

ĐẶC ĐIỂM VIÊM PHỔI CẦN HỖ TRỢ HÔ HẤP Ở TRẺ NHIỄM SARS-COV-2 TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 NĂM 2021-2022

Phan Nhất Vy¹, Đỗ Châu Việt², Phạm Thị Minh Hồng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị trẻ nhiễm SARS-CoV-2 được chẩn đoán viêm phổi và cần hỗ trợ hô hấp. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả 127 trẻ nhiễm SARS-CoV-2 có viêm phổi cần hỗ trợ hô hấp được điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2021 đến 31/12/2022. **Kết quả:** Trong 127 trẻ nhiễm SARS-CoV-2, trẻ ≥ 60 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất (48%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1. Trẻ có bệnh nền chiếm 40,2%, béo phì 16,7%. Có 22,8% trẻ nhiễm SARS-CoV-2 ở mức độ trung bình, 56,7% ở mức độ nặng và 20,5% ở mức độ nguy kịch. Triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng thường gặp là co lõm ngực (92,1%), sốt (85%), ho (81,1%), thở nhanh (63,8%). SpO₂ trung vị là 86,9%. Không ghi nhận cõ ran phổi 70,1%. Có 34,6% trẻ có số lượng bạch cầu lympho giảm theo tuổi. Tăng D-dimer, Ferritin, CRP, AST và ALT lần lượt gặp trong 79,3%, 75,3%, 43,7%, 18,1% và 7,9% các trường hợp. Tổn thương thường gặp nhất trên X quang ngực là đông đặc phổi (41,7%), thâm nhiễm phế nang (33,9%) và thâm nhiễm mô kẽ (22,8%). Có 31,5% trẻ cần thở oxy qua cannula mũi, 41,7% thở NCPAP và 26,8% thở máy. Thời gian trung vị cần hỗ trợ hô hấp là 6,8 ngày. Có 24 trẻ tử vong (18,9%). **Kết luận:** Trẻ em nhiễm SARS-CoV-2 bị viêm phổi cần hỗ trợ hô hấp có tỷ lệ tử vong cao. **Từ khóa:** COVID-19, SARS-CoV-2, trẻ em, viêm phổi, hỗ trợ hô hấp.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PNEUMONIA REQUIRING RESPIRATORY SUPPORT IN CHILDREN INFECTED WITH SARS-CoV-2 AT CHILDREN'S HOSPITAL No2 IN 2021-2022

Objectives: To describe the clinical, laboratory and treatment characteristics of pneumonia requiring respiratory support in children infected with SARS-CoV-2. **Methods:** A case series of 127 children infected with SARS-CoV-2 diagnosed pneumonia requiring respiratory support at the Children's Hospital No2 from January 1st, 2021 to December 31st, 2022. **Results:** Among 127 children infected with SARS-CoV-2 who develop pneumonia and require respiratory support, children 60 months and older accounted for the highest proportion (48%). The male/female ratio was 1.7/1. Children with underlying diseases accounted for 40.2% and obesity 16.7%. The

spectrum of SARS-CoV-2 infection severity included moderate diseases (22.8%), severe diseases (56.7%), and critical diseases (20.5%). The most common clinical symptoms and signs were chest indrawing (92.1%), fever (85%), cough (81.1%), and tachypnea (63.8%). The median SpO₂ level was 86.9%. No pulmonary rales recorded 70.1%. There were 34.6% of children whose lymphocyte count decreased with age. The elevations in D-dimer, Ferritin, CRP, AST and ALT occurred in 79.3%, 75.3%, 43.7%, 18.1% and 7.9% of children, respectively. The most common lesions on chest X-ray were pulmonary consolidation (41.7%), alveolar infiltrates (33.9%), and interstitial infiltrates (22.8%). The methods of respiratory support included nasal cannula (31.5%), NCPAP (41.7%), and mechanical ventilation (26.8%). The median time requiring respiratory support was 6.8 days. There were 24 children who died (18.9%). **Conclusions:** Children infected with SARS-CoV-2 who develop pneumonia and require respiratory support have a high fatality rate.

Keywords: COVID-19, SARS-CoV-2, children, pneumonia, respiratory support.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vào cuối năm 2019, một coronavirus mới (SARS-CoV-2) được phát hiện là nguyên nhân của chùm ca bệnh viêm phổi tại thành phố Vũ Hán, tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc. Bệnh nhanh chóng lây lan thành dịch trên toàn quốc, kéo theo số ca bệnh tăng lên ở các nước khác trên toàn thế giới. Nhiều bằng chứng thấy rằng trẻ em ở mọi lứa tuổi đều có thể bị nhiễm SARS-CoV-2 và COVID-19 ở trẻ em không nghiêm trọng như người lớn. Mặc dù chiếm tỷ lệ không cao và các trường hợp nhập viện và tử vong liên quan đến COVID-19 thường gặp hơn ở người lớn, nhưng COVID-19 có thể dẫn đến các kết cục nghiêm trọng ở trẻ em và thanh thiếu niên^{1,3}. Đa số trẻ có tiền lượng tốt, tuy nhiên ở một số trường hợp, diễn tiến lâm sàng có thể xấu đi với các triệu chứng khó thở, tím tái và ARDS, điều này có thể làm tiến triển nhanh đến suy đa cơ quan và tử vong. Omar Irfan và cộng sự tổng hợp dữ liệu về trẻ em (0-19 tuổi) mắc COVID-19 từ 31 quốc gia đã ghi nhận có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa trẻ mắc COVID-19 không nặng (2402 trường hợp, 64 nghiên cứu) và nặng (796 trường hợp, 38 nghiên cứu), đó là tỷ lệ thở máy, nhập vào đơn vị chăm sóc tích cực và tử vong ở nhóm nặng lần lượt là 43%, 95% và 8% so với nhóm không nặng đều là 0%⁵. Như vậy, trong trường hợp dịch bệnh xảy ra, gánh nặng

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi đồng 2, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Nhất Vy

Email: nhatvyphan52@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 14.12.2023

bệnh tật và tử vong ở trẻ em rất đáng kể. Tuy nhiên, những báo cáo về viêm phổi nặng cần hỗ trợ hô hấp ở trẻ nhiễm SARS-CoV-2 tại Việt Nam không nhiều, nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm góp phần vào việc chẩn đoán và điều trị cũng như giúp ích cho việc dự phòng nguồn nhân lực và vật lực thiết yếu cho điều trị viêm phổi nặng trên trẻ nhiễm SARS-CoV-2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhi dưới 16 tuổi nhiễm SARS-CoV-2 được chẩn đoán viêm phổi và cần hỗ trợ hô hấp trong quá trình điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ ngày 01/01/2021 đến ngày 31/12/2022.

Tiêu chuẩn chọn vào. Tất cả trẻ dưới 16 tuổi nhập viện bệnh viện Nhi Đồng 2 trong thời gian từ 01/01/2021 đến 31/12/2022 thỏa cả 3 tiêu chuẩn:

1. Có kết quả PCR hoặc xét nghiệm nhanh kháng nguyên dương tính với SARS-CoV-2.

2. Được chẩn đoán là viêm phổi theo WHO gồm (1) Thở nhanh theo tuổi và/hoặc co lõm ngực và (2) X-quang phổi có tổn thương dạng nhu mô hoặc mô kẽ hoặc kính mờ.

3. Được hỗ trợ hô hấp lúc nhập viện hoặc trong quá trình điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca

Các bước tiến hành. Chúng tôi lập danh sách tất cả các trẻ được xác định nhiễm SARS-CoV-2 năm điều trị tại khoa Hồi sức Nhiễm và COVID-19 từ ngày 01/01/2021 đến ngày 31/12/2022, sau đó thu thập hồ sơ bệnh án những trẻ này tại phòng lưu trữ hồ sơ. Chúng tôi chọn ra những bệnh nhi có chẩn đoán viêm phổi và được hỗ trợ hô hấp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu đưa vào lô nghiên cứu, ghi vào bệnh án mẫu các thông tin về dịch tễ học, bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị.

Định nghĩa biến số

- Ngưỡng thở nhanh theo tuổi: trẻ <2 tháng: ≥ 60 lần/phút, 2-12 tháng: ≥50 lần/phút, 12 tháng - 5 tuổi: ≥40 lần/phút, ≥5 tuổi: ≥30 lần/phút.
- Phân độ lâm sàng của trẻ em nhiễm SARS-CoV-2 theo "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 ở trẻ em", Quyết định số 405/QĐ-BYT ngày 22 tháng 02 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế; 2022: 22-42.

2.3. Xử lý số liệu. Các dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Biểu định tính được thống kê bằng tần số và tỷ lệ %. Biểu định lượng được thống kê bằng trung bình và độ lệch chuẩn

nếu có phân phối chuẩn, bằng trung vị và khoảng tứ phân vị nếu không có phân phối chuẩn.

2.4. Y Đức. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của bệnh viện Nhi Đồng 2, số 78/GCN-BVND2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/01/2021 đến 31/12/2022 có 127 trẻ nhiễm SARS-CoV-2 mắc viêm phổi cần hỗ trợ hô hấp.

3.1. Đặc điểm dịch tễ học

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học

Đặc điểm		Tần số (N=127)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 12 tháng	36	28,3
	12 - 60 tháng	30	23,6
	≥ 60 tháng	61	48,0
Giới tính	Nam	80	63,0
	Nữ	47	37,0
Tình trạng dinh dưỡng	Suy dinh dưỡng nặng	21	16,5
	Suy dinh dưỡng vừa	14	11,0
	Béo phì	21	16,5
Có bệnh nền kèm theo		51	40,2
Bệnh nền	Động kinh	11	8,7
	Tim bẩm sinh	9	7,1
	Ung thư	6	4,7
	Hội chứng thân hư	4	3,1
	Bại não	3	2,4
	Teo đường mật	3	2,4
	Hen	2	1,6
	Đái tháo đường	2	1,6
	Lupus ban đỏ hệ thống	2	1,6
	Lao phổi	2	1,6
	Khác*	9	7,1

* 9 bệnh nền khác bao gồm: 1 viêm tiểu phế quản tắc nghẽn, 1 nhiễm CMV, 1 mở khí quản, 1 hội chứng Down, 1 hội chứng Chilaiđiti, 1 hội chứng Rubinstein-Taybi, 1 bất sản phổi, 1 bệnh thận mạn, 1 suy giảm miễn dịch, 1 động kinh kèm lao phổi, 1 động kinh kèm tim bẩm sinh.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

- Phân độ lâm sàng: có 29 trẻ nhiễm SARS-CoV-2 ở mức độ trung bình (22.8%), 72 trẻ ở mức độ nặng (56,7%) và 26 trẻ ở mức độ nguy kịch (20,5%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Tần số (N=127)	Tỉ lệ (%)
Thời gian bệnh trước nhập viện (ngày) Trung vị (25 th – 75 th)	4 (2 - 6)	
Sốt	108	85,0
Ho	103	81,1

Số mũi, nghẹt mũi	34	26,8
Nôn ói	24	18,9
Tiêu chảy	22	17,3
Rút lõm lồng ngực / co kéo cơ liên sườn	117	92,1
Thở nhanh	81	63,8
Ran ẩm	28	22,0

Ran rạt	6	4,7
Ran nổ	3	2,4
Ran rít	1	0,8
Không nghe ran	89	70,1
Độ bão hòa oxy (SpO2) (%) Trung vị (25 th – 75 th)	86,9 (85 - 92,3)	

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Kết quả huyết học và sinh hóa máu

Xét nghiệm		Tần số	Ti lệ (%)	Trung vị (25 th – 75 th)
Số lượng bạch cầu (K/ μ L) (N=127)	Tăng	31	24,4	9 (5,6 - 15,3)
	Giảm	26	20,5	
Số lượng bạch cầu trung tính (K/ μ L) (N=127)	Tăng	39	30,7	5,1 (2,8 - 10,6)
	Giảm	7	5,5	
Số lượng bạch cầu Lympho (K/ μ L) (N=127)	Tăng	5	3,9	1,98 (1,1 - 3,9)
	Giảm	44	34,6	
Số lượng tiểu cầu (K/ μ L) (N=127)	< 150	25	19,7	259 (172 - 352)
CRP (mg/L) (N=127)	> 20	55	43,3	12,6 (3,0 - 40,6)
Ferritin (μ g/L) (n=98)	Tăng	73	74,5	351,5 (126-1094)
AST (U/L) (n=123)	> 100	23	18,6	49 (34 - 81)
ALT (U/L) (n=123)	> 100	10	8,1	24 (18 - 50)
D-dimer (ng/L) (n=82)	Tăng	65	79,3	1,04 (0,6 - 3,0)

Có 34,6% trẻ có số lượng bạch cầu lympho giảm theo tuổi, trong đó 15 trẻ có số lượng < 800 K/ μ L. Có 19,7% trẻ có số lượng tiểu cầu < 150 K/ μ L, trong đó 7 trẻ có số lượng < 50 K/ μ L.

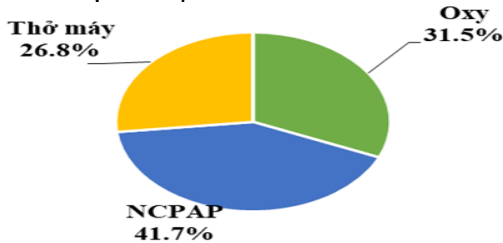
Bảng 4. Tổn thương trên X quang ngực thẳng

Hình ảnh tổn thương	Tần số (N=127)	Ti lệ (%)
Đông đặc phổi	53	41,7
Tổn thương phế nang	43	33,9
Tổn thương mô kẽ	29	22,8
Ứ khí	14	11,0
Tràn dịch màng phổi*	10	7,9
Xẹp phổi	2	1,6

*10 trường hợp có tràn dịch màng phổi trong đó có 4 trẻ lượng ít và 6 trẻ lượng trung bình.

3.4. Đặc điểm điều trị

- Hỗ trợ hô hấp



Biểu đồ 1. Các phương pháp hỗ trợ hô hấp

Có 108 trẻ (85%) cần thở oxy qua cannula mũi, trong đó 31,5% trẻ chỉ thở oxy qua cannula mũi đơn thuần mà không chuyển qua can thiệp các phương pháp hỗ trợ hô hấp cao hơn. Có 53

trẻ (41,7%) cần thở NCPAP với thời gian trung vị là 2 ngày và 34 trẻ (26,8%) cần thở máy với thời gian trung vị là 4,5 ngày.

Bảng 5. Đặc điểm điều trị

Đặc điểm điều trị		Tần số (N=127)	Ti lệ (%)	Trung vị (25 th – 75 th)
Thời điểm bắt đầu hỗ trợ hô hấp (giờ)	Lúc nhập viện	102	80,3	
	Trong 48 giờ	16	12,6	
	Sau 48 giờ	9	7,1	
Tổng thời gian hỗ trợ hô hấp (ngày)				6,8 (2 - 7)
Thời gian nằm viện (ngày)				11 (9-17)
Kết quả điều trị	Sống	103	81,1	
	Tử vong	24	18,9	

80,3% số trẻ được hỗ trợ hô hấp tại thời điểm nhập viện. Thời gian trung vị cần hỗ trợ hô hấp là 6,8 ngày, trong đó ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 78 ngày. Thời gian nằm viện trung vị là 11 ngày, trong đó ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 78 ngày. Có 24 trẻ tử vong trong quá trình điều trị (18,9%).

3.5. Đặc điểm của nhóm trẻ tử vong: 24 trẻ.

Về lâm sàng, có 11/24 trẻ (45,8%) suy dinh dưỡng vừa-nặng và béo phì, 17/24 trẻ (70,8%) có bệnh nền trong đó tim bẩm sinh và ung thư thường gặp nhất, 23/24 trẻ (95,8%) có phân độ lâm sàng nặng-nguy kịch vào thời điểm nhập viện, trong đó sốc gặp ở 11/24 trẻ (45,8%) và

ARDS 19/24 trẻ (79,2%).

Về cận lâm sàng, 12/24 trẻ (50%) có số lượng tiểu cầu giảm dưới 150 K/ μ L, 17/19 trẻ (89,5%) tăng D-dimer và 20/21 (95,2%) tăng ferritin.

Về điều trị, có 21/24 trẻ thở máy (87,5%), 24/24 trẻ (100%) được chỉ định kháng sinh 2-3 loại, 19/24 trẻ (79,2%) được dùng corticosteroid với thời gian trung vị là 5 ngày (4-9 ngày), 14/24 trẻ (58,3%) được dùng kháng đông, 18/24 trẻ (75%) được sử dụng vận mạch. Chỉ có 4/24 (16,7%) trẻ được dùng Remdesivir và IVIG và 8/24 trẻ (33,3%) được lọc máu. Thời gian hỗ trợ hô hấp trung vị là 6,5 ngày (4-12 ngày). Thời gian nằm viện trung vị là 8 ngày (4-12 ngày).

IV. BÀN LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy mọi lứa tuổi đều có thể nhiễm SARS-CoV-2 và diễn tiến đến tình trạng viêm phổi nặng cần nhập ICU để hỗ trợ hô hấp. Trong đó, nhóm tuổi ≥ 60 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất (48%). Điều này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Candace C. Fuller trên trẻ nhiễm SARS-CoV-2 cần nhập viện (02/2020 - 09/2021) tại Mỹ, ghi nhận 62% trẻ > 5 tuổi bệnh cảnh nặng cần nhập ICU². Tương tự, nghiên cứu đa trung tâm của tác giả Florian Götzinger trên trẻ COVID-19 tại châu Âu (2020) cũng cho kết quả gần 1/2 số trẻ cần nhập ICU thuộc nhóm ≥ 5 tuổi³. Những trẻ nhập ICU này chủ yếu vì cần hỗ trợ hô hấp và sử dụng vận mạch. Ngoài ra, nghiên cứu của tác giả Zhongwei Jia trên trẻ viêm phổi do SARS-CoV-2 tại Trung Quốc (2020) cũng ghi nhận kết quả tương tự với nhóm ≥ 6 tuổi chiếm đa số (52,8%)⁶.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận giới tính nam chiếm ưu thế với tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phùng Nguyễn Thế Nguyên tại bệnh viện Nhi đồng 1 (2021) với tỉ lệ nam/nữ là 1.5/1 ở trẻ nhiễm SARS-CoV-2 biểu hiện bệnh nặng/nguy kịch¹. Tuy nhiên, nghiên cứu của Zhongwei Jia và cộng sự trên trẻ viêm phổi do SARS-CoV-2 tại Trung Quốc (2020) ghi nhận nữ chiếm tỉ lệ cao hơn (56,3%) nhưng sự chênh lệch nam nữ không nhiều⁶. Sự khác biệt này có thể đến từ việc dân số chọn mẫu của Zhongwei Jia bao gồm tất cả trẻ viêm phổi do SARS-CoV-2 biểu hiện từ mức độ nhẹ đến nguy kịch, còn chúng tôi nghiên cứu trên đối tượng trẻ viêm phổi do SARS-CoV-2 cần phải hỗ trợ hô hấp, không bao gồm những trẻ bệnh nhẹ.

Béo phì là một trong những yếu tố nguy cơ liên quan đến viêm phổi ở cả người lớn và trẻ em nhiễm SARS-CoV-2⁷. Nghiên cứu của chúng tôi

ghi nhận 16,7% trẻ có tình trạng béo phì. Có 40,2% trẻ có bệnh nền, trong đó cao nhất là động kinh với 11 trẻ (8,7%), kế đến là tim bẩm sinh với 9 trẻ (7,1%).

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là rút lõm lồng ngực (92,1%), sốt (85%), ho (81,1%) và thở nhanh (63,8%). Nghiên cứu của Florian Götzinger tại châu Âu (2020) và Zhongwei Jia tại Trung Quốc (2020) cũng ghi nhận kết quả tương tự với sốt và ho là thường gặp nhất mặc dù tỉ lệ thấp hơn^{3,6}. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Phùng Nguyễn Thế Nguyên tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2021) cũng ghi nhận sốt (89,6%), thở nhanh (88,5%) và ho (85,4%) chiếm tỉ lệ cao nhất trên trẻ nhiễm SARS-CoV-2 biểu hiện bệnh nặng/nguy kịch¹. Tuy nhiên, ba triệu chứng này cũng là những triệu chứng thường gặp của bệnh lý đường hô hấp và không đặc hiệu cho trẻ nhiễm SARS-CoV-2.

Hơn 2/3 số trẻ không ghi nhận ran ở phổi (70,1%). Nghiên cứu của Zhongwei Jia tại Trung Quốc trên trẻ viêm phổi do SARS-CoV-2 cũng có kết quả tương tự. Đồng thời, nghiên cứu này cũng ghi nhận trên trẻ viêm phổi do COVID-19, đặc điểm phổi không ran có tỉ lệ cao gấp 3,5 lần so với nhóm viêm phổi do virus khác và không phải do virus ($p < 0.001$)⁶. Như vậy, đặc điểm này có thể là đặc trưng cho đối tượng trẻ viêm phổi do SARS-CoV-2. Đa số trẻ bị giảm độ bão hòa oxy trong máu với giá trị trung vị là 86,9%, điều này cũng phù hợp với dân số chọn mẫu của chúng tôi là những trẻ viêm phổi cần hỗ trợ hô hấp.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận khoảng 1/3 trẻ có số lượng bạch cầu lympho giảm, trong đó có 15 ca có số lượng < 800 K/ μ L. Nghiên cứu của Zhongwei Jia tại Trung Quốc (2020) khi so sánh trẻ viêm phổi do COVID-19 và do tác nhân khác cũng cho thấy có điểm đặc biệt chính là giảm số lượng bạch cầu lympho⁶. Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu cho thấy tăng phản ứng viêm là một trong những yếu tố nguy cơ của nhiễm SARS-CoV-2 nặng ở trẻ em^{1,4,8}. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 43,7% có giá trị CRP > 20 mg/L. Các dấu chỉ điểm viêm khác cũng theo xu hướng chung là tăng ferritin (75,3%) và tăng D-dimer (79,3%).

Các tổn thương thường gặp nhất trên X quang ngực thẳng đồng đặc phổi, tổn thương phế nang và tổn thương mô kẽ. Những tổn thương này trên phim X quang ngực thẳng không đặc hiệu cho trẻ viêm phổi do SARS-CoV-2⁶.

Đa số trẻ (80,2%) cần hỗ trợ hô hấp tại thời điểm nhập viện. Thời gian trung vị cần hỗ trợ hô hấp là 6,8 ngày. Có 85% trẻ cần thở oxy qua

cannula mũi, trong đó 31,5% trẻ chỉ thở oxy qua cannula mũi đơn thuần mà không chuyển qua can thiệp các phương pháp hỗ trợ hô hấp cao hơn. Có 53 trẻ (41,7%) cần thở NCPAP và 34 trẻ (26,8%) cần thở máy xâm lấn. Kết quả này ghi nhận tỉ lệ thở NCPAP và thở máy xâm lấn cao hơn với các nghiên cứu khác trên thế giới và Việt Nam, mặc dù vẫn tương đồng về tỉ lệ trẻ thở oxy qua cannula mũi^{1,2,4}. Thời gian nằm viện trung vị là 13,9 ngày.

Có 24 trẻ tử vong trong quá trình điều trị (18,9%), cao hơn nhiều so với báo cáo của tác giả Omar Irfan và cộng sự 8%⁵ do có sự đóng góp của nhiều yếu tố: 70,8% trẻ có bệnh nền, 95,8% có phân độ lâm sàng nặng-nguy kịch vào thời điểm nhập viện, trong đó sốc chiếm 45,8% và ARDS chiếm 79,2%. Về cận lâm sàng, 50% các trẻ này có số lượng tiểu cầu giảm dưới 150 K/ μ L, 89,5% tăng D-dimer và 95,2% tăng ferritin. Mặc dù được điều trị tích cực nhưng 24 trẻ này đã tử vong chỉ sau thời gian 8 ngày nằm viện.

V. KẾT LUẬN

Trẻ em nhiễm SARS-CoV-2 bị viêm phổi cần hỗ trợ hô hấp có tỷ lệ tử vong cao. Cần thực hiện nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để xác định rõ nguyên nhân gây tử vong cao ở trẻ nhiễm SARS-CoV-2 cần hỗ trợ hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyen P. N. T., Thuc T. T., Hung N. T., 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.

2. Fuller C. C., Cosgrove A., Shinde M., et al. Treatment and care received by children hospitalized with COVID-19 in a large hospital network in the United States, February 2020 to September 2021. *PLoS One*. 2023; 18 (7): e0288284.
3. Gotzinger F., Santiago-Garcia B., Noguera-Julian A., et al. COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020; 4 (9): 653-661.
4. Graff K., Smith C., Silveira L., et al. Risk Factors for Severe COVID-19 in Children. *Pediatr Infect Dis J*. 2021; 40 (4): e137-e145.
5. Irfan O., Muttalib F., Tang K., et al. Clinical characteristics, treatment and outcomes of paediatric COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child*. 2021; 106 (5): 440-8.
6. Jia Z., Yan X., Gao L. et al. Comparison of Clinical Characteristics Among COVID-19 and Non-COVID-19 Pediatric Pneumonias: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Front Cell Infect Microbiol*. 2021; 11: 663884.
7. Sacco V., Rauch B., Gar C., et al. Overweight/obesity as the potentially most important lifestyle factor associated with signs of pneumonia in COVID-19. *PLoS One*. 2020; 15 (11): e0237799.
8. Zachariah P., Johnson C. L., Halabi K. C., et al. Epidemiology, Clinical Features, and Disease Severity in Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in a Children's Hospital in New York City, New York. *JAMA Pediatr*. 2020; 174 (10): e202430.

SÀNG LỌC RỐI LOẠN NUỐT TẠI GIƯỜNG CHO NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO CẤP THEO THANG ĐIỂM GUSS

Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Lê Thanh Tùng², Trần Hữu Thông^{1,3}, Ngô Đức Hùng³, Đặng Tuấn Dũng¹, Phạm Xuân Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ rối loạn nuốt theo thang điểm GUSS và một số yếu tố liên quan ở người bệnh nhồi máu não cấp. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Phương pháp nghiên cứu:** 992 người bệnh nhồi máu não cấp điều trị nội trú tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai được sàng lọc rối loạn nuốt bằng thang điểm GUSS. Các yếu tố liên quan đến rối

loạn nuốt được phân tích đơn biến và hồi quy logistic đa biến. **Kết quả:** Tỉ lệ rối loạn nuốt ở người bệnh nhồi máu não là 71,5%. Rối loạn nuốt nhẹ chiếm 37,9%, rối loạn nuốt nặng và trung bình lần lượt là 22,2% và 11,4%, trong đó có 43,4% (308/709) người bệnh cần nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày. Có mối liên quan giữa rối loạn nuốt với một số yếu tố như nhóm tuổi ≥ 70 tuổi ($p < 0,01$), vị trí tổn thương tại thân não ($p < 0,01$), rối loạn giao tiếp (OR = 1,5; 95% CI: 1,0 – 2,1) ($p = 0,03$), liệt mặt (OR = 17,0; 95% CI: 11,5 – 25,1) ($p < 0,01$), tiền sử đột quỵ (OR=1,7; 95% CI: 1,1 – 2,8) ($p = 0,02$). **Kết luận và khuyến nghị:** tỉ lệ rối loạn nuốt cao ở người bệnh nhồi máu não cấp tính. Các chiến lược quản lý và can thiệp cần tập trung nhiều hơn vào nhóm người bệnh lớn tuổi, đột quỵ thân não, rối loạn giao tiếp và liệt mặt. **Từ khóa:** rối loạn nuốt sau đột quỵ, nhồi máu não cấp tính, quản lý rối loạn nuốt

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền

Email: hienntbmbh2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 15.12.2023