

cứu với cỡ mẫu lớn hơn để thấy được mối liên hệ này có ý nghĩa thống kê.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- GOLD.** Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2023:2-5. February 17, 2023.
- Malaviya R, Laskin JD, Laskin DL.** Anti-TNFalpha therapy in inflammatory lung diseases. *Pharmacol Ther.* Dec 2017;180:90-98. doi:10.1016/j.pharmthera.2017.06.008
- Shi C, Zhao H.** Association between Tumor Necrosis Factor-308 G/A Polymorphism and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Risk in Chinese Population: Evidence from a Meta-Analysis. *Clin Lab.* Oct 1 2019;65(10)doi:10.7754/Clin.Lab.2019.190313
- Zhang L, Gu H, Gu Y, Zeng X.** Association between TNF-alpha -308 G/A polymorphism and COPD susceptibility: a meta-analysis update. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2016;11:1367-79. doi:10.2147/COPD.S105394
- Xia Z, Wang Y, Liu F, Shu H, Huang P.** Association Between TNF-alpha-308, +489, -238 Polymorphism, and COPD Susceptibility: An Updated Meta-Analysis and Trial Sequential Analysis. *Front Genet.* 2021;12:772032. doi:10.3389/fgene.2021.772032
- NCBI.** rs1800629. Updated September 21, 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/snp/rs1800629>
- Tuấn NHN, Thịnh NH, Thẩm HTH.** Xây dựng quy trình chẩn đoán biến thể đa hình đơn nucleotit rs1800629 trên vùng khởi động của gen TNF- $\alpha$  bằng kỹ thuật giải trình tự Sanger và PCR-RFLP. *J Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;535(1B)
- Connolly B, Isaacs C, Cheng L, Asrani KH, Subramanian RR.** SERPINA1 mRNA as a Treatment for Alpha-1 Antitrypsin Deficiency. *J Nucleic Acids.* 2018;2018:8247935. doi:10.1155/2018/8247935

## KHẢO SÁT TỶ LỆ VIÊM PHỔI TRÊN NGƯỜI BỆNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU ĐỘT QUY NÃO CẤP

Đỗ Đào Vũ<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Dự<sup>3</sup>, Trần Thị Linh<sup>2</sup>,  
Đỗ Đào Quang<sup>4</sup>, Nguyễn Thị Mỹ Linh<sup>2</sup>, Uông Thị Vân Anh<sup>2</sup>,  
Phạm Thu Thủy<sup>2</sup>, Nguyễn Thiện Nhân<sup>5</sup>, Đào Việt Phương<sup>1</sup>, Vũ Văn Giáp<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ viêm phổi trên người bệnh phục hồi chức năng (PHCN) sau đột quy não cấp và một số đặc điểm lâm sàng người bệnh mắc viêm phổi sau đột quy não cấp (Stroke-associated pneumonia - SAP). **Đối tượng nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 465 người bệnh chẩn đoán đột quy não cấp tại Trung tâm Phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 62.88±12.95, tỷ lệ nam/nữ là 2/1, tỷ lệ nhồi máu não là 74.8%, xuất huyết não là 25.2%, điểm NIHSS trung bình là 9.57±3.7. Tỷ lệ SAP là 16.34%. Người bệnh mắc viêm phổi sau đột quy não có tỷ lệ rối loạn nuốt, tỷ lệ đặt sonde dạ dày, điểm NIHSS cao hơn nhóm người bệnh không mắc viêm phổi với p<0.05. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc SAP ở Trung tâm phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai ở mức khá cao với tỷ lệ 16.34%. **Từ khóa:** đột quy não, viêm phổi, phục hồi chức năng

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>4</sup>Đại học Phenikaa

<sup>5</sup>Bệnh viện TTH Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovu@bachmai.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 11.9.2024

### SUMMARY

#### TO EVALUATE THE RATE OF PNEUMONIA AFTER ACUTE STROKE PATIENTS IN PHASE REHABILITATION

**Objective:** To evaluate the rate of pneumonia after acute stroke patients in phase rehabilitation and describe the relationship between pneumonia associated stroke (SAP) and rehabilitation outcomes. **Subject and methods:** Prospective descriptive study on 465 patients diagnosed with acute stroke at the rehabilitation center of Bach Mai hospital from March 2023 to December 2023. **Results:** Average age is 62.88±12.95, male/female ratio is 2/1, ischemic rate is 74.8%, cerebral hemorrhage is 25.2%, average NIHSS score is 9.57±3.7. The SAP rate is 16.34%. Patients with SAP has a higher rate of dysphagia, rate of nasogastric tube, and NIHSS score than the group of patients without SAP, p < 0.05. **Conclusion:** The rate of SAP at rehabilitation center Bach Mai hospital is quite high at 16.34%. **Keywords:** pneumonia associated stroke, rehabilitation outcome

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai trên toàn thế giới với tỷ lệ tử vong hàng năm khoảng 5 triệu người. Gánh nặng của đột quy không chỉ phản ánh con số tử vong cao mà còn di chứng dẫn đến 50% số người sống sót bị tàn tật lâu dài ảnh hưởng sức khỏe cộng đồng gánh nặng về kinh tế và xã hội.<sup>1</sup>

Tại Hoa Kỳ, khoảng 780 000 người bị đột quỵ mới hoặc tái phát mỗi năm, chi phí y tế hàng năm là 65,5 tỉ đô la.

Viêm phổi liên quan đến đột quỵ não là bệnh khá phổ biến sau đột quỵ não ảnh hưởng đến 14% người bệnh và có liên quan đến tăng nguy cơ tử vong trong bệnh viện, trì hoãn quá trình phục hồi chức năng, thời gian kéo dài thời gian nằm viện và có tác động kinh tế đáng kể về các nguồn lực chăm sóc sức khỏe.<sup>1</sup> Sinh lý bệnh SAP là đa yếu tố. Sự kết hợp giữa suy giảm miễn dịch do đột quỵ và hít phải dịch tiết hầu họng và dịch dạ dày vào phổi liên quan đến suy giảm ý thức và tình trạng rối loạn nuốt khiến người bệnh mắc viêm phổi liên quan đến đột quỵ não trong vài ngày đầu sau đột quỵ não. Tại Trung tâm phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai, với đối tượng người bệnh ngay sau đột quỵ não cấp, bên cạnh các kỹ thuật phục hồi chức năng tích cực cho người bệnh, chăm sóc toàn diện rất được chú trọng, trong đó có dự phòng và điều trị viêm phổi được chú trọng nhằm tăng cường hiệu quả điều trị PHCN sớm. Mặc dù ảnh hưởng viêm phổi liên quan đột quỵ não là khá nghiêm trọng nhưng theo tham khảo chúng tôi chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá tỷ lệ viêm phổi, đặc điểm lâm sàng viêm phổi sau đột quỵ não cấp. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm cung cấp bằng chứng khoa học cần thiết trong thực hành lâm sàng góp phần cải thiện hiệu quả phục hồi chức năng người bệnh đột quỵ não.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 465 người bệnh sau đột quỵ não cấp tính, đang điều trị tại Trung tâm phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn.** Người bệnh được chẩn đoán đột quỵ não cấp được dựa theo các tiêu chí của Tổ chức Y tế Thế giới và được xác nhận bởi chụp cắt lớp vi tính não hoặc chụp cộng hưởng từ

Người bệnh đã được chỉ định điều trị phục hồi chức năng

Người bệnh từ 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Người bệnh bị viêm phổi từ trước đột quỵ não cấp

Người bệnh có tiền sử đột quỵ não trước đó - vì điều này sẽ dẫn đến tình trạng khuyết tật tiềm ẩn

Người bệnh bị khuyết tật trước đó do bất kỳ nguyên nhân nào vì đó sẽ là một yếu tố gây nhiễu. Đánh giá dựa vào sự phụ thuộc trước đột quỵ theo thang điểm (mRS  $\geq 3$ ).

**Tiêu chuẩn chẩn đoán sử dụng trong nghiên cứu.** Đột quỵ não được định nghĩa (WHO) là sự xuất hiện đột ngột của thiếu sót thần kinh khu trú và không co giật. Đột quỵ não đã được xác nhận bằng phương pháp chụp cộng hưởng từ và/hoặc chụp cắt lớp vi tính não.

Đột quỵ não giai đoạn cấp tính: Từ quan điểm phục hồi chức năng, giai đoạn đột quỵ được xác định là cấp tính trong tháng đầu tiên, bán cấp tính từ 1 tháng đến 6 tháng và mãn tính nếu kéo dài hơn 6 tháng sau khi xảy ra đột quỵ (Teasell và cộng sự, 2014; Hebert và cộng sự al., 2016).

Viêm phổi sau đột quỵ não dựa vào CDC năm 2015.<sup>3</sup> Có ít nhất 1 trong các điều sau:

1. Sốt ( $>38^{\circ}\text{C}$ ) mà không rõ nguyên nhân nào khác

2. Tăng bạch cầu ( $12\ 000$  bạch cầu/ $\text{mm}^3$ )

3. Đối với người lớn  $\geq 70$  tuổi, trạng thái tinh thần thay đổi mà không rõ nguyên nhân nào khác  
Và ít nhất 2 trong số tiêu chí sau:

1. Xuất hiện đờm mủ mới, hoặc thay đổi tính chất của đờm trong khoảng thời gian 24 giờ, hoặc tăng tiết dịch đường hô hấp, hoặc tăng nhu cầu hút dịch tiết đường hô hấp

2. Ho mới khởi phát hoặc ho nặng hơn, khó thở hoặc thở nhanh (nhịp thở  $>25$  lần/phút)

3. Ran ẩm, ran nổ hoặc tiếng thở phé quản

4. Trao đổi khí xấu đi (ví dụ: khử bão hòa  $\text{O}_2$  [ví dụ:  $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 240$ ], tăng nhu cầu oxy\*

Và  $\geq 2$  lần chụp X-quang ngực liên tiếp với ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau: Thâm nhiễm, đông đặc hoặc tạo hang mới hoặc tiến triển và dai dẳng.

Viêm phổi do đột quỵ - SAP được định nghĩa là phổ nhiễm trùng đường hô hấp dưới trong vòng 7 ngày đầu sau khi khởi phát đột quỵ

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu có chủ đích tất cả bệnh nhân đột quỵ não cấp tính điều trị nội trú tại trung tâm đột quỵ và trung tâm PHCN bệnh viện Bạch Mai thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành từ tại Trung tâm phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai từ Tháng 3/2023 đến tháng 12/2023

**Các bước tiến hành nghiên cứu:** tất cả người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn đầu vào được khai thác tiền sử bệnh, thăm khám lâm sàng, theo dõi liên tục trong quá trình điều trị xác định có viêm phổi trong 7 ngày kể từ khi khởi phát đột quỵ não. Tiếp tục theo dõi người bệnh cho

đến khi xuất viện ghi nhận các ca mắc SAP, chia nhóm đối tượng nghiên cứu thành hai nhóm SAP, không SAP, theo dõi tình trạng chức năng người bệnh hai nhóm ở thời điểm sau ra viện.

**Biến số, chỉ số nghiên cứu:**

- + Tuổi, giới, tiền sử bệnh, phân loại đột quỵ não, điểm NIHSS, điểm Glasgow, mRS vào viện, triệu chứng lâm sàng đột quỵ não.
- + SAP có hay không, thời gian khởi phát SAP, kết quả SAP
- + Thời gian nằm viện.

**Xử lý và phân tích số liệu:** Nhập số liệu và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Một số thuật toán thống kê mô tả như tỷ lệ phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn. Thống kê phân tích như Chi bình phương, Mann-Whitney U Test,...

**Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu. Đồng thời, nghiên cứu được sự ủng hộ và cho phép tiến hành của Ban lãnh đạo Bệnh viện. Người bệnh được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1: Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

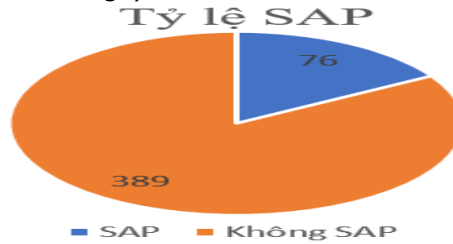
Đặc điểm	Tổng (n=465)		Không SAP (n=389)		SAP (n=76)		Giá trị p	
	n	%	n	%	n	%		
Giới	Nam	315	67.7	263	67.6	52	68.4	0.89*
	Nữ	150	32.3	126	33.3	24	31.6	
Tuổi	< 50	94	20.2	77	19.8	17	22.4	0.851
	50-65	158	34	132	33.9	26	34.2	
	>65	213	45.8	180	46.3	33	43.4	
	Trung bình (độ lệch chuẩn)	62.88±12.95		62.13±13.47		60.96±15.07		
Tiền sử bệnh	Hút thuốc lá	113	24.3	91	23.4	22	28.9	0.302*
	Uống rượu	95	20.4	80	20.6	15	19.7	0.87*
	Tăng huyết áp	300	64.5	254	65.3	46	60.5	0.427*
	Đái tháo đường	113	24.3	99	25.4	14	18.4	0.191*
	Rối loạn mỡ máu	85	18.3	76	19.5	9	11.8	0.112*
	Rung nhĩ	29	6.2	23	5.9	6	7.9	0.513*

p: so sánh giữa hai giá trị trung bình giữa hai nhóm (Mann-Whitney U Test)

p\*: so sánh hai tỷ lệ giữa hai nhóm (Chi bình phương)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có tuổi trung bình 62.88±12.95 (từ 16 đến 95 tuổi), trong đó nhóm người bệnh trên 65 tuổi chiếm đa số với 45.8%. Tuổi trung bình hai

Chúng tôi thu thập được 465 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn điều trị nội trú tại Trung tâm PHCN Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu này trên người bệnh đột quỵ não do nhồi máu não và xuất huyết não. Các người bệnh có tuổi trung bình 62.88, giới tính nam chiếm 67.7%, tỷ lệ mắc đột quỵ nhồi máu não 74.8%. Thời gian người bệnh được chẩn đoán đột quỵ não đến có chỉ định PHCN là 9.27±6.62 ngày. Người bệnh có thời gian nằm viện trung bình 24.51±7.45 ngày.



**Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ mắc viêm phổi sau đột quỵ não**

Tỷ lệ viêm phổi ở người bệnh sau đột quỵ não 16.34%. Trong 465 người tham gia vào nghiên cứu, có 76 người bệnh mắc viêm phổi và 389 người không mắc viêm phổi.

**Bảng 3.2: Phân loại đột quỵ não**

Phân loại đột quỵ não	Tổng (n=465)		Không SAP (n=389)		SAP (n=76)		Giá trị p
	n	%	n	%	n	%	
Nhồi máu não	348	74.8	294	75.6	54	71.1	0.406

Xuất huyết não	117	25.2	95	24.4	22	28.9	
<b>Phân loại nhồi máu não</b>							
NMN do tắc mạch	167	48	134	45.6	33	61.1	0.094
NMN do huyết khối	63	18.1	57	19.4	6	11.1	
NMN do nguyên nhân khác	118	33.9	103	35	15	27.8	
<b>Phân loại xuất huyết não</b>							
Xuất huyết nội sọ	102	87.2	84	88.4	18	81.8	0.404
Xuất huyết dưới nhện	15	12.8	11	11.6	4	18.2	

p: so sánh hai tỷ lệ giữa hai nhóm (Chi bình phương)

Trong tổng số 465 người bệnh, có 348 người bệnh bị nhồi máu não, 117 người bệnh bị xuất huyết não. Không có sự khác biệt giữa tỷ lệ nhồi máu não, xuất huyết não trong hai nhóm không SAP và nhóm SAP. Khi phân loại nhồi máu não,

tỷ lệ nhồi máu não do tắc mạch chiếm tỷ lệ cao nhất (48%), tỷ lệ nhồi máu não do huyết khối chiếm tỷ lệ thấp nhất (18.1%), trong hai nhóm SAP, không SAP cũng có tỷ lệ phân loại nhồi máu não tương đồng nhau. Trong 117 người bệnh xuất huyết não, xuất huyết nội sọ chiếm tỷ lệ 87.2%, xuất huyết dưới nhện 15%.

**Bảng 3.3: Phân loại mức độ nặng đột quỵ não theo thang điểm NIHSS**

NIHSS	Tổng (n=465)		Không SAP (n=389)		SAP (n=76)		Giá trị p
	n	%	n	%	n	%	
Mức độ nhẹ	69	14.8	63	16.2	6	7.9	0.07
Mức độ trung bình	391	84.1	323	83	68	89.5	
Mức độ nặng	5	1.1	3	0.8	2	2.6	
Mức độ rất nặng	0	0	0	0	0	0	
Trung bình (độ lệch chuẩn)	9.57±3.7		8.07±3.26		10.21±3.33		<0.001

p: so sánh giữa hai giá trị trung bình giữa hai nhóm (Mann-Whitney U Test)

p\*: so sánh hai tỷ lệ giữa hai nhóm (Chi bình phương)

Không có sự khác biệt về mức độ nặng đột

quỵ não theo thang điểm NIHSS giữa hai nhóm SAP và nhóm không SAP với p>0.05. Trong đó, mức độ trung bình với điểm NIHSS từ 5 đến 15 thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 84.1%, và không có bệnh nhân nào mức độ rất nặng.

**Bảng 3.4: Tỷ lệ rối loạn nuốt**

Đặc điểm rối loạn nuốt	Tổng (n=465)		Không SAP (n=389)		SAP (n=76)		Giá trị p	
	n	%	n	%	n	%		
Rối loạn nuốt	Có	226	48.6	181	46.5	58	76.3	<0.001
	Không	239	51.4	208	53.5	18	24.7	
Ăn qua sonde dạ dày	Có	133	28.6	95	24.4	38	50	<0.001
	Không	332	71.4	294	75.6	38	50	

p: so sánh hai tỷ lệ giữa hai nhóm (Chi bình phương).

**IV. BÀN LUẬN**

Viêm phổi là một nhiễm trùng phổ biến sau đột quỵ não. Trong tổng quan tài liệu của các tác giả Yousef và cộng sự năm 2013 báo cáo với tần suất SAP tại các đơn vị điều trị khác nhau, tại ICU 17-50%, đơn vị đột quỵ 3.9-44%, đơn vị phục hồi chức năng 3.2-11%.<sup>4</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 465 người bệnh, có 126 người bệnh mắc viêm phổi trong quá trình điều trị, tuy nhiên chỉ có 76 người bệnh mắc viêm phổi trong 7 ngày đầu sau đột quỵ não, tức SAP thực sự, chiếm tần suất 16.56%, cao hơn tỷ lệ trong đơn vị phục hồi chức năng. Sự khác biệt này vì các người bệnh trong nghiên cứu sau khi được điều trị tại đơn vị đột quỵ, tình trạng nội khoa ổn định, chuyển sang TTPHCN điều trị PHCN sớm và tích cực ngay trong giai đoạn cấp, thời gian

trung bình từ khi khởi phát đến khi được chỉ định PHCN là 9.27±6.62 ngày. Kết quả này tương đồng với kết quả các nghiên cứu phân tích tổng hợp mới từ năm 2011 đến năm 2024, tần suất người bệnh viêm phổi sau đột quỵ não cấp là 14%.<sup>1</sup> Trong một nghiên cứu khác tại Việt Nam năm 2014 đến năm 2017, tác giả Đặng Phúc Đức và cộng sự nghiên cứu trên 892 người bệnh đột quỵ não cấp có 123 người bệnh mắc SAP, chiếm tỷ lệ 13.8%.<sup>5</sup> Người bệnh SAP thường được chẩn đoán ngày thứ 4 kể từ khi mắc đột quỵ não. Trong quá trình điều trị tại khoa, chúng tôi kết hợp điều trị nội khoa và can thiệp PHCN tích cực và toàn diện, trong số 76 người bệnh SAP, chúng tôi điều trị khỏi viêm phổi cho 69 người bệnh, 7 người bệnh cần chuyển chuyên khoa hô hấp để điều trị tiếp.

Về phân bố ca bệnh theo giới tính, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, giới tính nam chiếm ưu thế hơn so với giới tính nữ (67.7%), tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ bằng 2. Tỷ lệ này tương tự trong dịch tễ học đột quỵ não nói chung. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng, khả năng xảy ra viêm phổi ở giới tính nam cao hơn rõ rệt so với giới tính nữ.<sup>1,6</sup> Bệnh lý đột quỵ não có thể gặp mọi lứa tuổi khác nhau, tỷ lệ đột quỵ não tăng dần theo lứa tuổi, trong đó lứa tuổi thường gặp nhất trong nghiên cứu trên 65 tuổi, do tuổi cao thường kèm theo các bệnh lý mạch máu mạn tính. Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây nhận thấy xu hướng trẻ hóa độ tuổi mắc đột quỵ não đang gia tăng, cụ thể trong 465 người bệnh tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi dưới 50 chiếm 20.2%, trong đó ca bệnh trẻ tuổi nhất là 16 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một số yếu tố nguy cơ mạch máu thường gặp trên bệnh nhân đột quỵ não như tăng huyết áp có tỷ lệ 64.5%, đái tháo đường có tỷ lệ 24.3%, hút thuốc lá có tỷ lệ 24.3%. Các yếu tố này không sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm SAP, nhóm không SAP.

Thang điểm NIHSS được khuyến cáo là một công cụ giá trị đánh giá mức độ nặng của đột quỵ não. Điểm NIHSS trung bình đối tượng nghiên cứu là  $9.57 \pm 3.7$ . So sánh giữa nhóm SAP và nhóm không SAP, thấy nhóm SAP có điểm NIHSS trung bình cao hơn với  $p < 0.001$ . Tác giả Đặng Phúc Đức và cộng sự nghiên cứu trên 892 người bệnh đột quỵ não tại bệnh viện 103 cũng ghi nhận kết quả tương đồng, các tác giả kết luận rằng thang điểm NIHSS có giá trị tiên lượng mức độ trung bình nguy cơ viêm phổi ở bệnh nhân đột quỵ não.<sup>5</sup>

Rối loạn nuốt có mối tương quan với sự phát triển viêm phổi sau đột quỵ não, đây là yếu tố nguy cơ có sự đồng nhất cao giữa các tác giả trong nhiều nghiên cứu.<sup>1,6</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, có kết quả tương đồng với các nghiên cứu trên với tỷ lệ rối loạn nuốt nhóm SAP cao hơn đáng kể nhóm không SAP lần lượt là 76.3% và 46.5%. Rối loạn nuốt với triệu chứng khó nuốt, gây tổn thương thức ăn, có thể gây sặc vào đường hô hấp, gây viêm phổi. Các bệnh nhân đột quỵ não giảm khả năng ho khạc, giảm khả năng bảo vệ đường thở, gây nên các hít sặc thầm lặng không dễ dàng phát hiện được. Bệnh nhân rối loạn nuốt mức độ nặng cần đặt sonde dạ dày nhằm đảm bảo cung cấp dinh dưỡng an toàn trong quá trình nuốt cho người bệnh, tuy nhiên cũng gây ra nhiều bất lợi. Đặt ống sonde dạ dày có thể gây tổn thương đường hô hấp,

ảnh hưởng cơ chế bảo vệ tự nhiên của đường thở, làm tăng tính nhạy cảm với bệnh nhiễm trùng đường hô hấp như viêm phổi.<sup>7</sup> Bên cạnh đó, sử dụng ống sonde dạ dày kéo dài có thể gây tổn thương niêm mạc mũi, trào ngược dạ dày thực quản. Do đó với người bệnh rối loạn nuốt cần được can thiệp tích cực, giúp giảm thời gian phải đặt sonde dạ dày cho người bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Sau thời gian 09 tháng thực hiện nghiên cứu, quan sát theo dõi trên 465 người bệnh đột quỵ não cấp tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai, nhóm nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng tỷ lệ viêm phổi sau đột quỵ não đang ở mức khá cao là 16.34%. Người bệnh mắc viêm phổi sau đột quỵ não có tỷ lệ rối loạn nuốt, tỷ lệ đặt sonde dạ dày, điểm NIHSS cao hơn nhóm người bệnh không mắc viêm phổi. Vì vậy, trong quá trình điều trị bác sỹ cần phát hiện sớm triệu chứng, xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến viêm phổi sau đột quỵ não để điều trị hiệu quả cho người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ahmad M, Ayaz Z, Sinha T, et al.** Risk Factors for the Development of Pneumonia in Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cureus. Published online March 27, 2024. doi:10.7759/cureus.57077
- Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia - ProQuest.** Accessed June 15, 2021. <https://www.proquest.com/openview/a1f5fc7969996bf33f6aeedad5f37e7e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=40575>
- Smith CJ, Kishore AK, Vail A, et al.** Diagnosis of Stroke-Associated Pneumonia: Recommendations From the Pneumonia in Stroke Consensus Group. Stroke. 2015;46(8):2335-2340. doi:10.1161/STROKEAHA.115.009617
- Hannawi Y, Hannawi B, Rao CPV, Suarez JJ, Bershad EM.** Stroke-associated pneumonia: major advances and obstacles. Cerebrovasc Dis Basel Switz. 2013;35(5): 430-443. doi:10.1159/000350199
- Phúc ĐĐ, Thuần ĐĐ.** Tiên lượng nguy cơ viêm phổi ở bệnh nhân đột quỵ não dựa vào thang điểm điểm đột quỵ của các viện sức khỏe quốc gia mỹ. Tạp Chí Y Học Quân Sự. 2023;(363):45-48. doi:10.59459/1859-1655/JMM.43
- Zhang SY, Huang J, Zhou XL.** A Meta-analysis of the Risk Factors for Stroke-associated Pneumonia. J Coll Physicians Surg--Pak JCPSP. 2023; 33(7): 799-803. doi:10.29271/jcpsp. 2023.07.799
- Dziewas R, Warnecke T, Hamacher C, et al.** Do nasogastric tubes worsen dysphagia in patients with acute stroke? BMC Neurol. 2008;8(1):28. doi:10.1186/1471-2377-8-28

# MỐI LIÊN QUAN GIỮA THỰC TRẠNG KÉM KHOÁNG HÓA RĂNG HÀM SỮA THỨ HAI VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ TRƯỚC SINH, CHU SINH VÀ SAU SINH Ở TRẺ 3-5 TUỔI TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG MẦM NON THÀNH PHỐ HÀ NỘI 2023

Nguyễn Thùy Linh<sup>1</sup>, Lương Minh Hằng<sup>2</sup>,  
Võ Trương Như Ngọc<sup>2</sup>, Bùi Hữu Tuấn<sup>3</sup>, Trần Hồng Ngọc<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Kém khoáng hóa men răng hàm sữa thứ hai (HSPM: hypomineralized second primary molars) là một khiếm khuyết phát triển men răng ngày càng phổ biến và ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng trẻ em. Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 984 trẻ và cha mẹ trẻ 3-5 tuổi tại một số trường mầm non thành phố Hà Nội nhằm xác định tỷ lệ mắc HSPM và mối liên quan với một số yếu tố trước, trong và sau sinh. Tỷ lệ HSPM là 18,5%. Trẻ có mẹ bị ốm trong 3 tháng đầu, trẻ đẻ mổ và trẻ được nuôi bằng sữa mẹ dưới 6 tháng có tỷ lệ HSPM cao hơn. **Từ khóa:** kém khoáng hóa men răng hàm sữa thứ hai, yếu tố liên quan

## SUMMARY

### ASSOCIATION BETWEEN HYPOMINERALIZED SECOND PRIMARY MOLARS WITH PRENATAL, PERINATAL AND POSTNATAL FACTORS OF 3-5 YEARS OLD CHILDREN AT SOME PRESCHOOLS IN HANOI CITY 2023

Hypomineralized second primary molars (HSPM) is a common enamel developmental defect that affects children's oral health. Descriptive cross-sectional study on 984 parents and their children 3-5 years old at some preschools in Hanoi to determine the rate of HSPM and its relationship with a number of factors before, during and after birth. The rate of HSPM is 18,5%. Children whose mothers were sick in the first 3 months, children born by cesarean section, and children breastfed for less than 6 months had a higher rate of HSPM. **Keywords:** Hypomineralized second primary molars (HSPM), associated factors

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kém khoáng hóa men răng hàm sữa thứ hai (HSPM: hypomineralized second primary molars) là một khiếm khuyết phát triển men răng ngày càng phổ biến và ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng trẻ em<sup>1</sup>. HSPM là một trong những nguyên nhân làm tăng nguy cơ sâu răng sớm tiến triển nhanh ở trẻ nhỏ, nếu không được điều

trị kịp thời, mô răng có thể bị phá hủy nhanh chóng và dẫn đến mất răng sữa sớm, ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai của trẻ, ảnh hưởng đến sự hình thành khớp cắn trong tương lai.

Theo Weerheijm và cộng sự (2008), kém khoáng hóa men răng hàm sữa thứ hai là tình trạng kém khoáng hóa từ một đến bốn răng hàm sữa thứ hai bao gồm sự hiện diện của các khoảng mờ đục có ranh giới rõ ràng, vỡ men ngay sau mọc (PEB), sâu răng/phục hồi không điển hình và mất răng sữa sớm do HSPM<sup>2</sup>. Trẻ em mắc HSPM có tỷ lệ sâu răng cao hơn, trong đó độ lan tỏa của tổn thương ảnh hưởng tới nguy cơ sâu răng nhiều hơn so với độ nghiêm trọng của tổn thương<sup>3</sup>. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm, phát hiện kịp thời và điều trị là cần thiết.

Thời điểm hình thành và khoáng hóa men răng của răng hàm sữa thứ hai bắt đầu từ tuần thứ 19 của thai kỳ cho đến 11 tháng tuổi. Khi một yếu tố ảnh hưởng tác động đến quá trình hình thành men răng, HSPM có thể xảy ra. Tuy nhiên, cho đến hiện nay nguyên nhân của HSPM chưa được hiểu đầy đủ và được kết luận là đa nguyên nhân<sup>4</sup>. Theo nghiên cứu tổng quan hệ thống của Lima và CS (2021) đã đưa kết luận các sự kiện xảy ra trong giai đoạn trước sinh, chu sinh và sau sinh có liên quan đến trẻ mắc HSPM. Trong đó, các yếu tố như mẹ hút thuốc, tăng huyết áp ở mẹ, trẻ nhẹ cân, sinh non, biến chứng khi sinh, trẻ cần lồng ấp, trẻ không được bú mẹ, sử dụng kháng sinh ở trẻ, sốt và hen suyễn ở trẻ em là những căn nguyên có liên quan đáng kể đến HSPM<sup>3</sup>.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại 9 trường mầm non thành phố Hà Nội

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** trẻ từ 3 đến 5 tuổi đang học tập tại 9 trường mầm non thành phố Hà Nội và cha mẹ trẻ. Trẻ không có vấn đề về tâm thần, dị tật bẩm sinh, đã mọc đủ 4 răng hàm sữa thứ hai. Trẻ và cha mẹ tự nguyện tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** trẻ không có khả năng hợp tác tham gia nghiên cứu

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

<sup>1</sup>Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thùy Linh  
Email: drnguyenthuylinh040189@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 11.9.2024