

4. **Gordon MPJ, Love RM, Chandler NP.** An evaluation of .06 taper gutta-percha cones for filling of .06 taper prepared curved root canals. *Int Endod J*, 2005; 38 (2): 87-96.
5. **Peters OA, Laib A, Göhring TN, Barbakow F.** Changes in root canal geometry after preparation assessed by high-resolution computed tomography. *J Endod*, 2001; 27 (1): 1-6.
6. **Schilder H.** Filling root canals in three dimensions. *Dent Clin North Am*, 1967; 11 (2): 723-744.
7. **Siqueira JF Jr, Rôças IN.** Clinical implications and microbiology of bacterial persistence after treatment procedures. *J Endod*, 2008; 34 (11): 1291-1301.
8. **Vertucci FJ.** Root canal anatomy of the human permanent teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1984; 58 (5): 589-599.

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NUỐT Ở TRẺ EM NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Lưu Thị Mỹ Thực, Nguyễn Thị Thuý Hồng,² Nguyễn Hồng Minh¹,
Bùi Thị Khánh Ngọc¹, Doãn Ngọc Ánh¹

TÓM TẮT

Rối loạn nuốt là sự khó khăn trong xử lý và vận chuyển các viên thức ăn (bolus) dạng lỏng hoặc đặc qua khoang miệng, hầu, thực quản, hoặc vị trí tiếp nối giữa thực quản - dạ dày. Hiện nay, thực hiện chẩn đoán và điều trị rối loạn nuốt còn nhiều khó khăn, đặc biệt trên nhóm trẻ em. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhi nữ, 4 tháng tuổi, suy dinh dưỡng nặng, và từ chối ăn (sữa công thức, sữa mẹ, bú mẹ, bú bình và đồ thìa), tiền sử viêm phổi nhiều đợt và tiếng thở bất thường. Thử nghiệm nuốt bằng phương pháp huỳnh quang video VFSS/MBS (videofluoroscopic swallow study/ modified barium swallow) được sử dụng để chẩn đoán xác định rối loạn nuốt. Nguyên nhân rối loạn nuốt được chẩn đoán bằng nội soi khí phế quản. Trẻ đã được can thiệp bằng chế độ ăn tạo đặc và phương pháp y học cổ truyền. Sau 3 tháng, trẻ đã tăng cân, không còn từ chối thức ăn, không bị viêm phổi. **Kết luận:** Phương pháp thử nghiệm nuốt bằng huỳnh quang video là khả thi trên nhóm trẻ em. Chế độ ăn tạo đặc và phương pháp y học cổ truyền có giá trị trong điều trị rối loạn nuốt trẻ em.

Từ khóa: rối loạn nuốt, mềm hạ họng, thử nghiệm nuốt bằng phương pháp huỳnh quang video

SUMMARY

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT APPROACH TO PEDIATRIC DYSPHAGIA: A CASE REPORT

Dysphagia is the difficulty in processing and transporting liquid or solid boluses through the oral cavity, pharynx, esophagus, or at the esophagogastric junction. Currently, the diagnosis and treatment of dysphagia remain challenging, especially in pediatric patients. We report the case of a 4-month-old female infant with severe malnutrition and feeding refusal

(refusing formula, breast milk, breastfeeding, bottle-feeding, and spoon-feeding), a history of recurrent pneumonia, and abnormal respiratory sounds. A videofluoroscopic swallow study (VFSS)/modified barium swallow (MBS) was used to definitively diagnose dysphagia. The underlying cause was identified by bronchoscopy. The infant was managed with a texture-modified diet and traditional medicine. After three months, she had gained weight, no longer refused feeds, and experienced no further pneumonia. Conclusion: Videofluoroscopic swallow study is feasible in pediatric patients. Texture-modified diets and traditional medicine may be valuable in treating pediatric dysphagia. **Keywords:** dysphagia; laryngomalacia; videofluoroscopic swallow study

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nuốt là một kỹ năng phức tạp trong đó nước bọt, chất lỏng và thức ăn được vận chuyển từ miệng vào dạ dày trong khi đường thở được bảo vệ. Theo Hiệp hội ngôn ngữ và thính học Hoa Kỳ (American Speech – Language – Hearing – ASHA), nuốt được chia làm 4 giai đoạn: Pha chuẩn bị tại miệng, pha vận chuyển miệng, pha hầu, pha thực quản.¹ Trong pha chuẩn bị tại miệng, thức ăn được đưa vào khoang miệng, nhai, làm ẩm và trộn lẫn với nước bọt, tạo thành các viên thức ăn (bolus) bởi lưỡi và khẩu cái cứng. Giai đoạn này đối với trẻ dưới 6 tháng là quá trình bú, mút.² Pha vận chuyển miệng khởi đầu bằng động tác đẩy viên thức ăn về phía sau bằng lưỡi và kết thúc bằng động tác nuốt hầu. Trong pha hầu, thức ăn được vận chuyển từ hầu và hạ họng xuống thực quản nhờ sự phối hợp của các cơ. Tại pha thực quản viên thức ăn được đưa xuống dạ dày thông qua nhu động thực quản. Sự kiểm soát nuốt khác biệt ở trẻ em và người lớn. Trong đó, ở trẻ lớn và người lớn, pha chuẩn bị tại miệng, pha vận chuyển tại miệng là chủ động, pha hầu khởi phát là chủ động sau đó là tự động, pha thực quản là tự động. Ở trẻ dưới

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Doãn Ngọc Ánh

Email: ngocanh04121995@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 20.6.2025

4 tháng tuổi, cả 4 pha đều là tự động với các phản xạ thích nghi và phản xạ bảo vệ giúp trẻ tìm kiếm thức ăn và bảo vệ đường thở. Ở trẻ dưới 4 tháng tuổi, trẻ phát triển các phản xạ sơ sinh gồm phản xạ thích nghi (phản xạ tìm kiếm và phản xạ mút) và các phản xạ bảo vệ (phản xạ lè lưỡi, phản xạ lệch lưỡi, phản xạ cắn, phản xạ nôn, ho). Mục đích của các phản xạ này là tìm kiếm thức ăn và bảo vệ đường thở. Khi trẻ được 4-6 tháng, các phản xạ này giảm dần và biến mất, giúp trẻ tập ăn dặm.³ Rối loạn nuốt (swallowing disorders/disphagia) được định nghĩa là những bất thường trong một hoặc 4 pha của quá trình nuốt.⁴ Từ đó, dẫn đến sự khó khăn khi đưa thức ăn vào dạ dày một cách an toàn, hiệu quả và đầy đủ.⁵ Các phương pháp chẩn đoán rối loạn nuốt bao gồm: các thang điểm đánh giá rối loạn nuốt, đặc biệt, tiêu chuẩn vàng đánh giá rối loạn nuốt là thử nghiệm nuốt bằng phương pháp huỳnh quang video và nội soi đánh giá nuốt. Tuy nhiên, các kỹ thuật này gặp nhiều khó khăn khi tiến hành, đặc biệt trên nhóm trẻ em do sự kém hợp tác. Điều trị rối loạn nuốt là một quá trình phức tạp đòi hỏi sự kết hợp của đa chuyên khoa: thần kinh, tiêu hoá, dinh dưỡng, phục hồi chức năng, y học cổ truyền,... Trong đó, can thiệp dinh dưỡng bằng cách làm đặc thức ăn (vật liệu làm đặc và thời gian bắt đầu cho ăn đặc) là một vấn đề cần xem xét ở trẻ em.⁶

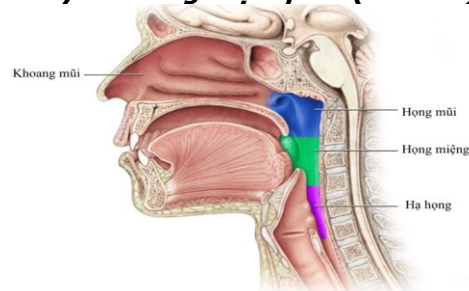
II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Trẻ nữ, 4 tháng tuổi, con lần 2, (PARA 1001), trong quá trình mang thai trẻ phát hiện nhỏ so với tuổi thai, phát hiện từ lúc 32 tuần tuổi, đẻ đủ tháng, cân nặng lúc sinh 2,1 kg. Trẻ điều trị nhiễm trùng sơ sinh, suy hô hấp, có đặt sonde mũi – dạ dày trong 25 ngày, sau khi rút sonde, trẻ không bú mẹ và bú bình, chỉ ăn đồ thìa nhưng ho, khóc trong tất cả các lần ăn. Trẻ có 3 đợt viêm phế quản phổi lúc 2,5 tháng tuổi, 4 tháng tuổi và 4 tháng 10 ngày tuổi. Vì từ chối thức ăn và viêm phổi, lượng ăn của trẻ khoảng 50ml/bữa sữa công thức cách mỗi 3 giờ. Tốc độ tăng trưởng chậm: 1 tháng tuổi: 2,7kg, 3,5 tháng: 3,5 kg, và 4 tháng là 3,8 kg 56 cm. Khi thăm khám lâm sàng, trẻ không dính thắng lưỡi; không hở môi vòm, không loét miệng; tuy nhiên trẻ có tiếng thở khò khè tái diễn. Các cận lâm sàng được tiến hành theo hướng chẩn đoán rối loạn nuốt kết hợp với tiếng thở bất thường. Đầu tiên, các nguyên nhân thần kinh, nội tiết được thăm dò. Kết quả các xét nghiệm chuyển hoá - di truyền: NIPT; sàng lọc 6 bệnh chuyển hoá sau sinh: bình thường; nhiễm sắc thể trong máu ngoại vi 46, XX, chức năng tuyến giáp trong giới

hạn bình thường. Về thần kinh: cộng hưởng từ sọ não cho kết quả bình thường. Phương pháp thử nghiệm nuốt bằng huỳnh quang video (A videofluoroscopic swallow study/ modified barium swallow) được đặt ra do trẻ không hợp tác tiến hành nội soi tai mũi họng ống mềm có nuốt dung dịch màu. Trên hình ảnh thử nghiệm nuốt bằng phương pháp huỳnh quang video cho thấy có hình ảnh một túi đọng thuốc ở 1/3 trên của thực quản (Hình 1). Chẩn đoán được nghĩ tới là bất thường cấu trúc vùng hạ họng và hướng tới túi thừa Zenker. Nội soi dạ dày được tiến hành để xác nhận chẩn đoán. Tuy nhiên, kết quả bình thường, không phát hiện các túi thừa. Do đó, nội soi khí phế quản được tiến hành. Kết quả cho thấy hình ảnh mềm hạ họng (Hình 2).



Hình 1. Hình ảnh huỳnh quang làm trùng các cơ vùng hạ họng sau đó di chuyển xuống thực quản (mũi tên)



Giải phẫu hạ họng



Hình 2. Hình ảnh giải phẫu hạ họng và nội soi phế quản của trẻ

Trẻ được chẩn đoán: Rối loạn nuốt- mềm hạ họng- suy dinh dưỡng nặng/ suy dinh dưỡng bào thai. Trẻ đã được cho ăn thức ăn đặc sớm (khi mới tròn 4 tháng tuổi), tạo đặc bằng các loại ngũ cốc; bổ sung các vi chất dinh dưỡng (kẽm, canxi, vitamin D). Sau khi can thiệp chế độ ăn và chăm sóc, trẻ giảm tần suất sặc (từ liên tục trong ngày sang 1-2 lần/ngày), không bị viêm phổi. Hiện, trẻ được 11 tháng, 6,1 kg, dài 69 cm. Mặc

dù vẫn suy dinh dưỡng, nhưng có cải thiện về các chỉ số nhân trắc theo tuổi (cân nặng theo tuổi tăng từ - 4,49 SD lúc 4 tháng lên -3,04 SD lúc 11 tháng, chiều cao theo tuổi tăng từ -3,12 SD lúc 4 tháng lên -1,53 SD lúc 11 tháng).



4 tháng



11 tháng

Hình 3. Hình ảnh trẻ qua các tuổi

III. BÀN LUẬN

Các test chẩn đoán rối loạn nuốt trên trẻ em bao gồm: (1) Sử dụng thang điểm sàng lọc, đánh giá rối loạn nuốt (FORAS,...) (2) Thử nghiệm nuốt bằng phương pháp huỳnh quang video VFSS/MBS (A videofluoroscopic swallow study/ modified barium swallow), và (3) Kiểm tra nuốt bằng nội soi ống mềm (Fiberoptic Endoscopic Examination of Swallowing -FEES). Trong đó, các thang điểm sàng lọc thường chủ quan và đặc hiệu thấp hơn so với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và VFSS là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán rối loạn nuốt ở người lớn (Theo Hội diện quang châu Âu – European Society of Radiology).⁷ Ở trẻ em, so sánh giữa FEES và VFSS, mặc dù FEES có lợi khi làm giảm nguy cơ tiếp xúc với tia X và không xâm lấn nhưng lại khó thực hiện ở trẻ nhỏ do trẻ không hợp tác khi đưa ống nội soi và mũi – miệng và khi nuốt. Do đó, VFSS được cân nhắc khi không thực hiện được FEES. Hiện tại, tại Việt Nam, chưa có quy trình chẩn đoán rối loạn nuốt bằng VFSS/MBS và FEES trên cả người lớn và trẻ em. Hầu hết các bệnh nhân được đánh giá bằng các test chẩn đoán rối loạn nuốt. Tại Bệnh viện Nhi trung ương, để đánh giá sự vận chuyển của thức ăn từ thực quản xuống dạ dày và ruột non, thuốc cản quang (Cenetix) được bơm qua sonde mũi – thực quản và quan sát sự di chuyển qua màn huỳnh quang theo thời gian. Do đó, chúng tôi đã cải tiến phương pháp này để trẻ nuốt thuốc cản quang từ miệng nhằm mục đích đánh giá tất cả các giai đoạn nuốt của trẻ, tương tự

như VFSS. Kết quả cho thấy phương pháp này khả thi trên nhóm bệnh nhân rối loạn nuốt.

Nguyên nhân gây rối loạn nuốt trên bệnh nhi của chúng tôi là mềm hạ họng (laryngomalacia). Nó được định nghĩa là sự sụp đổ đồng tâm các cấu trúc thượng thanh môn trong thời gian hít vào, là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra tình trạng tiếng rít khi hít vào ở trẻ sơ sinh và ảnh hưởng đến 45-75% trẻ sơ sinh mắc chứng thở rít bẩm sinh.⁸ Điều trị cho phần lớn bệnh nhân bị bệnh mềm thanh quản là bảo tồn và chờ đợi đến khi trẻ được 12 đến 18 tháng tuổi, các triệu chứng sẽ thuyên giảm. Cho ăn theo tư thế và cho ăn đặc đã được báo cáo có thể giúp ích cho những trẻ sơ sinh gặp khó khăn khi bú.⁹ Khoảng 10-20% trẻ gặp các vấn đề nghiêm trọng về hẹp đường thở cần can thiệp phẫu thuật tạo hình thanh quản trên.¹⁰ Đối với trẻ này, với mức độ thở rít nhẹ, chúng tôi đặt ra vấn đề can thiệp bằng dinh dưỡng và y học cổ truyền (sử dụng phương pháp hào châm) vì phục hồi chức năng hầu như không hiệu quả trong các rối loạn nuốt pha hậu. Về điều trị bằng dinh dưỡng, năm 2019, Ủy ban Sáng kiến Chuẩn hóa Chế độ ăn Rối loạn Nuốt Quốc tế (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative - IDDSI) đã đưa ra các thuật ngữ mô tả gồm 8 mức độ kết cấu thức ăn liên tục (từ độ 0 đến độ 7). Trên trẻ 4 tháng tuổi, đang ăn thức ăn lỏng, chúng tôi khởi động mức độ tạo đặc là 1 (theo IDDSI). Tuy nhiên, trẻ từ chối công thức tạo đặc không mùi vị (bột tạo đặc quicky). Do đó, bột ăn dặm đã được thêm vào sữa để tạo đặc sữa. Trẻ chấp nhận mùi vị và có đáp ứng.

Về y học cổ truyền, chúng tôi sử dụng phương pháp châm cứu Hào châm, tác động nhẹ nhàng, về nhanh và không lưu kim. Công thức huyết được chọn gồm các huyết vị: Liêm tyên, Bách hội, Hợp cốc, Túc tam lý, Thận du. Theo y học cổ truyền, trẻ này suy dinh dưỡng từ trong bào thai nên nguyên nhân gây bệnh do tiên thiên bẩm phú khí huyết bất túc, hậu thiên nuôi dưỡng không đầy đủ, tỳ vị hư nhược gây nên não tủy bất sung, cân cốt cơ nhục thiếu nuôi dưỡng, tinh mạch không thông thoáng. Sử dụng châm cứu điều trị chứng rối loạn nuốt trên nguyên tắc hoạt huyết khứ tà, hoạt lạc thông lợi hầu họng. Các nghiên cứu hiện nay cho thấy châm cứu điều trị rối loạn nuốt có tác dụng kích thích vùng dưới lưỡi, hầu họng và dây thần kinh mê lộ, từ đó có tác dụng tác động ngược lên trung khu thần kinh, kích thích lập lại và hồi phục phản xạ nuốt, thêm vào đó còn có tác dụng làm tăng khả năng hoạt động của lưỡi, tránh co rút cơ lưỡi, điều hoà và cải thiện hoạt động nuốt.

IV. KẾT LUẬN

Phương pháp chẩn đoán rối loạn nuốt bằng thử nghiệm nuốt bằng huỳnh quang video (A videofluoroscopic swallow study/ modified barium swallow) có khả thi trên nhóm trẻ rối loạn nuốt. Tạo đặc thức ăn và chăm sóc có hiệu quả trên nhóm trẻ rối loạn nuốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pediatric Feeding and Swallowing.** American Speech-Language-Hearing Association. Accessed December 7, 2024. <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/pediatric-feeding-and-swallowing/>
2. **Lawlor CM, Choi S.** Diagnosis and Management of Pediatric Dysphagia: A Review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;146(2):183-191. doi:10.1001/jamaoto.2019.3622
3. **Michael E.Groher, Michael A. Crary.** Dysphagia Clinical Management in Adults and Children.
4. **van den Engel-Hoek L, de Groot IJM, de Swart BJM, Erasmus CE.** Feeding and Swallowing Disorders in Pediatric Neuromuscular Diseases: An Overview. *J Neuromuscul Dis.* 2015;2(4):357-369. doi:10.3233/JND-150122
5. **Umay E, Eyigor S, Giray E, et al.** Pediatric dysphagia overview: best practice recommendation study by multidisciplinary experts. *World J Pediatr.* 2022;18(11):715-724. doi:10.1007/s12519-022-00584-8
6. **Dodrill P, Gosa MM.** Pediatric Dysphagia: Physiology, Assessment, and Management. *Annals of Nutrition and Metabolism.* 2015;66(Suppl. 5):24-31. doi:10.1159/000381372
7. **ESR Member Area.** Accessed April 10, 2025. <https://portal.myesr.org/esr/membership/publicposter/63a2aca3-f13f-4d7a-9d59-8f809bca0a9a/show>
8. **Elbuluk O, Shiba T, Shapiro NL.** Laryngomalacia presenting as recurrent croup in an infant. *Case Rep Otolaryngol.* 2013;2013:649203. doi:10.1155/2013/649203
9. **Thorne MC, Garetz SL.** Laryngomalacia: Review and Summary of Current Clinical Practice in 2015. *Paediatr Respir Rev.* 2016;17:3-8. doi:10.1016/j.prrv.2015.02.002
10. **Klinginsmith M, Winters R, Goldman J.** **Laryngomalacia.** In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025. Accessed April 10, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544266/>

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT SỌ NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Thị Hiền¹, Trần Trung Kiên^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân sau phẫu thuật sọ não tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 80 bệnh nhân chẩn đoán bệnh lý sọ não được can thiệp phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y 01/2024 đến 01/2025. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 55.2 ± 12.8 tuổi, tỷ lệ nam giới là 58,8% và nữ giới là 41,2%, phẫu thuật u não (45%), phẫu thuật chấn thương sọ não (30%), phẫu thuật chảy máu não (25%), thời gian trung bình sau phẫu thuật là 5.7 ± 2.3 ngày, điểm PSQI toàn phần trung bình của nhóm nghiên cứu là 8.2 ± 3.5 , tỷ lệ bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ kém (PSQI > 5) là 75%, mức độ đau cao có nguy cơ chất lượng giấc ngủ kém cao gấp 3.05 lần so với nhóm có mức độ đau thấp (OR = 3.05; 95% CI: 1.07 – 8.69; p = 0.037), điểm HADS-A lo âu cao có nguy cơ chất lượng giấc ngủ kém cao hơn gần 4 lần so với nhóm HADS-A thấp (OR = 3.92; 95% CI: 1.32 – 11.61; p = 0.014), không có mối

liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giấc ngủ kém và: Tuổi, giới, thời gian phẫu thuật sau 3 ngày. **Kết luận:** Chất lượng giấc ngủ sau phẫu thuật sọ não nhìn chung kém, cần khắc phục các yếu tố đau và lo âu để cải thiện giấc ngủ. **Từ khóa:** Giấc ngủ, thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh, thang đo lo âu và trầm cảm bệnh nhân nội trú

SUMMARY

EVALUATION QUALITY OF SLEEPING IN PATIENTS AFTER CRANIOTOMY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Evaluation of sleep quality outcomes in patients after craniotomy at hanoi medical university hospital. **Method:** Descriptive study of patients undergoing craniotomy at Ha Noi University Hospital 01/2024 to 01/2025. **Results:** The mean age was 55.2 ± 12.8 years, the proportion of men was 58.8% and women was 41.2%, brain tumor surgery (45%), traumatic brain injury surgery (30%), cerebral hemorrhage surgery (25%), the mean postoperative time was 5.7 ± 2.3 days, the mean total Pittsburgh quality sleeping Index (PSQI) score of the study group was 8.2 ± 3.5 , the proportion of patients with poor sleep quality (PSQI > 5) was 75%, high pain level had a 3.05 times higher risk of poor sleep quality than the group with low pain level (OR = 3.05; 95% CI: 1.07 – 8.69; p = 0.037), high Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) anxiety score had a nearly 4 times higher risk of poor sleep quality than the low

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Kiên

Email: trantrungkien300684@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025