

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đỗ Mạnh Hùng, Nguyễn Văn Thạch.** Tạo hình đốt sống bằng bơm cement sinh học có bóng ở bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương tại Bệnh viện Việt Đức, Y học Việt Nam, 2010: 2(374), 188-194.
- Đào Văn Nhân.** Đánh giá kết quả bước đầu tạo hình thân đốt sống qua da bằng bơm cement sinh học ở bệnh nhân gãy xẹp đốt sống do loãng xương, Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2012:16(4), 330-334.
- Phạm Mạnh Cường, Phạm Minh Thông.** Đánh giá hiệu quả của phương pháp tạo hình đốt sống qua da trong điều trị xẹp đốt sống bệnh lý, Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai, 2008: 1, 62-68.
- Norikazu H and Masato N.** Percutaneous transpedicular vertebroplasty with calcium phosphate cement in the treatment of osteoporotic vertebral compression and burst fracture, J. Neurosurg: Spine, 2002: 97, 287-293.
- Jason W Savage, Gregory D Schroeder and Paul A Anderson.** Vertebroplasty and kyphoplasty for the treatment of vertebral compression fractures: an evidenced-based review of the literature, The Spine Journal, 2014: 9(6), 501-508.
- Đàm Thuý Trang.** Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp tạo hình đốt sống qua da trong điều trị xẹp đốt sống mới do loãng xương, Đại học Y Hà Nội. 2013.[Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú]
- Evans AJ, Jensen ME, Kip KE, et al.** Vertebral compression fractures: pain reduction and improvement in functional mobility after percutaneous polymethylmethacrylate vertebroplasty retrospective report of 245 cases. Radiology. 2003; 226(2):366-372. doi:10.1148/radiol.2262010906
- Vũ Thị Thanh Thuý.** Nghiên cứu một số liên quan đến nguy cơ lùn đốt sống do loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh, Luận án phó tiến sĩ khoa học y dược, 1996: 3-98.
- Phạm Mạnh Cường.** Nghiên cứu áp dụng và bước đầu đánh giá hiệu quả của phương pháp tạo hình đốt sống qua da trong điều trị một số tổn thương đốt sống vùng lưng và thắt lưng, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện 2006: 3-68.
- C Depriester, H. Deramond.** Percutaneous vertebroplasty: indications, technique, and complications, W.B. Saunders company, 2003:346-357.

## VIÊM PHỔI LIÊN QUAN ĐẾN CÚM Ở TRẺ EM ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Vũ Trường Sinh<sup>1</sup>, Lê Thị Văn<sup>1</sup>,  
Vũ Ngọc Quý<sup>2</sup>, Ninh Quốc Đạt<sup>1,3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng viêm phổi liên quan cúm ở trẻ em. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, bệnh nhân từ 0-16 tuổi có viêm phổi và dương tính với Cúm, điều trị tại bệnh viện Đa khoa Xanh-pôn từ 01/2022 đến 05/2024. Các biến số: dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ nặng, thời gian bắt đầu điều trị kháng virus và kết quả điều trị được phân tích. **Kết quả:** Tổng cộng có 130 trẻ dưới 16 tuổi mắc viêm phổi liên quan đến cúm được đưa vào nghiên cứu. Kết quả cho thấy trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt là dưới 24 tháng, có nguy cơ cao mắc bệnh. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ (62.31% so với 37.69%). Tỷ lệ tiêm phòng cúm còn thấp (26.92%). Triệu chứng thường gặp nhất là sốt, ho, chảy mũi và tiếng ran ở phổi. Hình ảnh X-quang phổ biến là viêm phổi rải rác (68.46%). Đa số bệnh nhân có thời gian điều trị dưới 14 ngày, với tỷ lệ hồi phục cao. Những trẻ dưới 24 tháng tuổi

hoặc được dùng thuốc kháng virus muộn (sau 48 giờ) có nguy cơ tiến triển viêm phổi nặng ( $p < 0.05$ ). **Kết luận:** Trẻ dưới 5 tuổi có nguy cơ cao mắc viêm phổi liên quan đến cúm, đặc biệt trẻ dưới 24 tháng có nguy cơ bị viêm phổi nặng. Tỷ lệ trẻ được tiêm phòng cúm còn thấp. Sử dụng thuốc kháng virus sớm (trong 48 giờ) là một yếu tố quan trọng để giảm mức độ nặng của bệnh. **Từ khóa:** Viêm phổi, Cúm, trẻ em.

## SUMMARY

### PNEUMONIA RELATED TO INFLUENZA IN CHILDREN TREATED AT XANH PON GENERAL HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and assess certain factors related to the severity of pneumonia associated with influenza in children. **Study Design:** A descriptive case series study, involving patients aged 0-16 years with pneumonia and a positive diagnosis for influenza, treated at Xanh Pon General Hospital from January 2022 to May 2024. Key variables such as epidemiology, clinical, paraclinical characteristics, severity, time to start antiviral treatment, and treatment outcomes were analyzed. **Results:** A total of 130 children under 16 years old with influenza-related pneumonia were included in the study. Results showed that children under 5 years of age, particularly those under 24 months, had a higher risk of contracting the disease. The incidence was higher in males than females (62.31% compared to 37.69%).

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Quốc Đạt

Email: ninhquocdat@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

The influenza vaccination rate was low (26.92%). The most common symptoms were fever, cough, runny nose and crackles in the lungs. The most prevalent X-ray finding was scattered pneumonia (68.46%). Most patients had a treatment duration of less than 14 days, with a high recovery rate. Children under 24 months of age and those who received antiviral drugs late (after 48 hours) had a higher risk of developing severe pneumonia ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Children under 5 years old are at high risk of influenza-related pneumonia, especially those under 24 months who are at risk of severe pneumonia. The rate of children vaccinated against the influenza is still low. Early use of antiviral medication (within 48 hours) is an important factor in reducing the severity of the disease. **Keywords:** Pneumonia, Influenza, Children.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Cúm là một bệnh hô hấp cấp tính do virus cúm A hoặc B gây ra, đôi khi là virus cúm C. Hàng năm, cúm gây ra các vụ dịch trên toàn thế giới, với nhiều đại dịch trong lịch sử đã gây thiệt hại nghiêm trọng về sức khỏe, kinh tế và xã hội<sup>1</sup>. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới, có khoảng một tỷ ca mắc cúm mỗi năm, trong đó 3-5 triệu trường hợp diễn biến nặng và từ 250.000 đến 500.000 ca tử vong. Tại Việt Nam, hàng năm ghi nhận khoảng từ 1 triệu đến 1.8 triệu ca nhiễm cúm, trong đó trẻ em dưới 5 tuổi có nguy cơ cao gặp biến chứng nghiêm trọng<sup>2</sup>. Viêm phổi là biến chứng phổ biến nhất của cúm, là nguyên nhân hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật và tử vong liên quan đến cúm<sup>3</sup>.

Tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, biến chứng viêm phổi là lý do nhập viện chính ở các trẻ mắc cúm. Chẩn đoán chính xác và tiên lượng sớm các trường hợp nặng là yếu tố quan trọng để điều trị hiệu quả. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi liên quan đến cúm ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ năm 2022 đến 2024.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

**Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 130 bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi liên quan đến cúm, điều trị tại Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn trong thời gian từ 01/06//2022 đến 31/05/2024

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán Viêm phổi theo hướng dẫn của Bộ Y tế<sup>4</sup> và có test nhanh kháng nguyên cúm dương tính.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Ca bệnh viêm phổi do căn nguyên khác trước đó rồi đồng nhiễm thêm cúm hoặc bệnh nhân, bố mẹ (hoặc người

giám hộ) không đồng ý tham gia nghiên cứu

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, tiến cứu và hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án và phỏng vấn bệnh nhân.

**Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, gồm 130 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

**Nội dung nghiên cứu:**

- Dịch tễ học: Tuổi, giới tính, tỷ lệ cúm A, B, tiền sử tiêm chủng, tiền sử tiếp xúc...

- Lâm sàng và cận lâm sàng: Triệu chứng cơ năng, thực thể khai thác được khi đến khám và khi nằm viện. Các xét nghiệm gồm công thức máu, CRP, X-quang ngực và vi sinh... được chỉ định tùy tình trạng bệnh.

- Đặc điểm điều trị: Đặc điểm dùng thuốc kháng vi-rút, các phương pháp điều trị khác, kết quả điều trị (thời gian điều trị, kết quả cuối cùng: khỏi, chuyển tuyến, tử vong)

**Xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20. Các biến định lượng được tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh hai biến định tính sử dụng phép kiểm Fisher hoặc test Exact, và kiểm định T-test cho các biến định lượng.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được phê duyệt bởi hội đồng khoa học trường Đại học Y Hà Nội và được sự cho phép của Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã thu thập được 130 trẻ đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn để phân tích. Kết quả như sau:

**3.1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi liên quan đến cúm**

**Bảng 3.1. Đặc điểm dịch tễ bệnh nhi viêm phổi liên quan đến cúm**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
<b>Tuổi trung bình (tháng)</b>	35.04 ± 30.23	
<b>Nhóm tuổi</b>	< 24 <sup>th</sup>	55 42.30
	24 <sup>th</sup> - < 5 tuổi	59 45.38
	≥ 5 tuổi	16 12.30
<b>Giới</b>	Nam	81 62.30
	Nữ	49 37.69
<b>Tình trạng phơi nhiễm với cúm</b>	Có phơi nhiễm	38 29.23
	Không phơi nhiễm	92 70.77
<b>Tiêm phòng cúm</b>	Có tiêm phòng	35 26.92
	Không tiêm phòng	95 73.08
<b>Bệnh nền</b>	Không bệnh nền	123 94.61
	Có bệnh nền	8 6.15

**Nhận xét:** Nhóm trẻ dưới 5 tuổi là nhóm

thường gặp nhất, chiếm 87.68%, trong đó nhóm trẻ từ 24th đến dưới 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 45.38%. Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ (nam/nữ là 1.65/1). Chỉ 29.23% số trẻ được xác định có tiếp xúc với người mắc cúm. Tỷ lệ trẻ đã được tiêm phòng cúm trong nhóm nghiên cứu khá thấp, chỉ chiếm 26.92%. Đa số bệnh nhân không có bệnh nền (94.61%).

**Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng và thực thể viêm phổi liên quan đến cúm**

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Sốt	130	100
	Ho	129	99.23
	Chảy mũi, nghẹt mũi	104	80.00
	Đau đầu, đau mỏi cơ	7	5.38
	Co giật	6	4.62
Triệu chứng thực thể	Rối loạn tiêu hóa (nôn, tiêu chảy)	37	28.46
	SpO2 thấp	8	6.15
	Thở nhanh	34	26.15
	Nhịp tim nhanh	37	28.46
	Ran ở phổi	116	89.23
	Rút lõm lồng ngực	24	18.46

**Nhận xét:** Sốt là triệu chứng gặp ở tất cả bệnh nhân (100%), ho chiếm 99.23% và chảy mũi, nghẹt mũi chiếm 80%. Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là tiếng ran ở phổi (89.23%) và thở nhanh (26.15%). Triệu chứng rối loạn tiêu hoá (nôn và tiêu chảy) chiếm 28.46%. Những triệu chứng nghiêm trọng như SpO2 thấp, nhịp tim nhanh lần lượt chiếm 6.15% và 28.46%.

**Bảng 3.3. Triệu chứng cận lâm sàng viêm phổi liên quan đến cúm**

Đặc điểm cận lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hình ảnh xquang	Viêm phổi kẽ	15	11.53
	Viêm phổi thùy	9	6.92
	Viêm phổi rải rác	89	68.46
	Dày thành phế quản	22	16.92
Số lượng bạch cầu	Bình thường theo tuổi	60	46.15
	Tăng theo tuổi	57	43.84
	Giảm theo tuổi	13	10.00
CRP	Bình thường theo tuổi	63	48.46
	Tăng theo tuổi	67	51.53
Typ cúm	Cúm A	126	96.92
	Cúm B	4	3.08
Đồng nhiễm căn nguyên khác	Phế cầu	11	8.46
	Heamophilus Influenzae	10	7.69
	Mycoplasma pneumoniae	14	10.77
	Moraxella catarrhalis	1	0.77
	Covid19	1	0.77

**Nhận xét:** Bệnh nhân có bạch cầu tăng chiếm 43.84% và CRP tăng chiếm 51.53%. Tổn thương trên Xquang ngực hay gặp nhất là viêm phổi rải rác (68.46%). Bệnh nhân chủ yếu mắc cúm A (96.92%), chỉ có 3.08% mắc cúm B. Có 23.84% bệnh nhân đồng nhiễm các tác nhân khác, trong đó hay gặp nhất là Mycoplasma pneumoniae (10.77%) tiếp theo là phế cầu (8.46%) và Heamophilus influenzae (7.69%)

**3.2. Kết quả điều trị**

**Bảng 3.4. Kết quả điều trị**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian nằm viện	Trung bình: 8.41 ± 3.64 ngày		
	≤ 7 ngày	64	49.23
	8 - 14 ngày	55	42.30
	> 14 ngày	11	8.46
Hỗ trợ hô hấp	Suy hô hấp	17	13.08
	Thở oxy	17	13.08
	Thở CPAP, thở máy	0	0
Điều trị kháng virus	Không dùng thuốc kháng virus	10	7.69
	Dùng kháng virus trước 48h	55	42.31
	Dùng kháng virus sau 48h	65	50.00
Kết quả điều trị	Đỡ/giảm	129	99.23
	Chuyển HSTC	1	0.77
	Tử vong	0	0

**Nhận xét:** Thời gian điều trị trung bình của đối tượng nghiên cứu là 8.41 ± 3.64 ngày, hầu hết đều < 14 ngày (91.54%). Có 13.08% bệnh nhân bị suy hô hấp và được hỗ trợ bằng phương pháp thở oxy, không có bệnh nhân nào cần thở máy. Đa số bệnh nhân được chỉ định dùng thuốc kháng vi-rút (92.31%), trong đó 42.31% bệnh nhân được dùng trước 48h. Hầu hết bệnh nhân có kết quả điều trị tốt (99.23%), chỉ 0,77% chuyển khoa Hồi sức tích cực, không có bệnh nhân tử vong.

**3.3 Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng**

**Bảng 3.5. Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của bệnh**

Yếu tố		Viêm phổi n (%)	Viêm phổi nặng n (%)	p
Tuổi	< 24 <sup>th</sup>	41(37.96)	14(63.64)	0.041
	2 - < 5 tuổi	51(47.22)	8(36.36)	
	≥ 5 tuổi	16(14.81)	0	
Giới tính	Nam	65(60.18)	16(72.73)	0.249
	Nữ	43(39.82)	6(27.27)	
Tiêm	Có	31(28.70)	4(18.18)	0.321

<b>phòng cúm</b>	Không	77(71.30)	18(81.82)	
<b>Bệnh nền</b>	Có	8(7.41)	0	0.351
	Không	100(92.59)	22(100)	
<b>Tuýp cúm</b>	Cúm A	104(82.54)	4(100)	1.00
	Cúm B	22(17.46)	0	
<b>Số lượng bạch cầu</b>	Bình thường	49(45.37)	11(50.00)	0.263
	Tăng	46(42.59)	11(50.00)	
	Giảm	13(12.04)	0	
<b>CRP</b>	Bình thường	53(49.07)	10(45.45)	0.979
	Tăng	55(50.93)	12(54.55)	
<b>Xquang ngực</b>	Viêm phổi kẽ	14(12.96)	1(4.55)	0.403
	Viêm phổi thùy	6(5.56)	3(13.64)	
	Viêm phổi rải rác	70(64.81)	14(63.64)	
	Dày thành phế quản	18(16.67)	4(18.18)	
<b>Đồng nhiễm căn nguyên khác</b>	Có	23(21.30)	6(27.27)	0.586
	Không	85(78.70)	16(72.73)	
<b>Sử dụng Oselta mivir</b>	Trước 48h	53(55.54)	2(9.52)	0.00
	Sau 48h	46(46.46)	19(90.48)	

**Nhận xét:** Bệnh nhân viêm phổi nặng tập trung ở nhóm dưới 24 tháng tuổi chiếm 63.64%. Sự khác biệt mức độ nặng viêm phổi giữa nhóm dưới 24 tháng tuổi và từ 24 tháng tuổi trở lên có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Tỷ lệ sử dụng thuốc kháng virus trước 48 giờ ở nhóm viêm phổi và viêm phổi nặng lần lượt là 55.54% và 9.52%. Sự khác biệt mức độ nặng theo thời điểm dùng thuốc kháng virus trước 48 giờ và sau 48 giờ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung.** Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã thu thập được 130 trẻ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Trẻ dưới 5 tuổi là nhóm thường gặp nhất, chiếm 87.68%, trong đó nhóm trẻ từ 24 tháng đến 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 45.38% (Bảng 3.1). Điều này có thể do 24 tháng tuổi là lứa tuổi trẻ bắt đầu đi nhà trẻ, nên tăng khả năng lây chéo cúm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu trước đây cho thấy nhóm trẻ dưới 5 tuổi mắc cúm có nguy cơ bị biến chứng viêm phổi cao hơn<sup>5</sup>. Trẻ bị viêm phổi nặng tập chung chủ yếu ở nhóm tuổi dưới 24 tháng (63.64%), sự khác biệt này cho thấy trẻ dưới 24 tháng có nguy cơ bị

viêm phổi nặng cao hơn trẻ lớn ( $p < 0.05$ ). Điều này gần tương đồng với nghiên cứu của Hà Mạnh Tuấn kết luận nhóm trẻ dưới 12 tháng có liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi<sup>5</sup>.

Về đặc điểm giới tính, chúng tôi quan sát thấy tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ (nam/nữ: 1.65/1) (Bảng 3.1). Kết quả này phù hợp với tỷ lệ nam/nữ mắc cúm trong các nghiên cứu gần đây tại Việt Nam<sup>3,6</sup>. Trong nhóm viêm phổi nặng, tỷ lệ nam/nữ là 2.66/1, tuy nhiên không thấy sự liên quan giữa giới tính và mức độ nặng của bệnh ( $p = 0.249$ ), điều này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu trước đây<sup>5</sup>.

Tỷ lệ tiêm phòng cúm ở nhóm nghiên cứu khá thấp, chỉ đạt 26.92% (Bảng 3.1). Kết quả này tương tự như trong các khảo sát trước tại Việt Nam<sup>3,6</sup>. Điều này có thể do tiêm phòng cúm chưa được đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng và giá thành vắc xin vẫn còn cao. Số trẻ không tiêm phòng cúm trong nhóm trẻ viêm phổi nặng chiếm 72.73%, tương tự tỷ lệ không tiêm vắc-xin cúm nói chung. Sự khác biệt mức độ nặng viêm phổi giữa nhóm tiêm và không tiêm phòng cúm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$  ( $p = 0.167$ ).

**4.2. Đặc điểm lâm sàng.** Sốt là triệu chứng gặp ở tất cả bệnh nhân (100%), tiếp theo là các triệu chứng ho (99.24%) và chảy mũi nghẹt mũi (80.15%). Đây cũng là triệu chứng cơ năng phổ biến của bệnh cúm, kết quả này tương tự như những ghi nhận trong các nghiên cứu về bệnh cúm<sup>3,6</sup>. Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là tiếng ran ở phổi (89.31%). Thở nhanh và rút lõm lồng ngực gặp với tỷ lệ thấp (lần lượt là 26.15% và 18.48%). Ghi nhận này của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn so với nghiên cứu trước đây có thể là do mức độ nghiêm trọng bệnh của nhóm đối tượng nghiên cứu trước đó nặng hơn nhóm bệnh nhân của chúng tôi (41.9% bệnh nhân suy hô hấp so với 13.08%; 7% bệnh nhân tử vong so với không có bệnh nhân tử vong)<sup>5</sup>. Triệu chứng nôn và tiêu chảy xuất hiện ở 29.01% bệnh nhân. Co giật chỉ chiếm 5.38% và đau đầu đau cơ (4.62%) thì chỉ ghi nhận ở nhóm trẻ lớn hơn 5 tuổi (Bảng 3.2). Kết quả này tương đồng các ghi nhận trong các nghiên cứu trước đó về cúm<sup>3,5,6</sup>.

Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng nghiêm trọng như SpO2 thấp và nhịp tim nhanh tương đối thấp, lần lượt là 6.15% và 28.46%. Những triệu chứng này thường xuất hiện ở những bệnh nhân nặng, có liên quan đến tình trạng thiếu oxy máu và cần theo dõi sát trong quá trình điều trị.

**4.3. Đặc điểm cận lâm sàng.** Kết quả xét

nghiệm cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân tăng bạch cầu chiếm 43.84%, và tăng CRP chiếm 51.53%. Tỷ lệ bệnh nhân tăng bạch cầu và CRP trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu trước đó (20.1% và 41.9% trong nghiên cứu của Hà Mạnh Tuấn), điều này có thể liên quan đến tình trạng đồng nhiễm vi khuẩn hay tỷ lệ nhiễm trùng kết hợp (Viêm tai giữa) trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Kết quả X-quang cho thấy viêm phổi rải rác là hình ảnh thường gặp nhất (61.38%), phù hợp với các nghiên cứu trước đây<sup>5</sup>. Khi phân tích mối liên quan giữa tình trạng tăng CRP, tăng bạch cầu và tổn thương trên phim X-quang ngực với mức độ nặng viêm phổi liên quan đến cúm, chúng tôi không thấy có ý nghĩa tiên lượng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ .

Hầu hết các trường hợp viêm phổi liên quan cúm đều do cúm A gây ra (96.95%), trong khi cúm B chỉ chiếm 3.05%. Tỷ lệ này cũng tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy cúm A thường chiếm ưu thế hơn so với cúm B<sup>6,7</sup>. Không có sự khác biệt mức độ nặng của viêm phổi liên quan đến cúm giữa 2 typ A và B ( $p = 1$ ). Điều này tương đồng với kết luận của Mattila và cộng sự<sup>8</sup>.

Có 23.07% bệnh nhân đồng nhiễm với các tác nhân khác, trong đó vi khuẩn *Mycoplasma pneumoniae* chiếm tỷ lệ cao nhất (11.45%), tiếp theo là phế cầu (9.16%) và *Haemophilus influenzae* (7.63%). Kết quả này khác biệt so với một số nghiên cứu khác<sup>5,9</sup>, cho thấy tại Việt Nam, tình trạng viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae* có xu hướng gia tăng.

**4.4. Kết quả điều trị.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 92.31% bệnh nhân được điều trị thuốc kháng vi-rút. Trong đó có 42.31% bệnh nhân bắt đầu được sử dụng trong vòng 48h từ khi khởi phát bệnh. Ở nhóm viêm phổi nặng, 90.48% bệnh nhân bắt đầu dùng thuốc kháng vi-rút sau 48h khởi phát bệnh so với 54% ở nhóm viêm phổi nhẹ ( $p < 0.05$ ). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy việc điều trị kháng sinh sớm (trong vòng 48h từ khi khởi phát bệnh) giúp giảm nguy cơ bệnh tiến triển nặng<sup>5,10</sup>.

Thời gian điều trị trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là  $8.41 \pm 3.64$  ngày. Phần lớn bệnh nhân (91.6%) được điều trị trong thời gian dưới 14 ngày, và chỉ có 8.4% phải nằm viện trên 14 ngày. Kết quả điều trị cho thấy tỷ lệ khỏi bệnh cao với 99.24% bệnh nhân có tình trạng khỏi hoặc đỡ giảm, chỉ 0.76% chuyển sang khoa Hồi sức tích cực, và không có

ca bệnh nào tử vong. So sánh với các nghiên cứu trước đây<sup>5</sup>, kết quả điều trị của chúng tôi khả quan hơn, có thể nhờ vào tiến bộ y học và sự cảnh giác cao hơn với biến chứng viêm phổi liên quan cúm.

## V. KẾT LUẬN

Trẻ dưới 5 tuổi có nguy cơ cao mắc viêm phổi liên quan đến cúm, đặc biệt trẻ dưới 24 tháng có nguy cơ bị viêm phổi nặng. Do đó cần đặc biệt lưu ý khi điều trị bệnh nhân ở độ tuổi này. Tỷ lệ trẻ tiêm phòng cúm còn thấp, cần quan tâm hơn đến việc tiêm phòng cúm cho trẻ em. Sử dụng thuốc kháng virus sớm (trong 48 giờ) là một yếu tố quan trọng có ý nghĩa trong việc giảm nguy cơ bệnh tiến triển nặng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Li, Y.; Reeves, R. M.; Wang, X.; et al.** Global Patterns in Monthly Activity of Influenza Virus, Respiratory Syncytial Virus, Parainfluenza Virus, and Metapneumovirus: A Systematic Analysis. *The Lancet Global Health* 2019, 7 (8), e1031–e1045. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30264-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30264-5).
2. **Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế.** Khuyến cáo phòng chống cúm mùa. <https://vncdc.gov.vn/khuyen-cao-phong-chong-cum-mua-nd13463.html> (accessed 2024-09-16).
3. **Huyền L. T. T.** Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng và kết quả điều trị bệnh cúm ở trẻ em tại Bệnh viện Đại học y khoa Vinh. *VMJ* 2024, 536 (2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v536i2.8911>.
4. **Bộ Y tế.** Quyết Định 101/QĐ-BYT. Quyết Định Ban Hành Hướng Dẫn Xử Trí Viêm Phổi Cộng Đồng ở Trẻ Em. 2014.
5. **Hà Mạnh Tuấn.** Đặc Điểm Của Bệnh Nhi Viêm Phổi so Cúm A H1N1. *Tạp Chí y Học Thành Phố Hồ Chí Minh - Tập 22 - Phụ Bản Số 1* - 2018.
6. **Thủy B. T. T.; Thúy N. T. D.; Hiền N. T. T.;** Dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh cúm mùa ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Hải Dương. *VMJ* 2024, 542 (1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v542i1.10951>.
7. **Vega-Briceño, L. E.; Potin, M.; Bertrand, P.;** Clinical features of respiratory infections due to influenza virus in hospitalized children. *Rev Med Chil* 2005, 133 (8), 911–918. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872005000800007>.
8. **Mattila, J.-M.; Vuorinen, T.; Heikkinen, T.** Comparative Severity of Influenza A and B Infections in Hospitalized Children. *Pediatr Infect Dis J* 2020, 39 (6), 489–493. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002610>.
9. **Dawood, F. S.; Chaves, S. S.; Pérez, A.;** Complications and Associated Bacterial Coinfections among Children Hospitalized with Seasonal or Pandemic Influenza, United States, 2003-2010. *J Infect Dis* 2014, 209 (5), 686–694. <https://doi.org/10.1093/infdis/jit473>.
10. **Eşki, A.; Öztürk, G. K.; Gülen, F.;** Risk Factors for Influenza Virus Related Severe Lower Respiratory Tract Infection in Children. *Pediatr Infect Dis J* 2019, 38 (11), 1090–1095. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002447>.

# KẾT QUẢ SỐNG THÊM TOÀN BỘ BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ TÁI PHÁT, DI CĂN HER2 DƯƠNG TÍNH ĐƯỢC HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ DOCETAXEL KẾT HỢP TRASTUZUMAB TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thanh Đức<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Lan<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như đánh giá hiệu quả sống thêm toàn bộ bệnh nhân ung thư vú HER2 dương tính giai đoạn tái phát, di căn được hóa trị bước 1 phác đồ docetaxel kết hợp trastuzumab. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 56 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư vú HER2 dương tính giai đoạn tái phát, di căn được hóa trị bước 1 phác đồ docetaxel kết hợp trastuzumab từ tháng 01/2015 tới tháng 10/2023 tại Bệnh viện K. **Kết quả:** Tuổi trung bình ở thời điểm tái phát, di căn là 53,1±14,3 tuổi. Bệnh nhân tái phát di căn thường xuất hiện ở thời điểm 3 năm đầu sau khi điều trị triệt căn, chiếm 64,3%. Các vị trí di căn thường gặp lần lượt là gan, xương chiếm tỷ lệ 44,6%, 37,5%. Tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ là 64,3%; trong đó 7,1% đáp ứng hoàn toàn. Có 26,8% bệnh nhân đạt bệnh giữ nguyên, 8,9% bệnh nhân tiến triển. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 7 tháng, thời gian sống thêm toàn bộ là 41 tháng. **Kết luận:** Sự phối hợp docetaxel và trastuzumab trong điều trị bước 1 ung thư vú HER2 dương tính tái phát di căn đem lại hiệu quả cao về tỉ lệ đáp ứng, cải thiện thời gian sống thêm, bệnh nhân dung nạp thuốc tốt, do đó nên được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng.

**Từ khóa:** Ung thư vú tái phát di căn, HER2 dương tính.

## SUMMARY

### THE EFFICACY OF DOCETAXEL PLUS TRASTUZUMAB AS THE FIRST-LINE IN PATIENTS WITH RECURRENT OR METASTATIC HER2-POSITIVE BREAST CANCER AT K HOSPITAL

**Objectives:** Describe of clinical and paraclinical characteristics as well as evaluate the efficacy of docetaxel plus trastuzumab as the first-line in patients with recurrent or metastatic HER2-positive breast cancer. **Patients and methods:** A retrospective and prospective descriptive study on 56 patients diagnosed with HER2-positive metastatic or recurrent breast cancer at K Hospital from January 2015 to October 2022. **Result:** The mean age was 53.1±14.3 years. The majority of patients relapsed after 3 years of treatment, accounting for 64.3%. The most common metastatic sites were liver, bone and

lung, respectively, accounting for 44.6%, 37.5% and 26.7%. The overall response rate of the regimen was 64.3%. The complete response rate was 7.1%. 26.8% of the patients were stable, 8.9% of patients were progressive, The progression-free survival time is 7 months, the overall survival time is 41 months. **Conclusion:** Docetaxel plus trastuzumab as the first-line in patients with recurrent or metastatic HER2-positive breast cancer is effective in high response rates, the patient is well tolerated. This regimen may be more widely used in clinical practice.

**Keywords:** Recurrent or metastatic breast cancer, HER2-positive.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư vú (UTV) là loại ung thư có tỷ lệ mắc nhiều nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở phụ nữ trên toàn thế giới [1]. Gần đây, nhờ những tiến bộ vượt bậc về phát hiện sớm và điều trị ung thư vú, nên tỷ lệ tử vong do bệnh này giảm đáng kể đặc biệt ở các nước phát triển. Nhưng vẫn có khoảng 20-30% UTV di căn sau đặc biệt trong vòng 5 năm đầu tiên sau điều trị. Thời gian sống thêm trung bình của các bệnh nhân giai đoạn này là 18-24 tháng khi được điều trị đầy đủ và có khoảng 5-20% sống thêm được sau 5 năm [2]. Việc lựa chọn phác đồ điều trị trong UTV tái phát di căn (TPDC) dựa trên nhiều yếu tố như thể trạng bệnh nhân, các phác đồ hóa chất đã dùng trước đó, hiệu quả điều trị, độc tính của phác đồ và điều kiện kinh tế của bệnh nhân.

Đối với bệnh nhân ung thư vú TPDC có bộc lộ quá mức thụ thể yếu tố phát triển biểu mô 2 (HER2), phác đồ hóa chất kết hợp với trastuzumab là một trong những lựa chọn ưu tiên giúp kéo dài thời gian sống thêm và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân [3-5]. Phác đồ docetaxel và trastuzumab đã được áp dụng trên toàn thế giới trong điều trị UTV tái phát di căn cho thấy tỷ lệ đáp ứng từ 44-73% [3-5]. Thử nghiệm M77001 nghiên cứu trên 188 bệnh nhân ung thư vú di căn điều trị với trastuzumab kết hợp với docetaxel so sánh với việc các bệnh nhân chỉ sử dụng đơn trị bằng docetaxel. Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân điều trị kết hợp có tỷ lệ đáp ứng toàn bộ cao hơn (61% so với 34%; p=0.0002) [6]. Nghiên cứu CLEOPATRA được thực hiện trên 808 bệnh nhân ung thư vú di căn HER2 dương tính, với khoảng

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: ducthanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2024

Ngày duyệt bài: 14.11.2024