

Bên cạnh đó, tác nhân gây NKH trong mẫu NC này chủ yếu là *Klebsila pneumoniae* chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Theo NC của Girometti N (2014) khảo sát điều trị KS trên BN NKH do *Klebsila pneumoniae*, cho thấy sử dụng KS không hợp lý theo khuyến cáo gia tăng tỷ lệ tử vong gần gấp đôi (OR: 1,9; CI 95%: 1,1-3,4; p = 0,02) so với nhóm tuân thủ hướng dẫn điều trị. Ngoài yếu tố gia tăng sự hồi phục ở BN, NC chúng tôi cũng ghi nhận các yếu tố làm giảm hiệu quả điều trị như bệnh kèm. Do đó, tình trạng nhiễm khuẩn của BN có thể kéo dài và dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm, qua đó làm giảm hiệu quả điều trị.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã cung cấp nhận định về tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị NKH và xác định các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị. Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn gram âm với tỉ lệ khá cao. Cần sử dụng thận trọng các kháng sinh để tránh đề kháng. Lựa chọn kháng sinh cần tuân thủ hướng dẫn điều trị và phù hợp với kháng sinh đồ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Perman S. M., Goyal M., et al.** (2012), "Initial emergency department diagnosis and management of adult patients with severe sepsis and septic shock", *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 20, pp. 41.
2. **Vũ Đình Phú** (2013), "Khảo sát nhiễm trùng bệnh viện và sử dụng kháng sinh tại khoa Hồi sức

- tích cực ở Việt Nam", Hội nghị kháng kháng sinh châu Á tại Tokyo, Nhật Bản.
3. **Phạm Thị Ngọc Thảo**, (2013), "nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mối liên quan giữa nồng độ cytokine với tiên lượng của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 17 (2)
  4. **Kumar A, Ellis P, et al**, (2009), "Cooperative Antimicrobial Therapy of Septic Shock Database Research Group. Initiation of inappropriate antimicrobial therapy results in a fivefold reduction of survival in human septic shock", *Chest*, 136(5), pp. 1237-1248.
  5. **The Sanford Guide To Antimicrobial Therapy** 2015. 43rd Edition.
  6. **Hội Hồi sức Cấp cứu và Chống độc Việt Nam** (2020), *Hướng dẫn chung sử dụng kháng sinh*, pp. 6-7.
  7. **Hoài Nam, V. ., Vũ Hùng, H. ., Văn Nam, L., & Thế Anh, N. .** (2022). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn huyết do *staphylococcus aureus* ở người bệnh cao tuổi. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 518(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v518i2.3445>.
  8. **Nguyễn Thị Thanh Hiền và Nguyễn Như Hồ** (2021) Khảo sát việc sử dụng KS trong điều trị nhiễm khuẩn huyết do *Staphylococcus aureus* tại các khoa ICU Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh* 25(4), tr. 123-129.
  9. **Nguyễn Văn Việt** (2021), khảo sát tình hình điều trị nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện thông nhất thành phố hồ chí minh, Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ, Đại học Lạc Hồng, Đồng Nai.
  10. **Trần Thanh Minh, Lê Bảo Huy, et al.** (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN NKH tại bệnh viện thông nhất tp. hồ chí minh, *tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 23 (3), pp 249 – 258.

## ĐÁNH GIÁ KHỚP CẢN Ở BỆNH NHÂN TẠO XƯƠNG BẤT TOÀN QUА CHỈ SỐ SAI LỆCH

Nguyễn Thị Thu Hương<sup>1</sup>, Đặng Đình Quang<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mức độ nghiêm trọng của các sai khớp cắn trên bệnh nhân tạo xương bất toàn. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu là 27 trẻ và người lớn mắc tạo xương bất toàn, độ tuổi từ 12 tuổi, có bộ răng vĩnh viễn. Bệnh nhân được khám lâm sàng để xác định các sai khớp cắn, lấy mẫu hàm đo chỉ số sai lệch. **Kết quả:** Điểm số chỉ số sai lệch trung bình ở nhóm OI là  $28,6 \pm 29,1$ , ở nhóm chứng là  $6,6 \pm 3,9$ . Sự khác biệt hai nhóm cao nhất ở khớp cắn chéo răng trước (nhóm OI: 8,9; nhóm

chứng: 0,49). **Kết luận:** Các sai khớp cắn trên bệnh nhân tạo xương bất toàn là nghiêm trọng hơn nhóm chứng. **Từ khóa:** Tạo xương bất toàn.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF OCCLUSION IN PATIENTS WITH OSTEOGENESIS IMPERFECTA USING THE DISCREPANCY INDEX

**Objective:** This study aimed to evaluate the severity of malocclusions in patients with osteogenesis imperfecta (OI). **Methods:** This cross-sectional descriptive study included 27 children and adults with OI, aged 12 years or older, and with permanent dentition. Clinical examinations were conducted to identify malocclusions, and dental casts were taken to measure the discrepancy index. **Results:** The average discrepancy index in the OI group was  $28.6 \pm 29.1$ , compared with  $6.6 \pm 3.9$  in the control group. The greatest difference between the two groups was observed in anterior crossbite (OI group: 8.9; control

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hương

Email: [thuhuongnguyen@hmu.edu.vn](mailto:thuhuongnguyen@hmu.edu.vn)

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024

group: 0.49). **Conclusion:** Malocclusions in OI patients are more severe than in the control group.

**Keywords:** Osteogenesis imperfecta

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tạo xương bất toàn (Osteogenesis imperfecta, OI) là bệnh rối loạn di truyền trội trên NST thường của mô liên kết, còn được gọi là bệnh xương thủy tinh. Các nghiên cứu về răng hàm mặt trên bệnh nhân OI cho thấy biểu hiện sai khớp cắn loại III, cắn hở răng sau và răng trước, cắn chéo chiếm tỷ lệ cao [3]. Tuy nhiên các nghiên cứu chủ yếu mô tả định tính các sai khớp cắn, vì vậy cần thiết có những nghiên cứu làm rõ hơn mức độ nặng sai khớp cắn trên nhóm bệnh nhân này.

Chỉ số sai lệch (Discrepancy index) được phát triển bởi Hội đồng chỉnh nha Hoa Kỳ [2]. Chỉ số này sử dụng một số tiêu chí liên quan đến các yếu tố khớp cắn, được chuẩn hóa và đo lường để đánh giá mức độ phức tạp của các trường hợp chỉnh nha. Để làm rõ hơn về tính chất sai khớp cắn trên bệnh nhân OI, chúng tôi sử dụng chỉ số sai lệch để đánh giá với mục tiêu: "Đánh giá mức độ nghiêm trọng của các sai khớp cắn trên bệnh nhân tạo xương bất toàn qua chỉ số sai lệch".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Thời gian, địa điểm, đối tượng nghiên cứu**

**+ Thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2024.

**+ Địa điểm nghiên cứu:**

Nghiên cứu được thực hiện tại:

1. Khoa Nội tiết - Chuyển hoá - Di truyền, Bệnh viện Nhi Trung ương.

2. Viện đào tạo Răng hàm mặt, Trường đại học Y Hà Nội.

**+ Đối tượng nghiên cứu:**

- Bệnh nhân từ 12 tuổi được chẩn đoán mắc tạo xương bất toàn điều trị nội trú và ngoại trú tại khoa Nội tiết - Chuyển hoá - Di truyền, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2024.

- Bố/mẹ bị mắc tạo xương bất toàn, có con đang điều trị tạo xương bất toàn tại khoa Nội tiết - Chuyển hoá - Di truyền, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2024.

**+ Tiêu chuẩn lựa chọn vào mẫu nghiên cứu.** Trẻ từ 12 tuổi và người lớn được chẩn đoán mắc tạo xương bất toàn theo tiêu chuẩn lâm sàng của Manoj Ramachandran, và tiêu chuẩn X-quang của Anish [4],[1]. Bệnh nhân có bộ răng vĩnh viễn. Bệnh nhân đồng ý hoặc có sự đồng ý của người giám hộ tham gia vào nghiên cứu.

**+ Tiêu chuẩn loại trừ khỏi mẫu nghiên cứu:** Bệnh nhân bị biến dạng xương, loãng xương do các nguyên nhân khác như còi xương kháng vitamin D, mucopolysaccharidoses... Bệnh nhân đã chỉnh răng, bệnh nhân đã làm răng giả.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

❖ Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

❖ Cỡ mẫu:

+ Mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu tối thiểu được tính toán dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho kiểm định t-test dành cho 2 biến độc lập, so sánh chỉ số sai lệch trung bình của nhóm bị OI và nhóm chứng. Giá trị chỉ số sai lệch trung bình và độ lệch chuẩn dùng cho tính cỡ mẫu là kết quả từ một khảo sát sơ bộ (pilot study) trên năm mẫu hàm của bệnh nhân OI và năm mẫu hàm của nhóm đối chứng. Kết quả cho thấy cỡ mẫu tối thiểu là n = 3.

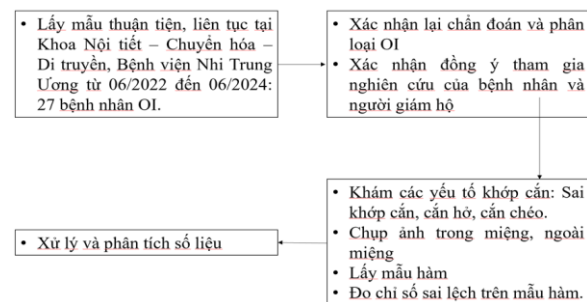
+ Chọn nhóm bệnh nhân OI: Bệnh nhân có bộ răng vĩnh viễn. Loại trừ những bệnh nhân chưa mọc răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất hoặc bị sâu gãy hỏng, bệnh nhân đã chỉnh răng, làm răng giả. Chúng tôi tuyển chọn được 27 bệnh nhân OI vào nghiên cứu.

+ Nhóm chứng: Các bệnh nhân trên 12 tuổi đến khám chữa bệnh tại Viện đào tạo răng hàm mặt trường Đại học Y Hà Nội, không mắc OI. Các tiêu chuẩn để đánh giá khớp cắn của nhóm nghiên cứu được áp dụng cho nhóm chứng. Nhóm chứng thu thập được 35 bệnh nhân.

+ Cách đo chỉ số sai lệch trên mẫu hàm theo tiêu chuẩn của Cangialosi [2].

+ Quy trình thực hiện:

**Quy trình thực hiện nghiên cứu:**



**Hình 2.1. Sơ đồ các bước nghiên cứu**

**+ Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập, làm sạch và phân tích bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và một số thuật toán thống kê.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

Hai nhóm OI và nhóm chứng có sự tương đồng về tuổi, giới. Nhóm OI có tuổi trung bình 16,6 ± 6,9; nhóm chứng có tuổi trung bình 13,8 ± 2,9.

**3.1. Phân loại khớp cắn theo Angle giữa nhóm OI và nhóm chứng****Bảng 3.1. Phân loại khớp cắn theo Angle giữa nhóm OI và nhóm chứng**

Phân loại khớp cắn	Loại I		Loại II		Loại III		Tổng	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Nhóm OI	9	33,3	0	0	18	66,7	27	100
Nhóm chứng	20	57,1	10	28,6	5	14,3	35	100

Phân loại khớp cắn theo Angle khác nhau rõ rệt giữa 2 nhóm. Trong số những bệnh nhân bị ảnh hưởng bởi OI đại diện chủ yếu là khớp cắn loại III 66,7%, trong khi nhóm chứng đại diện bởi khớp cắn loại I 57,1%. Kiểm định Khi bình phương cho thấy sự khác biệt giữa các nhóm với  $p < 0,001$ .

**3.2. Kết quả điểm chỉ số sai lệch****Bảng 3.2. Kết quả một số thành phần chỉ số sai lệch**

Các thành phần chỉ số sai lệch	Nhóm OI	Nhóm chứng	Giá trị p
Cắn chéo răng trước	8,9(17,1)*	0,49(1,2)*	0,017
Cắn chìa	0,0	1,0(1,3)*	-
Cắn trùn	0,0	1,0(1,2)	-
Cắn hở phía trước	3,3(6,6)	0,0	0,016
Cắn hở phía bên	4,7(7,0)*	0,0	0,002
Chen chúc	2,7(2,4)	1,8(1,5)	0,093
Khớp cắn	5,1(3,7)*	1,7(2,0)*	0,000
Cắn chéo răng sau phía lưỡi	3,1(3,4)*	0,2(0,6)*	0,000
Cắn chéo răng sau phía má	0,9(4,8)	0,3(1,0)	0,488
Tổng	28,6(29,1)*	6,6(3,9)*	0,001

\*: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm OI và nhóm chứng

Điểm một số thành phần chỉ số sai lệch dao động từ 2 đến 124 trong nhóm OI và từ 1 đến 15 trong nhóm đối chứng. Nhóm bệnh nhân OI có điểm số cao hơn đối với các trường hợp cắn chéo răng trước, cắn chéo răng sau phía lưỡi, cắn hở phía trước, cắn hở phía bên, sai khớp cắn Angle. Trong đó nhóm chứng có điểm số cao hơn đối với cắn trùn và cắn chìa.

Sự chênh lệch điểm số giữa nhóm OI và nhóm chứng có hai lý do. Thứ nhất xuất phát từ sự khác biệt các loại khớp cắn, nhóm bệnh nhân OI chủ yếu thuộc khớp cắn hạng III chiếm 66,7%, trong khi nhóm đối chứng chủ yếu được đại diện bởi khớp cắn hạng I (57,1%). Thứ hai do ảnh hưởng của bệnh tạo xương bất toàn khi nhóm bệnh nhân OI chủ yếu là OI loại nặng tít III, IV chiếm 22/27 bệnh nhân.

Kết quả về độ chen chúc cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm OI và nhóm chứng. Điều này có thể giải thích ở việc chen chúc răng là loại sai khớp cắn thường gặp nhất trong dân số nói chung.

Cắn chéo phía má ở nhóm OI và nhóm chứng là không khác biệt do nhóm OI được đại diện chủ yếu là khớp cắn loại III và chủ yếu là bệnh nhân OI nặng tít III, IV với đặc điểm hẹp, kém phát triển xương hàm trên. Cắn chéo răng trước, cắn hở răng trước, cắn chéo răng sau thường gặp hơn ở bệnh nhân OI. Ngay cả trong một dân số bình thường, có một mối liên quan cao giữa sai khớp cắn hạng III và cắn chéo răng sau. Chỉ số sai lệch đã đưa ra một phép đo định lượng tốt bằng cách tính toán khoảng cách theo milimet giữa mỗi răng trong cắn chéo cũng như cắn hở. Cắn hở phía sau là đặc điểm hiếm gặp trong quần thể lại phổ biến trong nhóm mắc tạo xương bất toàn.

Cắn trùn và cắn chìa là các thông số duy nhất trong đó nhóm đối chứng có mức độ nghiêm trọng cao hơn so với nhóm bị ảnh hưởng bởi OI. Lý do được giải thích do nhóm chứng của chúng tôi có 28,6% khớp cắn loại II. Sai khớp cắn hạng II thường được liên quan với cắn trùn và cắn chìa lớn hơn. Trong khi nhóm OI chủ yếu là sai khớp cắn hạng III (66,7%). Sai khớp cắn hạng III hiếm khi liên quan đến tăng cắn trùn và cắn chìa.

Nghiên cứu của Rizkallah cũng cho thấy các sai khớp cắn trong nhóm OI là nghiêm trọng hơn so với nhóm đối chứng, thể hiện nhu cầu điều trị chỉnh nha và phẫu thuật chỉnh hình ở những bệnh nhân OI này [5].

**Hình 3.1. BN. Đinh Thị P. có kết quả chỉ số sai lệch là 124****IV. KẾT LUẬN**

Đánh giá tình trạng khớp cắn của 27 bệnh nhân mắc tạo xương bất toàn qua chỉ số sai lệch chúng tôi nhận thấy: Sai khớp cắn trên bệnh nhân OI là nghiêm trọng hơn so với nhóm chứng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. About Osteogenesis Imperfecta. Genome.gov. September 14, 2022. Accessed May 24, 2023. <https://www.genome.gov/Genetic-Disorders/Osteogenesis-Imperfecta>

- Cangialosi TJ, Riolo ML, Owens SE, et al.** The ABO discrepancy index: a measure of case complexity. *Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod.* 2004;125(3): 270-278. doi:10.1016/j.ajodo.2004.01.005
- Malmgren B, Norgren S.** Dental aberrations in children and adolescents with osteogenesis imperfecta. *Acta Odontol Scand.* 2002;60(2):65-71. doi:10.1080/000163502753509446
- Ramachandran M. Osteogenesis Imperfecta (OI): Practice Essentials, Pathophysiology,**

**Etiology.** Published online May 19, 2022. Accessed May 24, 2023. <https://emedicine.medscape.com/article/1256726-overview>

- Rizkallah J, Schwartz S, Rauch F, et al.** Evaluation of the severity of malocclusions in children affected by osteogenesis imperfecta with the peer assessment rating and discrepancy indexes. *Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod.* 2013; 143(3): 336-341. doi: 10.1016/j.ajodo.2012.10.016

## TỶ LỆ TRẦM CẢM, LO ÂU VÀ CĂNG THẰNG Ở NGƯỜI CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐỘT QUY ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lý Thùy Đan Phương<sup>1</sup>, Phạm Thị Vân Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Tuấn<sup>2</sup>, Huỳnh Giao<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 233 người chăm sóc bệnh nhân đột quy điều trị tại bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 02/2024 đến tháng 4/2024. Tỷ lệ trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở người chăm sóc bệnh nhân đột quy lần lượt là 26,6%, 29,6% và 30,9%. Trong đó, người chăm sóc có trầm cảm và căng thẳng ở mức độ nhẹ và vừa, có 1,7% người chăm sóc có lo âu là từ mức nặng trở lên. Người chăm sóc có cả 3 vấn đề trầm cảm, lo âu và căng thẳng chiếm 17,2%. Tỷ lệ trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở người chăm sóc bệnh nhân đột quy tương đối cao. Do đó, cần có sự quan tâm nhiều hơn đến việc hỗ trợ và cải thiện sức khỏe tinh thần cho người chăm sóc từ phía bệnh viện, cộng đồng và gia đình. **Từ khóa:** trầm cảm, lo âu, căng thẳng, đột quy, người chăm sóc chính.

### SUMMARY

#### PREVALENCE OF DEPRESSION, ANXIETY, AND STRESS AMONG STROKE OUTPATIENT CAREGIVERS AT UNIVERSITY MEDICINAL CLINIC HO CHI MINH CITY

A cross-sectional study involving 233 caregivers of stroke patients was conducted at Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy Clinic between February and April 2024. Prevalence rates for depression, anxiety, and stress among caregivers were found to be 26.6%, 29.6%, and 30.9%, respectively. While depression and stress primarily manifested at mild to moderate levels, a concerning 1.7% of

caregivers experienced severe or worse anxiety. Notably, 17.2% of caregivers reported symptoms of all three mental health conditions. These findings highlight a significantly higher prevalence of depression, anxiety, and stress among stroke caregivers compared to the general population. Consequently, there is an urgent need for comprehensive mental health support services for caregivers, delivered collaboratively by hospitals, communities, and families. **Keywords:** depression, anxiety, stress, primary caregiver, stroke.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn cầu, và tại Việt Nam, mỗi năm có khoảng 200.000 người mắc bệnh đột quy với 50% trong số các trường hợp đó tử vong, 80% bệnh nhân sống sót sau đột quy sẽ phải chịu các di chứng tàn tật nặng nề và có tới 30% bệnh nhân sẽ không phục hồi.[1] Những di chứng này ảnh hưởng đến khả năng sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân, khiến họ phải phụ thuộc tạm thời hoặc vĩnh viễn đến người chăm sóc. Người chăm sóc là người thực hiện việc chăm sóc bệnh nhân tại nhà; trong hầu hết các trường hợp, người chăm sóc là thành viên gia đình thường xuyên tiếp xúc nhưng không cần thiết phải sống chung với người bệnh và không bao gồm những người chăm sóc chính thức từ dịch vụ cộng đồng.[2] Việc chăm sóc bệnh nhân có thể tạo nên gánh nặng rất lớn, làm suy giảm sức khỏe thể chất và tinh thần của người chăm sóc, dẫn đến nguy cơ cao hơn về trầm cảm, lo âu và căng thẳng. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng người chăm sóc bệnh nhân có nguy cơ bị rối loạn trầm cảm, lo âu và căng thẳng cao hơn người bình thường trong dân số chung.[3]

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Tim Tâm Đức

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Giao

Email: hgiao@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2024

Ngày duyệt bài: 25.10.2024