng hô hấp phổ biến nhất (52,5%), tiếp sau là sốt (44,3%), tiêu hóa (36%), thần kinh (18,6%), 10,3% có thay đổi về huyết động.³ Trong nghiên cứu của chúng tôi, bạch cầu và thành phần bạch cầu, tiểu cầu, CRP, LDH đa phần bình thường, tương đồng với nghiên cứu của Ilke Mungan² và Vũ Thị Thu Nga.⁸ Chỉ số Ferritin và D-dimer tăng cao ở đa số ca bệnh, tương đồng với nghiên cứu trên đối tượng trẻ < 2 tháng tuổi của Vũ Thị Thu Nga⁸ và đối tượng trẻ <16 tuổi của Phùng Nguyễn Thế Nguyên.⁷ Theo Bộ Y Tế khuyến cáo Ferritin tăng trên 600 ng/ml và D-Dimer tăng cao trên 1000ng/ml là những dấu hiệu gợi ý nguy cơ cao tiến triển dẫn đến bão cytokine.⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ có Ferritin tăng trên 600 ng/ml (32,9%) có có nguy cơ mắc COVID-19 nhóm nặng - nguy kịch cao gấp 2,87 lần so với trẻ có chỉ số Ferritin ≤ 600 ng/ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. D-Dimer tăng trên 1000ng/ml chiếm 56.2% nhưng không tương quan với mức độ nặng của bệnh, tương tự nghiên cứu của Vũ Thị Thu Nga,⁸ điều này có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu nhỏ, chưa đại diện cho quần thể. Có thể thấy, sự biến đổi các chỉ số cận lâm sàng ở trẻ sơ sinh và trẻ em nói chung có nhiều điểm tương đồng.

Nhóm trẻ có cân nặng lúc sinh < 2500g và đẻ non < 37 tuần có nguy cơ mắc COVID-19 nhóm nặng - nguy kịch cao hơn nhóm trẻ có cân nặng lúc sinh ≥ 2500 gram và đẻ đủ tháng ≥ 37 tuần, lần lượt gấp 7,13 lần và 4,63 lần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Vũ Thị Thu Nga trên 38 trẻ dưới 2 tháng cũng ghi nhận nhóm trẻ đẻ non < 37 tuần có nguy cơ mắc COVID-19 nặng-nguy kịch gấp 11,57 lần nhóm trẻ đủ tháng.⁸ Điều này phù hợp vì trẻ sinh non và cân nặng thấp có hệ miễn dịch non yếu, các cơ quan chưa hoàn thiện chức năng dẫn tới khi bị COVID-19 dễ xảy ra biến chứng nặng và cũng dễ đồng nhiễm các tác nhân khác làm nặng thêm tình trạng bệnh.

V. KẾT LUẬN

COVID-19 có thể gặp ở trẻ sơ sinh, chủ yếu là khởi phát muộn. Các biểu hiện lâm sàng thường đa dạng và không đặc hiệu, thường gặp triệu chứng hô hấp, tiêu hóa và sốt, cận lâm sàng thường gặp nhất là tăng Ferritin và D-dimer máu. Trẻ sinh non, cân nặng lúc sinh thấp và có chỉ số Ferritin tăng trên 600 ng/ml có nguy cơ mắc COVID-19 nặng hơn nhóm trẻ đủ tháng, cân nặng bình thường và có chỉ số Ferritin ≤ 600 ng/ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Diseases KS of I, Diseases KS of PI, Epidemiology KS of, Therapy KS for A, Prevention KS for H associated IC and, Prevention KC for DC and.** Report on the Epidemiological Features of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in the Republic of Korea from January 19 to March 2, 2020. J Korean Med Sci. 2020;35(10). doi:10.3346/jkms.2020.35.e112
- Akin IM, Kanburoglu MK, Tayman C, et al.** Epidemiologic and clinical characteristics of neonates with late-onset COVID-19: 1-year data of Turkish Neonatal Society. Eur J Pediatr. Published online January 21, 2022. doi:10.1007/s00431-021-04358-8
- Raschetti R, Vivanti AJ, Vauloup-Fellous C, Loi B, Benachi A, De Luca D.** Synthesis and systematic review of reported neonatal SARS-CoV-2 infections. Nat Commun. 2020;11:5164. doi:10.1038/s41467-020-18982-9
- Nam DH** (2022). Nguyên nhân và một số yếu tố liên quan đến tử vong ở trẻ em mắc COVID-19 tại bệnh viện Nhi Trung ương. Hội nghị Nhi khoa toàn quốc lần thứ XXIV, Hà Nội, ngày 24-27/11/2022.
- Bộ Y Tế** (2022). Quyết định 405/QĐ-BYT 2022 Hướng dẫn chẩn đoán điều trị COVID19 ở trẻ em. Published February 22, 2022. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-405-QĐ-BYT-2022-Huong-dan-chan-doan-dieu-tri-COVID19-o-tre-em-504157.aspx>
- Sankaran D, Nakra N, Cheema R, Blumberg D, Lakshminrusimha S.** Perinatal SARS-CoV-2 Infection and Neonatal COVID-19: A 2021 Update. NeoReviews. 2021;22(5):e284-e295. doi:10.1542/neo.22-5-e284
- Nguyen PNT, Thuc TT, Hung NT, et al.** Risk factors for disease severity and mortality of children with Covid-19: A study at a Vietnamese Children's hospital. J Infect Chemother. 2022;28(10): 1380-1386. doi:10.1016/j.jiac.2022.06.010
- Nga VTT, Duong TTT, Phong NT, Diu HT, Dung PT.** Phân tích một loạt ca bệnh trẻ dưới 2 tháng tuổi mắc COVID-19 tại bệnh viện đa khoa Đức Giang. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;514(5):138-145.