

sự khác biệt giữa 2 nhóm kiểu gen. Phát hiện này gợi ý ảnh hưởng riêng biệt của biến thể này với sự biểu hiện của gen CLDN-1 và bệnh VDCĐ tại Việt Nam. Do đó, biến thể này cần được quan tâm nhiều hơn và cần thực hiện các nghiên cứu tiếp theo nhằm làm rõ cơ chế và mức độ ảnh hưởng lên bệnh VDCĐ tại Việt Nam.

## V. KẾT LUẬN

Đã xác định tỉ lệ kiểu gen của biến thể rs17501010 ở người bệnh VDCĐ lần lượt là GG: 91,46%, GT: 8,54%, chưa ghi nhận kiểu gen TT. Tỉ lệ alen G chiếm 95,73%, alen T chiếm 4,27%. Ghi nhận độ nặng của bệnh giữa nhóm nhẹ-trung bình và nhóm nặng giữa hai kiểu gen GG và GT có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0,045$ ). Các đặc điểm khác chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McAleer, M., G. O'Regan, and A. Irvine, Atopic dermatitis. Dermatology. Ed. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. 2018, Elsevier.

2. Katsarou, S., et al., The Role of Tight Junctions in Atopic Dermatitis: A Systematic Review. J Clin Med, 2023. 12(4).
3. De Benedetto, A., et al., Tight junction defects in patients with atopic dermatitis. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2011. 127(3): p. 773-786.e7.
4. Ross-Hansen, K., et al., The role of glutathione S-transferase and claudin-1 gene polymorphisms in contact sensitization: a cross-sectional study. Br J Dermatol, 2013. 168(4): p. 762-70.
5. E Boers, M.B., V Vuong, A Benjafield, J Su, L Kaye, D Tellez, C Nunez, A Malhotra, An estimate of the global COPD prevalence in 2050: Disparities by income and gender. European Respiratory, 2022. 60(66): p. 4608.
6. Le, V.S., et al., A Vietnamese human genetic variation database. Hum Mutat, 2019. 40(10): p. 1664-1675.
7. Byrska-Bishop, M., et al., High-coverage whole-genome sequencing of the expanded 1000 Genomes Project cohort including 602 trios. Cell, 2022. 185(18): p. 3426-3440. e19.
8. Asad, S., et al., The tight junction gene Claudin-1 is associated with atopic dermatitis among Ethiopians. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2016. 30(11): p. 1939-1941.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ MỞ KHÍ QUẢN Ở TRẺ EM QUA TỔNG QUAN LUẬN ĐIỂM CÁC NGHIÊN CỨU TỪ NĂM 2014-2023

TouHer YiaPao<sup>1</sup>, Phạm Thị Bích Đào<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Khánh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm các nghiên cứu về mở khí quản ở trẻ em từ năm 2014 đến năm 2023, từ đó đánh giá được hiệu quả và các biến chứng xảy ra ở các phương pháp mở khí quản trên nhóm đối tượng này. **Phương pháp:** Việc tìm kiếm được thực hiện đối với các bài báo trên Tạp chí Sức khỏe và cơ sở dữ liệu PubMed, lựa chọn các bài báo ngôn ngữ tiếng Anh hoặc tiếng Việt được xuất bản từ năm 2014 đến năm 2023, ở nhóm đối tượng bệnh nhân dưới 16 tuổi được mở khí quản. **Kết quả:** 194 bài viết được tìm thấy, trong đó có 29 bài được đưa vào tổng quan này. Mở khí quản ở trẻ em là thủ thuật thường gặp ở các khoa cấp cứu do thở máy kéo dài (46,2%), tắc nghẽn đường hô hấp trên (28,1%), bệnh lý thần kinh cơ gặp 20,3%, chấn thương sọ não 19,9% và suy hô hấp 14,2%. Các nghiên cứu được tập trung ở châu Á 24,1%, châu Mỹ 58,6%, châu Âu 17,3%. Tuổi thường gặp cần mở khí quản thường dưới 1 tuổi. Nguyên nhân gây tắc nghẽn đường hô hấp trên: Hẹp dưới thanh môn 15,0%; Nhuyễn thanh – khí quản 9,1%; Tắc nghẽn hô hấp

bẩm sinh 8,7%; Dị tật sọ mặt 8,1%; Liệt dây thanh 2 bên 7,7%; Chấn thương hàm mặt 6,1%. U đường thở 3,2%. Mỗi liên quan chặt chẽ giữa tuổi và nguyên nhân: dưới 12 tháng: viêm thanh quản phù nề hạ thanh môn, dị tật thanh quản hay gặp nhất, từ trên 12 tuổi đến dưới 6 tuổi: dị vật đường thở, u nhú thanh quản, từ trên 6 tuổi đến 16 tuổi hay gặp do chấn thương thanh quản, dị vật, bông, uốn ván... Biến chứng sớm hay gặp nhất là chảy máu sau thủ thuật chiếm 14,5%; tụt canuyl 7,3%; nhiễm trùng tại chỗ với 6,6%, tràn khí màng phổi 4,3%. Biến chứng muộn thường gặp nhất là rò khí quản với 16,5%, u hạt 11,3%; tắc canuyl 5,3% và hẹp khí quản gặp 5,0%. **Kết luận:** Nguyên nhân mở khí quản thường gặp nhất ở trẻ em dưới 12 tháng là viêm thanh quản phù nề hạ thanh môn, trên 12 tháng đến dưới 6 tuổi chủ yếu là dị vật, trên 6 đến 16 là chấn thương. Thường sử dụng đường rạch dọc trong cấp cứu và thường mở khí quản trung bình. **Từ khóa:** Mở khí quản, trẻ em, chỉ định, phương pháp, biến chứng.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE RESULTS OF TRACHEOLOGY IN CHILDREN THROUGH AN OVERVIEW OF RESEARCH FROM 2014-2023

**Objective:** Describe the characteristics of studies on tracheostomy in children from 2014 to 2023, thereby evaluating the effectiveness and complications occurring in tracheostomy methods in this group of subjects. **Methods:** The search was conducted for

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh Viện A Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: TouHer YiaPao

Email: touheriyapao86@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024

articles in Health Magazine and PubMed database, selecting English or Vietnamese language articles published from 2014 to 2023, in the group Patients under 16 years old undergoing tracheostomy. **Results:** 194 articles were found, of which 29 were included in this review. Tracheostomy in children is a common procedure in emergency departments due to prolonged mechanical ventilation (46.2%), upper respiratory obstruction (28.1%), and neuromuscular disease 20.3. %, traumatic brain injury 19.9% and respiratory failure 14.2%. Research is concentrated in Asia 24.1%, America 58.6%, Europe 17.3%. The common age requiring a tracheostomy is usually under 1 year old. Causes of upper airway obstruction: Subglottic stenosis 15.0%; Larynx - tracheal 9.1%; Congenital respiratory obstruction 8.7%; Craniofacial malformations 8.1%; Bilateral vocal cord paralysis 7.7%; Maxillofacial injuries 6.1%. Airway tumors 3.2%. Close relationship between age and cause: under 12 months: laryngitis, subglottic edema, most common laryngeal malformations, from over 12 years old to under 6 years old: foreign bodies in the airway, laryngeal papillomas, from over 6 years old to 16 years old, often occurs due to laryngeal trauma, foreign objects, burns, tetanus... The most common early complication is bleeding after the procedure, accounting for 14.5%; cannul drop 7.3%; local infection with 6.6%, pneumothorax with 4.3%. The most common late complications are tracheal fistula with 16.5%, granuloma with 11.3%; Canuyl obstruction occurs in 5.3% and tracheal stenosis occurs in 5.0%. **Conclusion:** The most common cause of tracheostomy in children under 12 months is laryngitis and subglottic edema, in children over 12 months to under 6 years old it is mainly foreign bodies, in children over 6 to 16 it is trauma. Vertical incision is often used in emergency care and a moderate tracheostomy is often used.

**Keywords:** Tracheostomy, children, indications, methods, complications.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mở khí quản là phương pháp mở một lỗ vào thành trước khí quản để rút ngắn khoảng cách không khí đi vào phổi và/ hoặc tạo một đường dẫn khí mới dưới nơi đường dẫn khí bị tắc nghẽn. Mở khí quản được chỉ định cho nhiều nguyên nhân.... Caron đã mở khí quản lần đầu tiên cho một trường hợp di vật hạt đầu đường thở cho một trẻ 7 tuổi. Sau đó, Trousseau thực hiện mở khí quản thường xuyên vào năm 1833 ở những bệnh nhân bị suy hô hấp nặng do ho gà<sup>1</sup>. Chevalier Jackson vào năm 1923 sử dụng thiết bị mở khí quản tại giường cho những bệnh nhân tắc nghẽn đường hô hấp trên do nhiễm trùng và các khối u như lan xương thanh quản. Mở khí quản được thực hiện ngày càng phổ biến ở những bệnh nhi phải thở máy kéo dài do suy hô hấp, dị vật, bệnh lý thần kinh cơ hoặc những bệnh lý nhiễm khuẩn hô hấp nặng cần thở máy kéo dài ở trẻ sơ sinh non tháng<sup>2</sup>. Những tiến bộ

trong phẫu thuật nhi khoa và đa ngành việc điều trị các bệnh phức tạp đã dẫn tới sự gia tăng số bệnh nhân phụ thuộc vào máy thở. Như vậy, phẫu thuật khí quản đã được sử dụng ngày càng nhiều trong thập kỷ qua<sup>3</sup>. Phẫu thuật mở khí quản là một phẫu thuật cứu sống được nhiều bệnh nhi Tuy nhiên, những nghiên cứu về thời gian, chỉ định, đặc điểm của bệnh nhân và kết quả của phẫu thuật mở khí quản ở trẻ em còn hạn chế trong tài liệu. Nhằm hệ thống các phương pháp mở khí quản, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Mở khí quản ở trẻ em: Một nghiên cứu tổng quan hệ thống từ năm 2014-2023*" với mục tiêu: *Mô tả các chỉ định, phương pháp và biến chứng của mở khí quản trẻ em.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### ➤ Tiêu chuẩn lựa chọn các nghiên cứu

- Các bài báo, nghiên cứu, các sách giáo khoa, bài giảng cung cấp dữ liệu gốc về mở khí quản trẻ em, có chứa:

- + Bệnh nhân được mở khí quản
- + Chỉ định của mở khí quản
- + Biến chứng của mở khí quản

- Các bài báo, nghiên cứu được xuất bản từ năm 2014 đến 2023

- Được xuất bản bằng Tiếng Anh hoặc Tiếng Việt.
- Các bài báo, nghiên cứu đọc được toàn văn.

#### ➤ Tiêu chuẩn loại trừ các nghiên cứu

- Các bài báo, nghiên cứu không thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

- Các bài báo, nghiên cứu được đăng hoặc được chấp nhận báo cáo ở các hội nghị khoa học trong nước hoặc quốc tế nhưng không đầy đủ nội dung, thiếu dữ liệu bệnh nhân.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tổng quan luận điểm các nghiên cứu từ năm 2014 – 2023.

- **Cơ sở dữ liệu sử dụng để tìm kiếm tài liệu:** +Các tài liệu nghiên cứu được tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu y học trực tuyến như: Pudmed, Google Scholar, Thư viện Trường Đại Học Y Hà Nội.

+ Các nguồn tìm kiếm thủ công: Các tạp chí y học trong nước, các tài liệu, công trình nghiên cứu trong nước, các bài báo cáo tổng kết của WHO...

+ Xem xét danh sách tài liệu tham khảo từ các bài báo, nghiên cứu.

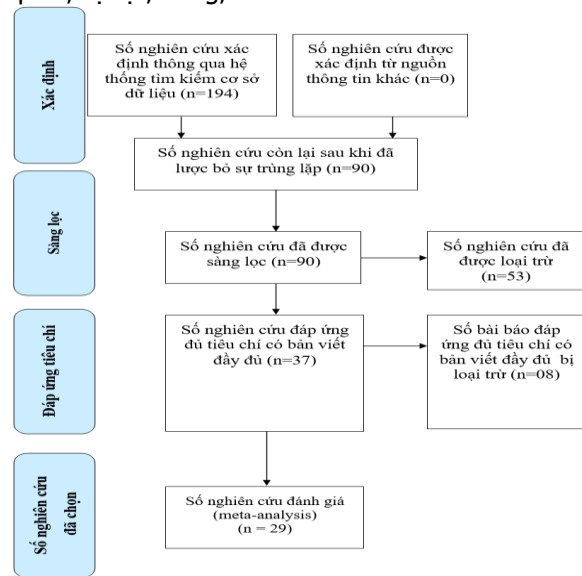
+ Cơ sở dữ liệu được cập nhật đến tháng 12 năm 2023.

- Phần mềm Zotero 5.0 sẽ được sử dụng để quản lý và loại bỏ sự trùng lặp, trích dẫn các tài

liệu thu thập được vào trong quá trình thực hiện.  
 - Các số liệu được lưu trữ và quản lý bằng Excel.  
 - Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Kết quả tìm kiếm và chọn lọc.** Tổng cộng có 194 bài viết đã được sàng lọc, dựa trên các từ khóa tìm kiếm. Trong tổng số này, 2 là bản sao và 155 nghiên cứu cũng bị loại khỏi quá trình sàng lọc vì họ không đáp ứng các tiêu chí đưa vào. Trong số 37 văn bản đầy đủ được chọn, chúng tôi quyết định loại trừ 8 vì chúng chứa thông tin dư thừa so với các lựa chọn khác bài viết. Như vậy, chúng ta đã đạt được tổng cộng 29 bài viết bao gồm trong tổng quan hệ thống, bao gồm những thông tin phù hợp nhất và thông tin hiện tại về mục tiêu nghiên cứu này. Các nghiên cứu được tập trung ở châu Á 24,1%, châu Mỹ 58,6%, châu Âu 17,3%. Nam giới chiếm 56,6%, nữ chiếm 43,4%. Mỗi liên quan chặt chẽ giữa tuổi và nguyên nhân: dưới 12 tháng: viêm thanh quản phù nề hạ thanh môn, dị tật thanh quản hay gặp nhất, từ trên 12 tuổi đến dưới 6 tuổi: dị vật đường thở, u nhú thanh quản, từ trên 6 tuổi đến 16 tuổi hay gặp do chấn thương thanh quản, dị vật, bỏng, uốn ván...



**Bảng 3.1. Các chỉ định mở khí quản thường gặp**

| Chỉ định MKQ         | Số nghiên cứu | Tỷ lệ % trung bình |
|----------------------|---------------|--------------------|
| Thở máy kéo dài      | 14            | 46,2               |
| Tắc nghẽn hô hấp     | 15            | 28,1               |
| Bệnh lý thần kinh cơ | 6             | 20,3               |
| Chấn thương sọ não   | 5             | 19,9               |
| Hẹp dưới thanh môn   | 7             | 15,0               |

|                           |    |      |
|---------------------------|----|------|
| Suy hô hấp                | 6  | 14,2 |
| Sinh non                  | 4  | 13,2 |
| Bệnh phổi mãn tính        | 4  | 12,7 |
| Sốc nhiễm khuẩn           | 3  | 12,7 |
| Rút NKQ thất bại          | 3  | 10,2 |
| Nhuyễn thanh – khí quản   | 10 | 9,1  |
| Tắc nghẽn hô hấp bẩm sinh | 3  | 8,7  |
| Dị tật sọ mặt             | 7  | 8,1  |
| Liệt dây thanh 2 bên      | 8  | 7,7  |

**Nhận xét:** Chỉ định mở khí quản nhiều nhất do thở máy kéo dài có 14 nghiên cứu với tỉ lệ trung bình là 46,2%, nguyên nhân tắc nghẽn hô hấp có 15 nghiên cứu với tỉ lệ trung bình là 28,1%. Bệnh lý thần kinh cơ gặp 20,3%, chấn thương sọ não 19,9% và suy hô hấp 14,2%.

**Bảng 3.2. Các biến chứng sớm của mở khí quản**

| Biến chứng          | Số nghiên cứu | Tỷ lệ % trung bình |
|---------------------|---------------|--------------------|
| Chảy máu            | 3             | 14,5               |
| Tụt canuyl          | 11            | 7,3                |
| Nhiễm trùng tại chỗ | 8             | 6,6                |
| Tràn khí màng phổi  | 7             | 4,3                |
| Tắc canuyl          | 3             | 4,0                |
| Tràn khí dưới da    | 1             | 2,4                |
| Tràn khí trung thất | 3             | 1,4                |
| Thủng thực quản     | 1             | 1,2                |
| Ap xe               | 1             | 1,0                |
| Phù dưới da         | 1             | 0,2                |

**Nhận xét:** Biến chứng sớm hay gặp nhất là chảy máu sau thủ thuật chiếm 14,5%. Tiếp đến là tụt Canuyl 7,3%. Nhiễm trùng tại chỗ với 6,6%, tràn khí màng phổi 4,3%, tắc canuyl 4% và tràn khí dưới da 2,4%.

**Bảng 3.3. Các biến chứng muộn của mở khí quản**

| Biến chứng      | Số nghiên cứu | Tỷ lệ % trung bình |
|-----------------|---------------|--------------------|
| Rò khí quản     | 5             | 16,5               |
| U hạt           | 9             | 11,3               |
| Tắc canuyl      | 9             | 5,3                |
| Hẹp khí quản    | 5             | 5,0                |
| Tụt canuyl      | 3             | 4,8                |
| Nhuyễn khí quản | 2             | 2,1                |

**Nhận xét:** Biến chứng muộn thường gặp nhất là rò khí quản với 16,5%, u hạt 11,3% và tắc canuyl 5,3%. Hẹp khí quản 5,0%, tụt canuyl 4,8% và nhuyễn khí quản 2,1%.

**IV. BÀN LUẬN**

**\*Chỉ định mở khí quản:** Phẫu thuật mở khí quản thay thế ống nội khí quản cho những người cần thở máy lâu dài là chỉ định chúng tôi gặp nhiều nhất với khoảng 46,2%, các nghiên

cứu với chỉ định này dao động từ 10% – 92%. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ này cũng tương đồng nghiên cứu tổng hợp của tác giả Orlei Ribeiro de Araujo<sup>4</sup> với tỷ lệ mở khí quản ở trẻ em dao động 30% -87%. Chúng tôi nhận thấy khoảng 28,1% bệnh nhân mở khí quản do tắc nghẽn đường thở, các nghiên cứu cho thấy nguyên nhân này dao động 7,5% - 56%. Kamran Asif Syed<sup>5</sup> đều có tỷ lệ mở khí quản ở trẻ em do tắc nghẽn đường thở cần phải can thiệp là 22,0%. Theo Karen Watters<sup>6</sup> tỷ lệ này là 27,9%. Chúng tôi ghi nhận 20,3% (3%- 35,9%) trẻ mở khí quản nguyên nhân do bệnh lý rối loạn thần kinh cơ gây suy hô hấp kéo dài. Nguyên nhân mở khí quản ở trẻ em do chấn thương sọ não, chúng tôi cũng thấy thường gặp với 19,3% (8,6% - 41,6%). Tổn thương não nặng, như chấn thương sọ não xuất huyết nội sọ là nguyên nhân phổ biến của bệnh nhân nhi vào đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU) và bắt đầu thông khí cơ học. Hẹp dưới thanh môn cũng là nguyên nhân thường gặp ở mở khí quản trẻ em, chúng tôi ghi nhận 15% (4%-33%). Trường hợp hẹp dưới thanh môn nghiêm trọng, cần đặt nội khí quản để hỗ trợ trẻ thở và sau đó có thể là tình trạng mở khí quản khi hỗ trợ hô hấp kéo dài, kết quả tương tự Garcia-Urabayen<sup>7</sup> là 12%. Chúng tôi ghi nhận chỉ định mở khí quản trung bình ở trẻ sơ sinh non tháng là 13,2% (7,7%-20%). Hội chứng suy hô hấp do thiếu chất surfactant trong phổi của trẻ sơ sinh, thông thường ở những trẻ sinh ra < 37 tuần thai. Khoảng 12,7% (3,5% - 18%) trẻ mở khí quản liên quan đến thở máy kéo dài trong những trường hợp sock nhiễm khuẩn ở trẻ em cần hồi sức tích cực.

#### \* Các biến chứng sớm của mở khí quản.

Chảy máu ngay trong giai đoạn hậu phẫu có tỷ lệ cao nhất với 14,5% (từ 0,6% đến 37,9% trẻ em<sup>8</sup>. Nhìn chung, nguyên nhân do cầm máu không kỹ trong suốt quá trình phẫu thuật, đặc biệt ở trẻ sơ sinh. Có thể cần phải cầm máu lại sau mổ. Chảy máu quá nhiều trong quá trình phẫu thuật có thể do tổn thương mạch máu lớn ở cổ hoặc mạch máu dị thường, ngoài ra có thể là tổn thương ở tuyến giáp hoặc động mạch cảnh. Tụt canyl khí quản là một biến chứng nghiêm trọng với trung bình 7,3%, dao động từ 0,8% đến 20%. Trong nghiên cứu ở Barcelona, 20% gặp tai biến tụt canyl khí quản, tất cả trong 48 giờ đầu tiên (80% trong 24 giờ đầu tiên). Ngừng tim, hô hấp xảy ra ở 80% bệnh nhân tụt canyl khí quản<sup>7</sup>. Tắc nghẽn canyl do cục máu đông thường là một biến chứng sớm sau phẫu thuật, một biến chứng muộn hơn tắc do đờm rãi. Tuy nhiên, trong những trường hợp với bệnh nền

về hô hấp thì sự thay đổi về số lượng và chất lượng đờm rãi, đặc biệt ở trẻ non tháng, việc tắc canyl cũng có thể xảy ra sớm hơn. Tắc nghẽn canyl sớm xảy ra ở 4% bệnh nhân được mở khí quản. Nhiễm trùng tại chỗ (viêm mô tế bào), xảy ra ở giai đoạn sớm, chúng tôi ghi nhận khoảng 6,6% (1,6% -14%), biểu hiện dưới dạng sung huyết ở da và có thể xảy ra hiện tượng cứng và nóng tại chỗ, sử dụng thuốc kháng sinh mỡ bôi tại chỗ và đôi khi cần điều trị bằng kháng sinh đường uống phổ rộng nhạy với các vi khuẩn hô hấp thường gặp. Các biến chứng sớm thường gặp khác liên quan đến tràn khí (tràn khí màng phổi 4,3%, tràn khí dưới da 2,4%, tràn khí trung thất 1,4%). Việc báo cáo tỷ lệ mắc dao động từ 0,7 đến 12%.

#### \* Các biến chứng muộn của mở khí quản.

Lỗ rò khí quản là biến chứng muộn thường gặp, chúng tôi ghi nhận nhiều nhất với 16,5%, tỷ lệ lỗ rò khí quản trong các nghiên cứu khác nhau từ 1,5% đến 54%. Hầu hết lỗ rò khí quản đóng lại một cách tự nhiên, tuy nhiên có những trường hợp lỗ rò xơ hóa tổ chức từ da đến khí quản, nó có thể trở thành một vấn đề phức tạp, ngăn cản sự đóng lại tự nhiên của khí quản. Nghiên cứu cho thấy nguy cơ tăng đáng kể trở thành lỗ rò khí quản ở những bệnh nhân được mở khí quản trong thời gian dài hơn hơn 24 tháng. Thời gian trung bình có thể xuất hiện lỗ rò là 395,7 ngày. U hạt xơ khí quản là một biến chứng gây tranh cãi trong y học, liệu khí quản có u hạt hoặc u hạt là một biến chứng thực tế của phẫu thuật mở khí quản, vì nó thường không có triệu chứng, biến chứng này trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ trung bình 11,3%, có thể gặp từ 1,5% đến 24%. Tắc Canyl khí quản cũng là biến chứng thường gặp và để lại hậu quả nghiêm trọng, theo nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng này gặp khoảng 5,3% (0,9% -12,5%). Không chỉ có đờm dịch nhầy mà còn có u hạt có thể dẫn đến tắc nghẽn ống thông. Biến chứng này có thể được dự phòng bằng cách chăm sóc đúng cách canyl khí quản kể từ những ngày hậu phẫu đầu tiên, bao gồm kỹ thuật hút và thay đổi canyl định kỳ. Hút đờm dãi thường xuyên và nhỏ dung dịch nước muối để giúp làm ẩm chất nhầy. Hẹp khí quản là biến chứng muộn có thể gặp 5,0% (1,3%-13,1%), xẹp trên lỗ mở khí quản, hẹp dưới thanh môn và hẹp khí quản có cơ chế tương tự nhau, do tổn thương đến niêm mạc và sụn khí quản, và có thể tiến triển với sự tiêu một phần của sụn, xơ hóa và sẹo hẹp. Xẹp trên lỗ mở khí quản là kết quả của sự suy yếu của thành khí quản phía trước. Hẹp dưới thanh môn thường là thứ phát sau một

chấn thương ở sụn nhĩn trong quá trình phẫu thuật hoặc bị tổn thương do đặt nội khí quản trước đó. Mặt khác, hẹp khí quản, có thể xảy ra ở trên, tại chỗ hoặc dưới khí quản, khi đầu canuyl chạm tới thành khí quản, trong đó có vùng carina. Nó cũng có thể là thứ phát do chấn thương khí quản khi đặt nội khí quản trước đó hoặc thậm chí mở khí quản lặp đi lặp lại với canuyl không phù hợp. Tút Canuyl cũng là biến chứng muộn thường, chúng tôi nhận thấy biến chứng này gặp khoảng 4,8% (2,7%-6%). Nhiễm trùng đường hô hấp dưới là biến chứng có thể gặp, trẻ bị mở khí quản lâu ngày có thể bị xâm nhập của *S.aureus*, bao gồm cả những loài kháng lại methicillin, và/hoặc *P. aeruginosa* và các vi khuẩn Gram âm khác.

## V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân mở khí quản thường gặp nhất ở trẻ em dưới 12 tháng là viêm thanh quản phù nề hạ thanh môn, trên 12 tháng đến dưới 6 tuổi chủ yếu là dị vật, trên 6 đến 16 là chấn thương. Thường sử dụng đường rạch dọc trong cấp cứu và thường mở khí quản trung bình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Peumery, J.J.** [Armand Trousseau (1801-1867), French physician par excellence]. *Hist Sci*

*Med.*2003; 37(2): Tr. 151-156.

- Ghani, A., K. Tsitouras, J. Paderewska, et al.** Incidence, causes, and predictors of unsuccessful decannulation following prolonged weaning. *Ther Adv Chronic Dis.*2022; 13: Tr. 20406223221109655.
- Khaja, M., A. Haider, A. Alapati, et al.** Percutaneous Tracheostomy: A Bedside Procedure. *Cureus.*2022; 14(4): Tr. e24083.
- de Araujo, O.R., R.T. Azevedo, F.R.C. de Oliveira, et al.** Tracheostomy practices in children on mechanical ventilation: a systematic review and meta-analysis. *J Pediatr (Rio J).*2022; 98(2): Tr. 126-135.
- Syed, K.A., P. Naina, A. Pokharel, et al.** Paediatric tracheostomy: A modified technique and its outcomes, results from a South Indian tertiary care. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.*2019; 118: Tr. 6-10.
- Watters, K., M. O'Neill, H. Zhu, et al.** Two-year mortality, complications, and healthcare use in children with Medicaid following tracheostomy. *The Laryngoscope.*2016; 126(11): Tr. 2611-2617.
- García-Urabayen, D., Y.M. López-Fernández, J. Pilar-Orive, et al.** Analysis of tracheostomies in a Paediatric Intensive Care Unit during the period 2003–2013. *Anales de Pediatría (English Edition).*2016; 84(1): Tr. 18-23.
- Ha, T.-A., M. Goyal, and J. Ongkasuwan.** Duration of tracheostomy dependence and development of tracheocutaneous fistula in children. *The Laryngoscope.*2017; 127(12): Tr. 2709-2712.

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHỈ SỐ SINH XƠ VỮA HUYẾT TƯƠNG (AIP) VÀ BÉO PHÌ

Tạ Thị Tú<sup>1</sup>, Nguyễn Cẩm Thạch<sup>1</sup>, Bùi Thị Ngọc Hà<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thành Trung<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Tuyên<sup>1</sup>, Phan Thị Thanh Hải<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan giữa chỉ số sinh xơ vữa huyết tương (AIP), các chỉ số lipid máu và béo phì. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 1307 người đến khám sức khỏe định kỳ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (BVTWQĐ 108) từ 01/01/2023 đến 31/12/2023. Các chỉ số lipid máu được định lượng theo phương pháp đo quang và chỉ số AIP tính theo công thức  $\log_{10}(TG/HDL-C)$ . **Kết quả:** Chỉ số AIP ở nhóm béo phì cao hơn nhóm không béo phì, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0,000$ ). Có mối tương quan thuận mức độ mạnh giữa AIP với BMI ( $r=0,528, p=0,000$ ). Các nhóm AIP tứ phân vị thứ tư, thứ ba có nguy cơ

mắc bệnh béo phì cao hơn so với nhóm AIP tứ phân vị thứ nhất với OR tương ứng lần lượt là 4,86 và 2,36 ( $p<0,01$ ) sau khi hiệu chỉnh với các biến tuổi, giới tính, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, glucose, cholesterol, LDL-C. Diện tích dưới đường cong ROC của AIP trong tiên lượng nguy cơ béo phì là 0,765 (0,736-0,794) với điểm cắt 0,1247, độ nhạy 74% và độ đặc hiệu 70%. **Kết luận:** Chỉ số AIP là một dấu ấn sinh học có giá trị tiên lượng trung bình trong dự đoán nguy cơ mắc bệnh béo phì với diện tích dưới đường cong ROC là 0,765 (0,736-0,794), độ nhạy 74% và độ đặc hiệu 70%. AIP tương quan thuận mức độ mạnh với BMI ( $r=0,528, p<0,01$ ). **Từ khóa:** Béo phì, Chỉ số sinh xơ vữa huyết tương, các chỉ số lipid máu.

### SUMMARY

#### THE RELATIONSHIP BETWEEN ATHEROGENIC INDEX OF PLASMA (AIP) AND OBESITY

**Objective:** To investigate the relationship between AIP, blood lipids and obesity. **Subject and method:** Cross-sectional descriptive study, conducted on 1307 people who came for regular health check-

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup>Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Thanh Hải

Email: thanhhair108@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024