

sàng lọc khớp TDH khỏe mạnh và rối loạn.

Về sự khác biệt giữa hai khớp TDH bình thường và RLTDH, nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt giữa hai bên khớp, ngoại trừ chỉ số Tần số đỉnh ở nhóm RLTDH là khác nhau giữa hai bên, trong đó Tần số đỉnh bên (T) cao hơn so với bên (P). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, cho thấy có thể có sự bất đối xứng trong vận động hoặc do ảnh hưởng của rối loạn giữa hai bên khớp.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy đặc điểm kiểu hình độ rung khớp có sự khác biệt giữa nhóm bình thường và nhóm RLTDH, trong đó tổng năng lượng toàn phần rung động khớp TDH, năng lượng rung động dưới 300Hz, năng lượng rung động trên 300Hz và tần số đỉnh ở nhóm bình thường có giá trị thấp hơn so với nhóm RLTDH có ý nghĩa thống kê. Riêng tỉ số năng lượng $>300\text{Hz}/<300\text{Hz}$ ở nhóm bình thường có giá trị cao hơn so với nhóm RLTDH.

Kết quả JVA giúp chẩn đoán RLTDH và giúp hướng dẫn lựa chọn kế hoạch điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đ Hồng Phượng, H Tử Hùng** (2007), "Tình trạng rối loạn thái dương hàm ở người lớn (18-54 tuổi) tại thành phố Hồ Chí Minh", Tạp Chí Y học Tp HCM, 11(2), 32-40.
2. **Deregibus A, Castorflorio T, De Giorgi I, Burzio C, Debernardi C** (2013), "Diagnostic concordance between MRI and electrovibratography of the temporomandibular

joint of subjects with disc displacement disorders", Dentomaxillofacial Radiology, 42.

3. **Devi J, Verma M, Gupta R** (2017), "Assessment of treatment response to splint therapy and evaluation of TMJ function using joint vibration analysis in patients exhibiting TMJ disc displacement with reduction: A clinical study.", Indian Journal of Dental Research, 28.1 (2017): 33-43.
4. **Gupta B, Thumati P, Radke J** (2016), "Temporomandibular joint vibrations from totally asymptomatic subjects", CRANIO, 34, 169-175.
5. **Kadamati P, Ruiz Velasco G, Radke J** (2020), "Recorded Vibrations from Temporomandibular Joints with Internal Derangements and from Asymptomatic Control Subjects". Advanced Dental Technologies & Techniques, 46-53.
6. **Kondrat W, Sierpińska, T., & Radke, J.** (2018), "Assessment of the Temporomandibular Joint Function in Young Adults without Complaints from the Masticatory System.", International journal of medical sciences, 15(2), 161-169.
7. **Radke J, Sutter B** (2022), "Sensitivities and Specificity of Joint Vibration Analysis (JVA): A Review", Advanced Dental Technologies & Techniques, 59-65.
8. **Radke JC** (2020), "Joint vibration analysis (JVA) bridges the gap between clinical procedures and sophisticated TMJ imaging.", Adv Dental Technologies and Techniques, 1-20.
9. **Zhang J, Whittle T, Wang L, Murray GM** (2014), "The reproducibility of temporomandibular joint vibrations over time in the human", Journal of Oral Rehabilitation, 41(3), 206-217.
10. **Sutter, B. A., Thumati, P., Thumati, R. P., & Radke, J.** (2024). "Meniere's Disease Patients Treated with Disclusion Time Reduction: TMJ Function Revealed", Joint Vibration Analysis-Part 3. Advanced Dental Technologies & Techniques, 1-10.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG NGỪNG TIM CỦA THANG ĐIỂM CẢNH BÁO SỚM BEDSIDE PEWS Ở TRẺ BỆNH NẶNG

Nguyễn Đình Tuyền¹, Trần Đình Diệp¹, Nguyễn Tấn Bình¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thang điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS (Pediatric Early Warning System) có giá trị tiên lượng nguy cơ bệnh nhi ngừng tim trong vòng 24 giờ. Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về thang điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này để đánh giá giá trị tiên lượng ngừng tim và áp dụng trong thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi. **Mục tiêu:** Xác định giá trị tiên lượng ngừng tim của thang

điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS ở trẻ bệnh nặng tại khoa Hồi sức tích cực chống độc. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang. Tất cả các trường hợp bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi bị bệnh nặng điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi từ tháng 01 – 10/2024. **Kết quả:** 235 trẻ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Thang điểm Bedside PEWS có khả năng tiên lượng tốt nguy cơ trẻ ngừng tim trong vòng 24 giờ với diện tích dưới đường cong là 0,872, $p < 0,05$ với điểm cắt là 7,5 (độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 68,5%). Trong bệnh viêm phổi nặng và nhóm bệnh hô hấp, thang điểm Bedside PEWS có khả năng tiên lượng rất tốt nguy cơ trẻ ngừng tim trong vòng 24 giờ với AUC lần lượt là 0,988 (điểm cắt 9,5 có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 95,3%) và 0,95 (điểm cắt là 9,5 có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 87,3%). **Kết luận:** Thang điểm Bedside PEWS có khả năng tiên lượng tốt nguy cơ trẻ ngừng tim trong vòng 24 giờ với AUC là

¹Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyền

Email: nguyendinh TUYEN889@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

0,872, điểm cắt là 7,5 (độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 68,5%). **Từ khóa:** cảnh báo sớm nhi khoa, ngừng tim, bệnh nặng.

SUMMARY

RESEARCH ON STUDY ON THE PROGNOSTIC VALUE OF CARDIAC ARREST OF PEADIATRIC EARLY WARNING SCORE BEDSIDE PEWS IN CHILDREN WITH SEVERE ILLNESS

Introduction: Pediatric early warning scores in general and the Bedside PEWS (Pediatric Early Warning System score) in particular have predictive value for the risk of cardiac arrest in pediatric patients within 24 hours. In Vietnam, there has been no research on the Bedside PEWS, so we conducted this study to evaluate the predictive value of cardiac arrest of the Bedside PEWS and apply it in clinical practice at the Quang Ngai Hospital for Children and Women. **Objective:** Determining the prognostic value of cardiac arrest of the Bedside PEWS in children with severe illness at Department of peadiatric intensive care and toxic management. **Subject and methods:** Cross-sectional description. All cases of critically ill children aged 2 months to 15 years admitted to Quang Ngai Hospital for Children and Women from January to October 2024. **Result:** There were 235 children who met the study criteria. The Bedside PEWS had a good predictive ability for the risk of cardiac arrest within 24 hours with an area under the curve of 0,872, $p < 0.05$ with a cut-off point of 7,5 (sensitivity 90,0%, specificity 68,5%). In severe pneumonia and respiratory diseases, the Bedside PEWS had a great predictive ability for the risk of cardiac arrest within 24 hours with AUC of 0,988 (cut-off point of 9,5 had a sensitivity of 100%, specificity of 95,3%) and 0,95 (cut-off point of 9,5 had a sensitivity of 100%, specificity of 87,3%), respectively. **Conclusions:** The Bedside PEWS has the ability to predict the risk of cardiac arrest within 24 hours with AUC of 0,872 with a cut-off point of 7.5 (sensitivity 90,0%, specificity 68,5%). **Keywords:** Pediatric Early Warning, cardiac arrest, severe illness.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhi vào khoa HSTC – CD phần lớn có những rối loạn nghiêm trọng về chức năng sống. Vì vậy, việc tiên lượng bệnh là cần thiết để giảm tỷ lệ tử vong. Sự nhận biết sớm các dấu hiệu nghiêm trọng và quản lý hiệu quả về hô hấp, tuần hoàn và/hoặc các vấn đề thần kinh sẽ ngăn ngừa được đa số các trường hợp ngừng tim, làm giảm tỷ lệ tử vong². Các nghiên cứu đã kết luận, tỷ lệ ngừng tim khoảng 0,7 - 3% trẻ nhập viện^{4,8} và 5,5 – 14% trẻ nhập vào đơn vị hồi sức tích cực^{4,5,8}. Những trẻ em này đã làm tăng tỷ lệ bệnh và tử vong có liên quan đến ngừng tim. Các thang điểm cảnh báo sớm là một công cụ dự đoán được xây dựng và áp dụng ở nhiều quốc gia trên thế giới, trong đó có thang điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS để tăng khả năng nhận

ra nguy cơ trẻ diễn tiến nặng (ngừng tim hoặc nhịp tim chậm kèm dấu hiệu tưới máu kém) xảy ra ở bệnh nhi, điều đó sẽ cung cấp cơ hội cho các can thiệp lâm sàng, cải thiện kết quả điều trị, làm giảm tỷ lệ tử vong⁷. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu để xác định giá trị tiên lượng của thang điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS ở trẻ bệnh nặng. Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và thang điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS ở trẻ bệnh nặng.

2. Xác định giá trị tiên lượng ngừng tim của thang điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS ở trẻ bệnh nặng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả cắt ngang, Đối tượng gồm Trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi bị bệnh nặng nhập viện, có một hay nhiều dấu hiệu đánh giá trẻ bị bệnh nặng sau¹:

- Suy hô hấp: Thở gắng sức: rút lõm lồng ngực, hõm ức, co kéo cơ liên sườn, cơ ức đòn chũm, phập phồng cánh mũi. Tần số thở nhanh hoặc chậm hoặc rối loạn nhịp thở. Thở rít, khò khè nhiều hay thở rên. Nghe phổi: rì rào phế nang giảm hoặc mất. Màu sắc da: xanh tái hay tím, tím quanh môi hoặc dưới lưỡi.

- Suy tuần hoàn: Nhịp tim: nhanh ở giai đoạn còn bù và chậm ở giai đoạn mất bù. Độ nảy của mạch quay ở trẻ lớn hoặc mạch cánh tay, mạch cảnh ở trẻ nhỏ: yếu hay khó bắt, không bắt được. Da lạnh, vã mồ hôi hoặc nổi vân tím, thời gian đổ đầy mao mạch > 2 giây. Nước tiểu: < 1 ml/kg/giờ ở trẻ > 1 tuổi hoặc < 2 ml/kg/giờ ở trẻ ≤ 1 tuổi.

- Suy giảm chức năng thần kinh: Tình trạng tri giác: giảm tri giác hoặc hôn mê đánh giá theo thang điểm AVPU hoặc Glasgow. Tư thế của trẻ bất thường, co cứng mất vỏ, duỗi cứng mất não. Đồng tử mất phản xạ với ánh sáng hay đồng tử co nhỏ hoặc giãn to. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

235 bệnh nhi có các đặc điểm sau.

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Phân bố bệnh nguyên có ngừng tim

Bệnh nguyên	Tổng (n=20)	Tỷ lệ (%)
Sốc nhiễm trùng	5	25
Viêm phổi nặng	5	25
Nhiễm trùng huyết	3	15
Tim bẩm sinh	2	10
Sốc thần kinh	1	5
Sốc sốt xuất huyết	1	5
Sốc tim	1	5
Viêm thanh khí phế	1	5

quản cấp nặng		
Xuất huyết não	1	5
Tổng	20	100

Nhận xét: Trẻ có diễn tiến nặng chủ yếu do bệnh sốc nhiễm trùng (25%) và viêm phổi nặng (25%).

Bảng 2. Phân bố ngừng tim

Ngừng tim	Tổng (n=235)	Tỷ lệ (%)
Có	20	8,5
Không	215	91,5

Nhận xét: Trẻ có ngừng tim chiếm tỷ lệ 8,5%.

Bảng 3. Phân bố ngừng tim theo nhóm bệnh

Nhóm bệnh	Ngừng tim		Có		Không		p
	n	%	n	%	n	%	
Bệnh tim mạch	9	45	32	13,6	<0,05		5
Bệnh hô hấp	6	30	158	67,2			
Bệnh truyền nhiễm	3	15	40	17,0			
Khác (thần kinh, tiêu hóa, nội tiết...)	2	10	5	2,2			
Tổng	20	100	235	100,0			

Nhận xét: Nhóm bệnh tim mạch và nhóm bệnh hô hấp là các nhóm bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất trong những trẻ có ngừng tim với tỷ lệ lần lượt là 45,5% và 30%.

Bảng 4. Phân bố diễn tiến nặng theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Ngừng tim		Có		Không		p
	n	%	n	%	n	%	
< 3 tháng	2	10,0	40	17,0	>0,05		
3 tháng – < 12 tháng	4	20,0	48	20,4			
≥ 1 – ≤ 4 tuổi	6	30,0	93	39,6			
> 4 – ≤ 12 tuổi	6	30,0	42	17,9			
> 12 tuổi	2	10,0	12	5,1			
Tổng	20	100,0	235	100,0			

Nhận xét: Trẻ có ngừng tim chủ yếu trong độ tuổi trong độ tuổi ≥ 1 tuổi – ≤ 4 (30%) và > 4 tuổi – ≤ 12 tuổi (30%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về diễn tiến nặng của trẻ ở các nhóm tuổi (p > 0,05).

3.2. Kết quả điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS

Bảng 5. Kết quả điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS theo ngừng tim

Ngừng tim	n	Điểm Bedside PEWS trung bình				p
		Trung vị	25 th – 75 th	Tối thiểu	Tối đa	
Có	20	10,50	9,00-16,50	7,00	26,00	<0,05
Không	235	6,00	5,00-8,00	2,00	22,00	

Nhận xét: Trung vị điểm Bedside PEWS ở nhóm có ngừng tim (7 điểm) cao hơn so với nhóm không ngừng tim (2 điểm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.3. Giá trị tiên lượng của thang điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS

Bảng 6. Diện tích dưới đường cong của thang điểm Bedside PEWS

AUC	95% CI	p
0,872	0,812 - 0,933	< 0,05

Nhận xét: Thang điểm Bedside PEWS có khả năng tiên lượng tốt nguy cơ bệnh nhi xảy ra ngừng tim với AUC là 0,872 (95% CI: 0,812 – 0,933), p < 0,05.

Bảng 7. Độ nhạy, độ đặc hiệu theo theo vùng phân tách giữa nhóm có ngừng tim và không ngừng tim của thang điểm Bedside PEWS

Vùng tiêu chuẩn	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	LR ⁺	LR ⁻
1,0	100	0	1	-
4,5	100	17,4	1,2	0
6,5	100	53,6	2,2	0
7,5	90	68,5	2,9	0,1
8,5	80	77,1	3,5	0,3
9,5	65	85,9	4,6	0,4
11,5	45	93,1	6,6	0,6
13,5	35	94,9	6,9	0,7
16,5	25	98,3	14,7	0,8
18,5	15	98,3	8,8	0,9

Nhận xét: Với điểm cắt là 7,5 (độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 68,5%) thì thang điểm Bedside PEWS có khả năng phân tách tốt giữa nhóm có ngừng tim và nhóm không ngừng tim.

Bảng 8. Diện tích dưới đường cong của thang điểm PEWS ở viêm phổi nặng, nhóm bệnh hô hấp

AUC	95% CI	p
0,988	0,97 - 1	< 0,05
0,949	0,907 - 0,991	< 0,05

Nhận xét: Thang điểm Bedside PEWS có khả năng tiên lượng rất tốt nguy cơ ngừng tim ở bệnh nhi viêm phổi nặng và nhóm bệnh hô hấp.

Bảng 9. Độ nhạy, độ đặc hiệu theo theo vùng phân tách giữa nhóm có ngừng tim và không ngừng tim của thang điểm Bedside PEWS ở bệnh nhi viêm phổi nặng

Vùng tiêu chuẩn	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	LR ⁺	LR ⁻
1,0	100	0	1,0	-
3,5	100	4,7	1,1	0
6,5	100	59,4	2,5	0
9,5	100	95,3	21,3	0
10,5	80	97,6	34,1	0,2
14,5	40	100	-	0,6

Nhận xét: Điểm cắt là 9,5 (độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 95,3%) thì thang điểm Bedside PEWS có khả năng phân tách tốt giữa nhóm có ngừng tim và nhóm không ngừng tim ở bệnh nhi

viêm phổi nặng.

Bảng 10. Độ nhạy, độ đặc hiệu theo vùng phân tách giữa nhóm có ngừng tim và không ngừng tim của thang điểm cảnh báo sớm PEWS ở nhóm bệnh hô hấp

Vùng tiêu chuẩn	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	LR ⁺	LR ⁻
1,0	100	0	-	0
5,5	100	37,3	0	0,4
7,5	100	71,5	0	0,7
9,5	100	87,3	0	0,9
10,5	66,7	92,4	0,4	0,6
13,5	33,3	97,5	0,7	0,3

Nhận xét: Điểm cắt là 9,5 (độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 87,3%) thì thang điểm Bedside PEWS có khả năng phân tách tốt giữa nhóm có ngừng tim và nhóm không ngừng tim ở nhóm bệnh hô hấp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu tôi, nguyên nhân chủ yếu gây ra ngừng tim là bệnh sốc nhiễm trùng (25%) và viêm phổi nặng (25%). Tỷ lệ trẻ có diễn tiến nặng chiếm tỷ lệ 8,5% cao hơn so với nghiên cứu của Rhodes⁵ 6%, của Suominen⁸ là 5,5%. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với Reis và cộng sự⁴ là 14%. Sự khác biệt do sự khác nhau về mô hình bệnh tật giữa các nước, mức độ bệnh nặng của trẻ vào hồi sức – cấp cứu, trình độ dân trí, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu và y tế dự phòng còn thấp, đặc biệt là sự khác biệt về nguồn nhân lực, tài nguyên và trang thiết bị hỗ trợ công tác hồi sức – cấp cứu dẫn đến tỷ lệ diễn tiến nặng khác nhau, đồng thời cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn thấp nên có thể không phản ánh chính xác nhất về tỷ lệ trẻ có diễn tiến nặng.

Nhóm bệnh tim mạch và nhóm bệnh hô hấp chiếm tỷ lệ cao trong những trẻ có ngừng tim với tỷ lệ lần lượt là 45,5% và 30%. Nghiên cứu của Reis⁴, nhóm bệnh nặng là bệnh hô hấp và sốc với tỷ lệ lần lượt là 61% và 29%. Theo Robson và cộng sự⁶, bệnh hô hấp (42,7%), bệnh tim 3%, và Suominen⁸ bệnh tim mạch (71,2%) và bệnh hô hấp (8,5%), khác biệt với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Trẻ có diễn tiến nặng chủ yếu trong độ tuổi ≥ 1 đến ≤ 4 tuổi (30%) và > 4 đến ≤ 12 tuổi (30%). Không có sự khác biệt về diễn tiến nặng của trẻ ở các nhóm tuổi ($p > 0,05$). Kết quả tương tự như nghiên cứu của Parshuram và cộng sự³ có nhóm tuổi có diễn tiến nặng nhiều nhất là 3 tháng – <12 tháng (21,8%) và 4 – 12 tuổi (24,1%), của Robson và cộng sự⁶ là < 3 tháng (21%) và 3

tháng – <12 tháng (36%), của Suominen và cộng sự⁸ là 1 tháng – 12 tháng (39%).

4.2. Kết quả điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS. Trung vị điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS ở nhóm có diễn tiến nặng (7 điểm) cao hơn so với nhóm không có diễn tiến nặng (2 điểm) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm cảnh báo sớm PEWS càng cao thì nguy cơ trẻ diễn tiến nặng với số điểm càng cao. Nghiên cứu của Parshuram và cộng sự³ có điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS thuộc phân phối chuẩn, kết quả điểm trung bình ở nhóm có diễn tiến nặng và không diễn tiến nặng lần lượt là 7,9 và 3,2 điểm, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.3. Giá trị tiên lượng của thang điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS. Trong nghiên cứu chúng tôi, thang điểm Bedside PEWS có khả năng tiên lượng tốt nguy cơ trẻ ngừng tim trong 24 giờ với AUC là 0,872. Nghiên cứu của Parshuram và cộng sự³ có AUC là 0,87 với $p < 0,05$, của Robson và cộng sự⁶ có AUC là 0,85 với $p < 0,05$. Như vậy, trong nhiều nghiên cứu, thang điểm Bedside PEWS với AUC $> 0,75$. Đồng thời, các thông số của thang điểm Bedside PEWS được đánh giá hoàn toàn dựa trên lâm sàng. Vì vậy, có thể sử dụng thang điểm Bedside PEWS trong thực hành lâm sàng để đánh giá nguy cơ ngừng tim ở trẻ bệnh nặng tại đơn vị hồi sức cấp cứu nhi, để từ đó các bác sĩ có kế hoạch chăm sóc điều trị và theo dõi thích hợp, góp phần cải thiện kết quả điều trị và giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ.

Với điểm cắt 7,5 (độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 68,5%), thang điểm Bedside PEWS có khả năng phân tách tốt giữa nhóm có ngừng tim và không ngừng tim. Nghiên cứu của Parshuram và cộng sự³ có điểm cắt là 6,5 (độ nhạy là 78%, độ đặc hiệu là 95%), của Robson và cộng sự⁶ là 5 (độ nhạy là 86,6%, độ đặc hiệu là 72,9%). Như vậy, có một sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả trên về điểm cắt của thang điểm Bedside PEWS trong việc tiên lượng nguy cơ trẻ ngừng tim. Vấn đề này do sự khác biệt về mô hình bệnh tật, trang thiết bị trong hồi sức, cũng như điều kiện điều trị của mỗi đơn vị hồi sức trong nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác, đồng thời cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn thấp. Cần có nhiều nghiên cứu về thang điểm PEWS hơn ở các trung tâm hồi sức nhi khoa lớn trong cả nước để xác định chính xác hơn điểm cắt có ý nghĩa tiên lượng nguy cơ ngừng tim để chúng ta có thể áp dụng rộng rãi thang điểm này vào tiên lượng bệnh trong thực hành lâm sàng.

Trong bệnh viêm phổi nặng và nhóm bệnh hô hấp, thang điểm Bedside PEWS có khả năng tiên lượng rất tốt nguy cơ ngừng tim với AUC lần lượt là 0.988 (95% CI: 0.970 – 1) với $p < 0,05$ (điểm cắt 9,5 có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 95,3%) và 0.949 (95% CI: 0.907 – 0.991) (điểm cắt là 9,5 có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 87,3%) với $p < 0,05$. Từ các kết quả này chúng ta có thể thấy thang điểm Bedside PEWS ngoài khả năng tiên lượng chung cho cả nhóm trẻ trong đơn vị hồi sức cấp cứu nhi mà còn có khả năng tiên lượng rất tốt trong bệnh viêm phổi nặng và nhóm bệnh hô hấp.

V. KẾT LUẬN

Nhóm bệnh hô hấp và sốc nhiễm trùng gây ra ngừng tim. Trẻ có ngừng tim hoặc nhịp tim chậm kèm dấu hiệu tưới máu kém chiếm tỷ lệ 7,8%, chủ yếu trong độ tuổi ≥ 1 tuổi – ≤ 4 tuổi và > 4 tuổi – ≤ 12 tuổi. Điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS cao nhất ở bệnh nguyên sốc nhiễm trùng. Thang điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS có khả năng tiên lượng nguy cơ bệnh nhi xảy ra ngừng tim trong vòng 24 giờ ở trẻ bệnh nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Nhi Trường Đại học Y Dược Huế (2020), "Nhận biết trẻ bị bệnh nặng", Giáo trình Nhi khoa sau đại học tập 1, Trường Đại học Y Dược Huế, tr. 1 – 6.
2. Clinical strategy and programmes division (2016), "Paediatric early warning system - User manual 2nd edition", Paediatrics, pp. 1 - 26.
3. Parshuram C.S., Duncan H., Joffe A.R. et al (2011), "Multicentre validation of the Bedside Paediatric Early Warning System score: a severity of illness score to detect evolving critical illness in hospitalised children", Critical Care, 15, R184.
4. Reis A.G., Nadkarni V.M., Perondi M.B. et al (2002), "A prospective investigation into the epidemiology of in-hospital pediatric cardiopulmonary resuscitation using the International Utstein reporting style", Pediatrics, 109, pp. 200 – 209.
5. Rhodes J.F., Blaufoux A.D., Sieden H.S. et al (1999), "Cardiac arrest in infants after congenital heart surgery", Circulation, 100(2), pp. 194 – 199.
6. Robson M.J., Cooper C.L., Medicus L.A. et al (2013), "Comparison of three acute care pediatric early warning scoring tools", Journal of Pediatric Nursing, 28, pp. 33 – 41.
7. Sarah S.R. (2014), "Validation of a modified pediatric early warning system score", Master of science clinical and biomedical investigation, pp.7- 14.
8. Suominen P., Olkkola K.T. et al (2000), "Utstein style reporting of in-hospital paediatric cardiopulmonary resuscitation", Resuscitation, 45, pp. 17 – 25.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA NHÓM BỆNH NHÂN RỐI LOẠN CHỨC NĂNG KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM TẠI BỆNH VIỆN E NĂM 2024

Lê Văn Quý¹, Hà Lan Hương², Nguyễn Thị Mai Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và khảo sát các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân rối loạn chức năng khớp thái dương hàm (TMD) tại Bệnh viện E năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện với 24 bệnh nhân trong độ tuổi từ 12 đến 80 tại bệnh viện E năm 2023, được chẩn đoán TMD theo tiêu chuẩn Schiffman và Orbach (2016). Các dữ liệu được thu thập thông qua phiếu câu hỏi và khám lâm sàng. Sử dụng phần mềm STATA 16.0 để xử lý số liệu. **Kết quả:** Phần lớn bệnh nhân có thói quen nhai một bên (70,8%), ngủ ít hơn 8 tiếng mỗi ngày (83,3%) và 20,8% thường xuyên ăn đồ dai cứng. Các

triệu chứng lâm sàng phổ biến bao gồm đau khi ăn nhai và há miệng (66,7%), đau một bên (91,6%), tiếng kêu khớp (45,8%) và khó há miệng (41,7%). Khám thực thể cho thấy 100% bệnh nhân ghi nhận đau khi ấn vào khớp, với 87,5% bệnh nhân có chuyển động lùi cầu hai bên không đồng thời. **Từ khóa:** khớp thái dương hàm, đau, yếu tố nguy cơ

SUMMARY

CLINICAL SYMPTOMS AND RISK FACTORS OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISORDER PATIENTS AT E HOSPITAL IN THE YEAR OF 2024

Objective: This study aims to describe the clinical characteristics and investigate the risk factors of temporomandibular joint disorder (TMD) patients at E Hospital in 2023. **Material and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted with 24 patients aged between 12 and 80 at E Hospital in 2023, diagnosed with TMD according to the Schiffman and Orbach (2016) criteria. Data were collected through questionnaires and clinical examinations. STATA 16.0 software was used for data processing.

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Hương

Email: dr.maihuong48@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025