

đặc máy, tạo nhịp bó His duy trì hằng định khoảng QT và rút ngắn chỉ số phân tán tái cực Tpe. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự nhưng do cỡ mẫu tương đối nhỏ nên chưa đạt được mức ý nghĩa thống kê.

Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu còn một số hạn chế, dễ thấy nhất là chỉ được thực hiện tại một trung tâm duy nhất và cỡ mẫu khá nhỏ. Ngoài ra, các đối tượng được thực hiện tạo nhịp bó His chưa được chọn ngẫu nhiên. Thời gian theo dõi không đồng nhất giữa các đối tượng nghiên cứu có thể dẫn đến đánh giá không chính xác tình trạng tăng ngưỡng tạo nhịp, điện cực mất dẫn. Dữ liệu về siêu âm tim và kết cục lâm sàng còn khá hạn chế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kirk JA, Kass DA (2013). Electromechanical dyssynchrony and resynchronization of the failing heart. *Circ Res*, 113:765–76.
2. Adabag S, Roukoz H, Anand IS, Moss AJ (2011). Cardiac resynchronization therapy in patients with minimal heart failure. *J Am Coll Cardiol*, 58:935–41.
3. Narula OS (1977). Longitudinal dissociation in

the His bundle. Bundle branch block due to asynchronous conduction within the His bundle in man. *Circulation*, 56:996–1006.

4. Vijayaraman P, Dandamudi G, Zanon F, et al. (2018). Permanent His bundle pacing: recommendations from a multicenter His bundle pacing collaborative working group for standardization of definitions, implant measurements, and follow-up. *Heart Rhythm*, 15:460–8.
5. Jastrzębski M, Burri H, Kielbasa G, Curila K, Moskal P, Bednarek A, Rajzer M, Vijayaraman P. The V6-V1 interpeak interval: a novel criterion for the diagnosis of left bundle branch capture. *Europace* 2022 Jan 4, 24(1):40-47
6. Antzelevitch C (2010). M cells in the human heart. *Circ Res*, 106(5):815–817
7. Kawashima T, Sasaki H (2011). Gross anatomy of the human cardiac conduction system with comparative morphological and developmental implications for human application. *Ann Anat*, 193:1–12.
8. Dinshaw L, Münch J, Dickow J, Lezius S, Willems S, Hoffmann BA, Patten M (2018). The T-peak-to-T-end interval: a novel ECG marker for ventricular arrhythmia and appropriate ICD therapy in patients with hypertrophic cardiomyopathy. *Clin Res Cardiol*, 107(2):130-137.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG HỘI CHỨNG MIS-C Ở TRẺ EM TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC NỘI KHOA, BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Thái Thị Thanh¹, Chu Thanh Sơn², Tạ Anh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của Hội chứng viêm đa hệ thống liên quan SARS-CoV-2 ở trẻ em tại khoa Điều trị tích cực Nội khoa - Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhi từ 1 tháng tuổi đến 17 tuổi được chẩn đoán MIS-C điều trị tại khoa Điều trị tích cực Nội khoa - Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/01/2022 đến 31/09/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả một loạt ca bệnh sử dụng phương pháp thu thập số liệu tiền cứu và hồi cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 280 bệnh nhi được chẩn đoán MIS-C với các đặc điểm: gặp chủ yếu nhóm 2-10 tuổi (tuổi trung vị 7 tuổi). Tỷ lệ nam gấp 1,5 lần nữ. Đa số gặp ở trẻ tiền sử khỏe mạnh đã nhiễm vi rút SARS-CoV-2. MIS-C xuất hiện từ 1-3 tháng sau nhiễm SARS-CoV-2. Triệu chứng lâm sàng nổi bật bao gồm: Sốt cao (100%); phát ban 77%; viêm kết mạc mắt 74,2%. Triệu chứng tiêu hóa: Đau bụng 43,2%, nôn nôn/nôn gặp 43,9%.

Triệu chứng hô hấp: Ho gặp 44,6%. Nổi hạch 44,6%. Dấu hiệu cận lâm sàng nổi trội gồm: Tăng một số chỉ số: Bạch cầu trung tính (58,9%), CRP (100%)/ Procalcitonin (88,1%), IL-6 (89,5%), Ferritin (77,9%). Tăng đông: D-dimer (100%), fibrinogen (53,2%). Giảm bạch cầu lympho (51%), giảm Albumin máu (53%), tăng pro-BNP (76%). Tổn thương tim trên siêu âm chiếm 32,1%. Thể lâm sàng có sốc gặp 53,5%. Tỷ lệ tử vong của bệnh thấp (0,8%). **Kết luận:** Hội chứng viêm đa cơ quan liên quan SARS-CoV-2 ở trẻ em (MIS-C) chủ yếu gặp ở trẻ 2-10 tuổi. Bệnh xuất hiện 1-3 tháng sau khi trẻ nhiễm vi rút SARS-CoV-2. Dấu hiệu lâm sàng nổi trội: Sốt cao, tổn thương da niêm mạc và triệu chứng tiêu hóa. Dấu hiệu cận lâm sàng nổi trội bao gồm: Tăng các chỉ số viêm, tăng đông, giảm bạch cầu Lympho và giảm albumin máu. Thể lâm sàng có sốc chiếm chủ yếu. Tỷ lệ tử vong của bệnh thấp.

Từ khóa: MIS-C, SARS-CoV-2, Covid-19

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF MULTISYSTEM INFLAMMATORY SYNDROME IN CHILDREN AT THE INTENSIVE CARE UNIT, VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of Multisystem Inflammatory Syndrome

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Anh Tuấn

Email: drtuanpicu@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2023

Ngày duyệt bài: 8.01.2024

in Children at the Intensive Care Unit - Vietnam National Children's Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study of a series of cases included 280 patients from 1 month to 17 years old diagnosed with MIS-C and treated at the Intensive Care Unit - National Children's Hospital from 01/01/2022 to 31/09/2023. **Results:** From analyzing 280 pediatric patients with MIS-C, the study showed that the median age was 7 years. The male ratio was 1.5 times higher than the female. Most of them were seen in healthy children who were infected with SARS-CoV-2 and appeared from 1-3 months after infection. All patients had a high fever (100%). Significant clinical symptoms were rash 77% and conjunctivitis 74.2%. Abdominal pain (43.2%), nausea/vomiting (43.9%), and cough (44.6%). Lymphadenopathy (44.6%). Main subclinical signs: Hyperinflammatory makers: neutrophil increasing (58.9%), CRP (100%), procalcitonin (88.1%), IL-6 (89.5%), ferritin (77.9%). Increasing of D-dimer (100%) and fibrinogen (53.2%). Lymphopenia (51%), hypoalbumin (53%), and improved cardiac enzymes (pro-BNP 76%). Abnormal on echocardiogram was 32.1%. The Shock form was seen at 53.5%. Outcome with high discharge and low mortality rate (0.8%). **Conclusion:** Multisystem inflammatory syndrome associated with SARS-CoV-2 in children (MIS-C) seen in 2-10 years old. The disease appeared 1 to 3 months after infection with the SARS-CoV-2 virus. Significant symptoms included high fever, skin and mucous membrane injury, and digestive symptoms. Predominant paraclinical signs include increased inflammatory markers, hypercoagulation, hypoalbuminemia, and lymphocytopenia. The main clinical form was shock. The disease had a low mortality rate.

Keywords: MIS-C, SARS-CoV-2, Covid-19

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng viêm đa hệ thống liên quan tới nhiễm SARS-CoV-2 ở trẻ em (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children – MIS-C) là hội chứng lâm sàng xuất hiện sau khi bệnh nhi mắc vi rút SARS-CoV-2 khoảng từ 2-6 tuần. Bệnh cảnh lâm sàng của bệnh rất đa dạng với tổn thương ở nhiều cơ quan (da niêm mạc, tiêu hóa, tim mạch, thận, thần kinh...), nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời bệnh sẽ diễn biến nhanh có thể dẫn đến suy chức năng đa cơ quan và tử vong. Sinh bệnh học của MIS-C vẫn chưa rõ ràng, tuy nhiên có một số giả thiết được đưa ra do hiện tượng rối loạn đáp ứng miễn dịch của cơ thể khi cơ thể bị nhiễm vi rút SARS-CoV-2 dẫn đến tăng hoạt hóa các tế bào miễn dịch, giải phóng ồ ạt các Cytokine¹⁻⁴ gây nên bệnh cảnh lâm sàng tổn thương nhiều cơ quan. Bệnh gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn, tỷ lệ mắc dao động từ 1/3000- 1/4000 trẻ nhiễm SARS-CoV-2. Tỷ lệ tử vong của bệnh 1-2%¹⁻³. Tại Việt Nam, sau đại dịch Covid-19 số lượng bệnh nhi mắc hội chứng MIS-C đến khám chữa bệnh tại các bệnh viện có xu hướng ngày càng tăng, tuy nhiên bệnh

thường được chẩn đoán muộn do chưa có kinh nghiệm lâm sàng. Hiện tại ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu về MIS-C được công bố. Với mong muốn giúp các bác sĩ lâm sàng chẩn đoán sớm bệnh, để kịp thời có biện pháp điều trị phù hợp, từ đó giảm tỷ lệ tử vong của bệnh, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu "*Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của Hội chứng MIS-C ở trẻ em được điều trị tại khoa Điều trị tích cực Nội khoa - Bệnh viện Nhi Trung ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhi từ 1 tháng đến 17 tuổi được chẩn đoán hội chứng MIS-C liên quan vi rút SARS-CoV-2 điều trị tại khoa Điều trị tích cực nội khoa – Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/01/2022 đến 31/09/2023.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhi được chẩn đoán xác định MIS-C theo tiêu chuẩn của Bộ Y Tế- 2022⁷

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhi có tăng phản ứng viêm nhưng do các nguyên nhân khác, bệnh nhi không đủ thông tin theo quy định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Khoa Điều trị tích cực Nội khoa, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/2022 đến hết tháng 09/2023

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả một loạt ca bệnh

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Chọn mẫu toàn bộ là các bệnh nhân MIS-C nhập khoa Điều trị tích cực nội khoa từ 01/01/2022 đến 31/09/2023. Lấy mẫu hồi cứu từ tháng 01/2022- 3/2022 qua hồ sơ bệnh án. Số liệu tiến cứu: từ tháng 4/2022-9/2023)

- **Biến số, chỉ số nghiên cứu:**

+ Biến dịch tể lâm sàng: Tuổi, giới, địa chỉ, cân nặng lúc vào viện, tiền sử nhiễm hoặc tiếp xúc người nhiễm virus SARS-CoV-2, tiền sử bệnh nền, thời gian khởi phát bệnh.

+ Biến lâm sàng: sốt tổn thương da niêm mạc, tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, đau khớp, hạch... Thể lâm sàng chia theo 03 thể: thể đơn thuần, thể có sốc và thể giống Kawasaki theo hướng dẫn của Bộ Y Tế-2022⁷ đánh giá khi vào viện.

+ Biến cận lâm sàng: các chỉ số huyết học (Công thức bạch cầu, huyết sắc tố, tiểu cầu) được chia các khoảng bình thường/tăng/giảm theo tuổi; Sinh hóa máu (ĐGD, ure, creatinine, Albumin, men gan); men tim (Pro-BNP, Troponin I); Đông máu (APTT, PT, Fibrinogen, D-Dimer); Chỉ số viêm (CRP, Procalcitonin, Ferritin, LDH, IL-6). Thời điểm đánh giá: ngày 1, ngày 2, ngày 3, ngày 5, ngày 7, trước khi ra viện. Siêu âm tim,

điện tim đánh giá khi vào viện. Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm SARS-CoV-2 bằng PCR dương tính, đã từng bị nhiễm bằng kháng thể kháng SARS-CoV-2 dương tính tại thời điểm vào viện.

+ Biến kết quả điều trị: Số ngày nằm viện, sống, tử vong. Thời điểm đánh giá khi bệnh nhi ra viện/chuyển khoa/chuyển viện hoặc tử vong/xin về.

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.

Biến số định lượng có phân phối không chuẩn sẽ trình bày giá trị trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR). Các biến định tính trình bày tần số và tỉ lệ %.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương mã số 2099/BVNTW-HĐĐĐ ngày 02 tháng 08 năm 2023

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, nghiên cứu thu thập được 280 bệnh nhi mắc Hội chứng MIS-C vào điều trị tại khoa Điều trị tích cực Nội khoa, Bệnh viện nhi Trung ương, các đối tượng nghiên cứu có đặc điểm sau:

3.1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng

Biến số	Đặc điểm	Số bệnh nhân(n=280)	Tỉ lệ (%)
Tuổi (tháng/năm)	1 - ≤ 24 tháng	37	13,2
	24 - ≤ 72 tháng	81	29,0
	6 - ≤ 10 tuổi	104	37,1
	11 - ≤ 16 tuổi	58	20,7
Tuổi (tháng/năm) trung vị	84 (2- 188)/7 tuổi (2-10)		
Giới	Nam	173	61,7
	Nữ	107	38,2
Tiền sử mắc Covid	Đã mắc	207	73,9
	Tiếp xúc bệnh nhân Covid-19	50	17,8
Bảng chứng nhiễm SARS-CoV-2 (n=256)	Không rõ	23	8,3
	PCR dương tính	14	4,5
KT kháng SARS-CoV-2 (+)	KT kháng SARS-CoV-2 (+)	242	94,5
	Tiêm phòng vaccin covid-19 (1 mũi)	8	2,8
Có bệnh nền		11	31,8
Thời gian xuất hiện bệnh (n=192)	<1 tháng	61	54,7
	1-3 tháng	105	13,5
	>3 tháng	26	8,7
Thời gian được chẩn đoán xác định (ngày trung vị)		6 (1-19)	

Nhóm từ 2-10 tuổi chiếm chủ yếu (trung vị là 7 tuổi). Tỷ lệ trẻ mắc ở nam nhiều hơn nữ 1,5 lần. Gặp chủ yếu ở trẻ tiền sử khỏe mạnh đã từng mắc Covid-19 hoặc tiếp xúc với bệnh nhân Covid-19. Thời gian xuất hiện triệu chứng MIS-C thường sau 1-3 tháng. Thời gian được chẩn đoán xác định là 6 ngày (trung vị)

3.2. Triệu chứng lâm sàng khi vào viện

Bảng 2. Một số triệu chứng lâm sàng khi nhập viện

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân (N=280)	Tỉ lệ (%)
Sốt ≥ 38,5^o c	280	100
Ban da	216	77,1
Viêm kết mạc 2 bên	208	74,2
Viêm niêm mạc miệng	99	35,3
Phù nề bàn tay, chân	47	16,7
Đau bụng	122	43,5
Tiêu chảy	96	34,2
Nôn/buồn nôn	123	43,9
Ho	125	44,6
Đau họng	50	17,8
Nổi hạch	125	44,6

Triệu chứng lâm sàng đa dạng biểu hiện trên nhiều cơ quan. Phổ biến nhất là sốt (100%), da niêm mạc: phát ban 77%; viêm kết mạc mắt 74,2%. Dấu hiệu tiêu hóa (đau bụng 43,5%, nôn/buồn nôn 44,6%). Triệu chứng hô hấp (ho chiếm 44,6%). Nổi hạch 44,6%.

3.3. Thể lâm sàng

Bảng 3. Thể lâm sàng của hội chứng MIS-C

Thể lâm sàng	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
MIS-C thể đơn thuần	57	20,3
MIS-C thể giống Kawasaki	73	26,2
MIS-C thể có sốc	150	53,5
Tổng số	280	100,0

Trên 50% trẻ thuộc nhóm MIS-C thể có sốc. Thể giống Kawasaki và thể đơn thuần tỉ lệ gần bằng nhau.

3.4. Một số đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Một số đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)	
Số lượng bạch cầu (n=280)	Tăng	120	42,8
	Giảm	29	10,3
Bạch cầu đa nhân trung tính (n=280)	Tăng	165	58,9
	Giảm	5	1,7
Bạch cầu Lympho (n=280)	Tăng	21	7,5
	Giảm	143	51,0
Giảm tiểu cầu (n=280)	79	28,0	
Hb < 10 G/L (n=280)	101	36,0	
Fibrinogen > 4,48 g/L (n=280)	149	53,2	

D-Dimer > 500 mg/L (n=258)	258	100,0
Abl < 35 g/L (n=280)	149	53,0
CRP > 6 mg/L (n=280)	280	100,0
PCT > 0,5 ng/mL (n=101)	89	88,1
LDH > 580 U/L (n=184)	41	22,3
Ferritin > 200 ng/mL (n=181)	141	77,9
IL6 > 8 pg/ml (n=67)	60	89,5
GOT > 50 U/L (n=280)	86	30,7
GPT > 50 U/L (n=280)	80	28,5
Troponin I >0,08 ng/mL (n=186)	67	36,0
ProBNP > 37 pg/L (n=233)	177	76,0

Đa số trẻ có biểu hiện tăng chỉ số viêm: Bạch cầu đa nhân trung tính, CRP, procalcitonin, IL-6, ferritin. Tất cả bệnh nhi có tăng D-dimer, phần lớn bệnh nhi có tăng fibrinogen (53,2%), tăng pro-BNP (76%). Hơn một nửa bệnh nhi có giảm albumin máu (53%) và giảm bạch cầu lympho (51%).

3.5. Đặc điểm tổn thương tim trên siêu âm tim

Bảng 5. Bất thường trên siêu âm tim

Siêu âm tim		Số lượng (n=280)	Tỉ lệ (%)
Bất thường trên siêu âm (n = 90)	Rối loạn co bóp cơ tim	9	3,2
	Bất thường mạch vành	73	26,1
	Tràn dịch màng tim	35	12,5
	Hở van 2 lá	52	18,6
Bình thường		190	67,9

Siêu âm tim có 29% trường hợp là bất thường. Trong đó chủ yếu là bất thường mạch vành, hở van 2 lá, tràn dịch màng tim.

3.6. Kết quả điều trị. Trong 280 trường hợp được chẩn đoán Hội chứng MIS-C có 278 bệnh nhi sống (99,2%) 2 trường hợp tử vong (0,8 %). Số ngày điều trị trung bình là 7 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Từ tháng 1/2022 đến tháng 09/2023 tại khoa Điều trị tích cực nội khoa- Bệnh viện Nhi Trung ương có 280 trẻ đủ tiêu chuẩn chẩn đoán MIS-C được đưa vào nghiên cứu và phân tích. Tuổi trung vị mắc bệnh là 7 tuổi, tỉ lệ mắc bệnh cao nhất từ 6-10 tuổi. Độ tuổi trung vị của bệnh nhi trong nghiên cứu thấp hơn 1 số tác giả trên thế giới, D. Belay và cộng sự công bố tuổi trung bình của 1773 bệnh nhi mắc MIS-C là 9 tuổi, một nghiên cứu phân tích gộp 18 quốc gia gồm 2275 bệnh nhi của Santos công bố độ tuổi trung bình là 9 tuổi^{5,6}. Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn với 33 bệnh nhi tuổi trung bình là 5,46 tuổi và tỷ lệ mắc cao nhất từ 2-6 tuổi⁸. Tương tự

các tác giả trên, kết quả của chúng tôi cũng chỉ ra độ tuổi mắc MIS-C cao hơn độ tuổi trẻ bị Kawasaki. Tỷ lệ bệnh nhi nam so với nữ gấp 1,5 lần kết quả này tương đồng với hầu hết nghiên cứu trên thế giới^{5,6}.

Đa số gặp ở trẻ tiền sử khỏe mạnh đã từng mắc Covid-19 hoặc tiếp xúc với người mắc Covid-19. Thời gian xuất hiện triệu chứng MIS-C từ khi mắc COVID-19 trung vị là sau 1-3 tháng, tương tự với một số nghiên cứu trước đó khi công bố MIS-C xuất hiện sau đỉnh COVID-19 từ 4-6 tuần¹. Thời gian trễ kéo dài sau bốn tuần này trùng với thời gian đạt được miễn dịch và cho thấy MIS-C có thể coi như một tình trạng đáp ứng viêm quá mức sau nhiễm SARS-CoV-2 hơn là trong giai đoạn nhiễm virus cấp tính.

Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là sốt (100%), tiếp đó là các biến đổi về da, niêm mạc như viêm kết mạc mắt (74,2); nổi ban (77,1%) và các triệu chứng tiêu hóa (đau bụng, nôn, tiêu chảy...) tương tự như các nghiên cứu trên thế giới^{5,6}. Một số trẻ bị đau bụng dữ dội đến mức phải phẫu thuật vì nghi ngờ viêm phúc mạc hoặc viêm ruột thừa sau đó được chẩn đoán MIS-C kết quả này cũng được ghi nhận ở nghiên cứu của Santos và cộng sự⁵. Đa số bệnh nhân biểu hiện sốc (tim nhịp nhanh, hạ huyết áp..) với khoảng 53,5% phải nhập viện chăm sóc đặc biệt, triệu chứng này ở nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của Santos và D. Belay^{5,6}. Triệu chứng hô hấp chủ yếu là ho 44,6% cao hơn so với nghiên cứu D. Belay với biểu hiện hô hấp chiếm dưới 30%⁶ Nổi hạch xuất hiện ở 125 bệnh nhân (24,2%) thể hiện đáp ứng viêm đa cơ quan của bệnh.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 4 cho thấy các chỉ số viêm tăng rất cao phản ánh tình trạng đáp ứng viêm hệ thống quá mức: CRP, Procalcitonin, IL-6, Ferritin tăng rất cao. Có tình trạng biểu hiện rối loạn miễn dịch sau nhiễm vi rút biểu hiện qua giảm bạch cầu lympho (51%) và tiểu cầu có xu hướng giảm (28%). Tình trạng tổn thương các cơ quan như tăng men gan, men tim, giảm albumin máu. Tình trạng rối loạn đông máu nổi bật với tăng D-dimer (100%) và fibrinogen (53%) cũng giống như những nghiên cứu trên thế giới là dấu hiệu chỉ điểm quan trọng cho việc chẩn đoán bệnh^{2,5,6}. Viêm cơ tim, rối loạn chức năng tim hoặc giãn động mạch vành đã được báo cáo ở khoảng 26% bệnh nhân. Tác dụng lâu dài của những biến chứng này chưa được hiểu rõ nhưng so với Kawasaki tổn thương mạch vành trong MIS-C được phục hồi sớm hơn.

Phân loại bệnh MIS-C thể sốc hoặc suy đa cơ

quan chiếm nhiều nhất 53,5%, thể Kawasaki và thể đơn thuần tỉ lệ gần bằng nhau. Kết quả thể sốt của chúng tôi cao hơn hẳn so với các nghiên cứu trên thế giới và của Ninh Quốc Đạt ở Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn⁶⁻⁸ có thể là vì nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại khoa Điều trị tích cực. Ngoài ra số lượng bệnh nhân chủ yếu trùng với giai đoạn sau đại dịch chủng Delta. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng MIS-C trong đợt Delta nghiêm trọng hơn trong đợt Omicron^{1,3}

Tỷ lệ tử vong: Hầu hết bệnh nhân khỏi bệnh xuất viện, chỉ có 2 trường hợp tử vong chiếm tỉ lệ 0,8%. Hai bệnh nhi tử vong đều là trẻ lớn hơn 10 tuổi thuộc dân tộc H'mông khi vào viện đã là giai đoạn muộn có biến chứng viêm cơ tim hoặc suy thận cấp. Tỉ lệ tử của nghiên cứu tương tự với các nghiên cứu đã được công bố trước đó trên thế giới.¹

Hạn chế của nghiên cứu: Đây là nghiên cứu đơn trung tâm, do đó cần một nghiên cứu tại nhiều trung tâm nhi khoa trên cả nước, để đưa ra được bức tranh lâm sàng cận lâm sàng tổng quát chung cho trẻ em mắc hội chứng MIS-C tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Hội chứng viêm đa cơ quan liên quan SARS-CoV-2 ở trẻ em (MIS-C) chủ yếu gặp ở trẻ từ 2-10 tuổi. Bệnh xuất hiện 1-3 tháng sau khi trẻ nhiễm vi rút SARS-CoV-2. Triệu chứng lâm sàng nổi trội: Sốt cao, tổn thương da, niêm mạc, và triệu chứng tiêu hóa. Dấu hiệu cận lâm sàng nổi trội bao gồm: Tăng các chỉ số viêm, tăng đông, giảm albumin máu và giảm bạch cầu lympho.

Thể lâm sàng có sốt chiếm chủ yếu. Tỷ lệ tử vong của bệnh thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dufort EM, Koumans EH, Chow EJ, et al.** Multisystem Inflammatory Syndrome in Children in New York State. *N Engl J Med.* 2020;383(4):347-358. doi:10.1056/NEJMoa2021756
2. **Payne AB, Gilani Z, Godfred-Cato S, et al.** Incidence of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Among US Persons Infected With SARS-CoV-2. *JAMA Netw Open.* 2021;4(6):e2116420. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.16420
3. **Son MBF, Murray N, Friedman K, et al.** Multisystem Inflammatory Syndrome in Children — Initial Therapy and Outcomes. *N Engl J Med.* 2021;385(1):23-34. doi:10.1056/NEJMoa2102605
4. **Sacco K, Castagnoli R, Vakkilainen S, et al.** Immunopathological signatures multisystem inflammatory syndrome in children and pediatric COVID-19. *Nat Med.* 2022;28(5):1050-1062. doi:10.1038/s41591-022-01724-3
5. **Mônica O. Santosa.** Multisystem inflammatory syndrome (MIS-C): a systematic review and meta-analysis of clinical characteristics, treatment, and outcomes. It was accessed on December 25, 2023. <https://www.jpmed.com.br/en-pdf-S0021755721001480>
6. **Belay ED, Abrams J, Oster ME, et al.** Trends in Geographic and Temporal Distribution of US Children With Multisystem Inflammatory Syndrome During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Pediatr.* 2021;175(8):837-845. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.0630
7. **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 ở trẻ em (2022).**
8. **Ninh Quốc Đạt, Trần Văn Trung (2023)** Đặc điểm hội chứng viêm đa cơ quan liên quan COVID-19 ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. *Tạp chí Nghiên cứu y học* 167(6) 204-211.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN CÓ ĐỢT CẤP THƯỜNG XUYÊN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG

Phạm Đắc Thế¹, Nguyễn Huy Lực², Đào Ngọc Bằng², Tạ Bá Thăng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân hen phế quản có đợt cấp thường xuyên điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa quốc tế Hải

Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, theo dõi dọc trên 60 bệnh nhân hen phế quản ngoài đợt cấp được xác định có đợt cấp thường xuyên theo tiêu chuẩn GINA (2019) và 60 bệnh nhân hen ít đợt cấp, điều trị ngoại trú tại Phòng quản lý bệnh hen phế quản - Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 1/2020 đến tháng 5/2023. Các bệnh nhân được khám lâm sàng, Xquang ngực, đo thông khí phổi. **Kết quả:** Nhóm hen phế quản có đợt cấp thường xuyên gặp ở nữ giới nhiều hơn (71,7% so với 56,7%), có tuổi khởi phát muộn hơn (43,33% so với 33,33%), thời gian mắc bệnh ngắn hơn (26,57 so với 29,55 năm), tiền sử dị ứng bản thân cao hơn (73,3% so với 36,7%) khi so sánh với nhóm hen phế quản ít

¹Bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng

²Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đắc Thế

Email: dr.dacthebmh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024