

chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi về bệnh tay chân miệng tại bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh[5].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy bà mẹ có con dưới 5 tuổi trong nhóm dân số nghiên cứu có kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống bệnh TCM chưa cao. Trong nghiên cứu này, kiến thức, thái độ và thực hành của các bà mẹ về phòng bệnh tay chân miệng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhau. Thêm vào đó, kiến thức, thái độ và thực hành của các bà mẹ về phòng bệnh tay chân miệng cũng bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như dân tộc, nơi cư trú, và tiền sử mắc bệnh TCM. Để nâng cao hiệu quả phòng bệnh, cần triển khai các chương trình giáo dục và can thiệp cộng đồng nhằm cải thiện nhận thức và thực hành của bà mẹ về bệnh tay chân miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Bôi, Phạm Thị Tâm** (2019). Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành và đánh giá kết quả bằng truyền thông phòng, chống bệnh tay chân miệng trẻ em của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại huyện Cờ Đỏ, thành phố Cần Thơ năm

2018. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 19/2019.
2. **Lê Việt Hưng, Lê Minh Thi** (2022). "Kiến thức, thực hành phòng bệnh tay chân miệng cho trẻ của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan tại huyện Quảng Ninh, Quảng Bình năm 2022". Tạp chí Y học Việt Nam, 518 (1), 306-311.
3. **Vũ Hồng Nhung, Nguyễn Thị Phương Thảo** (2023). "Thực trạng kiến thức phòng bệnh của bà mẹ có con mắc tay chân miệng điều trị tại bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí năm 2022". Tạp chí Y học Việt Nam 526 (2), 258-262.
4. **Danh Thái Lan, Thị Nha, Nguyễn Hữu Thắng** (2023). "Đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ thực hành về phòng bệnh tay chân miệng ở các bà mẹ có con dưới 5 tuổi đang học tại trường mẫu giáo xã Vĩnh Phong huyện Vĩnh Thuận năm 2022". Tạp chí Y học Công đồng, 64 (2), DOI: <https://doi.org/10.52163/yhc.v64i2.613>
5. **Trương Thị Bích Uyên** (2024). "Kiến thức, thái độ, thực hành của người chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi về bệnh tay chân miệng tại bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh". tạp chí Khoa học Yersin – chuyên đề Khoa học công nghệ, 17 (4), 41 - 53.
6. **L. N. T. Nhan, H. C. Turner, T. H. Khanh, N. T. Hung, L. B. Lien, N. T. T. Hong, et al.** (2019). "Economic Burden Attributed to Children Presenting to Hospitals With Hand, Foot, and Mouth Disease in Vietnam". Open Forum Infect Dis, 6 (7)

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP NẶNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Trần Văn Thanh¹, Nguyễn Đức Phúc¹, Nguyễn Hữu Việt Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân viêm tụy cấp mức độ nặng tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu có phân tích 31 bệnh nhân được chẩn đoán: Viêm tụy cấp mức độ nặng theo tiêu chuẩn Alanta 2012, nhập viện và điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An từ tháng 1/2023 đến tháng 8/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $48 \pm 13,36$ tuổi. Lâm sàng: đau bụng: 100%; nôn: 90,3%; tăng áp lực ổ bụng: 83,9%. Cận lâm sàng: Amylase tăng ≥ 240 mmol/l chiếm 77,4%; Triglycerid máu tăng ≥ 11 mmol/l chiếm 51,6%.. Bảng điểm CTSI: 0 – 3 điểm: 29%; 4 – 6 điểm: 51,6%; 7 – 10 điểm: 19,4%. Điểm APACHE II nhóm sống: $10 \pm 5,3$; nhóm tử vong: $20,4 \pm 6,2$; $p < 0,01$. Nguyên nhân rượu: 29%; tăng triglycerid: 77,4%; sỏi mật: 6,5%. Điều trị: bù dịch tối ưu: 100%, sử dụng kháng sinh: 80,1%, dẫn lưu dịch

ổ bụng: 58,1%, lọc máu liên tục: 38,1%. Kết quả điều trị: khỏi: 83,8%, tử vong: 16,2%. **Kết luận:** Triệu chứng thường gặp nhất của viêm tụy cấp mức độ nặng là đau bụng và tăng amylase máu. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và điểm APACHE II có giá trị trong chẩn đoán, điều trị, tiên lượng viêm tụy cấp mức độ nặng. Điều trị là đa mô thức, phối hợp nhiều biện pháp: tối ưu hóa bù dịch, kháng sinh, lọc máu...

Từ khóa: Viêm tụy cấp mức độ nặng.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH SEVERE ACUTE PANCREATITIS AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics and treatment results of patients with severe acute pancreatitis at the Intensive Care Department of Nghe An Friendship General Hospital. **Subjects and methods:** Retrospective descriptive study analyzed 31 patients diagnosed with: Severe acute pancreatitis according to Alanta 2012 criteria, hospitalized and treated at the Intensive Care Department of Nghe An Friendship General Hospital from January to August 2023. **Results:** The average age of the study group was 48 ± 13.36 years old.

¹Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Phúc

Email: nguyenducphuckhoacc@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2024

Ngày duyệt bài: 18.11.2024

Clinical: abdominal pain: 100%; vomiting: 90.3%; increased abdominal pressure: 83.9%. Paraclinical: Amylase increased ≥ 240 mmol/l, accounting for 77.4%; Blood triglycerides increased ≥ 11 mmol/l, accounting for 51.6%. CTSI score: 0 - 3 points: 29%; 4 - 6 points: 51.6%; 7 - 10 points: 19.4%. APACHE II score in survival group: 10 ± 5.3 ; death group: 20.4 ± 6.2 ; $p < 0.01$. Alcohol causes: 29%; increased triglycerides: 77.4%; Gallstones: 6.5%. Treatment: 100% optimal fluid replacement, antibiotic use: 80.1%, abdominal fluid drainage: 58.1%, Continuous Renal Replacement Therapy: 38.1%. Treatment results: cured: 83.8%, death: 16.2%. **Conclusions:** The most common symptoms of severe acute pancreatitis are abdominal pain and increased blood amylase. Abdominal computed tomography and APACHE II score are valuable in diagnosis, treatment, and prognosis of inflammation severe acute pancreatitis. Treatment is multimodal, combining many measures: optimizing fluid replacement, antibiotics, dialysis...

Keywords: Severe acute pancreatitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm tụy cấp (VTC) là một cấp cứu nội – ngoại khoa thường gặp trên thực hành lâm sàng, bệnh diễn biến cấp tính, nặng nề, ảnh hưởng tới sức khỏe, tính mạng của người bệnh với tỷ lệ tử vong 2,1 – 7,8% [1] [2]. Có nhiều nguyên nhân khác nhau gây viêm tụy cấp, nguyên nhân thường gặp là sỏi mật, rượu và tăng Triglycerid. Hầu hết các trường hợp VTC là nhẹ và sẽ phục hồi sau điều trị, tuy nhiên có khoảng 20 – 40% diễn biến nặng với các biểu hiện của đáp ứng viêm hệ thống (SIRS), suy tạng và hoại tử tụy và tỷ lệ tử vong VTC hoại tử nhiễm trùng và suy tạng là 35,2% [3]. Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An là bệnh viện tuyến cuối bắc trung bộ. Mặc dù viêm tụy cấp mức độ nặng là một bệnh thường gặp, nhưng trong chẩn đoán và điều trị còn nhiều khó khăn, phức tạp đặc biệt là những trường hợp viêm tụy cấp mức độ nặng đến nay có rất ít các nghiên cứu về viêm tụy cấp được thực hiện tại Bệnh viện, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân viêm tụy cấp mức độ nặng tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp mức độ nặng theo tiêu chuẩn Atlanta 2012 tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 1/2023 đến tháng 8/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các BN VTC không phải mức độ nặng, đã điều trị tại tuyến dưới trong thời gian >7 ngày.

- Bệnh nhân mắc các bệnh lý ác tính như ung thư, suy giảm miễn dịch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.2 Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

- Một số đặc điểm chung ở bệnh nhân VTC mức độ nặng: Tuổi, giới tính, tiền căn bệnh lý...

- Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, bảng điểm Bathalzar, CTSI của bệnh nhân VTC mức độ nặng, phân loại mức độ nặng theo thang điểm Atlanta hiệu chỉnh 2012 [4].

2.3. Xử lý số liệu: Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa, nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2023 đến tháng 8/2023 có 31 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn được chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n=31)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam		
	Nữ		
Tuổi (X \pm SD) (Min-Max)	48 \pm 13,36 (Thấp nhất: 40 - Cao nhất: 87)		
Nguyên nhân	Rượu	9	29
	Sỏi mật	2	6,5
	Tăng Triglycerid	24	77,4
Kết quả điều trị	Sống	26	83,8
	Tử vong	5	16.2
Điểm APACHEII	Sống	10 \pm 5,3	p<0,01
	Tử vong	20,4 \pm 6,2	

Nguyên nhân do rượu có 9 bệnh nhân chiếm 29,0%; sỏi mật có 2 bệnh nhân, tăng Triglycerid có 24 bệnh nhân chiếm 77,4%. Điểm APACHE II ở nhóm tử vong cao hơn nhóm sống có ý nghĩa thống kê; $p < 0,05$.

Bảng 2. Triệu chứng toàn thân

Triệu chứng	N	Tỉ lệ (%)
Mạch	<100 ck/phút	5 16,1
	≥ 100 ck/phút	26 83,9
Huyết áp tâm thu	< 90 mmHg	8 25,8
	> 90 mmHg	23 74,2
Nhiệt độ	<38,5°C	20 64,5
	38,5°C -39°C	8 25,8
	> 39°C	3 9,7

Có 83,9% bệnh nhân có biểu hiện mạch nhanh >100 chu kỳ/phút; 3 bệnh nhân sốt cao

>39 độ chiếm 9,7%.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng	N	Tỷ lệ (%)
Bụng chướng	30	96,7
Đau bụng thượng vị	31	100
Nôn, buồn nôn	28	90,3
Bí trung đại tiện	11	35,4
Bầm tím dưới da vùng bụng	0	0
Tăng áp lực ổ bụng	26	83,9%

Đau khu trú trên rốn chiếm 90,3%, đau khắp bụng chiếm 16,1%. Có 30 bệnh nhân (96,7%) cổ bụng chướng.

Bảng 4. Xét nghiệm cận lâm sàng

Xét nghiệm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Creatinin máu (mmol/l)	<120	20
	>120	11
Triglycerid máu (mmol/l)	<1,7	7
	1,7 – 5,6	3
	5,6 - 11	5
	>11	16
Amylase máu (mmol/l)	< 80 UI/L	3
	80 – 239 UI/L	4
	≥ 240 UI/L	24
Hematocrit (%)	> 35	28/31
	30-35	2/31
	<30	1/31
Bạch cầu (G/L)	< 10	9/31
	10 – 16	13/31
	> 16	9/31

Có 11 bệnh nhân chiếm 35,5% có xét nghiệm Creatinin >120 mmol/l; 16 bệnh nhân xét nghiệm Triglycerid >11 mmol/l chiếm 51,6%.

Có 28 bệnh nhân (90,4%) vào viện xét nghiệm HCT > 35%; 9 bệnh nhân chiếm 21,6% bạch cầu > 16 G/L.

Bảng 5. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính

Thương tổn	N	Tỷ lệ (%)
Thang điểm Balthazar	A	0
	B	0
	C	5
	D	10
	E	16
Thang điểm CTSI	0 – 3	9
	4 – 6	16
	7 - 10	6
Tổng	31	100

Theo phân loại Balthazar có 16 bệnh nhân chiếm 51,6% mức độ E. Theo phân loại CTSI có 6 bệnh nhân 19,4% hoại tử rất nặng.

Bảng 6. Các phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	N	Tỷ lệ (%)
Truyền dịch	31	100
Paracetamol	28	90,3

Fentanyl	15	48,4
PPI	31	100
Kháng sinh	27	80,1
Sonde dạ dày	31	100
Dẫn lưu dịch ổ bụng	18	58,1
Lọc máu liên tục	12	38,7

Các bệnh nhân đều được thực hiện truyền dịch tối ưu, giảm đau. Có 27 bệnh nhân (80,1%) được điều trị kháng; 12 bệnh nhân (58,1%) được dẫn lưu dịch ổ bụng; có 12 bệnh nhân (38,7%) được thực hiện lọc máu liên tục.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này nam giới chiếm 83,9%; nữ giới chiếm 16,1%. Tỷ lệ này do ở Việt Nam nam giới uống rượu, chế độ ăn uống của nam giới có sự khác biệt so với nữ giới. Nghiên cứu Phạm Ngọc Trường tỷ lệ nam giới là 78,6%; nữ giới là 21,4% [5]; Nguyễn Tú Anh nam chiếm 59,5% [6]. Tuổi trung bình là $48,0 \pm 13,36$. Độ tuổi gặp nhiều nhất là 40 – 60 tuổi, chiếm 67%. Kết quả này cũng tương đồng với Nguyễn Tú Anh tuổi trung bình 45, tuổi gặp nhiều nhất là 30 – 59 tuổi [6]. Độ tuổi bị viêm tụy cấp chiếm phần đa từ 40 – 60 tuổi, có thể đó là giai đoạn cơ thể con người có nhiều chuyển biến về sinh lý, miễn dịch, nội tiết... đánh dấu mốc già đi, cơ thể suy yếu và các bệnh lý đặc biệt bệnh mạn tính biểu hiện rõ hơn. Mặc dù viêm tụy cấp là bệnh lý cấp tính, tuy nhiên viêm tụy cấp thường có các yếu tố nguy cơ như lạm dụng rượu, tăng triglycerid, sỏi đường mật, đó là những vấn đề không được xử lý trong thời gian dài và tình trạng viêm tụy cấp cũng chỉ là biểu hiện ra ngoài của nhiều rối loạn nội sinh từ trước đó, kết quả nghiên cứu viêm tụy cấp do rượu: 29%, tăng triglycerid: 77,4%; sỏi mật: 6,5%. Kết quả này giải thích cho có những bệnh nhân vừa có 2 nguyên nhân thúc đẩy cho tình trạng viêm tụy cấp.

Đa số bệnh không sốt hoặc sốt nhẹ, thân nhiệt trung bình dưới 38,5 độ C chiếm 64,5%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Phương thân nhiệt bệnh nhân trung bình $37,2 \pm 0,49$ độ C. Trong nghiên cứu có huyết áp tâm thu lớn hơn 90 mmHg chiếm 74,2%. Giảm huyết áp có thể do nhiều yếu tố phối hợp gây nên, nhưng trong VTC, giảm huyết áp chủ yếu do mất dịch do tăng tính thấm thành mạch gây thoát dịch vào khoang thứ ba và cơ chế giải phóng các cytokines gây hội chứng tăng áp lực ổ bụng, tạo ra vòng xoắn bệnh lý của VTC dẫn tới tình trạng sốc. Kết hợp tần số mạch lớn hơn 100 lần/phút - dấu hiệu sớm biểu hiện tình trạng đau và mất nước trong VTC. Kết quả này tương tự Trần Phương HATT trung bình $124,76 \pm 23,58$ mmHg [7].

Triệu chứng lâm sàng tất cả bệnh nhân nhập viện đều có đau bụng, trong khi nôn gặp ở 90,3 % bệnh nhân. Kết quả này tương đương Trần Thanh Phong cũng với tỷ lệ đau bụng gặp 100% bệnh nhân, tỷ lệ nôn 58% [8]. Đa phần bệnh nhân đến bệnh viện sớm (< 72 giờ từ khi khởi phát) chiếm 90,3% % với triệu chứng nổi bật về đau bụng. Triệu chứng thực thể tiêu hóa thì bụng chướng chiếm đa số với 96,1% và không có bệnh nhân nào có vết bầm tím ở bụng. Có thể là do trong nghiên cứu chúng tôi những bệnh nhân thường đến sớm và được xử trí sớm.

Amylase máu là xét nghiệm thường dùng nhất trong chẩn đoán VTC khi nồng độ amylase máu tăng gấp 3 lần bình thường thì có giá trị chẩn đoán VTC. Khi có viêm tụy cấp, amylase tăng lên trong máu sau 3-6 giờ, đạt đỉnh sau 24 giờ và có thể trở lại bình thường sau 2-3. Kết quả amylase máu tăng trên 240 UI/L chiếm 77,4%, kết quả này tương đương với Vũ Công Thắng ([9].

Tăng Triglycerid được xác định là nguyên nhân gây VTC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng, tỉ lệ có tăng triglycerid 77,4% trong đó tăng trên 11 mmol/l chiếm 51,6%. Tăng Triglycerid là nguyên nhân xếp hàng thứ ba của bệnh viêm tụy cấp [1] [8]. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng, những hạt dưỡng chấp chứa thành phần là những phân tử lipoprotein rất giàu triglyceride chính là nguyên nhân chủ yếu gây viêm nhiễm tại tụy. Khi cơ thể hoạt động theo hệ tuần hoàn đến tụy, những hạt dưỡng chấp lớn nhất sẽ gây ra tình trạng tắc những mao mạch tụy, khiến cho những tế bào acinar tụy ở những vùng bị thiếu máu bị vỡ và cholestasis sẽ tiếp xúc trực tiếp với lipase tụy, làm tổn thương thêm các tế bào acinar và vi mạch nhu mô tụy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 11 bệnh nhân có creatinin máu > 120mmol/l chiếm 35,5%. Các bệnh nhân suy thận có thể do nguyên nhân thiếu hụt thể tích tuần hoàn. Các bệnh nhân sau điều trị tổn thương thận phần lớn hồi phục được chức năng thận.

Có 63,4% bệnh nhân tăng số lượng bạch cầu, kết quả này tương tự Nguyễn Quang Ân. Bạch cầu là một tiêu chí trong đánh giá, tiên lượng cũng như đánh giá biến chứng nhiễm trùng trong VTC, đồng thời, là yếu tố để quyết định sử dụng kháng sinh điều trị. Chỉ số hematocrit thể hiện tình trạng cô đặc máu, đòi hỏi phải bù dịch điện giải thích hợp. Hematocrit là một xét nghiệm thường quy tại thời điểm nhập viện. Kết quả nghiên cứu chỉ ra, chỉ số hematocrit tăng khi nhập viện lớn hơn 35% chiếm 90,4%; tương tự Nguyễn Quang Ân [10].

Kết quả nghiên cứu chúng tôi không có bệnh nhân VTC phân độ Balthazar A, B; nhưng mức độ D và E chiếm chủ yếu với 83,9%. Theo bảng điểm CTSI thì mức độ 4 -6 điểm chiếm chủ yếu với 51,6%. Kết quả của chúng tôi tương đương Nguyễn Quang Ân [10]. Thang điểm CTSI được dùng từ năm 1990, là sự kết hợp của thang điểm Balthazar và đánh giá mức độ hoại tử. CTSI chính xác hơn thang điểm Balthazar trong tiên lượng bệnh nhân tuy nhiên thang điểm này chưa tương quan hoàn toàn với mức độ suy tạng. Nhiều nghiên cứu và đồng thuận gần đây cũng cho thấy vai trò của thang điểm CTSI trong tiên lượng mức độ nặng, nguy cơ phải phẫu thuật, nguy cơ suy đa tạng của bệnh nhân viêm tụy cấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi tiếp cận với bệnh nhân viêm tụy cấp tất cả các bệnh nhân đều được phối hợp đa mô thức trong quá trình điều trị: bù dịch, giảm đau, lọc máu liên tục... cho nên kết quả điều trị có 83,8% bệnh nhân khỏi bệnh; 16,2% bệnh nhân tử vong. Kết quả này tương đương với Husu H. L. là 14,9%, tại Bệnh viện chúng tôi bệnh nhân viêm tụy cấp nhập viện đều được tiếp cận với các phác đồ chuẩn theo hướng dẫn của các Hiệp hội Tiêu Hóa và Hiệp hội Tụy. Thấp hơn so với Lương Quốc Chính khi tỷ lệ tử vong là 32%, kết quả này có thể giải thích do bệnh nhân của chúng tôi có suy tạng nhưng điểm APACHE II là $10 \pm 5,3$ điểm, thấp hơn Lương Quốc Chính là 11 ± 6 điểm.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của viêm tụy cấp mức độ nặng là đau bụng: 100% và amylase tăng ≥ 240 mmol/l chiếm 77,4%; Triglycerid máu tăng ≥ 11 mmol/l chiếm 51,6%.. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và điểm APACHE II có giá trị trong chẩn đoán, điều trị, tiên lượng viêm tụy cấp mức độ nặng. Điều trị đa mô thức, phối hợp nhiều biện pháp: tối ưu hóa việc bù dịch, kháng sinh, lọc máu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chatila A.T., Bilal M., and Guturu P. (2019). Evaluation and management of acute pancreatitis. *World J Clin Cases*, 7(9), 1006–1020.
2. Sekimoto M., Takada T., Kawarada Y., et al. (2006). JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, natural history, and outcome predictors in acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, 13(1), 10–24.
3. Werge M., Novovic S., Schmidt P.N., et al. (2016). Infection increases mortality in necrotizing pancreatitis: A systematic review and meta-analysis. *Pancreatol Off J Int Assoc Pancreatol IAP AI*, 16(5), 698–707.
4. Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C., et al. (2013). Classification of acute pancreatitis--2012:

- revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut, 62(1), 102–111.
5. **Phạm Ngọc Trường** (2020). Đánh Giá Hiệu Quả Của Phương Pháp Giảm Đau PCA Với Fentanyl Cho Bệnh Nhân Viêm Tụy Cấp. Luận Văn Thạc Sĩ Học Đại Học Hà Nội.
 6. **Nguyễn Tú Anh** (2019). Nghiên Cứu Áp Dụng USCOM Trong Hướng Dẫn Bồi Phụ Thể Tích Tuần Hoàn ở Bệnh Nhân Viêm Tụy Cấp. Luận Văn Thạc Sĩ Học Đại Học Hà Nội.
 7. **Trần Phương** (2017). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị VTC do tăng TG ở phụ nữ có thai. Luận Văn Thạc Sĩ Học Đại Học Hà Nội.
 8. **Trần Thanh Phong** (2019). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng và đánh giá kết quả điều trị viêm tụy cấp do tăng Triglycerid tại Bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2018-2019. Luận Văn Bác Sĩ Chuyên Khoa Cấp II Đại Học Dược Cần Thơ.
 9. **Vũ Công Thắng N.T.V.H.** (2011). Tiên lượng viêm tụy cấp theo bảng điểm Imrie và Balthazar. Tạp Chí Học Lâm Sàng, (61), 40–46.
 10. **Nguyễn Quang Ân** (2013). Nghiên cứu áp dụng bảng điểm BISAP trong đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân Viêm tụy cấp. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học Đại Học Hà Nội.

SỰ THAY ĐỔI Ở CUNG HÀM CỦA TRẺ SƠ SINH KHE HỖ MÔI – VÒM MIỆNG MỘT BÊN KHI ĐƯỢC CAN THIỆP NẪN CHỈNH TRƯỚC PHẪU THUẬT BẰNG KHÍ CỤ

Nguyễn Thanh Huyền¹, Nguyễn Thùy Linh¹, Lê Đức Thành¹,
Vũ Thị Bích Nguyệt¹, Nguyễn Thị Mỹ Hạnh¹

TÓM TẮT

Khí cụ nắn chỉnh trước phẫu thuật thường được sử dụng để thu nhỏ khe hở cung hàm của trẻ sơ sinh khe hở môi vòm miệng. Nghiên cứu định kỳ xem xét hiệu quả của phương pháp điều trị này theo thời gian. 29 trẻ sơ sinh khe hở môi vòm miệng toàn bộ một bên đã được điều trị và cho kết quả khả quan.

Từ khóa: sơ sinh, KHMVM, khí cụ, khe hở cung hàm, nắn chỉnh trước phẫu thuật.

SUMMARY

CHANGES IN THE UPPER ARCH OF INFANTS WITH UNILATERAL CLEFT LIP AND PALATE AFTER PREOPERATIVE ORTHODONTIC INTERVENTION WITH APPLIANCES

Presurgical nasolabial molding appliance is commonly employed to reduce the alveolar segments into proper alignment in patients with cleft lip and palate. This study examines the periodical progression of presurgical nasolabial molding treatment over time. 29 patients with complete unilateral cleft lip and palate were prospectively recruited.

Keywords: newborn, cleft lip and palate, appliances, cleft, presurgical molding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi vòm miệng (KHMVM) là một trong những loại khe hở vùng mặt bẩm sinh hay gặp nhất [1]. Ở Việt Nam tỉ lệ này là 1-2 ‰ [2].

KHMVM một bên là loại khe hở gặp nhiều nhất trong các dị tật khe hở.

Ở trẻ sơ sinh, KHMVM toàn bộ là những biến dạng về mũi, môi và cung hàm, có thể ảnh hưởng trực tiếp tới chức năng bú, nuốt, và hậu quả là trẻ ăn uống thường sặc, mắc các bệnh về đường hô hấp một cách thường xuyên, rối loạn chức năng nghe và phát âm.

Phương pháp sử dụng khí cụ nắn chỉnh trước phẫu thuật đối với những bệnh nhân có KHMVM bẩm sinh giúp cho phẫu thuật tạo hình được tốt, giảm biến dạng mũi, môi, cung hàm, đồng thời tạo điều kiện để trẻ có thể bú được tốt hơn, giảm căng khi phẫu thuật môi – vòm miệng, ổn định tâm lý cho gia đình và người thân. Trên thế giới nhiều nước đã thực hiện việc điều trị tiền phẫu thuật cho trẻ sơ sinh khe hở môi-vòm miệng như Mỹ, Canada, Đài Loan, Ấn Độ, Thái Lan, Anh, Nhật, Indonesia, Iran.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên hồ sơ của những trẻ có khe hở môi-vòm miệng toàn bộ một bên dưới 1 tháng tuổi được khám và điều trị tại bệnh viện Răng hàm mặt trung ương Hà Nội từ năm 2013 đến 2023.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trẻ có KHMVM toàn bộ 1 bên, dưới 1 tháng tuổi.

- Có đầy đủ hồ sơ trước và sau điều trị.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân KHMVM có kết hợp với các bất thường sọ mặt khác và bệnh lý tim mạch.

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huyền

Email: huyenortho@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2024

Ngày duyệt bài: 18.11.2024