Như vậy, PHSM tăng trưởng cả theo chiều đứng và chiều trước sau.

Như vậy, khối mặt tăng trưởng theo chiều hướng xuống dưới và ra trước với nền sọ. Có sự gia tăng kích thước đáng kể theo chiều đứng và chiều trước sau mặc dù sự tăng trưởng theo chiều đứng thể hiện sự vượt trội trong giai đoạn 9-13 tuổi, đặc biệt là ở cá thể nam.

V. KẾT LUẬN

Trong phạm vi hạn chế của nghiên cứu về tương quan sự phát triển hệ thống sọ mặt ở trẻ nam và nữ trong độ tuổi 7-13, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau. Chiều dài NST và NSS ở cả hai giới đều có sự tăng trưởng và không có khác biệt giữa nam và nữ. XHT và XHD có sự tăng trưởng mạnh mẽ về kích thước và sự thay đổi này tương đồng ở cả hai giới. Sự khác biệt về giới tính chỉ thể hiện rõ ở kích thước các tầng mặt. Chiều dài NST và NSS có tương quan thuận ở mức cao với kích thước XHT, XHD và chiều cao các tầng mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê NL, Nguyễn BH.** Sự tăng trưởng của xương hàm dưới ở trẻ từ 12-15 tuổi theo phân tích Ricketts. Tạp chí Y học thực hành. 2014; 923(6):67-71.
2. **Đinh Khởi T, Ngọc Khuê L, Thị Dung Đ, Ngọc Chiều H, Diệu Hồng Đ**. Một số đặc điểm cấu trúc sọ mặt ở trẻ em người Kinh từ 7-9 tuổi trên phim sọ nghiêng theo phân tích Ricketts. Tạp chí Y học Việt Nam. 09/13 2021;505(2).
3. **Đống KT.** Chỉnh hình răng mặt - Kiến thức cơ bản và điều trị dự phòng. Nhà xuất bản Y học; 2004.
4. **Ursi WJ, Trotman CA, McNamara JA, Jr., Behrents RG.** Sexual dimorphism in normal craniofacial growth. Angle Orthod. Spring 1993;63(1):47-56.
5. **Axelsson S, Kjaer I, Bjørnland T, Storhaug K.** Longitudinal cephalometric standards for the neurocranium in Norwegians from 6 to 21 years of age. Eur J Orthod. Apr 2003;25(2):185-98. doi:10.1093/ejo/25.2.185
6. **Nanda RS, Ghosh J.** Longitudinal growth changes in the sagittal relationship of maxilla and mandible. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 1995/01/01/ 1995;107(1):79-90.
7. **Thordarson A, Johannsdottir B, Magnusson TE.** Craniofacial changes in Icelandic children between 6 and 16 years of age - a longitudinal study. Eur J Orthod. Apr 2006;28(2):152-65.

TƯƠNG QUAN GIỮA CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG INFANTS' DERMATITIS QUALITY OF LIFE INDEX (IDQOL) CHO TRẺ TỪ 0-4 TUỔI VỚI ĐỘ NẶNG CỦA BỆNH THEO PHÂN ĐỘ THE SCORING ATOPIC DERMATITIS (SCORAD) TRÊN TRẺ EM MẮC VIÊM DA CƠ ĐỊA

Nguyễn Thị Hồng Chuyên[1], Lữ Thị Thanh Hiền[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối tương quan giữa chỉ số đánh giá chất lượng cuộc sống Infants' Dermatitis Quality of Life Index (IDQOL) cho trẻ từ 0-4 tuổi với độ nặng của bệnh được đánh giá theo phân độ The Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) trên trẻ em mắc viêm da cơ địa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 284 trẻ từ 0-4 tuổi mắc viêm da cơ địa tại bệnh viện Nhi đồng 1, bệnh viện Nhi đồng 2 và bệnh viện Nhi đồng Thành phố. **Kết quả:** Điểm IDQOL trung vị là 7 (khoảng tứ phân vị 5-9), 59,9% trẻ từ 0-4 tuổi bị ảnh hưởng chất lượng cuộc sống trong đó 10,9% trẻ bị ảnh hưởng chất lượng cuộc sống mức độ nặng. Điểm SCORAD trung vị là 35 (khoảng tứ phân vị 27,5-42). Điểm IDQOL và điểm SCORAD tương quan thuận (r=0,6033), mức độ trung bình và có ý nghĩa thống kê (p<0,001). **Kết luận:** Có mối tương quan giữa mức độ nặng của bệnh và chất lượng cuộc sống của trẻ em mắc viêm da cơ địa từ 0-4 tuổi. Cần sử dụng chỉ số IDQOL và phân độ nặng theo SCORAD hiệu quả góp phần đánh giá toàn diện trẻ từ 0-4 tuổi mắc viêm da cơ địa. ***Từ khóa:*** IDQOL, SCORAD, viêm da cơ địa.

[1]*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Chuyên
Email: chuyennguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2024
Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024
Ngày duyệt bài: 27.5.2024

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN THE INFANTS' DERMATITIS QUALITY OF LIFE INDEX (IDQOL) FOR CHILDREN AGED 0-4 YEARS AND THE SEVERITY OF THE DISEASE ASSESSED ACCORDING TO THE SCORING ATOPIC DERMATITIS SCALE (SCORAD) IN CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

Objectives: Determine the correlation between the Infants' Dermatitis Quality of Life Index (IDQOL) for children aged 0-4 years and the severity of the disease assessed according to the Scoring Atopic Dermatitis scale (SCORAD) in children with atopic dermatitis. **Methods:** Cross-sectional study on 284 children aged 0-4 years with atopic dermatitis at

Children's Hospital 1, Children's Hospital 2 and City Children's Hospital. **Results:** Median IDQOL score was 7 (interquartile range 5-9), 59,9% of children aged 0-4 years old had their quality of life affected, of which 10.9% of children had their quality of life seriously affected. Median SCORAD score was 35 (interquartile range 27.5-42). SCORAD score was in posive correlation (r=0,6033), moderate level and statistically significant (p<0,001) with the IDQOL score. **Conclusion:** There is a correlation between the severity of the disease and the quality of life of children with atopic dermatitis aged 0-4 years. IDQOL index and severity classification according to SCORAD are useful tools to contribute a comprehensive assessment of children aged 0-4 years with atopic dermatitis.

Keywords: IDQOL, SCORAD, atopic dermatitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da cơ địa (VDCĐ) là một bệnh da viêm, ngứa, mãn tính hoặc tái phát mãn tính, xảy ra thường xuyên trong các gia đình có bệnh dị ứng khác (hen phế quản và/hoặc viêm mũi dị ứng). VDCĐ là một trong những bệnh da không lây nhiễm phổ biến nhất, ảnh hưởng đến 20% trẻ em và 2 - 8% người lớn ở hầu hết các quốc gia trên thế giới[1]. Do tính chất mãn tính và sự ảnh hưởng của nó đến hoạt động hàng ngày, VDCĐ có thể ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của trẻ em ở mọi lứa tuổi. Mức độ nghiêm trọng của bệnh càng nặng thì ảnh hưởng đến suy giảm CLCS của trẻ mắc VDCĐ càng nhiều. Nhiều thang điểm, chỉ số dùng để đáng giá CLCS của trẻ mắc VDCĐ ra đời nhưng chỉ số đánh giá CLCS của bệnh viêm da ở trẻ sơ sinh (Infants' Dermatitis Quality of Life Index) cho trẻ 0-4 tuổi đã được chấp thuận và sử dụng rộng rãi[2]. Trên thế giới, có các nghiên cứu cho thấy mức độ nghiêm trọng của bệnh càng nặng thì ảnh hưởng đến suy giảm CLCS của trẻ mắc VDCĐ càng nhiều. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào xác định mối tương quan giữa chỉ số đánh giá chất lượng cuộc sống Infants' Dermatitis Quality of Life Index (IDQOL) cho trẻ từ 0-4 tuổi với độ nặng của bệnh được đánh giá theo phân độ The Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) trên trẻ em mắc viêm da cơ địa.

Mục tiêu:

- *Đánh giá CLCS của trẻ em mắc VDCĐ dựa trên chỉ số IDQOL cho trẻ 0-4 tuổi.*
- *Xác định mối tương quan giữa chỉ số đánh giá CLCS và đặc điểm lâm sàng, các yếu tố liên quan trên trẻ em mắc VDCĐ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả.

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 02/2023 đến tháng 07/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ từ 0-4 tuổi được chẩn đoán VDCĐ tại phòng khám chuyên khoa Da liễu bệnh viện Nhi đồng 1, Nhi đồng 2, Nhi đồng Thành phố.

2.4. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính cỡ mẫu dựa trên một tỉ lệ:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu cần tính. Z1-α/2=1,96 với độ tin cậy 95% (α=0,05). Vì chưa hồi cứu được kết quả của nghiên cứu tương tự nên ước tính P=0,5 để n lớn nhất. d=0,06 là độ chính xác mong muốn; cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 267 bệnh nhân.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu liên tục và thuận tiện.

2.6. Tiêu chuẩn chọn vào

- Trẻ 0-4 tuổi được chẩn đoán VDCĐ và cha, mẹ hoặc người chăm sóc trực tiếp (NCSTT) trẻ ở phòng khám chuyên khoa Da liễu tại 3 bệnh viện Nhi đồng 1, Nhi đồng 2 và Nhi đồng Thành phố.
- Trẻ được chẩn đoán VDCĐ theo tiêu chuẩn Hanifin và Rajka 1980 bởi bác sĩ chuyên khoa da liễu hoặc bác sĩ nhi khoa và không có các tình trạng liên quan đến da khác có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.
- Trẻ em không có các vấn đề y tế nghiêm trọng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Cha, mẹ hoặc NCSTT trẻ không trả lời đủ tất cả các câu hỏi trong bảng câu hỏi IDQOL.
- Trẻ trong cùng một gia đình với trẻ tham gia nghiên cứu.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu. Các đối tượng được chọn vào nghiên cứu: cha, mẹ hoặc NCSTT trẻ sẽ được hỏi kỹ về bệnh sử, tiền căn, khám lâm sàng, đánh giá độ nặng của bệnh theo SCORAD. Cha, mẹ hoặc NCSTT trẻ được giải thích về bảng câu hỏi IDQOL và khuyến khích trẻ trả lời càng chi tiết càng tốt về từng câu hỏi theo bảng thu thập số liệu có sẵn. Nghiên cứu viên không phải bác sĩ điều trị. Thu thập số liệu dựa trên đánh giá của bác sĩ điều trị liên quan đến chẩn đoán, đánh giá nhiễm trùng.

2.8. Định nghĩa biến số. Thang điểm SCORAD được phát triển bởi Hiệp hội thực hành VDCĐ Châu Âu (ETFAD) đồng thuận năm 1993. Nhẹ <25 điểm, trung bình 25-50 điểm, nặng >50 điểm.

IDQOL gồm 10 câu hỏi về các khía cạnh khác nhau của cuộc sống của trẻ. Mỗi câu hỏi có 4 câu trả lời tương ứng từ 0-3 điểm. Các câu hỏi bao gồm tình trạng ngứa, gãi (câu 1), tâm trạng

của trẻ (câu 2), vấn đề về giấc ngủ (câu 3, 4), thời gian vui chơi (câu 5), hoạt động gia đình (câu 6), thời gian ăn uống (câu 7), điều trị (câu 8), mặc/cởi quần áo (câu 9) và thời gian tắm (câu 10).

IDQOL: là biến định lượng liên tục từ 0-30 điểm.

Mức độ ảnh hưởng đến CLCS: là biến định tính, thứ tự, gồm 3 giá trị: nhẹ 0-6 điểm, trung bình 7-12 điểm, nặng: 13-30 điểm.

Các biến số khác: tuổi, giới tính, dân tộc, nơi cư trú, tuổi khởi phát, thời gian mắc bệnh, bệnh đồng mắc, tiền sử mắc VDCĐ trong gia đình của trẻ, biến chứng nhiễm trùng da.

2.9. Xử lý số liệu

- Số liệu được nhập, mã hóa và xử lý bằng phần mềm Stata 14.
- Thống kê mô tả: Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn nếu là phân phối chuẩn và dạng trung vị, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất nếu không phải phân phối chuẩn.
- Thống kê phân tích:

- Dùng phép kiểm Chi bình phương hoặc phép kiểm định Fisher's (vọng trị nhỏ) để kiểm định mối liên quan giữa 2 hay nhiều biến định tính.
- Dùng phép kiểm T (nếu là phân phối chuẩn) và phép kiểm Mann – Whitney U (nếu không là phân phối chuẩn) để so sánh 2 số trung bình.
- Dùng phép kiểm ANOVA (nếu là phân phối chuẩn) và phép kiểm Kruskal Wallis (nếu là phân phối không chuẩn) để kiểm định 3 trị số trung bình.
- Hệ số tương quan Pearson (phân phối bình thường) và hệ số tương quan Spearman (nếu không là phân phối chuẩn) để kiểm định mối tương quan giữa 2 biến định lượng.
- Sự khác biệt được xem có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%.

2.10. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức của Đại học Y Dược TP. HCM, mã số: 22739- ĐHYD ngày 24/11/2022; bệnh viện Nhi đồng 1, mã số: CS/N1/23/06 ngày 05/04/2023; Nhi đồng 2, mã số: 07/23-BVNĐ2 ngày 17/01/2023 và Nhi đồng Thành phố, mã số: CS/NĐTP/23/01 ngày 20/02/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu tiến hành tại Bệnh viện Nhi đồng 1, Bệnh viện Nhi đồng 2, Bệnh viện Nhi đồng Thành phố từ tháng 02/2023 đến tháng 07/2023, chúng tôi thu thập được 284 trẻ em mắc VDCĐ từ 0-4 tuổi thỏa tiêu chuẩn được chọn vào mẫu

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ của nhóm VDCĐ

Đặc điểm (N=284)		0-4 tuổi
Tuổi (năm) (trung vị (khoảng tứ phân vị))		0,58 (0,33-1,75)
Giới tính, N (%)	Nam	151 (53,2)
	Nữ	133 (46,8)
Dân tộc, N (%)	Kinh	275 (96,8)
	Khác	9 (3,2)
Nơi cư trú, N (%)	Tp.HCM	110 (38,7)
	Khác	174 (61,3)

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của nhóm VDCĐ

Đặc điểm (N=284)		0-4 tuổi
Tuổi khởi phát bệnh (tháng) (trung vị (khoảng tứ phân vị))		2 (1-5)
Thời gian mắc bệnh (tháng) (trung vị (khoảng tứ phân vị))		2,6 (1-9,8)
Bệnh đồng mắc, N(%)	Hen	4 (1,4)
	VMDƯ	10 (3,5)
	DƯTA	39 (13,7)
	Béo phì	13 (4,6)
	Khác	15 (5,3)
Tiền sử mắc VDCĐ trong gia đình, N (%)	Có	111 (39,1)
	Không	173 (60,9)
Nhiễm trùng da, N(%)	Nhiễm vi trùng	80 (28,2)
	Nhiễm HSV	3 (1,1)
	Nhiễm nấm	9 (3,2)
	Không	192 (67,6)
Điểm SCORAD (trung vị (khoảng tứ phân vị))		34,9 (27,7-42)
Phân độ nặng theo SCORAD, N (%)	Nặng	40 (14,1)
	Vừa	192 (67,6)
	Nhẹ	52 (18,3)

VMDƯ: Viêm mũi dị ứng, DƯTA: Dị ứng thức ăn, HSV: Herpes simplex virus

Bảng 3: Điểm IDQOL của nhóm VDCĐ

Giá trị (N=284)	IDQOL
Trung vị (khoảng tứ phân vị)	7 (5-9)
Thấp nhất	1
Cao nhất	23

Bảng 4: Mức độ ảnh hưởng đến CLCS của nhóm VDCĐ

	Tần số	Tỉ lệ
Ảnh hưởng mức độ nặng	31	10,9
Ảnh hưởng mức độ trung bình	139	48,9
Không ảnh hưởng	114	40,1

Bảng 5: Đặc điểm phân bố các yếu tố tác động CLCS của nhóm VDCĐ

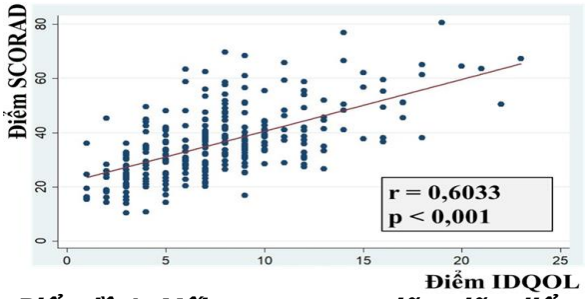
Câu hỏi	Điểm trung vị (khoảng tứ phân vị)
1.Tình trạng ngứa gãi	2 (1-2)
2.Tâm trạng	1 (0-1)
3.Thời gian vào giấc ngủ	0 (0-1)
4.Thời gian bị quấy rầy giấc ngủ	0 (0-1)
5.Thời gian vui chơi	0 (0-1)

6.Hoạt động gia đình	0 (0-0)
7.Thời gian ăn uống	0 (0-1)
8.Điều trị	1 (0-1)
9.Mặc/cởi quần áo	0 (0-1)
10.Thời gian tắm	1 (0-1)

Bảng 6: Các yếu tố liên quan với điểm IDQOL

Đặc điểm		Điểm IDQOL (điểm (trung vị (khoảng tứ phân vị))	Giá trị p
Nơi cư trú	Tp.HCM Nơi khác	7 (4-9) 8 (5-10)	0,005[a]
Tiền sử mắc VDCĐ trong gia đình	Có Không	7 (4-9) 8 (5-10)	0,048[a]
Phân độ nặng theo SCORAD	Nặng Vừa Nhẹ	12 (8-16) 7 (5-9) 3,5 (3-5)	<0,001[b]

[a]Phép kiểm Mann-Whitney U, [b]Phép kiểm Kruskal-Wallis



Biểu đồ 1: Mối tương quan giữa giữa điểm IDQOL và điểm SCORAD

Bảng 6: Mối tương quan giữa các điểm số thành phần IDQOL với điểm số SCORAD

IDQOL và SCORAD	r	Giá trị p[c]
Điểm IDQOL thành phần 1 Tình trạng ngứa, gãi	0,5723	<0,001
Điểm IDQOL thành phần 2 Tâm trạng của trẻ	0, 3992	<0,001
Điểm IDQOL thành phần 3 Thời gian vào giấc ngủ (vấn đề về giấc ngủ)	0,3224	<0,001
Điểm IDQOL thành phần 4 Thời gian bị quấy rầy giấc ngủ (vấn đề về giấc ngủ)	0,4692	<0,001
Điểm IDQOL thành phần 5 Thời gian vui chơi	0,2886	<0,001
Điểm IDQOL thành phần 6 Hoạt động gia đình	0,3091	<0,001
Điểm IDQOL thành phần 7 Thời gian ăn uống	0,2608	<0,001
Điểm IDQOL thành phần 8 Điều trị	0,2011	<0,001
Điểm IDQOL thành phần 9 Mặc/cởi quần áo	0,3188	<0,001
Điểm IDQOL thành phần 10 Thời gian tắm	0,2767	<0,001

[c] Tương quan Spearma

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm IDQOL có trung vị là 7 điểm, khoảng tứ phân vị là 5-9. Kết quả trên có thể tương đương, thấp hơn hoặc cao hơn với một số nghiên cứu được thực hiện tại các nước trên thế giới[2,3,4,5,6,7]. Dù điểm IDQOL có khác nhau giữa các nghiên cứu nhưng đều phản ánh được là phần lớn đối tượng trẻ đi khám tại bệnh viện do VDCĐ đều bị ảnh hưởng CLCS.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không phải tất cả các khía cạnh của CLCS đều bị ảnh hưởng như nhau, các điểm thành phần có điểm cao nhất của IDQOL là tình trạng ngứa, gãi 2(1-2) điểm, tâm trạng của trẻ 1(0-1) điểm, vấn đề điều trị 1(0-1) điểm và thời gian tắm 1(0-1) điểm, thấp nhất là ảnh hưởng hoạt động gia đình 0(0-0) điểm. Kết quả trên khá phù hợp so với một số nghiên cứu được thực hiện tại các nước trên thế giới[2,4,6,7]. VDCĐ là một bệnh da viêm, ngứa mãn tính[1]. Ngứa được đưa vào tiêu chuẩn chẩn đoán chính của VDCĐ, trong thang điểm SCORAD để đánh giá mức độ nặng của bệnh[8,9]. Điều đó cho thấy ngứa là triệu chứng chính gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến CLCS của trẻ, phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi ngứa bị ảnh hưởng nhiều nhất. Bên cạnh tình trạng ngứa, gãi làm ảnh hưởng lớn đến cuộc sống của trẻ thì tâm trạng của trẻ bị ảnh hưởng cũng là một vấn đề mà nhiều nghiên cứu đề cập đến. Mặc dù tác động đáng kể của VDCĐ đối với CLCS, nhưng việc tuân thủ điều trị của trẻ thường kém[10]. Các phương pháp điều trị phức tạp có thể khó hiểu đối với các gia đình để hiểu và áp dụng một cách hợp lý. Vấn đề điều trị trở nên bị ảnh hưởng đáng kể. Trong quá trình thu thập số liệu, chúng tôi nhận thấy rằng cha, mẹ hoặc NCSTT có xu hướng đổi sữa tắm như tắm sữa tắm thảo mộc, sữa tắm dịu nhẹ được giới thiệu bởi chuyên gia hoặc các cửa hàng mỹ phẩm hoặc sử dụng các biện pháp dân gian như tắm lá, tắm muối,…Cha, mẹ hoặc NCSTT than phiền trẻ hay quấy khóc. Một số cha, mẹ hoặc NCSTT dùng tay chà sát làm sang thương nặng hơn dẫn đến một loạt các vấn đề khác như rối loạn giấc ngủ, giảm bú, giảm ăn; cha, mẹ hoặc NCSTT phải mang thêm vớ tay, vớ chân, mặc quần áo dài tay để giảm cào gãi,…

Bệnh nhân sống ở TP.HCM có mức độ suy giảm CLCS thấp hơn bệnh nhân sống ở những tỉnh khác ngoài TP.HCM. Ở nhóm bệnh nhân sống tại TP.HCM có điểm IDQOL trung vị là 7, khoảng tứ phân vị là 4-9, ở nhóm bệnh nhân sống ở nơi khác ngoài TP.HCM có điểm IDQOL trung vị là 8, khoảng tứ phân vị là 5-10. Sự khác biệt giữa nơi cư trú của bệnh nhân VDCĐ và điểm IDQOL trung vị có ý nghĩa thống kê với p=0,005 (p<0,05). Chúng ta thấy rằng các tỉnh lân cận Hồ Chí Minh cũng có khí hậu không khác biệt so với thành phố Hồ Chí Minh, TP.HCM có kinh tế phát triển hơn, mức sống cao hơn. Từ đó, chúng tôi thấy rằng, kinh tế càng phát triển thì sự suy giảm CLCS ít hơn.

Bệnh nhân có tiền sử mắc VDCĐ trong gia đình có mức suy giảm CLCS cao hơn hơn bệnh nhân không có tiền sử mắc VDCĐ trong gia đình. Ở nhóm bệnh nhân có tiền sử mắc VDCĐ trong gia đình có điểm IDQOL trung vị là 7, khoảng tứ phân vị là 4-9, ở nhóm bệnh nhân không có tiền sử mắc VDCĐ trong gia đình có điểm IDQOL trung vị là 8, khoảng tứ phân vị là 5-10. Sự khác biệt giữa tiền sử mắc VDCĐ trong gia đình và điểm IDQOL trung vị có ý nghĩa thống kê với p=0,048 (p<0,05). Điều này có thể được giải thích là bệnh nhân có tiền sử mắc VDCĐ trong gia đình sẽ được chăm sóc tốt hơn nhờ những hiểu biết từ kinh nghiệm điều trị của chính bản thân họ hoặc kinh nghiệm chăm sóc anh/chị cũng mắc VDCĐ như trẻ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ em mắc VDCĐ càng nặng thì suy giảm CLCS càng nhiều. Điểm SCORAD có tương quan thuận, mức độ trung bình (r=0,6033) và có ý nghĩa thống kê p<0,001. Ở nhóm bệnh nhân có phân độ nặng theo thang điểm SCORAD có điểm IDQOL trung vị là 12, khoảng tứ phân vị 8-16, ở nhóm bệnh nhân có phân độ vừa theo thang điểm SCORAD có điểm IDQOL trung vị là 7, khoảng tứ phân vị 5-10, ở nhóm bệnh nhân có phân độ nhẹ theo thang điểm SCORAD có điểm IDQOL trung vị là 3,5, khoảng tứ phân vị 3-5. Sự khác biệt giữa phân độ nặng theo thang điểm SCORAD và điểm IDQOL trung vị có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Các nghiên cứu trên thế giới sử dụng các thang điểm đánh giá độ nặng khác nhau nhưng đều ghi nhận có mối tương quan giữa chất CLCS và mức độ nặng của trẻ em mắc VDCĐ 0-4 tuổi[2,4,6].

Có sự tương quan giữa điểm số thành phần IDQOL và điểm số SCORAD trên bệnh nhân VDCĐ. Điểm thành phần 1 (r=0,5723), điểm thành phần 2 (r=0,3992), điểm thành phần 3 (r=0,3224), điểm thành phần 4 (r=0,4692), điểm thành phần 6 (r=0,3091), điểm thành phần 9 (r=0,3188) tương quan thuận, mức độ trung bình với điểm SCORAD; điểm thành 5 (r=0,2886), điểm thành 7 (r=0,2608), điểm thành 8 (r=0,2011), điểm thành phần 10 (r=0,2767) tương quan thuận, mức độ yếu với điểm SCORAD. Các tương quan này đều có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Điều đó cho thấy tất cả các khía cạnh để đánh giá CLCS đều tương quan với mức độ nặng của bệnh nhân mắc VDCĐ, không có tương quan mạnh, chủ yếu là tương quan mức độ trung bình.

V. KẾT LUẬN

Có 59,9% trẻ từ 0-4 tuổi đi khám tại bệnh viện do VDCĐ bị ảnh hưởng CLCS, trong đó có 10,9% trẻ bị ảnh hưởng CLCS mức độ nặng. Có mối tương quan giữa mức độ nặng của bệnh và CLCS của trẻ em mắc VDCĐ từ 0-4 tuổi, trẻ em mắc VDCĐ càng nặng thì suy giảm CLCS càng nhiều. Cần sử dụng chỉ số IDQOL và phân độ nặng theo SCORAD hiệu quả góp phần đánh giá toàn diện trẻ từ 0-4 tuổi mắc VDCĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, et al.** Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV. May 2018;32(5):657-682. doi:10.1111/jdv.14891.
2. **Lewis-Jones MS, Finlay AY, Dykes PJ.** The Infants' Dermatitis Quality of Life Index. The British journal of dermatology. Jan 2001; 144(1): 104-10. doi:10.1046/j.1365-2133.2001. 03960.x.
3. **Chinn DJ, Poyner T, Sibley G.** Randomized controlled trial of a single dermatology nurse consultation in primary care on the quality of life of children with atopic eczema. The British journal of dermatology. Mar 2002;146(3):432-9. doi:10.1046/j.1365-2133.2002.04603.x.
4. **Beattie PE, Lewis-Jones MS.** An audit of the impact of a consultation with a paediatric dermatology team on quality of life in infants with atopic eczema and their families: further validation of the Infants' Dermatitis Quality of Life Index and Dermatitis Family Impact score. The British journal of dermatology. Dec 2006;155(6): 1249-55. doi:10.1111/j.1365-2133.2006.07525.x.
5. **Gånemo A, Svensson A, Lindberg M, Wahlgren CF.** Quality of life in Swedish children with eczema. Acta dermato-venereologica. 2007;87(4):345-9. doi:10.2340/00015555-0245.
6. **Kim DH, Li K, Seo SJ, et al.** Quality of life and disease severity are correlated in patients with atopic dermatitis. Journal of Korean medical science. Nov 2012;27(11):1327-32. doi:10.3346/ jkms.2012.27.11.1327
7. **Maksimovic N, Zaric M, Reljic V, Nikolic M, Gazibara T.** Factors associated with improvement of quality of life among parents of

children with atopic dermatitis: 1-year prospective cohort study. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV. Feb 2020; 34(2):325-332. doi:10.1111/jdv.15939.
8. **Hanifin JM RG.** Diagnostic features of atopic dermatitis. Acta Derm Venereol (Suppl). 1980;92:44-47.
9. **Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index.** Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. Dermatology (Basel, Switzerland). 1993;186(1): 23-31. doi:10.1159/000247298.
10. **Krejci-Manwaring J, McCarty MA, Camacho F, et al.** Adherence with topical treatment is poor compared with adherence with oral agents: implications for effective clinical use of topical agents. Journal of the American Academy of Dermatology. May 2006;54(5 Suppl):S235-6. doi:10.1016/j.jaad.2005.10.060.

ĐÁNH GIÁ CHẾ ĐỘ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UNG THƯ THANH QUẢN CÓ CHỈ ĐỊNH CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TỪ THÁNG 1/2023 ĐẾN THÁNG 5/2023

Lâm Văn Minh[1], Thạch Kim Long[1], Ngô Trọng Tâm[2], Nguyễn Thị Phương Thảo[3]

TÓM TẮT

Mở đầu: Ung thư thanh quản là loại ung thư phổ biến thứ hai của ung thư vùng đầu cổ. Người bệnh ung thư thanh quản thường đến khám ở giai đoạn muộn và phải thực hiện cắt thanh quản toàn phần kèm nạo vét hạch cổ để đảm bảo lấy sạch bệnh tích và hạch cổ liên quan. Sau mổ cắt thanh quản toàn phần, người bệnh gần như mất chức năng phát âm, thở không theo đường sinh lý tự nhiên, gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nhằm góp phần thành công của phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần, không chỉ có ý nghĩa trong việc giải quyết bệnh tích, mà còn giúp người bệnh giảm thiểu biến chứng sau mổ, tái hoà nhập cộng đồng, nâng cao chất lượng cuộc sống, người bệnh hậu phẫu cắt thanh quản toàn phần cần có chế độ chăm sóc, theo dõi chặt chẽ. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, các biến chứng sau mổ và chế độ chăm sóc người bệnh ung thư thanh quản có chỉ định cắt thanh quản toàn phần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 20 trường hợp ung thư thanh quản có chỉ định cắt thanh quản toàn phần tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình dao động từ 53 - 74, tuổi hay thường gặp là 59 - 69 (55%). Hầu hết các trường hợp xuất hiện ở nam giới (95%). Đa số các trường hợp người bệnh đều hút thuốc lá 11 (55 %), chỉ số gói/năm trung bình 26,7±10,3; vừa hút thuốc lá vừa uống rượu 9 (45%), 5 trường hợp có bệnh nội khoa kèm theo. 55 % người bệnh đến khám muộn khi triệu chứng xuất hiện kéo dài trên 3-6 tháng. Thời gian xuất viện trung bình là 14,2±3,0 ngày. Sớm nhất là 9 ngày, trễ nhất là 25 ngày. Trong nghiên cứu biến chứng sau mổ thường gặp là rò thực quản 3 trường hợp (15%), tiếp đến là chảy máu hố mổ, và hẹp lỗ mở khí quản, viêm phổi (5%). Thời gian ăn bằng miệng trung bình là 9,2 ± 3,1 ngày. Sớm nhất là 4 ngày và trễ nhất là 16 ngày. Xét một cách tổng thể về trọng lượng người bệnh so với chiều cao có 14/20 người bệnh (70%) bị suy dinh dưỡng theo BMI (khi < 18,5kg/m2). Phần lớn người bệnh được chúng tôi bắt đầu cho ăn qua ống thông mũi dạ dày sớm 18 trường hợp (90%), có 2 người bệnh được nuôi dưỡng qua ống thông muộn (10%). Trong 20 trường hợp có 4 trường hợp sụt cân, 3 trường hợp có cân nặng không thay đổi và 13 trường hợp tăng cân so với lúc nhập viện. **Kết luận:** Từ kết quả thu thập được của nghiên cứu, tôi đưa ra những chế độ chăm sóc và theo dõi cụ thể trên từng trường hợp. Để hạn chế viêm phổi chúng tôi đã thực hiện: cho người bệnh vận động sớm, hỗ trợ vật lý trị liệu mỗi ngày, dùng gạc tẩm nước muối sinh lý để che lỗ mở khí quản vĩnh viễn, dùng thuốc đúng theo y lệnh. Để làm giảm nguy cơ chảy máu chúng tôi thực hiện: theo dõi chặt chẽ sinh hiệu, theo dõi ống dẫn lưu, số lượng màu sắc và tính chất dịch dẫn lưu, có thể băng lại chặt hơn để cầm máu, làm thông dẫn lưu nếu còn chảy máu phải báo với bác sĩ. Biến chứng rò thực quản cổ: thực hiện kháng sinh liều cao theo chỉ định, hướng dẫn bệnh nhân hạn chế nuốt nước bọt, dinh dưỡng sớm sau mổ, phát hiện và báo phẫu thuật viên can thiệp sớm. Để hạn chế nhiễm trùng vạt da cổ chúng tôi thực hiện: Dùng kháng sinh đầy đủ, thích hợp, thay băng đúng quy cách, đảm bảo vô trùng, không băng ép quá chặt, chế độ dinh dưỡng đầy đủ theo phác đồ dinh dưỡng trước và sau mổ. Nuôi dưỡng bệnh nhân sau mổ: dinh dưỡng qua ống thông mũi dạ dày, đánh giá tổng trạng, BMI trước và sau mổ, được theo dõi thường xuyên. Trong một số trường hợp đặc biệt chúng tôi có thể nhờ chuyên gia dinh dưỡng của bệnh viện hỗ trợ. Rút ống sonde dạ dày: đánh giá và theo dõi trước khi rút, nuốt không đau, không sặc, không rò.

Từ khóa: Ung thư thanh quản, Cắt thanh quản toàn phần, Chăm sóc hậu phẫu.

[1]Bệnh viện Chợ Rẫy
[2]Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Nam Sài Gòn
[3]Trường Đại học Công nghệ Đồng Nai
Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Minh
Email: vanminh89sky@gmail.com
Ngày nhận bài: 13.3.2024
Ngày phản biện khoa học: 25.4.2024
Ngày duyệt bài: 28.5.2024