

(epidermolysis bullosa-EB), Hoại tử thượng bì nhiễm độc (toxic epidermal necrolysis-TEN)... Tiếp cận chính xác sẽ quyết định một phác đồ phù hợp, không làm trầm trọng bệnh hơn. Trong điều trị SSSS, Steroids không được khuyến cáo sử dụng, do vậy xử trí ban đầu ở tuyến trước với chẩn đoán trẻ bị ly thượng bì bỏng nước và điều trị 2 ngày bằng Methyl prednisolone đã không kiểm soát được bệnh, thậm chí tổn thương lan tỏa hơn. Thực tế cho thấy, điều trị SSSS ở sơ sinh là một thách thức, trong khi đó ca bệnh SSSS báo cáo được cho là biến chứng của thủy đậu sau sinh, vì vậy việc kiểm soát sẽ khó khăn hơn [7].

Tại bệnh viện Nhi trung ương, trẻ được sử dụng Azein (acyclovir IV); kháng sinh (Voxin-vancomycin, Tenamyl-cefotaxime, Medphartobramycin IV); giảm đau (paracetamol IV); cân bằng nước điện giải; điều trị tại chỗ: bôi da bằng Silverin cream (Silver sulfadiazine), Fucidin cream (Fusidic acid) và tắm bằng dung dịch Dr.ECA (dung dịch nước muối điện hóa). Chăm sóc da toàn thân, chăm sóc các hốc tự nhiên, đảm bảo dinh dưỡng cho trẻ. Như vậy, trẻ đã được điều trị và chăm sóc toàn diện, tình trạng bệnh cải thiện, sau 10 ngày trẻ hồi phục: không sốt, toàn trạng ổn định, tổn thương da lành, trẻ xuất viện.

IV. KẾT LUẬN

Trẻ sơ sinh luôn là đối tượng cần được quan tâm và chăm sóc đặc biệt vì cơ thể của bé chưa

được hoàn thiện, sức đề kháng còn yếu, nhất là làn da còn mỏng manh. Khi mẹ biểu hiện thủy đậu nên cách ly nhằm giảm bớt nguy cơ cho trẻ. Thủy đậu sau sinh không phải lúc nào cũng lành tính, trẻ cần được theo dõi, đánh giá và tiếp cận các biến chứng bội nhiễm trong đó có SSSS để có hướng xử trí thích hợp. Cần phải phối hợp điều trị thủy đậu và SSSS, tại chỗ và toàn thân, chăm sóc tích cực để giảm các nguy cơ đe dọa tính mạng trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ladhani S, Joannou CL** (2000). Difficulties in the diagnosis and management of staphylococcal scalded skin syndrome. *Pediatr Infect Dis J*, 142, 1251-1255.
2. **Nsoroca AP, Baquero AF, Garcia M, et al** (2008). Staphylococcal scalded skin syndrome. *Am J Pediatr*, 68(2), 124-127.
3. **Sauerbrei A, Wutzler P** (2001). Neonatal varicella. *J Perinatol*, 21:545-9.
4. **Brunell PA** (1992). Varicella in pregnancy, the fetus, and the newborn: problems in management. *J Infect Dis*, 166:42-7.
5. **Singalavanija S, Limpongsanurak W, Horpoapan S, et al** (1999). Neonatal varicella; a report of 26 cases. *J Med Assoc Thai*, 82:957-62
6. **Olivia R, Geraldine D, Yves G, et al** (2010). Toxin profiling of *Staphylococcus aureus* strains involved in varicella superinfection. *J Clin Microbiol*, 48:1696-700.
7. **Singh SN, Tahazzul M, Singh A et al** (2012). Varicella infection in a neonate with subsequent staphylococcal scalded skin syndrome and fatal shock. *BMJ Case Rep*

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ NẶNG TRÊN TRẺ MẮC COVID-19 CÓ BỆNH NỀN THẦN KINH

Phùng Nguyễn Thế Nguyên¹, Trần Quốc Khánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến mức độ nặng trên trẻ mắc COVID-19 có bệnh nền thần kinh. **Phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả 97 trẻ mắc COVID-19 có bệnh nền thần kinh nhập khoa COVID-19, bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/07/2021 đến 01/07/2022. **Kết quả:** Có 76 trẻ (78,4%) mắc COVID-19 nhẹ - trung bình, có 21 trẻ (21,6%) mắc COVID-19 nặng - nguy kịch. Tỷ lệ tử vong là 5,2%. Trên nhóm mắc COVID-19 nặng - nguy kịch, 71,4% trẻ có bại não; 95,2% có sốt, 76,2% có ho, 100% có

thở mệt; ferritin trung vị là 345 (227,7 - 654,7) µg/L, aPTT trung vị là 34,1 (31,1 - 43,1) giây, fibrinogen trung vị là 3 (2,5 - 3,6) g/L; 76,2% có tổn thương đông đặc, 76,2% có tổn thương mô kẽ trên X-quang; 95,2% sử dụng corticosteroids với thời gian trung vị là 9 (7 - 10) ngày; 95,2% sử dụng kháng đông với thời gian trung vị là 10 (8 - 12) ngày, 100% sử dụng kháng sinh, 57,1% sử dụng remdesivir, thời gian nằm khoa COVID-19 trung vị là 12 (8 - 22) ngày, thời gian nằm viện trung vị là 15 (11 - 45) ngày; tỷ lệ tử vong là 23,8%. Các kết quả trên đều cao hơn so với nhóm mắc COVID-19 nhẹ - trung bình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Các yếu tố liên quan đến mắc COVID-19 nặng - nguy kịch trên trẻ có bệnh nền thần kinh bao gồm: trẻ bại não; có sốt, ho, thở mệt; CRP > 20 mg/L; ferritin, aPTT, fibrinogen tăng cao; có tổn thương đông đặc hoặc tổn thương mô kẽ trên X-quang ngược. Tỷ lệ sử dụng corticosteroids, kháng đông, kháng sinh, remdesivir,

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên

Email: nguyenthung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024

Ngày duyệt bài: 28.5.2024

thời gian nằm viện và tỉ lệ tử vong của nhóm nặng – nguy kịch đều cao hơn nhóm nhẹ – trung bình.

Từ khóa: COVID-19, bệnh nền thần kinh, mức độ nặng, trẻ em.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH THE SEVERITY OF COVID-19 IN CHILDREN WITH UNDERLYING NEUROLOGICAL CONDITIONS

Objectives: To investigate factors related to the severity of COVID-19 in children with underlying neurological conditions. **Methods:** A cross-sectional study was carried out on 97 children with COVID-19 and underlying neurological conditions admitted to the COVID-19 department at Hospital Children 1 from July 1st 2021 to July 1st 2022. **Results:** There were 76 children (78,4%) with mild to moderate COVID-19, while 21 children (21,6%) experienced severe to critical illness. The mortality rate was 5,2%. Among the severe to critical COVID-19 cases, 71,4% had cerebral palsy, 95,2% presented with fever, 76,2% exhibited cough and 100% experienced respiratory distress. The median ferritin level was 345 (227,7 – 654,7) µg/L, median activated partial thromboplastin time was 34,1 (31,1 – 43,1) s, and median fibrinogen was 3 (2,5 – 3,6) g/L. Additionally, 76,2% showed consolidation on chest X-ray, and 76,2% had interstitial lung pattern. Corticosteroids were used by 95,2% of patients for a median duration of 9 (7 – 10) days, while 95,2% received anticoagulants for a median duration of 10 (8 – 12) days. All patients received antibiotics, and 57,1% were administered remdesivir. The median length of hospital stay for COVID-19 department admission was 12 (8 – 22) days, and for overall hospitalization, it was 15 (11 – 45) days. The mortality rate of the severe to critical COVID-19 group was 23,8%. All these results were significantly higher compared to the mild to moderate COVID-19 group, with statistical significance ($p < 0,05$). **Conclusions:** The severity of COVID-19 in children with underlying neurological conditions is associated with several factors: cerebral palsy, fever, cough, respiratory distress, CRP > 20 mg/L, elevated levels of ferritin, aPTT, and fibrinogen, as well as consolidation or interstitial lung pattern on chest X-ray. The utilization rates of corticosteroids, anticoagulants, antibiotics, remdesivir, length of hospital stay, and mortality rates are all higher in the severe-critical group compared to the mild-moderate group. **Keywords:** COVID-19, underlying neurological conditions, severity, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm đường hô hấp cấp tính do chủng vi rút corona mới (COVID-19) lần đầu tiên được phát hiện tại Vũ Hán, Trung Quốc vào cuối tháng 12/2019, sau đó lan rộng ra toàn thế giới.¹ Hiện tại, mức độ trẻ em trên toàn cầu được tiêm ngừa vaccin COVID-19 đang ở mức cao, nhưng vẫn cần cảnh giác với dịch bệnh, đặc biệt là nhóm trẻ có bệnh nền. Các bệnh nền phổ biến ở trẻ mắc COVID-19 là bệnh lý thần kinh, huyết học, ung

thư, hen phế quản và béo phì.⁵ Trong đó, trẻ có bệnh nền thần kinh có nguy cơ mắc COVID-19 nặng và nguy kịch cao hơn nhóm trẻ khác.⁴ Tại Việt Nam, trên đối tượng trẻ mắc COVID-19 có bệnh nền thần kinh, chưa có nghiên cứu nào xác định và so sánh các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biện pháp và kết quả điều trị giữa nhóm mắc COVID-19 nhẹ – trung bình và nhóm mắc COVID-19 nặng – nguy kịch. Ở khu vực phía nam, bệnh viện Nhi Đồng 1 là một trong những bệnh viện nhi khoa lớn nhất, tiếp nhận và điều trị đa số các trẻ mắc COVID-19 trong giai đoạn dịch bệnh còn diễn biến phức tạp. Khoa COVID-19 bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 7/2021 đã tiếp nhận điều trị các trường hợp nhiễm, nghi nhiễm COVID-19, cứu sống nhiều trẻ COVID-19 nặng – nguy kịch, có bệnh nền, có yếu tố nguy cơ cao, đặc biệt là các trẻ có bệnh nền thần kinh. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu tìm hiểu các yếu tố liên quan đến mức độ nặng trên trẻ mắc COVID-19 có bệnh nền thần kinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả trẻ được chẩn đoán COVID-19 < 16 tuổi có bệnh nền thần kinh điều trị tại khoa COVID-19, bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/07/2021 đến 01/07/2022.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu

+ Trẻ em < 16 tuổi.

+ Được chẩn đoán mắc COVID-19 xác định bằng xét nghiệm Real-time PCR dịch phết mũi hầu dương tính với SARS-CoV-2 thực hiện bởi khoa vi sinh bệnh viện Nhi Đồng 1.

+ Có bệnh nền thần kinh là các bệnh thần kinh đã được chẩn đoán bởi bác sĩ chuyên khoa thần kinh, ghi nhận trong sổ khám bệnh định kỳ, hoặc giấy xuất viện các lần nhập viện trước của trẻ, hoặc được xác nhận bởi bác sĩ chuyên khoa thần kinh trong lần nhập viện lần này, bao gồm các bệnh sau: động kinh, bại não, chậm phát triển tâm thần, teo não, não úng thủy, tự kỷ, rối loạn tăng động giảm chú ý, loạn dưỡng não chất trắng và hội chứng MELAS.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không ghi nhận đủ trên 80% dữ liệu cần cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang mô tả.

- **Định nghĩa biến số:** Mức độ nặng COVID-19 được phân độ theo "Quyết định về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 ở trẻ em"¹, Quyết định số 2959/QĐ-BYT ngày 24 tháng 07 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế; 2023: 9-49.

- **Xử lý số liệu:** Toàn bộ số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Stata 17.

- **Vấn đề y đức:** Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học bệnh viện Nhi Đồng 1, mã số CS/N1/22/24, giấy phép số 160/GCN-BVND1.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/07/2021 đến 01/07/2022, tại khoa

Bảng 1. So sánh đặc điểm dịch tễ học, dinh dưỡng và bệnh nền giữa nhóm nhẹ – trung bình và nhóm nặng – nguy kịch (N = 97)

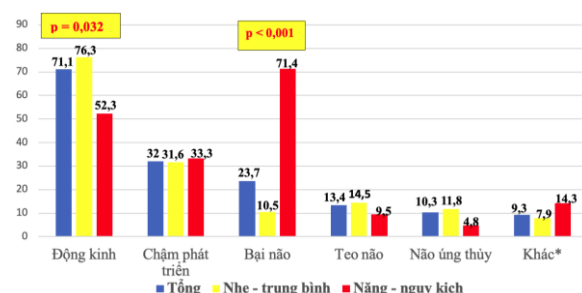
Đặc điểm	Nhẹ – trung bình (n=76)	Nặng – nguy kịch (n=21)	p
Nhóm tuổi			
1 tháng – < 1 tuổi	8 (10,5)	4 (19)	0,322a
1 tuổi – < 6 tuổi	34 (44,7)	6 (28,6)	
6 tuổi – < 12 tuổi	24 (31,6)	6 (28,6)	
≥ 12 tuổi	10 (13,2)	5 (23,8)	
Giới tính			
Nam	41 (53,9)	12 (57,1)	0,795b
Nữ	35 (46,1)	9 (42,9)	
Tiếp xúc ca bệnh COVID-19			
Có tiếp xúc ca bệnh COVID-19	40 (52,6)	5 (23,8)	0,355b
Đặc điểm dinh dưỡng			
Dinh dưỡng bình thường	40 (52,6)	12 (57,1)	0,857a
Suy dinh dưỡng vừa	6 (7,9)	1 (4,8)	
Suy dinh dưỡng nặng	13 (17,1)	5 (23,8)	
Thừa cân	12 (15,8)	3 (14,3)	
Béo phì	5 (6,6)	0 (0)	
Bệnh nền khác bệnh nền thần kinh			
Thừa cân – béo phì	17 (22,4)	3 (14,3)	0,547a
Bệnh nền hô hấp	3 (3,9)	2 (9,5)	0,295a
Bệnh nền tiêu hóa – gan mật	4 (5,3)	1 (4,8)	0,991a
Bệnh nền tim mạch	2 (2,6)	3 (14,3)	0,066a
Suy giảm miễn dịch	2 (2,6)	3 (14,3)	0,066a
Số bệnh nền*			
1 bệnh nền	6 (7,9)	3 (14,3)	0,477a
2 bệnh nền	63 (82,9)	14 (66,7)	
3 bệnh nền	7 (9,2)	4 (19)	

a: Kiểm định Fisher, b: Kiểm định chi bình phương
*Số bệnh nền tính bằng tổng số bệnh nền mà trẻ có

3.2. Đặc điểm bệnh nền thần kinh. Động kinh chiếm tỉ lệ cao nhất (71,1%) trong số các bệnh nền thần kinh của nhóm trẻ tham gia nghiên cứu, kế đó là chậm phát triển tâm thần (32%), bại não (23,7%), teo não (13,4%), não úng thủy (10,3%), tự kỷ (4,1%), rối loạn tăng động giảm chú ý (3,1%), loạn dưỡng não chất trắng (1%) và hội chứng MELAS (1%).

*4 bệnh nền thần kinh khác bao gồm: tự kỷ, rối loạn tăng động giảm chú ý, loạn dưỡng não chất trắng và hội chứng MELAS.

Biểu đồ 1. Đặc điểm bệnh nền thần kinh theo nhóm (N = 97)



3.3. Đặc điểm lâm sàng COVID-19
Bảng 2. So sánh một số triệu chứng lâm sàng giữa nhóm nhẹ – trung bình và nhóm nặng – nguy kịch (N = 97)

Đặc điểm	Nhẹ – trung bình (n=76)	Nặng – nguy kịch (n=21)	p
Sốt	50 (65,8)	20 (95,2)	0,008 ^b
Ho	29 (38,2)	16 (76,2)	0,002 ^b
Thở mệt	23 (30,3)	21 (100)	<0,001 ^b
Ôi	10 (13,2)	0 (0)	0,112 ^a
Tiêu chảy	5 (6,6)	3 (14,3)	0,365 ^a
Mất vị/khứu giác*	8 (23,5)	2 (18,2)	0,212 ^a

Đau họng*	6 (17,6)	2 (18,2)	0,265 ^a
Đau bụng*	1 (2,9)	0 (0)	0,216 ^a

^a: Kiểm định Fisher, ^b: Kiểm định chi bình phương
*Có 45 trẻ trên 6 tuổi trong nghiên cứu mới có thể than đau bụng, đau họng, mất vị giác/khứu giác và ghi nhận trong hồ sơ bệnh án. Trong 45 trẻ này có 34 trẻ nhẹ – trung bình và 11 trẻ nặng – nguy kịch.

3.4. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. So sánh một số đặc điểm cận lâm sàng giữa nhóm nhẹ – trung bình và nhóm nặng – nguy kịch (N=97)

Đặc điểm	Nhẹ – trung bình (n=76)	Nặng – nguy kịch (n=21)	p
Tổng phân tích tế bào máu			
Bạch cầu (k/mm ³)	8,5 (6,4 – 11,6)	10,2 (7,2 – 12,5)	0,239 ^c
Neutrophil (k/mm ³)	3,7 (2,1 – 6,3)	5,1 (2,9 – 6,8)	0,162 ^c
Lymphocyte (k/mm ³)	2,5 (1,9 – 4,5)	3,7 (2 – 4,1)	0,446 ^c
Tiểu cầu (k/mm ³)	276 (228 – 369)	198 (168 – 296)	0,021 ^c
Sinh hóa máu*			
CRP (mg/L)	3,2 (0,8 – 12)	8,5 (1,2 – 39,9)	0,108 ^c
CRP > 20 mg/L	10 (13,2)	7 (33,3)	0,049 ^b
Ferritin (µg /L)	132,8 (72,3 – 237,3)	345 (227,7 – 654,7)	<0,001 ^c
Đông máu toàn bộ*			
PT (giây)	13,7 (13,4 – 14,1)	14,1 (12,7 – 15,8)	0,496 ^c
aPTT (giây)	31,9 (29,5 – 32,1)	34,1 (31,1 – 43,1)	0,006 ^c
Fibrinogen (g/L)	2,6 (2,4 – 2,8)	3 (2,5 – 3,6)	0,012 ^c
D-dimer (ng/mL)	0,5 (0,4 – 0,6)	0,6 (0,4 – 1,3)	0,052 ^c
X-quang ngực thẳng*			
Tổn thương đồng đặc	13 (56,5)	16 (76,2)	<0,001 ^b
Tổn thương mô kẽ	7 (30,4)	16 (76,2)	0,004 ^a
Xẹp phổi	3 (13)	3 (14,3)	0,123 ^a
Tràn dịch màng phổi	1 (4,3)	1 (4,8)	0,235 ^a

^a: Kiểm định Fisher, ^b: Kiểm định chi bình phương, ^c: Kiểm định Mann-Whitney

*Có 44 trẻ mắc COVID-19 trung bình trở lên trong nghiên cứu mới được làm PT, aPTT, fibrinogen, D-dimer máu và chụp X-quang ngực, ghi nhận trong hồ sơ bệnh án. Trong 44 trẻ này có 23 trẻ mắc COVID-19 nhẹ – trung bình và 21 trẻ nặng – nguy kịch.

3.5. Đặc điểm các biện pháp và kết quả điều trị

Bảng 4. So sánh một số đặc điểm biện pháp và kết quả điều trị giữa nhóm nhẹ – trung bình và nhóm nặng – nguy kịch (N = 97)

Đặc điểm	Nhẹ – trung bình (n=76)	Nặng – nguy kịch (n=21)	p
Thuốc điều trị COVID-19			
Có sử dụng corticosteroids	15 (19,7)	20 (95,2)	< 0,001 ^b
Số ngày dùng corticosteroids	0	9 (7 – 10)	< 0,001 ^c
Có sử dụng kháng đông	15 (19,7)	20 (95,2)	< 0,001 ^b
Số ngày dùng kháng đông	0	10 (8 – 12)	< 0,001 ^c
Có sử dụng kháng sinh	34 (44,7)	21 (100)	< 0,001 ^b
Có sử dụng remdesivir	8 (10,5)	12 (57,1)	< 0,001 ^b
Kết quả điều trị			
Số ngày nằm khoa COVID-19	6 (3 – 11)	12 (8 – 22)	< 0,001 ^c
Số ngày nằm viện	9 (6 – 14)	15 (11 – 45)	< 0,001 ^c
Tử vong	0 (0)	5 (23,8)	< 0,001 ^a

^a: Kiểm định Fisher, ^b: Kiểm định chi bình phương, ^c: Kiểm định Mann-Whitney

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dịch tễ học COVID-19, dinh dưỡng và bệnh nền. Không có sự khác biệt có

ý nghĩa thống kê về các đặc điểm dịch tễ, dinh dưỡng, đặc điểm bệnh nền khác bệnh nền thần kinh, tổng số bệnh nền giữa hai nhóm mắc

COVID-19 nhẹ – trung bình và mắc COVID-19 nặng – nguy kịch. Theo Harwood và cộng sự⁵ (2022) thì tất cả các bệnh nền đi kèm, trong đó có thừa cân – béo phì đều làm tăng tỉ lệ nhập ICU và tử vong vì COVID-19 ở trẻ em, chỉ ngoại trừ các bệnh lý ác tính và hen suyễn. Nghiên cứu của chúng tôi có số lượng quá thấp các trẻ thừa cân – béo phì cũng như các bệnh nền khác ngoài bệnh lý thần kinh dẫn đến việc không phát hiện thấy mối liên quan.

Đặc điểm bệnh nền thần kinh. Khi xem xét mối liên quan giữa bệnh nền thần kinh với mức độ nặng của bệnh COVID-19, chúng tôi ghi nhận chỉ có hai bệnh lý có liên quan là động kinh và bại não ($p < 0,05$). Trên những trẻ có bệnh động kinh, tỉ lệ nhiễm COVID-19 nhẹ – trung bình cao hơn đáng kể so với nhóm nặng – nguy kịch. Nghiên cứu của Kompaniyets và cộng sự⁶ (2021) cho thấy nguy cơ mắc bệnh COVID-19 nặng (nhập ICU, thở máy xâm lấn hoặc tử vong vì COVID-19) là cao hơn trong số trẻ em có bệnh lý nền động kinh với OR là 1,7, KTC 95% là 1,4 – 2,1. Tuy nhiên trẻ động kinh trong nghiên cứu này chỉ có 23 trẻ, chủ yếu trong nhóm tuổi từ 12 – 18 tuổi. Nghiên cứu của tác giả này sử dụng mã ICD-10 để xác định bệnh lý nền thần kinh của trẻ để đưa vào nghiên cứu nên có thể đã bỏ sót nhiều trẻ động kinh nhẹ – trung bình. Trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên trẻ em Việt Nam, chủ yếu trong nhóm từ 1 – 12 tuổi, tiêu chuẩn chọn bệnh của chúng tôi chặt chẽ hơn nên có sự khác biệt khi phân tích.

Tỉ lệ trẻ bại não ở nhóm mắc COVID-19 nặng – nguy kịch cao hơn nhóm nhẹ – trung bình. Điều này có thể giải thích do rối loạn chức năng hô hấp ở trẻ bại não là tình trạng rất thường gặp do suy giảm khả năng vận động và chức năng của cơ hoành như tham gia hít thở, phản xạ ho, ngăn ngừa hít sặc.³ Khi trẻ bại não có những rối loạn chức năng hô hấp từ trước thì có nguy cơ xuất hiện các biến chứng hô hấp cao hơn khi mắc COVID-19, từ đó có liên quan đến mắc COVID-19 nặng – nguy kịch ở trẻ bại não.

Đặc điểm lâm sàng COVID-19. Tỉ lệ trẻ có sốt và triệu chứng hô hấp là ho và thở mệt trên nhóm COVID-19 nặng – nguy kịch cao hơn đáng kể so với nhóm nhẹ – trung bình ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của Saleh và cộng sự⁷ (2021) cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ sốt giữa nhóm trẻ điều trị thông thường và nhóm trẻ điều trị trong ICU, ngược lại tỉ lệ biểu hiện triệu chứng hô hấp ở nhóm nhập ICU lại cao hơn đáng kể. Tuy nhiên, bản thân các triệu chứng này nằm trong nhóm triệu chứng hô hấp dùng

để đánh giá mức độ nặng, nên kết quả này không có ý nghĩa nhiều về mặt lâm sàng.

Đặc điểm cận lâm sàng. Biểu hiện viêm cũng được ghi nhận là có liên quan đến mức độ nặng của bệnh: số lượng tiểu cầu thấp hơn, CRP > 20 mg/L, định lượng ferritin, aPTT, fibrinogen tăng cao hơn ở nhóm trẻ nhiễm COVID-19 mức độ nặng – nguy kịch. Điều này tương đồng với kết quả của nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy tăng phản ứng viêm là yếu tố nguy cơ mắc COVID-19 nặng ở trẻ em.^{2,5,7}

Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ trẻ mắc COVID-19 nặng – nguy kịch có tổn thương đông đặc phổi hay tổn thương mô kẽ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm mắc COVID-19 nhẹ – trung bình ($p < 0,05$). Sedighi và cộng sự⁸ (2022) cũng ghi nhận kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể giải thích là vì tổn thương tiến triển do nhiễm SARS-CoV-2 hoặc do đông nhiễm thêm vi khuẩn. Các tổn thương này sẽ dẫn đến can thiệp hỗ trợ hô hấp xâm lấn nhiều hơn và làm gia tăng nguy cơ viêm phổi thứ phát do vi khuẩn, nhiễm khuẩn huyết và tử vong.

Đặc điểm các biện pháp và kết quả điều trị. Tỉ lệ sử dụng corticosteroids, kháng đông, kháng sinh và remdesivir; số ngày nằm khoa COVID-19, số ngày nằm viện và tỉ lệ tử vong của nhóm mắc COVID-19 nặng – nguy kịch cao hơn nhóm nhẹ – trung bình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, phù hợp với kết quả của tác giả Phùng Nguyễn Thế Nguyên và cộng sự² (2022). Điều này là hợp lý do những trẻ mắc COVID-19 nặng – nguy kịch là những trẻ rất nặng, và khi đã bắt đầu thở máy sẽ kéo theo hàng loạt hệ lụy đi kèm như viêm phổi liên quan thở máy, nhiễm khuẩn huyết và từ đó sẽ kéo dài thời gian nằm ICU, thời gian nằm khoa COVID-19, thời gian nằm viện, cần dùng nhiều loại kháng sinh phổ rộng, và tăng tỉ lệ tử vong.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố liên quan đến mắc COVID-19 nặng – nguy kịch trên trẻ có bệnh nền thần kinh bao gồm: trẻ bại não; có sốt, ho, thở mệt; CRP > 20 mg/L; ferritin, aPTT, fibrinogen tăng cao; có tổn thương đông đặc hoặc tổn thương mô kẽ trên X-quang ngực. Tỉ lệ sử dụng corticosteroids, kháng đông, kháng sinh, remdesivir, số ngày nằm khoa COVID-19, số ngày nằm viện và tỉ lệ tử vong của nhóm nặng – nguy kịch đều cao hơn nhóm nhẹ – trung bình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quyết định số 2959/QĐ-BYT. Quyết định

- về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 ở trẻ em. 2023; 9-49.
- Nguyen PNT, Thuc TT, Hung NT.** 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.
 - Brandenburg JE, Fogarty MJ, Sieck GC.** Why individuals with cerebral palsy are at higher risk for respiratory complications from COVID-19. *J Pediatr Rehabil Med.* 2020;13(3):317-327. doi:10.3233/PRM-200746.
 - Drouin O, Hepburn CM, Farrar DS, et al.** Characteristics of children admitted to hospital with acute SARS-CoV-2 infection in Canada in 2020. *CMAJ.* 2021;193(38):1483-1493. doi:10.1503/cmaj.210053.
 - Harwood R, Yan H, Talawila N, et al.** Which children and young people are at higher risk of severe disease and death after hospitalisation with SARS-CoV-2 infection in children and young people: A systematic review and individual patient meta-analysis. *EClinicalMedicine.* 2022;44(2):261-287. doi:10.1016/j.eclinm.2022.101287.
 - Kompaniyets L, Agathis NT, Nelson JM, et al.** Underlying Medical Conditions Associated With Severe COVID-19 Illness Among Children. *JAMA Netw Open.* 2021;4(6): 211-282. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.11182.
 - Saleh M, Alkofide A, Alshammari A, et al.** Changes in Hematological, Clinical and Laboratory Parameters for Children with COVID-19: Single-Center Experience. *J Blood Med.* 2021; 12(10):819-826. doi:10.2147/JBM.S321372.
 - Sedighi I, Fahimzad A, Pak N, et al.** A multicenter retrospective study of clinical features, laboratory characteristics, and outcomes of 166 hospitalized children with coronavirus disease 2019 (COVID-19): A preliminary report from Iranian Network for Research in Viral Diseases (INRVD). *Pediatr Pulmonol.* 2022;57(2):498-507. doi:10.1002/ppul.25756.

KIẾN THỨC VỀ NHIỄM KHUẨN SAU SINH CỦA SẢN PHỤ TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2022

Nguyễn Thị Liên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức về nhiễm khuẩn sau sinh của sản phụ tại khoa Sản Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 112 sản phụ đang được chăm sóc và điều trị tại khoa sản Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định. **Kết quả:** Tỷ lệ sản phụ có kiến thức đạt về nhiễm khuẩn sau sinh là 41.1%, sản phụ có kiến thức không đạt chiếm tỷ lệ 58.9%. **Kết luận:** Kiến thức đạt của sản phụ về nhiễm khuẩn sau sinh ở mức trung bình. Cần tăng cường kiến thức về nhiễm khuẩn sau sinh bằng cách mở các lớp tập huấn cho bà mẹ mang thai về kiến thức vệ sinh sau đẻ cũng như các dấu hiệu của nhiễm khuẩn sau sinh để phát hiện sớm và điều trị kịp thời, tránh những biến chứng nặng nề của nhiễm khuẩn sau sinh.

Từ khóa: sản phụ, nhiễm khuẩn sau sinh

SUMMARY

KNOWLEDGE ABOUT POSTPARTUM INFECTIONS OF PREGNANT WOMEN AT THE OBSTETRICS DEPARTMENT OF NAM DINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2022

Objectives: Describe the current status of knowledge about postpartum infections of pregnant women at the Obstetrics Department of Nam Dinh

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Liên
Email: lienynd@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.3.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.4.2024
Ngày duyệt bài: 28.5.2024

Obstetrics and Gynecology Hospital in 2022. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 112 pregnant women receiving care and treatment at the obstetrics department of Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital. **Results:** The proportion of pregnant women with satisfactory knowledge about postpartum infections was 41.1%, the proportion of pregnant women with unsatisfactory knowledge is 58.9%. **Conclusion:** Pregnant women's knowledge about postpartum infections was at an average level. It was necessary to increase knowledge about postpartum infections by opening training classes for pregnant mothers on postpartum hygiene knowledge as well as signs of postpartum infections for early detection and timely treatment, avoiding Serious complications of postpartum infection. **Keywords:** pregnant women, postpartum infections

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn sau sinh là những trường hợp nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục trong thời kỳ sau đẻ (6 tuần đầu sau đẻ), hay gặp nhất là từ vùng rau bầm. Nhiễm khuẩn sau sinh (NKSS) là một trong năm tai biến sản khoa thường gặp, đặc biệt là ở các nước đang phát triển do nhiều nguyên nhân từ cơ sở hạ tầng, trang thiết bị yếu kém, chủ yếu do quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn ở các cơ sở y tế chưa thực sự được đảm bảo [1] [2]. Theo thống kê của WHO, hàng năm trên thế giới có khoảng năm triệu trường hợp nhiễm khuẩn liên quan đến thai nghén xảy ra, trong đó có khoảng 75.000 trường hợp tử vong. Tỷ lệ nhiễm khuẩn cao hơn