

ngày đầu tiên, đạt được mức tăng cân cao hơn so với các nhóm trẻ non tháng lớn tuổi hơn.

Mối liên quan giữa các bệnh lý hiện tại với tình trạng cân nặng của trẻ theo S. Klevebro và cộng sự cho thấy tốc độ tăng trưởng ở trẻ sinh non có liên quan đến thời điểm xuất hiện và loại bệnh lý đi kèm viêm ruột hoại tử, điều này phản ánh rõ tác động của bệnh lý lên tiến trình phát triển sau sinh ở trẻ non tháng [7]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy, tốc độ tăng cân sau nuôi dưỡng bằng dinh dưỡng tĩnh mạch vẫn đạt được ở mức đáng ghi nhận $17,5 \pm 1,7\text{g/ngày}$. Sự khác biệt về cân nặng của trẻ tăng lên giữa các nhóm trẻ có số lượng bệnh phối hợp khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, mặc dù các bệnh lý phối hợp là yếu tố nguy cơ quan trọng trong sự tăng trưởng ngoài bào thai, nhưng nếu được điều trị tích cực và cung cấp dinh dưỡng tĩnh mạch hợp lý, trẻ sinh non vẫn có khả năng đạt được tăng trưởng tốt trong giai đoạn đầu sau sinh.

V. KẾT LUẬN

Dinh dưỡng tĩnh mạch sớm, hợp lý giúp cải thiện tăng trưởng và hỗ trợ phát triển ở trẻ sơ sinh non tháng. Trẻ từ 32 đến <37 tuần tuổi thai đạt mức tăng cân trung bình $21,6 \pm 2,9\text{g/ngày}$. Trẻ có 1–2 bệnh phối hợp tăng cân tốt hơn ($25,4 \pm 5,3\text{g/ngày}$) so với nhóm có >2 bệnh ($17,5 \pm 1,7\text{g/ngày}$).

Hướng dẫn ESPGHAN 2024 nên được áp dụng để hỗ trợ cho điều trị và giúp trẻ bắt kịp tăng trưởng trong đợt bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Phương Anh, và cs.** “Đặc điểm và kết quả nuôi dưỡng trẻ non tháng ăn bằng ống thông dạ dày tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2020 – 2021” Tạp chí Phụ sản 2022; 20(3):79-84. doi:10.46755/vjog.2022.3.1485.
2. **Nguyễn Hồng Được và cộng sự.** “Đặc điểm bệnh tật và phân tích một số yếu tố liên quan ở trẻ sơ sinh sinh non dưới 34 tuần tuổi thai” Tạp chí Y học Việt Nam 2024, tập 542 -tháng 9-số 1 -2024.
3. **Lê Thị Lệ Thủy.** “Nghiên cứu mô tả cắt ngang về đặc điểm lâm sàng, biến chứng và phương pháp điều trị sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên năm 2021” Tạp chí số 55, tháng 8-2022, trường Đại học Tây Nguyên Tr46.
4. **Thạch Thị Ngọc Yến, Nguyễn Minh Phương, và cộng sự.** “Đánh giá kết quả điều trị và các yếu tố liên quan đến tử vong ở trẻ sơ sinh sinh non dưới 32 tuần tại khoa Nhi – Sơ sinh Bệnh viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ năm 2023- 2024” Tạp chí Y học Việt Nam tập 540 - tháng 7 – số 2 – 2024.
5. **Daniel T. Robinson, Kara L. Calkins, et al.** “Guidelines for parenteral nutrition in preterm infants: The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition”, J Parenter Enteral Nutr. 2023;47:830-858. doi:10.1002/jpen.2550
6. **ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN Working Group on Pediatric Parenteral Nutrition.** “Research priorities in pediatric parenteral nutrition: a consensus and perspective from ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN” PubMed Central Pediatr Res. 2022; 92(1): 61–70.
7. **S Klevebro et al.** “Cohort study of growth patterns by gestational age in preterm infants developing morbidity” BMJ Open 2016. doi:10.1136/bmjopen-2016- 01287.
8. **World Health Organization (WHO), United Nations Children’s Fund (UNICEF).** UNICEF-WHO Low birthweight estimates: Levels and trends 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2019. data.unicef.org/nutrition I who.int/nutrition.

TỶ LỆ TRẬT KHỚP ĐỘI TRỤC RA TRƯỚC TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Nguyễn Y Như Ngọc¹, Mai Duy Linh¹, Nguyễn Đình Thông²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trật khớp đội trục ra trước là một biến chứng nghiêm trọng của viêm khớp dạng thấp, có thể dẫn đến những tổn thương thần kinh nặng nề, thậm chí tử vong nếu không được phát hiện và điều

trị kịp thời. Tuy nhiên, tại Việt Nam dữ liệu nghiên cứu về tổn thương này vẫn còn khá hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ trật khớp đội trục ra trước trên Xquang trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại Phòng khám Nội Cơ xương khớp Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 09/2024 đến hết tháng 05/2025 trên các bệnh nhân viêm khớp dạng thấp thỏa tiêu chuẩn phân loại của EULAR/ACR 2010. **Kết quả:** Nghiên cứu thu nhận 121 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp với độ tuổi trung bình là $59,57 \pm 11,05$ tuổi; đa số là nữ giới, chiếm tỷ lệ 90,1%; thời gian viêm khớp dạng thấp trung vị là 8 năm [2,25 – 13,75]; tuổi khởi phát viêm khớp dạng thấp là $50,76 \pm 12,42$ tuổi. Tỷ lệ trật khớp đội trục ra trước trên phim Xquang cột sống cổ động là 22,3%,

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Y Như Ngọc

Email: ynhungoc21@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2025

Ngày duyệt bài: 29.9.2025

cao hơn đáng kể so với kết quả ghi nhận trên Xquang cột sống cổ nghiêng (4,1%). Về lâm sàng, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng tê yếu chi và đau cổ trong nghiên cứu lần lượt là 17,4% và 56,2%. Đáng chú ý, tỷ lệ bệnh nhân tê yếu chi trong nhóm trật khớp đối trục ra trước là 44,4%, cao hơn rõ rệt so với nhóm không trật khớp (9,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong khi đó, dù đau cổ phổ biến hơn ở nhóm trật khớp đối trục ra trước so với nhóm không trật khớp (70,4% so với 52,1%), sự khác biệt không đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,092$). Điều này cho thấy rằng tê yếu chi là triệu chứng lâm sàng đặc hiệu hơn đau cổ trong gợi ý trật khớp đối trục ra trước. **Kết luận:** Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ trật khớp đối trục ra trước trên Xquang cột sống cổ động ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp là 22,3%, cao hơn rõ rệt so với kết quả trên phim Xquang cổ nghiêng (4,1%). Điều này nhấn mạnh vai trò quan trọng của Xquang cột sống cổ động trong khảo sát trật khớp đối trục ra trước nhằm hạn chế bỏ sót tổn thương. Về lâm sàng, đau cổ và tê yếu chi là hai triệu chứng thường gặp, trong đó tê yếu chi là yếu tố liên quan chặt chẽ với tình trạng trật khớp đối trục ra trước ($p < 0,001$). **Từ khóa:** trật khớp đối trục ra trước, viêm khớp dạng thấp

SUMMARY

PREVALENCE OF ANTERIOR ATLANTOAXIAL SUBLAXATION IN RHEUMATOID ARTHRITIS AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL

Background: Anterior atlantoaxial subluxation is a serious complication of rheumatoid arthritis, potentially leading to severe neurological deficits and even death if not diagnosed and managed. However, in Vietnam, specific data on this condition remain limited. **Objective:** To determine the prevalence of anterior atlantoaxial subluxation on cervical spine radiographs in patients with rheumatoid arthritis. **Method:** A cross-sectional study was conducted at the Rheumatology Clinic of Nguyen Tri Phuong Hospital, from September 2024 to May 2025. Eligible participants were patients diagnosed with rheumatoid arthritis according to the 2010 EULAR/ACR classification criteria. **Result:** The study included 121 patients with rheumatoid arthritis. The mean age was 59.57 ± 11.05 years, with a female predominance (90,1%). The median disease duration was 8 years [IQR: 2.25–13.75], and the mean age at disease onset was 50.76 ± 12.42 years. The prevalence of anterior atlantoaxial subluxation on dynamic cervical spine radiographs was 22.3%, significantly higher than that of lateral radiographs (4.1%). Clinically, the percentage of patients with limb paresthesia and neck pain was 17,4% and 56,2% in turn. Notably, the proportion of limb paresthesia in anterior atlantoaxial subluxation group was significantly higher than that of non – subluxation group, at 44,4% and 9,6% correspondingly. This difference was statistically significant ($p < 0.001$). The figure for patients with neck pain in the anterior atlantoaxial subluxation group was 70,4%, which was 18,3% higher than that for non – subluxation group, but the difference was not statistically significant ($p = 0.092$). These findings

suggest that limb paresthesia is a more specific indicator for anterior atlantoaxial subluxation than neck pain. **Conclusion:** The prevalence of anterior atlantoaxial subluxation on dynamic cervical spine radiographs in patients with rheumatoid arthritis was 22.3%, markedly higher than that of lateral radiographs (4.1%). This highlights the importance of dynamic cervical spine image in diagnosing anterior atlantoaxial subluxation. Clinically, while both neck pain and limb paresthesia are common, the latter is more strongly associated with the presence of subluxation ($p < 0.001$). **Keywords:** anterior atlantoaxial subluxation, rheumatoid arthritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp là một trong những bệnh lý khớp viêm phổ biến nhất, chiếm khoảng 0,5 đến 2% dân số trên toàn thế giới¹. Viêm khớp dạng thấp không chỉ tổn thương các khớp nhỏ ngoại biên mà còn ảnh hưởng lên bất kỳ khớp hoạt dịch nào của cơ thể, trong đó cột sống cổ là vị trí tổn thương thường gặp thứ hai². Đặc biệt, trật khớp đối trục ra trước là tổn thương phổ biến nhất của cột sống cổ bắt nguồn từ tình trạng viêm mạn tính gây xói mòn xương quanh mỏm nha, lỏng lẻo dây chằng, dẫn đến mất vững khớp nghiêm trọng³. Nguy hiểm hơn, trật khớp đối trục ra trước có thể gây ra nhiều biến chứng thần kinh nặng nề như chèn ép tủy, liệt tứ chi, thậm chí đột tử nếu không được theo dõi và điều trị tích cực. Tuy nhiên, phần lớn các trường hợp trật khớp đối trục ra trước đều không có triệu chứng đặc hiệu ở giai đoạn đầu và diễn tiến thầm lặng. Vì thế việc tầm soát trật khớp đối trục ra trước là vô cùng cần thiết để phát hiện sớm cũng như điều trị kịp thời, từ đó giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và tiên lượng của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Hiện nay, Xquang cột sống cổ động là phương tiện chẩn đoán hình ảnh đầu tay để khảo sát trật khớp đối trục ra trước theo khuyến cáo của EULAR 2013³. Trên thế giới có khá nhiều nghiên cứu về tổn thương cột sống cổ trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp^{3,4}. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá chuyên biệt về trật khớp đối trục ra trước. Bên cạnh đó, các nghiên cứu đa phần chỉ tập trung khảo sát tổn thương trên phim Xquang mà chưa đánh giá nhiều về triệu chứng lâm sàng. Tại Việt Nam hiện có khá ít nghiên cứu khảo sát về trật khớp đối trục trên nhóm đối tượng viêm khớp dạng thấp. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Tỷ lệ trật khớp đối trục ra trước trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt

ngang

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 09/2024 đến tháng 05/2025

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đã được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp thỏa tiêu chuẩn phân loại của ACR/ EULAR 2010 đang điều trị tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương đồng ý tham gia nghiên cứu và không có các tiêu chuẩn loại trừ sau: chống chỉ định chụp Xquang (phụ nữ có thai), tiền sử phẫu thuật cột sống cổ, tổn thương cột sống cổ cũ do chấn thương, nhiễm khuẩn, lao.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: Các số liệu về lâm sàng được ghi nhận vào bảng thu thập số liệu thông qua hỏi bệnh, khám lâm sàng trực tiếp bệnh nhân tại phòng khám Nội Cơ xương khớp Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

Các số liệu về cận lâm sàng bao gồm RF, antiCCP, VS, CRP được thu thập thông qua dữ liệu lưu trên phần mềm HIS của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Bệnh nhân sẽ được tiến hành chụp Xquang cột sống cổ nghiêng và cổ động. Chẩn đoán trật khớp đội trực ra trước khi khoảng cách cung trước đốt đốt mỏm nha trên phim Xquang cột sống cổ nghiêng hoặc cổ động > 3mm.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn (nếu có phân phối chuẩn) hoặc dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu không có phân phối chuẩn).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 09/2024 đến tháng 10/2025 có 121 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp đến khám và điều trị tại phòng khám Nội Cơ xương khớp Bệnh viện Nguyễn Tri Phương được đưa vào phân tích.

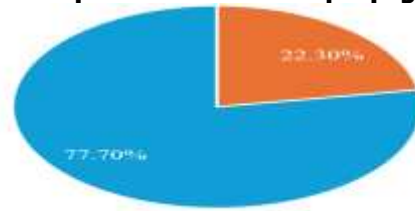
3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

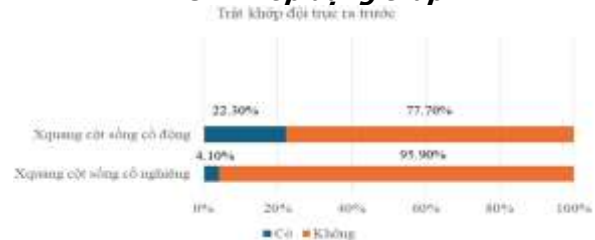
Đặc điểm	Tần số (%)
Giới:	
Nữ	109 (90,1%)
Nam	12 (9,9%)
Phác đồ DMARD	
DMARD cổ điển	114 (94,2%)
DMARD sinh học	9 (7,4%)
DMARD tổng hợp trúng đích	9 (7,4%)
Sử dụng Glucocorticoid	
Có	88 (72,7%)
Không	33 (27,3%)
Tiền sử loãng xương	
Có	71 (58,7%)
Không	50 (41,3%)

Biến dạng bàn tay	
Có	71 (58,7%)
Không	50 (41,3%)
Đau cổ:	
Có	68 (56,2%)
Không	53 (43,8%)
Tê yếu chi:	
Có	21 (17,4%)
Không	100 (82,6%)
Hoạt động bệnh theo DAS28CRP	
Lui bệnh	43 (35,5%)
Thấp	23 (19%)
Trung bình	40 (33,1%)
Cao	15 (12,4%)
Đặc điểm	Trung bình ± Độ lệch chuẩn
Tuổi trung bình (năm)	59,57 ± 11,05
Tuổi khởi phát viêm khớp dạng thấp (tuổi)	50,76 ± 12,42
Đặc điểm	Trung vị [Khoảng tứ phân vị]
Thời gian viêm khớp dạng thấp (năm)	8 [2,25 – 13,75]
Máu lắng (VS) (mm/h)	22,4 [8,25 – 36,55]
CRP (mg/l)	5,48 [0,27 – 11,23]

3.2. Tỷ lệ trật khớp đội trực ra trước trên trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp



Biểu đồ 3.1 Tỷ lệ trật khớp đội trực ra trước trên trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp



Biểu đồ 3.2 So sánh tỷ lệ trật khớp ra trước khi khảo sát bằng Xquang cột sống cổ nghiêng và cổ động

Bảng 3.2 So sánh các triệu chứng lâm sàng của nhóm có và không có trật khớp đội trực ra trước

Đặc điểm	Có trật khớp đội trực ra trước (n=27)	Không trật khớp đội trực ra trước (n=94)	p
----------	---------------------------------------	--	---

Đau cổ			
Có	19 (70,4%)	49 (52,1%)	0,092 ^a
Không	8 (29,6%)	45 (47,9%)	
Tê yếu chi			
Có	12 (44,4%)	9 (9,6%)	< 0,001 ^b
Không	15 (55,6%)	85 (90,4%)	

a: Kiểm định Chi bình phương,

b: Kiểm định Fisher

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của dân số trong nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nữ chiếm ưu thế rõ rệt (90,1%), khá tương đồng với kết quả của Uchino và cộng sự (2021)² (93,51%), Tống Thị Huyền và cộng sự (2018)⁵ (85,5%). Sự khác biệt giới tính này phản ánh đặc điểm dịch tễ học điển hình của viêm khớp dạng thấp. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $59,57 \pm 11,05$ tuổi, cho thấy phần lớn bệnh nhân là người trung niên hoặc cao tuổi, khá tương đồng với nghiên cứu của Huyền và cộng sự (2018)⁵ ($57,94 \pm 7,78$ tuổi).

Thời gian viêm khớp dạng thấp kéo dài đã được chứng minh là yếu tố nguy cơ quan trọng thúc đẩy các tổn thương khớp đặc biệt là khớp đối trục. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian viêm khớp dạng thấp trung vị là 8 năm, cho thấy phần lớn bệnh nhân đã mắc bệnh trong thời gian khá dài, tương tự với nghiên cứu của Uchino và cộng sự (2021)² (11 năm), Huyền và cộng sự (2018)⁵ (7 năm). Viêm khớp dạng thấp thường gặp ở nhóm tuổi trung niên với nguy cơ mắc bệnh tăng cao từ sau 40 tuổi. Tuổi khởi phát viêm khớp dạng thấp trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $50,76 \pm 12,42$ tuổi, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh.

Việc khởi trị sớm và duy trì các thuốc DMARD đóng vai trò then chốt trong giảm tổn thương khớp và cải thiện tiên lượng ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều sử dụng thuốc DMARD, trong đó, tỷ lệ bệnh nhân được điều trị với DMARD cổ điển và sinh học lần lượt là 94,2% và 7,4%. Một xu hướng mới đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ sử dụng DMARD tổng hợp trúng đích đạt 7,4%, trong khi nghiên cứu Uchino và cộng sự (2021)², Đào Hùng Hạnh và cộng sự (2010)⁶ đều không ghi nhận sự hiện diện của nhóm thuốc này. Điều này phản ánh xu hướng điều trị viêm khớp dạng thấp gần đây, khi các thuốc DMARD tổng hợp trúng đích ngày càng được ưa chuộng vì chi phí hợp lý, hiệu quả cao và dạng thuốc uống tiện lợi.

Biến dạng khớp bàn tay là một biểu hiện đặc trưng của viêm khớp dạng thấp, thường được

phát hiện sớm trên Xquang qua các dấu hiệu như bào mòn xương, hẹp khe khớp và biến dạng cấu trúc. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh tổn thương khớp bàn tay là yếu tố nguy cơ của tổn thương cột sống cổ nói chung và trật khớp đối trục nói riêng^{2,4}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến dạng bàn tay lên đến 22,3%, cho thấy một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân có nguy cơ cao của trật khớp đối trục ra trước.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 72,7% bệnh nhân đang sử dụng Glucocorticoid, khá tương đồng với nghiên cứu của Han và cộng sự (2016)⁷ (72,4%) và nghiên cứu của Đào Hùng Hạnh và cộng sự (2010)⁶ (68,6%). Tỷ lệ bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có tiền sử loãng xương trong nghiên cứu của chúng tôi là 58,7%, cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu trước đây³. Sự khác biệt này có thể do phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là người trung niên và cao tuổi với thời gian mắc viêm khớp dạng thấp kéo dài.

VS và CRP trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 22,4 mm/h và 5,48 mg/l đều thấp hơn so với nghiên cứu của Huyền và cộng sự (2018) (VS trung bình là $53,02 \pm 33,97$ mm/h và CRP trung bình là $48,5 \pm 66,5$ mg/l)⁵. Tuy nhiên, một xu hướng chung được ghi nhận giữa các nghiên cứu là sự dao động rộng của giá trị VS và CRP. Điều này phản ánh mức độ viêm không đồng nhất giữa các bệnh nhân và đặc điểm sinh học khác nhau của hai chỉ số. Cụ thể, CRP phản ánh phản ứng viêm cấp tính nhanh chóng và chính xác hơn, ít bị ảnh hưởng bởi các yếu tố ngoại lai hơn so với VS.

Nghiên cứu của chúng tôi báo cáo tỷ lệ bệnh nhân đạt lui bệnh và hoạt động bệnh thấp theo thang điểm DAS28CRP là 54,5%, cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Huyền và cộng sự (2018)⁵ (21%). Sự khác biệt này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được sử dụng thuốc DMARD, trong khi tỷ lệ điều trị DMARD trong nghiên cứu Huyền chỉ là 58,06%⁵. Đây là một tín hiệu tích cực cho thấy việc sử dụng DMARD ngày càng phổ biến trong điều trị viêm khớp dạng thấp, góp phần kiểm soát bệnh tốt hơn, hạn chế tổn thương khớp.

4.2. Tỷ lệ trật khớp đối trục ra trước trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trật khớp đối trục ra trước trên Xquang cột sống cổ động là 22,3%, thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Uchino và cộng sự (2021) (42,2%)². Sự khác biệt này có thể do thời gian mắc viêm khớp dạng thấp trung vị trong nghiên cứu của Uchino dài hơn so với

ngiên cứu của chúng tôi (11 năm so với 8 năm)². Khi so sánh với nghiên cứu ESPOIR, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ trật khớp đội trục ra trước trong nghiên cứu này lại thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của chúng tôi (4,6% so với 22,3%)⁸. Điều này có thể được lý giải bởi sự khác biệt về đặc điểm dân số nghiên cứu và phác đồ điều trị. Cụ thể, nghiên cứu ESPOIR thu nhận các trường hợp viêm khớp dạng thấp mới mắc và điều trị tích cực ngay từ đầu với 23,50% bệnh nhân được điều trị với DMARD sinh học trong 5 năm đầu tiên và con số này tăng lên 33,40% tại thời điểm 10 năm⁸. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Huyền và cộng sự (2018) báo cáo tỷ lệ trật khớp đội trục ra trước là 40,3%, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi⁵. Điều này có thể do 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được điều trị với các thuốc DMARD, trong khi đó, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Huyền chỉ là 58,06%⁵. Các thuốc DMARD là điều trị nền tảng của viêm khớp dạng thấp, không chỉ góp phần kiểm soát bệnh chặt chẽ mà còn hạn chế sự xuất hiện các tổn thương khớp ngoại vi và khớp trục.

Một điểm đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi là sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ trật khớp đội trục ra trước khi sử dụng các kỹ thuật Xquang khác nhau. Cụ thể, nếu dựa vào phim Xquang cột sống cổ nghiêng, tỷ lệ phát hiện trật khớp đội trục ra trước chỉ là 4,3%. Tuy nhiên, khi áp dụng Xquang cổ động, tỷ lệ này tăng lên đến 22,3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Tổng Thị Huyền và cộng sự (2018), trong đó tỷ lệ trật khớp đội trục ra trước lần lượt là 12,9% trên phim nghiêng và 40,32% trên phim cổ động⁵. Một phân tích tổng hợp đã báo cáo nếu chỉ dùng phim Xquang cột sống cổ nghiêng có thể bỏ sót 50% trường hợp tổn thương khớp đội trục. Điều này một lần nữa nhấn mạnh vai trò của Xquang cột sống cổ động như là công cụ chẩn đoán thiết yếu trong trật khớp đội trục ra trước ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.

Về các triệu chứng lâm sàng gợi ý trật khớp đội trục ra trước, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một số điểm đáng lưu ý. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau cổ và tê yếu chi trong nghiên cứu lần lượt là 56,2% và 17,4%. Đặc biệt, tỷ lệ bệnh nhân tê yếu chi trong nhóm trật khớp đội trục ra trước cao hơn đáng kể so với nhóm không trật khớp (44,4% so với 9,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong khi đó, tỷ lệ bệnh nhân đau cổ trong nhóm trật khớp đội trục ra trước là 70,4%, cao hơn so với nhóm

không trật khớp đội trục ra trước (52,1%), nhưng sự khác biệt không đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,092$). Điều này cho thấy rằng triệu chứng đau cổ tuy phổ biến hơn nhưng lại kém đặc hiệu hơn so với triệu chứng tê yếu chi trong việc gợi ý trật khớp đội trục ra trước trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trật khớp đội trục ra trước trên Xquang cột sống cổ động ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp là 22,3%, cao hơn rõ rệt so với kết quả ghi nhận trên phim Xquang cổ nghiêng (4,1%). Do đó, Xquang cột sống cổ động nên được ưu tiên lựa chọn để khảo sát trật khớp đội trục ra trước nhằm hạn chế bỏ sót tổn thương. Về lâm sàng, đau cổ và tê yếu chi là hai triệu chứng thường gặp, trong đó tê yếu chi có mối liên quan chặt chẽ với tình trạng trật khớp đội trục ra trước ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wu D, Luo Y, Li T, et al.** Systemic complications of rheumatoid arthritis: Focus on pathogenesis and treatment. Review. *Frontiers in Immunology*. 2022-December-22 2022;13doi:10.3389/fimmu.2022.1051082
2. **Uchino Y, Higashi T, Kobayashi N, Inoue T, Mochida Y, Inaba Y.** Risk factors associated with cervical spine lesions in patients with rheumatoid arthritis: an observational study. *BMC Musculoskeletal Disord*. May 3 2021;22(1):408. doi:10.1186/s12891-021-04285-7
3. **Alp G, Cinakli H, Akar S, Solmaz D.** Prevalence of anterior atlantoaxial subluxation and association with established rheumatoid arthritis. *Musculoskeletal care*. Mar 2024;22(1):e1859. doi:10.1002/msc.1859
4. **Baek I-W, Joo YB, Park K-S, Kim K-J.** Risk factors for cervical spine instability in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*. 2021/02/01 2021;40(2): 547-555. doi:10.1007/s10067-020-05243-9
5. **Tổng Thị Huyền.** Nghiên cứu đặc điểm tổn thương cột sống cổ ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
6. **Dao HH, Do QT, Sakamoto J.** Bone mineral density and frequency of osteoporosis among Vietnamese women with early rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. Oct 2011;30(10):1353-61. doi:10.1007/s10067-011-1762-x
7. **Han MH, Ryu JI, Kim CH, et al.** Factors That Predict Risk of Cervical Instability in Rheumatoid Arthritis Patients. *Spine (Phila Pa 1976)*. Jul 1 2017;42(13): 966-973. doi:10.1097/brs.0000000000001942
8. **Le Quéllec A, Guyard T, Carvajal Alegria G, et al.** Prevalence and predictors of atlanto-axial subluxation in rheumatoid arthritis after 12-years' follow-up (ESPOIR Cohort). *Rheumatology*. 2022;62(8): 2692-2699. doi:10.1093/rheumatology/keac672 %J Rheumatology

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH VIÊM PHỔI DO PHẾ CẦU Ở TRẺ EM TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đào Thị Soi¹, Phạm Thu Nga¹,
Phan Văn Nhã¹, Lê Thị Hồng Hạnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh viêm phổi do phế cầu ở trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2024-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang trên 228 bệnh nhân từ 1 tháng đến 5 tuổi đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi và có kết quả nuôi cấy dịch tỵ hầu hoặc dịch hút khí quản qua đường mũi (NTA) dương tính với phế cầu, điều trị tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 9/2024 đến tháng 6/2025. **Kết quả:** Nhóm tuổi từ 2 tháng - dưới 24 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất (71,9%), tỷ lệ mắc bệnh trẻ trai cao hơn trẻ gái (1,5/1), tỷ lệ tiêm phòng vacxin phế cầu trước khi mắc bệnh là 41,2%, có đến 77,2% bệnh nhân dùng kháng sinh trước nhập viện. Tỷ lệ mắc viêm phổi nặng là 32,5%, chủ yếu ở trẻ dưới 24 tháng (90,5%). Các triệu chứng cơ năng thường gặp là ho (99,1%), chảy mũi (89,9%), sốt (71,5%) với mức độ chủ yếu là sốt vừa từ 38,5°C- 39,4°C. Các triệu chứng thực thể: thở nhanh (52,2%), rút lõm lồng ngực (39,0%), ran ẩm/nổ chiếm 86,0%, ran rít 42,5% và ran ngáy là 36,0%. Các triệu chứng ngoài phổi hay gặp nhất là ăn bú kém (54,8%). **Kết luận:** Viêm phổi do phế cầu ở trẻ em hay gặp ở nhóm trẻ dưới 24 tháng tuổi với triệu chứng lâm sàng điển hình, tỷ lệ viêm phổi nặng còn cao. Chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời đóng vai trò quan trọng trong cải thiện kết quả điều trị. **Từ khóa:** Lâm sàng, viêm phổi do phế cầu, dưới 5 tuổi

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PNEUMOCOCCAL PNEUMONIA IN CHILDREN AT THE RESPIRATORY CENTER - NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics of pneumococcal pneumonia in children aged 1 month to 5 years at the Respiratory Center, National Children's Hospital, during 2024-2025. **Methods:** A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 228 patients aged 1 month to 5 years who met the diagnostic criteria for pneumonia and had positive *Streptococcus pneumoniae* cultures from nasopharyngeal aspirates (NPA) or nasal endotracheal aspirates (NTA). All patients were admitted and treated at the Respiratory Center, National Children's Hospital, from September 2024 to June 2025.

Results: Children aged 2 to under 24 months accounted for the highest proportion (71.9%). The male-to-female ratio was 1.5:1. Pneumococcal vaccination coverage prior to illness was 41.2%, while 77.2% of patients had received antibiotics before hospital admission. Severe pneumonia was diagnosed in 32.5% of cases, predominantly in children under 24 months (90.5%). Common presenting symptoms included cough (99.1%), rhinorrhea (89.9%), and fever (71.5%), mostly moderate fever between 38.5°C and 39.4°C. Frequent physical findings included tachypnea (52.2%), chest retractions (39.0%), crackles (86.0%), wheezing (42.5%), and rhonchi (36.0%). The most common extrapulmonary manifestation was poor feeding (54.8%).

Conclusion: Pneumococcal pneumonia in children predominantly affects those under 24 months of age, presenting with typical clinical features. The rates of severe pneumonia remain high. Early diagnosis and timely intervention are crucial to improving treatment outcomes. **Keywords:** Clinical characteristics, pneumococcal pneumonia, under 5 years old.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 2019 có 740.180 trẻ tử vong vì viêm phổi, chiếm 14% tổng số ca tử vong ở lứa tuổi này. Tại các nước đang phát triển, tỷ lệ mắc mới là 0,29 đợt/trẻ/năm. Ở Việt Nam, năm 2008 ghi nhận khoảng 2,9 triệu ca viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi, tỷ lệ mắc 0,35 đợt/trẻ/năm và khoảng 4.000 ca tử vong mỗi năm.^{1,2} Phế cầu (*Streptococcus pneumoniae*) là tác nhân vi khuẩn thường gặp gây viêm phổi ở trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi. Nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy phế cầu chiếm khoảng 44% các ca viêm phổi do vi khuẩn.³ Bệnh thường khởi phát rầm rộ với triệu chứng sốt cao, biến đổi toàn trạng và nguy cơ cao xuất hiện biến chứng như suy hô hấp, tràn dịch hoặc viêm mủ màng phổi, nhiễm khuẩn huyết. Xuất phát từ những thực tiễn trên, để có cơ sở khoa học làm rõ một số đặc điểm lâm sàng bệnh viêm phổi do phế cầu ở trẻ em, từ đó đề xuất các giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đặc điểm lâm sàng bệnh viêm phổi do phế cầu ở trẻ em tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương" với mục tiêu là: *Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh viêm phổi do phế cầu ở trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2024-2025.*

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Soi

Email: bssoibvng11991@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2025

Ngày duyệt bài: 29.9.2025