

13. Stewart Jane E. (2008). Nutrition and Growth in Primary Care of the Premature infant. *Primary Care of the Premature infant*. Saunders Elsevier, pp. 233-243.
 14. United Nations Children's Fund and World Health Organization (2004). " Incidence of low birthweight. Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates". New York, pp. 7-20.
 15. Van Haastert Ingrid C. (2011). "Decreasing Incidence and Severity of Cerebral Palsy in Prematurely Born Children". *The Journal of Pediatrics*, 159, pp. 86-91.
 16. World Health Organization (2012). Developmental Difficulties in Early Childhood: prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle- income countries. *Child and Adolescent Health and Development*. pp. 14-17.
- (Ngày nhận bài: 15/11/2017 - Ngày duyệt đăng: 08/01/2018)

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM HIV/AIDS TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ NĂM 2016 – 2017

Nguyễn Thị Thu Cúc, Phạm Hồng Nguyễn Di
 Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
 *Email: nttcuc@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình hình nhiễm HIV ở trẻ em ≤ 15 tuổi được ghi nhận chiếm khoảng 3% tổng số trường hợp nhiễm HIV/AIDS, tức là hiện nay số lượng trẻ mắc HIV/AIDS khoảng 70.000 trẻ. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sau 6 tháng nhiễm HIV/AIDS ở trẻ em tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 82 trẻ em nhiễm HIV/AIDS từ 1 tháng-15 tuổi từ tháng 7/2016 đến tháng 4/2017. **Kết quả:** lý do đến khám bệnh của trẻ nhiễm HIV/AIDS có xét nghiệm HIV dương tính (19,5%) và cha mẹ nhiễm HIV/AIDS (18,3%), suy dinh dưỡng 31,7%, sản ngứa 73,2%, ho 68,3%, thiếu máu 53,7%. Trẻ em nhiễm HIV/AIDS giai đoạn lâm sàng 3 (57,4%). Trẻ nhiễm HIV/AIDS có thiếu máu 62,2%, số lượng bạch cầu giảm 4,9%, tăng bạch cầu 28%. Trẻ nhiễm HIV/AIDS có suy giảm miễn dịch nặng 39%, tiến triển 22%, nhẹ 6,1%, không suy giảm là 32,9%. **Kết quả điều trị ARV sau 6 tháng:** suy dinh dưỡng 22% ($p=0,005$), thiếu máu (Hb) 45,1% ($p=0,004$), tăng bạch cầu 9,8%, tỉ lệ bạch cầu bình thường 87,8% ($p=0,005$), số lượng tế bào CD4 ở trẻ ≥ 5 tuổi ở mức suy giảm nặng 13,2%, không suy giảm 52,6% ($p=0,002$). Tỉ lệ phần trăm CD4 ở trẻ < 5 tuổi ở mức suy giảm nặng 13,4%, giai đoạn không suy giảm 51,2%, ($p<0,001$), có đáp ứng với phác đồ điều trị ARV bậc I là 80,5%. **Kết luận:** Trẻ nhiễm HIV/AIDS khám bệnh vì xét nghiệm HIV dương tính và cha mẹ nhiễm HIV/AIDS, suy dinh dưỡng, sản ngứa, ho, thiếu máu, giai đoạn lâm sàng 3, kết quả điều trị ARV sau 6 tháng đều có cải thiện về lâm sàng và cận lâm sàng.

Từ khóa: nhiễm HIV/AIDS

ABSTRACT

STUDY ON CLINICAL, PARACLINICAL AND TREATMENT OF HIV/AIDS IN CHILDREN AT THE OUTPATIENT DEPARTMENT CAN THO PEDIATRICS HOSPITAL FROM 2016 TO 2017

Nguyen Thi Thu Cuc, Pham Hong Nguyen Di
 Cantho University of Medicine and Pharmacy

Background: The HIV infection rate among children aged ≤ 15 years is about 3% of the total number of HIV/AIDS cases, meaning that the number of children infected with HIV/AIDS is about 70,000. **Objective:** Identification of clinical characteristics, subclinical and treatment outcomes after 6 months of HIV/AIDS infection in children at the Outpatient Department Can Tho Pediatrics Hospital. **Materials and method:** Cross sectional description study with 82 children with HIV/AIDS aged 1 month to 15 years from July 2016 to April 2017. **Results:** Reasons for medical examination of HIV/AIDS infected children HIV positive test (19.5%) and HIV/AIDS infected parents (18.3%), malnutrition 31.7%, rash pruritus 73.2%, cough 68.3%, anemia 53.7%. Child with HIV / AIDS stage 3 (57.4%). HIV/AIDS infected children had anemia of 62.2%, white blood cell count decreased 4.9%, leukocytosis 28%. HIV / AIDS infected children had a severe decline of 39%, a progressive decline of 22%, a slight decrease of 6.1%, and a decrease of 32.9%. **Results of ARV after 6 months:** malnutrition 22% ($p = 0.005$), anemia (Hb) 45.1% ($p = 0.004$), leukocytosis 9.8%, normal white blood cell count 87, 8% ($p = 0.005$), CD4 cell counts in children aged ≥ 5 years were 13.2%, without impairment 52.6% ($p = 0.002$). Tỷ lệ phần trăm CD4 ở trẻ < 5 tuổi ở mức suy giảm nặng 13,6%, không suy giảm 54,5%. HIV / AIDS infected children with severe disease decline 13.4%, the period was not reduced by 51.2%, ($p < 0.001$), responding to ARV treatment regimen at step 1 was 80.5%. **Conclusion:** HIV/AIDS infected children with HIV positive and HIV/AIDS infected parents, malnutrition, pruritus, cough, anemia, ear discharge, clinical stage 3. Results of ARV after 6 months had improved clinically and subclinical.

Key word: HIV/AIDS infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình hình nhiễm HIV ở trẻ em ≤ 15 tuổi được ghi nhận chiếm khoảng 3% tổng số trường hợp nhiễm HIV/AIDS, tức là hiện nay số lượng trẻ mắc HIV/AIDS khoảng 70.000 trẻ. Hầu hết các trẻ nhiễm bệnh là những trẻ sống lang thang cơ nhỡ, trẻ có cha hoặc mẹ hoặc cả hai bị nhiễm HIV/AIDS [1], [2], [4]. Số lượng trẻ em nhiễm HIV/AIDS ngày càng nhiều, là một gánh nặng cho ngành y tế, chúng tôi thực hiện đề tài: “Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị nhiễm HIV/AIDS ở trẻ em tại Khoa khám Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2016 – 2017” với mục tiêu nghiên cứu sau: mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị sau 6 tháng ở trẻ em nhiễm HIV/AIDS tại Khoa khám bệnh Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2016–2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ em nhiễm HIV/AIDS từ 1 tháng đến 15 tuổi đến khám và điều trị tại Khoa khám Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 7/2016 đến tháng 4/2017, theo tiêu chuẩn chọn mẫu là trẻ em ≤ 18 tháng tuổi: PCR – HIV (+), trẻ em trên 18 tháng tuổi đến ≤ 15 tuổi: ELISA – HIV (+) và có chỉ định điều trị ARV phác đồ ARV bậc 1 (1 trong các dấu hiệu: lâm sàng giai đoạn 3, 4, phân loại giai đoạn miễn dịch, trẻ ≤ 12 tháng có PCR – HIV (+)).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: 82 mẫu. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu không xác suất (mẫu thuận tiện).
- Phương pháp thu thập số liệu: tra cứu bệnh án những trẻ đến khám và điều trị trong khoa phù hợp với tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu, phỏng vấn trực tiếp thân nhân trực tiếp nuôi dưỡng trẻ và điền thông tin vào bộ câu hỏi, khám lâm sàng, ghi nhận một số lý do đến khám bệnh, cân nặng và chiều cao của trẻ lúc đến khám, các triệu chứng lâm sàng, phân

loại giai đoạn lâm sàng, ghi nhận công thức máu, số lượng tế bào CD4, tỉ lệ phần trăm CD4, ghi nhận kết quả điều trị.

- Phương pháp xử lí số liệu: số liệu thu thập được đã nhập và xử lí thống kê các số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU (N=82)

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ em nhiễm HIV/AIDS

Bảng 1. Một số triệu chứng lâm sàng ở trẻ nhiễm HIV/AIDS (n=82)

Triệu chứng	n	%	Triệu chứng	n	%
Sốt	30	36,6	Sụt cân	10	12,2
Tiêu chảy	22	26,8	Hạch to	10	12,2
Ho	56	68,3	Chảy mù tai	2	2,4
Sẩn ngứa	60	73,2	Bạch sản lông ở miệng	1	1,2
Nám miệng	36	43,9	Da niêm nhạt	44	53,7
Suy dinh dưỡng	26	31,7			

Triệu chứng thường gặp nhất ở trẻ nhiễm HIV/AIDS là sẩn ngứa 73,2%. Ho (68,3%), da niêm nhạt (53,7%), nám miệng (43,9%) sốt (36,6%), tiêu chảy (26,8%), suy dinh dưỡng 31,7%

Bảng 2. Phân loại giai đoạn lâm sàng ở trẻ nhiễm HIV/AIDS (n=82)

Giai đoạn lâm sàng	n	%	Giai đoạn lâm sàng	n	%
Giai đoạn 1	16	19,5	Giai đoạn 3	47	57,4
Giai đoạn 2	17	20,7	Giai đoạn 4	2	2,4

Trẻ nhiễm HIV/AIDS phần lớn ở giai đoạn lâm sàng 2 (20,7%), giai đoạn lâm sàng 3 (57,4%)

Bảng 3. Xét nghiệm tế bào CD4

Kết quả xét nghiệm tế bào CD4						
Trẻ ≥ 5 tuổi			Trẻ < 5 tuổi			
Tế bào CD 4 (tế bào/mm ³)	n	%	Tế bào CD 4 (%)	n	%	
>500 (bình thường)	11	28,9	Suy giảm nặng	≤11 tháng	1	2,2
350 – 499 (suy giảm nhẹ)	2	5,3		12 – 35 tháng	8	18,2
200 – 349 (suy giảm tiến triển)	8	21,1		36 – 59 tháng	6	13,6
<200 (suy giảm nặng)	17	44,7				

Trẻ ≥ 5 tuổi có số lượng tế bào CD4 < 200 tế bào/mm³ (suy giảm nặng) 44,7% chiếm tỉ lệ cao nhất. Trẻ < 5 tuổi có tế bào CD 4 (%) suy giảm nặng chiếm tỉ lệ 18,2% ở nhóm 12-35 tháng tuổi

Bảng 4. Phân loại giai đoạn miễn dịch ở trẻ nhiễm HIV/AIDS (n=82)

Giai đoạn miễn dịch	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Không suy giảm	27	32,9
Suy giảm nhẹ	5	6,1
Suy giảm tiến triển	18	22,0
Suy giảm nặng	32	39,0

Phần lớn trẻ có suy giảm nặng 39,0% và suy giảm tiến triển 22,0%

Bảng 5. Bạch cầu và mức độ thiếu máu (n=82)

Bạch cầu	Kết quả	Số lượng	Tỉ lệ (%)
	Bình thường	55	67,1
Giảm	4	4,9	

Kết quả		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Mức độ thiếu máu	Tăng	23	2,8
	Không thiếu máu	31	37,8
	Thiếu máu nhẹ	41	50,0
	Thiếu máu trung bình	9	11,0
	Thiếu máu nặng	1	1,2

Bạch cầu giảm 4,9%, thiếu máu nặng 1,2%

3.2. Kết quả điều trị sau 6 tháng ở trẻ em nhiễm HIV/AIDS

Bảng 6. Kết quả sau điều trị ARV (n=82)

Kết quả điều trị sau 6 tháng	Trước điều trị ARV	Sau điều trị ARV	p
Suy dinh dưỡng	26 (31,7)	18 (22,0)	0,005
Bạch cầu giảm	4 (4,9)	2 (2,4)	0,005
Thiếu máu trung bình	9 (11,0)	3 (3,7)	0,004
Tế bào CD4:			
Trẻ ≥ 5 tuổi: <200 tế bào	17 (44,7)	5 (13,2)	0,002
Trẻ < 5 tuổi: suy giảm nặng	15 (34,1)	6 (13,6)	0,086
Giai đoạn miễn dịch: Suy giảm nặng	32 (39,0)	11 (13,4)	< 0,001

Trẻ nhiễm HIV/AIDS có suy dinh sau điều trị ARV giảm còn 22%, bạch cầu giảm được cải thiện còn 2,4%, thiếu máu trung bình 3,7%, tế bào CD 4 < 200 13,2% ở trẻ ≥ 5 tuổi, suy giảm nặng ở trẻ < 5 tuổi 13,6%, giai đoạn suy giảm miễn dịch còn 13,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ em nhiễm HIV/AIDS

Nghiên cứu của chúng tôi sẵn ngứa (73,2%), ho (68,3%) và dấu hiệu lâm sàng thiếu máu (53,7%) là những triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở trẻ nhiễm HIV/AIDS. Kết quả này gần với nghiên cứu của Asnake Sebhat và Solomon Amsalu (2005) ghi nhận ho là triệu chứng thường gặp nhất (58,4%) [9]. Nghiên cứu của Đông Thị Hoài Tâm và cộng sự (2007) cho thấy biểu hiện hô hấp chiếm tỉ lệ cao nhất (95%) [7] cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kiều Oanh (2011) ho là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất (45,6%) [5]. Nám miệng (43,9%) và tiêu chảy (26,8%) là hai triệu chứng cũng thường gặp ở trẻ nhiễm HIV/AIDS. Theo nghiên cứu của Đông Thị Hoài Tâm và cộng sự (2007) thì trẻ có nám miệng là 60% [7] cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Tỉ lệ này gần tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kiều Oanh (2011), 21,5 % [5] và của Trần Quang Thông (2015), 18,4% trẻ bị tiêu chảy [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ suy dinh dưỡng 31,7%, phù hợp với nghiên cứu của Trần Quang Thông (2015) tỉ lệ trẻ suy dinh dưỡng là 20,6 % [9], của Nguyễn Thị Kiều Oanh (2011) là 12,9% [5]. Giai đoạn lâm sàng 3 chiếm tỉ lệ cao nhất 59,4%, giai đoạn lâm sàng 1 và 2 chiếm tỉ lệ lần lượt là 19,5% và 20,7%, giai đoạn lâm sàng 4 chiếm tỉ lệ thấp nhất là 2,4%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Ngô Thị Thu Tuyền (2012), giai đoạn lâm sàng 3,4 chiếm 80% theo nghiên cứu của Trần Quang Thông (2015) tỉ lệ này là 55,3% [8], nghiên cứu của Laurence Ahoua (2006) là 59,3% [11], phù hợp với nghiên cứu của Fassinou Patricia và cộng sự (2004) trẻ nhiễm HIV/AIDS có giai đoạn lâm sàng 3 chiếm 57,6% [10] và theo Prahavathi R. (2010) tỉ lệ này là 56% [12]. *Bạch cầu*: nghiên cứu của chúng tôi trẻ nhiễm HIV/AIDS có số lượng bạch cầu > 10.000 tế bào/mm³ chiếm 28% và trẻ có số lượng bạch cầu < 4.000 chiếm 4,9%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Đông Thị Hoài Tâm và cộng sự (2007), 40% trẻ có số lượng bạch cầu > 10.000 tế bào/mm³ [7]. Do khác biệt về

đối tượng nghiên cứu, của Đông Thị Hoài Tâm và cộng sự là trẻ nhiễm HIV/AIDS nhập khoa Hồi sức cấp cứu nên tình trạng nhiễm trùng nặng hơn, làm cho trẻ có số lượng bạch cầu > 10.000 tế bào/ mm^3 trong nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Thiếu máu 62,2%, so với nhóm không có thiếu máu (37,8%). Trong đó thiếu máu nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất 50%, thiếu máu trung bình chiếm tỉ lệ 11% và thiếu máu nặng chiếm 1,2%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kiều Oanh (2011), trẻ có thiếu máu chiếm 64,9% [6], của Huỳnh Hùng Dũng (2014) là 57,2% [3] và của Trần Quang Thông (2015) là 57,4% [8]. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Đông Thị Hoài Tâm và cộng sự (2007) là có 95% trẻ nhiễm HIV bị thiếu máu [8], thấp hơn nghiên cứu của Phạm Nhật An (2013) là 81% trẻ có thiếu máu [1]. Tế bào CD4 (Đối với trẻ ≥ 5 tuổi) tỉ lệ trẻ có số lượng tế bào CD4 < 200 tế bào/ mm^3 chiếm tỉ lệ cao nhất 44,7%. Kết quả này cao hơn so với một vài nghiên cứu khác, 37,1% theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Kiều Oanh (2011) [5], 32% theo nghiên cứu của Dư Tuấn Quy (2012) [6], 18,1% theo nghiên cứu của Shah Shilpa R. (2005) [13]. Tuy nhiên kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Quang Thông (2015), trẻ có số lượng tế bào CD4 < 200 tế bào/ mm^3 chiếm 43,3% [8]. Giai đoạn miễn dịch suy giảm nặng 39%, suy giảm tiến triển 22%, suy giảm nhẹ 6,1%, không suy giảm 32,9%, theo Đông Thị Hoài Tâm (2007) trẻ nhiễm HIV/AIDS có giai đoạn miễn dịch ở mức suy giảm nặng chiếm 79,6% [8], theo Dư Tuấn Quy (2012) suy giảm nhẹ và suy giảm tiến triển chiếm 45,8%, suy giảm nặng chiếm 54,2% [6], theo Phạm Nhật An thì suy giảm tiến triển là 17,1%, suy giảm nặng là 68,6% [1] và của Huỳnh Hùng Dũng thì suy giảm tiến triển là 40,6%, suy giảm nặng 55,8% [3].

4.2. Nhận xét Kết quả điều trị sau 6 tháng ở trẻ em nhiễm HIV/AIDS

Trẻ em nhiễm HIV/AIDS có suy dinh dưỡng trước điều trị ARV chiếm tỉ lệ 31,7%, sau điều trị giảm còn 22%. Trước điều trị ARV tỉ lệ trẻ nhiễm HIV/AIDS có tình trạng dinh dưỡng bình thường chiếm 67,1%, sau điều trị tăng lên 76,8%. Theo nghiên cứu của Trần Quang Thông (2015), trước điều trị trẻ có suy dinh dưỡng chiếm 20,5%, sau điều trị giảm còn 13,5% [8]. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, sau điều trị ARV tỉ lệ trẻ có suy dinh dưỡng giảm gần tương đương so với nghiên cứu của Trần Quang Thông. Bạch cầu: trẻ nhiễm HIV/AIDS có số lượng bạch cầu < 4.000 tế bào/ mm^3 (giảm) trước điều trị chiếm 4,9%, giảm còn 2,4% sau điều trị. Theo nghiên cứu của Trần Quang Thông thì trước điều trị trẻ có tăng bạch cầu chiếm tỉ lệ 22,7%, sau điều trị giảm còn 13,5% [8]. Thiếu máu trung bình là 11% giảm còn 3,7%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Kiều Oanh (2011) thì tỉ lệ trẻ nhiễm HIV/AIDS có thiếu máu trước và sau điều trị lần lượt là 64,9% và 31,6% [5], theo nghiên cứu của Trần Quang Thông (2015) thì tỉ lệ này là 57,4% và 43,3%. Số lượng tế bào CD4 < 200 tế bào/ mm^3 trước điều trị là 17 trẻ chiếm 44,7%, sau điều trị ARV giảm còn 5 trẻ chiếm 13,2% (đối với trẻ ≥ 5 tuổi), theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Kiều Oanh (2011) thì trẻ ≥ 5 tuổi có số lượng tế bào CD4 < 200 tế bào/ mm^3 trước điều trị là 48,1%, sau điều trị giảm còn 3,8% [5]. Tỉ lệ này theo nghiên cứu của Trần Quang Thông (2015) là 43,4% và 5% [8], Tỉ lệ phần trăm tế bào CD4 (đối với trẻ < 5 tuổi): Trẻ nhiễm HIV/AIDS có tỉ lệ phần trăm CD4 ở mức suy giảm nặng theo tuổi trước điều trị là 15 trẻ chiếm 34,1%, sau điều trị giảm còn 6 trẻ chiếm 13,6%. Trẻ nhiễm HIV/AIDS có tỉ lệ phần trăm CD4 ở mức không suy giảm trước điều trị là 16 trẻ chiếm tỉ lệ 36,4%, tăng lên 24 trẻ chiếm tỉ lệ 54,5%. Theo nghiên cứu của Trần Quang Thông (2015) trẻ dưới 5 tuổi có tỉ lệ phần trăm tế bào CD4 ở mức suy giảm nặng trước điều trị là 55,6%, sau điều trị giảm còn 24,7% [8]. Suy giảm miễn dịch ở giai đoạn suy giảm nặng chiếm tỉ lệ cao nhất 39%, giảm còn 13,4% sau điều trị.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Kiều Oanh (2011) thì trẻ nhiễm HIV/AIDS có giai đoạn miễn dịch ở mức suy giảm nặng trước điều trị là 50,9%, sau điều trị giảm còn 7%, trẻ có giai đoạn miễn dịch mức không suy giảm trước điều trị chiếm tỉ lệ 17,5%, sau điều trị tăng lên 70,2% [5]. Còn theo nghiên cứu của Trần Quang Thông (2015) thì tỉ lệ trẻ có giai đoạn miễn dịch ở mức suy giảm nặng trước và sau điều trị lần lượt là 50,4% và 16,3%, [8]. Từ kết quả trên chúng tôi nhận thấy rằng có sự cải thiện lớn về tình trạng miễn dịch ở trẻ nhiễm HIV/AIDS sau khi điều trị ARV 6 tháng. Sự thay đổi này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

V. KẾT LUẬN

- Trẻ nhiễm HIV/AIDS có suy dinh dưỡng 31,7%, sần ngứa 73,2%, ho 68,3%, thiếu máu 53,7%, chày mù tai 2,4%, bạch sản long 1,2%. Trẻ em nhiễm HIV/AIDS phần lớn ở giai đoạn lâm sàng 3 (57,4%). Trẻ nhiễm HIV/AIDS có thiếu máu 62,2%, bạch cầu giảm (dưới 4.000 tế bào/mm³) 4,9%, có suy giảm miễn dịch mức suy giảm nặng 39%, suy giảm tiến triển 22%, suy giảm nhẹ 6,1%, không suy giảm là 32,9%.

- Kết quả điều trị ARV sau 6 tháng: suy dinh dưỡng giảm còn 22% ($p=0,005$), thiếu máu giảm còn 45,1% ($p=0,004$), bạch cầu giảm giảm còn 2,4% ($p=0,005$), số lượng tế bào CD4 ở trẻ ≥ 5 tuổi ở mức suy giảm nặng giảm còn 13,2% ($p=0,002$), tỉ lệ phần trăm CD4 ở trẻ < 5 tuổi ở mức suy giảm nặng giảm còn 13,6% ($p=0,086$), giai đoạn miễn dịch với mức suy giảm nặng giảm còn 13,4%. ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Nhật An (2013), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, miễn dịch sau 6 tháng điều trị ARV sớm ở trẻ nhiễm HIV dưới 2 tuổi", *Y học Việt Nam tháng 10/2013* (2), tr. 29-31.
2. Bộ Y tế (2016), Công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2015 và các nhiệm vụ trọng tâm năm 2016, Hà Nội.
3. Huỳnh Hùng Dũng (2014), Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị bệnh nhi HIV/AIDS bằng thuốc ARV bậc I tại phòng khám Ngoại trú bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2013-2014, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.[3]
4. Nguyễn Thanh Long (2013), HIV tại Việt Nam - Ước tính và dự báo giai đoạn 2011-2015, Cục phòng chống HIV/AIDS Hà Nội.[4]
5. Nguyễn Thị Kiều Oanh (2011), Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ em nhiễm HIV/AIDS tại khoa khám bệnh bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y dược Cần Thơ. [5]
6. Dư Tuấn Quy (2012), Một số đặc điểm dịch tễ học và kết quả điều trị ARV trên trẻ nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện Nhi đồng I, Hội nghị toàn quốc về các bệnh nhiễm trùng và HIV/AIDS ở trẻ em, Hà Nội. [6]
7. Đông Thị Hoài Tâm, Nguyễn Quang Trung, Lư Lan Vi và cộng sự (2007), Nhiễm trùng thường gặp ở trẻ em nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Nhi đồng từ 2004-2006, *Y học thành phố Hồ Chí Minh*. [7]
8. Trần Quang Thông (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị trẻ em nhiễm HIV/AIDS Khoa khám bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y dược Cần Thơ, Cần Thơ.[8]
9. Asnake Sebbat, Amsalu Solomon (2003), "Clinical manifestation of HIV/AIDS in children in Northwest Ethiopia", *Ethiopia Journal Health Dev*, pp. 24-28. [9]
10. Fassinou Patricia, Elenka Narcisse, Route Francois, et al. (2004), "Highly active Antiretroviral Therapies among HIV - 1 infected children in Abidjan, Côte d'Ivoire". *AIDS*, 18, pp.1905-1913. [10]

11. Laurence Ahoua (2011), Immunovirological response to combined antiretroviral therapy and drug resistance patterns in children: 1- and 2-year outcomes in rural Uganda, Children Research Departmen, Paris, France. [11]
 12. Prabhavathi R. (2010), Clinical spectrum of Presentation in HIV infected children with correlation to CD4 percentage at VIMS Hospital, Vijaynagar Institut of Medicine Sciences, Bellary. [12]
 13. Shah Shilpa R., Tullu Milind S., Kamat Jaishree R. (2005), "Clinical profile of pediatric HIV infection from India", Archives of Medical Research, 36(1), pp. 24-31. [13]
- (Ngày nhận bài: 10/11/2017 - Ngày duyệt đăng: 02/01/2018)

NGHIÊN CỨU CHUYÊN NGỮ THANG ĐO NIPS SANG TIẾNG VIỆT TRONG ĐÁNH GIÁ ĐAU Ở TRẺ SƠ SINH

Ngô Thanh Hải¹, Tô Gia Kiên², Tạ Văn Trâm³

1. Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang

2. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

3. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

*Email: ngothanhhai1989@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thang đo NIPS được sử dụng tại nhiều nước trên thế giới để đánh giá đau ở trẻ sơ sinh nhưng chưa được đánh giá tính giá trị nội dung khi chuyển ngữ sang tiếng Việt. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tính giá trị nội dung thang đo NIPS phiên bản Tiếng Việt và mức độ áp dụng thang đo NIPS trong đánh giá đau cho trẻ sơ sinh. **Đối tượng và phương pháp:** Thang đo được phiên dịch sang tiếng Việt, sau đó được dịch ngược sang tiếng Anh. Phiên bản tiếng Việt, phiên bản dịch ngược được chuyên gia đánh giá tính giá trị nội dung so với phiên bản gốc và hình thành thang đo tiếng Việt hoàn chỉnh. **Kết quả:** Thang đo NIPS tiếng Việt và thang đo dịch ngược được chuyên gia đánh giá có nội dung tương đồng so với phiên bản gốc. Thời gian trung bình điều dưỡng viên sử dụng thang đo NIPS để đánh giá đau cho trẻ sơ sinh là 1,6 phút. **Kết luận:** Thang đo NIPS tiếng Việt có tính giá trị nội dung tương đồng so với phiên bản gốc, thang đo thuận tiện dễ dàng để điều dưỡng sử dụng trong đánh giá đau cho trẻ sơ sinh.

Từ khóa: đau, đánh giá đau trẻ sơ sinh, thang đo NIPS.

ABSTRACT

CONTENT VALIDITY AND PRACTICAL LEVEL OF NIPS IN NEONATAL PAIN ASSESSMENT

Ngô Thanh Hải, Tô Gia Kiên, Tạ Văn Trâm

Background: The NIPS is used routinely at many NICU unit to assess pain level in neonates but this scale has not been evaluated the validity and practical level in Vietnamese version. **Objectives:** To evaluate the content validity and practical level of NIPS when translating to Vietnamese version at NICU, Tien Giang General Hospital, Vietnam. **Materials and methods:** The NIPS was translated to Vietnamese version, these Vietnamese NIPS version was summarized to 1 completing Vietnamese version and be back-translated to English NIPS version. The completing Vietnamese version and the English back-translation version were evaluated the content validity and the practical level by the specialist Committee to compare the agreement of