

phức tạp quá trình điều trị, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và tạo gánh nặng cho gia đình và xã hội. Do đó, việc xây dựng và thực hiện chiến lược quản lý sử dụng kháng sinh hiệu quả là rất cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em thường đa dạng và không đặc hiệu. Hai căn nguyên vi khuẩn phổ biến nhất là *Staphylococcus aureus* và *Escherichia coli*. Việc quản lý và sử dụng kháng sinh hợp lý đóng vai trò then chốt nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế sự gia tăng kháng kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Văn Kết, Tống Thị Hà, Phạm Duy Thái và cộng sự. (2020). Kháng kháng sinh và mối liên hệ kiểu gen của một số loài vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết ở bệnh nhân từ 1 tháng đến dưới 15 tuổi điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2019 - 2020. *Tạp chí Y học dự phòng*, **30**(10), 62-70.
2. Rudd K.E., Johnson S.C., Agesa K.M. et al. (2020). Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, **395**(10219): 200-211.
3. Santana M.C. de, Amoedo C.D.M., and Nascimento-Carvalho C.M. (2017). Clinical and epidemiological characteristics of children admitted with fever in emergency department with or without sepsis: Children with fever with or without sepsis. *J Infect Dev Ctries*, **11**(08): 597-603.
4. John E. Bennett, Raphael Dolin and Martin J. Blaser. (2019). Sepsis and Septic Shock. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. Ninth Edition, Elsevier, 990-1007.
5. Hà Thanh Hiếu, Bùi Quang Nghĩa, và Lê Hoàng Sơn. (2020). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị nhiễm trùng huyết ở trẻ tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2018-2020. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, **(29)**, 66-72.
6. Nguyễn Thị Duyên, Nguyễn Thị Thanh Tâm, Lương Thị Nghiêm và cộng sự. (2023). Giá trị của một số chỉ số bạch cầu hạt mở rộng trong chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết ở trẻ em. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, **167**(6), 16-23.
7. Nguyễn Thị Hà, Tạ Anh Tuấn và Phạm Hồng Nhung. (2024). Đặc điểm lâm sàng, vi sinh của nhiễm khuẩn huyết do *Staphylococcus aureus* ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, **178**(5), 52-60.
8. Plat V.D., Voeten D.M., Daams F. et al. (2021). C-reactive protein after major abdominal surgery in daily practice. *Surgery*, **170**(4), 1131-1139.
9. Castagno E., Aguzzi S., Rossi L. et al. (2023). Clinical Predictors and Biomarkers in Children With Sepsis and Bacterial Meningitis. *Pediatr Emerg Care*, **39**(5), 311.
10. Hà Phúc Hòa và Nguyễn Văn Kính. (2022). Tình trạng kháng kháng sinh của một số căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết tại trung tâm bệnh nhiệt đới bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*, **3**(39), 86-92.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH NHIỄM VÀ GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM CENTOR CẢI TIẾN TRONG CHẨN ĐOÁN NHIỄM LIÊN CẦU NHÓM A Ở TRẺ VIÊM HỌNG CẤP TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2025-2026

Đoàn Long Vinh¹, Nguyễn Đức Trí², Trần Đỗ Hùng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Liên cầu khuẩn nhóm A (*Streptococcus pyogenes*) là vi khuẩn gram dương

gây viêm họng cấp chiếm khoảng 15-30% các trường hợp ở trẻ em từ 5-15 tuổi và có thể dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm như thấp tim, thấp khớp và viêm cầu thận cấp...Thang điểm Centor cải tiến (Mclsaac) là công cụ dự đoán khả năng nhiễm liên cầu nhóm A dựa trên các tiêu chí lâm sàng, góp phần hỗ trợ quyết định sử dụng kháng sinh hợp lý và hạn chế tình trạng đề kháng kháng sinh của vi khuẩn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, tỉ lệ nhiễm và giá trị chẩn đoán của thang điểm Centor cải tiến trong chẩn đoán liên cầu nhóm A ở trẻ em viêm họng cấp tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ

¹ Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

² Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đỗ Hùng
Email: 24810132490@student.ctump.edu.vn

Mã bài: **N640**

Ngày nhận bài: 13.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2026

Ngày duyệt bài: 16.4.2026

2025-2026. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 170 trẻ được chẩn đoán viêm họng cấp đến khám tại Bệnh viện Nhi Đồng thành phố Cần Thơ từ tháng 9/2025 đến tháng 3/2026. **Kết quả:** Tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu là $5,50 \pm 3,05$ tuổi, với tỷ lệ nuôi cấy dương tính là 12,9%. Các triệu chứng lâm sàng sốt $>38^{\circ}\text{C}$ (48,2%), amidan phù nề/xuất tiết (26,5%) có ý nghĩa thống kê với kết quả nuôi cấy phân lập dương tính ($p < 0,05$), trong khi giới tính (55,3% là nữ), hạch cổ trước sưng đau (27,1%) và triệu chứng ho khan/chảy mũi trong (45,9%) không có mối liên quan ($p > 0,05$). Thang điểm Centor cải tiến cho khả năng dự đoán tốt với AUC = 0,774 với ngưỡng cắt ≥ 3 đạt độ nhạy 77,3% và độ đặc hiệu 73,0%. **Kết luận:** Viêm họng cấp do liên cầu có mối liên quan đáng kể với các triệu chứng như sốt $> 38^{\circ}\text{C}$ và amidan phù nề/ xuất tiết. Tại điểm cắt điểm Centor 3 điểm có giá trị tiên đoán viêm họng cấp do liên cầu nhóm A cao nhất với độ nhạy 77,3% và độ đặc hiệu 73,0%.

Từ khoá: Liên cầu nhóm A, thang điểm Centor cải tiến, Mclssac, viêm họng cấp.

SUMMARY

PREVALENCE OF INFECTION AND DIAGNOSTIC VALUE OF THE MODIFIED CENTOR SCORE FOR GROUP A STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS IN CHILDREN AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL IN 2025-2026

Background: Group A Streptococcus (*Streptococcus pyogenes*) is a Gram-positive bacterium responsible for approximately 15-30% of acute pharyngitis cases in children aged 5-15 years and may lead to serious complications such as rheumatic fever, rheumatic heart disease, and acute glomerulonephritis... The modified Centor (Mclsaac) score is a clinical prediction tool used to estimate the probability of Group A streptococcal infection based on clinical criteria, thereby supporting appropriate antibiotic prescribing and helping to limit the development of antimicrobial resistance. **Objectives:** To describe the clinical characteristics, prevalence of infection, antimicrobial resistance patterns, and the diagnostic value of the modified Centor score in diagnosing Group A streptococcal infection among children with acute pharyngitis at Can Tho City Children's Hospital during 2025-2026. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 170 children diagnosed with acute pharyngitis who presented to Can Tho City Children's Hospital from September 2025 to March 2026. **Results:** The mean age of the study participants was 5.50 ± 3.05 years, with a positive culture rate of 12.9%. Clinical manifestations including fever $>38^{\circ}\text{C}$ (48.2%) and tonsillar swelling/exudates (26.5%) were

significantly associated with positive bacterial culture results ($p < 0.05$). In contrast, sex (55.3% female), anterior cervical lymphadenopathy (27.1%), and symptoms of dry cough/clear rhinorrhea (45.9%) showed no statistically significant association ($p > 0.05$). The modified Centor score demonstrated good predictive performance with an area under the curve (AUC) of 0.774. A cutoff value of ≥ 3 yielded a sensitivity of 77.3% and a specificity of 73.0%. **Conclusions:** Streptococcal acute pharyngitis was significantly associated with clinical features such as fever $>38^{\circ}\text{C}$ and tonsillar swelling/exudates. A modified Centor score cutoff of 3 provided the highest predictive value for Group A streptococcal pharyngitis, with a sensitivity of 77.3% and a specificity of 73.0%.

Keywords: Group A Streptococcus, modified Centor score, Mclssac, acute pharyngitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liên cầu nhóm A là một liên cầu khuẩn gram dương chúng lây nhiễm cho hơn 18 triệu người và gây ra hơn 500.000 ca tử vong hàng năm trên toàn cầu [8]. Liên cầu nhóm A là nguyên nhân chính gây viêm họng do tác nhân vi khuẩn, chiếm khoảng 15-30% các trường hợp ở trẻ em từ 5 đến 15 tuổi dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm như sốt thấp khớp cấp, thấp tim, viêm cầu thận cấp... Nhiều nghiên cứu đã được thực hiện trên nhiều khu vực và quốc gia khác nhau đã đưa ra các thang điểm dự đoán viêm họng do liên cầu nhóm A, trong đó thang điểm được áp dụng rộng rãi và được nhiều đồng thuận nhất là thang điểm Centor cải tiến (Mclsaac) [5]. Thang điểm có giá trị từ 0-5 điểm, các tiêu chí đánh giá chủ yếu dựa trên đặc điểm lâm sàng (tuổi, nhiệt độ cơ thể, hạch cổ, triệu chứng ho khan và chảy mũi trong) [5].

Theo nghiên cứu của Molla Tadesse (2023) trên 215 trường hợp viêm họng cấp từ 5-15 tuổi cho thấy tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm A là 10,7% [6]. Chính vì vậy, để giúp cho các bác sĩ có được quyết định chính xác trong chẩn đoán và điều trị viêm họng do liên cầu nhóm A, nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Nghiên cứu tình hình nhiễm và giá trị thang điểm Centor cải tiến trong chẩn đoán nhiễm liên cầu nhóm A ở trẻ viêm họng cấp tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ năm 2025-2026" nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, tỷ lệ nhiễm khuẩn và giá trị thang điểm Centor cải tiến trong chẩn đoán nhiễm khuẩn liên cầu nhóm A ở trẻ viêm họng cấp tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Tất cả các trẻ đến khám và được chẩn đoán viêm họng cấp tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ năm 2025-2026.

Tiêu chuẩn chọn

Tất cả các trẻ được chẩn đoán viêm họng cấp theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2015) [1].

- Triệu chứng toàn thân: sốt trong khoảng 38°C - 39°C (có thể tới 40°C) ở trẻ em.

- Triệu chứng cơ năng: lúc đầu ho khan, sau ho có đờm, thường có ngạt mũi, chảy mũi trong...

- Triệu chứng thực thể: niêm mạc họng đỏ rực, xuất tiết, amidan sưng to, xung huyết, hay có những chấm mủ trắng trên bề mặt. Có thể có sưng hạch góc hàm, ấn đau.

Tiêu chuẩn loại trừ

Trẻ đã sử dụng thuốc kháng sinh trong 2 tuần vừa qua.

Trẻ đang điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch.

Trẻ có các bệnh lý nhiễm trùng khác đi kèm.

Người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Khám và khoa Xét nghiệm của Bệnh viện Nhi Đồng thành phố Cần Thơ từ tháng 09/2025 đến 03/2026.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chúng tôi chọn công thức ước lượng một tỷ lệ với sai số tương đối:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

α là sai sót loại 1, chúng tôi chọn $\alpha = 5\% \Rightarrow$ hệ số tin cậy $1-\alpha = 95\%$

$\Rightarrow Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96.$

n là cỡ mẫu tối thiểu.

d là sai số cho phép, chúng tôi chọn $d = 5\%$.

p là tỷ lệ ước tính. Theo nghiên cứu của Molla Tadesse và cộng sự (2023) trên 215 bệnh nhân bị viêm họng, tỷ lệ phân lập được liên cầu tan nhóm A là 10,7%, chúng tôi chọn $p = 0,11$ [6].

Thay vào công thức, chúng tôi được $n = 150,4$. Vì vậy chúng tôi chọn vào nghiên cứu 151 trẻ bị viêm họng cấp tính. Chọn mẫu thuận tiện liên tiếp các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ. Thực tế có 170 trường hợp trẻ được đưa vào nghiên cứu.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung đối tượng: Tuổi (chia thành 2 nhóm < 5 tuổi, ≥ 5 tuổi), giới tính (nam và nữ), nơi trẻ sinh hoạt thường xuyên (ở nhà và ở nhà trẻ/trường học).

- Đặc điểm lâm sàng viêm họng cấp: Nhiệt độ cơ thể ($> 38^\circ\text{C}$ và $\leq 38^\circ\text{C}$), amidan phù nề hoặc xuất tiết (chia làm 2 nhóm: có và không), hạch cổ trước sưng đau (chia làm 2 nhóm: có và không), ho khan và chảy mũi trong (chia làm 2 nhóm: có và không).

- Đặc điểm nuôi cấy vi sinh: Phân lập định danh vi khuẩn liên cầu nhóm A dựa vào các đặc điểm (cầu khuẩn, gram dương, vòng tan huyết, test catalase (-), test bacitraccin (+)): chia làm 2 nhóm là dương tính và âm tính.

- Giá trị chẩn đoán thang điểm Centor cải tiến: Dựa vào các triệu chứng ghi nhận, đánh giá diện tích dưới đường cong (AUC), chỉ số Youden, độ nhạy, độ đặc hiệu.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu và phân tích số liệu: các số liệu thu thập và được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0.

2.2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y dược Cần Thơ số 25.146.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30 tháng 06 năm 2025.

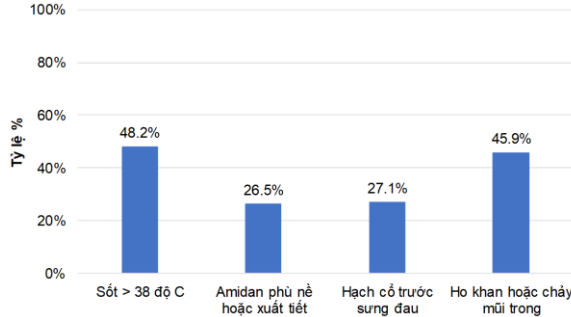
III. KẾT QUẢ**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	Tuổi trung bình: 5.5 ± 3.05 , lớn nhất là 15 tuổi, nhỏ nhất là 1 tuổi.	
≤ 5 tuổi	108	63,5
> 5 tuổi	62	36,5
Giới tính		
Nam	76	44,7
Nữ	94	55,3
Thực trạng đi học/ nhà trẻ		
Có	112	65,9
Không	58	34,1
Tổng	170	100

Nhận xét: Nhóm trẻ ≤ 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (63,5%), trong khi nhóm > 5 tuổi chiếm 36,5%. Về giới tính, tỷ lệ nữ chiếm 55,3% và nam chiếm 44,7%. Trong 170 đối tượng nghiên cứu có 112 trẻ đi học/ nhà trẻ chiếm 65,9% và 34,1% trẻ ở nhà.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm A ở trẻ viêm họng cấp.



Biểu đồ 1. Một số triệu chứng lâm sàng viêm họng cấp ở trẻ

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là sốt >38°C (48,2%), tiếp theo là ho khan

hoặc chảy mũi trong (45,9%). Amidan phù nề hoặc xuất tiết và hạch cổ trước sưng đau gặp lần lượt 26,5% và 27,1% trường hợp.

Bảng 2. Tỷ lệ viêm họng cấp do liên cầu nhóm A

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nuôi cấy, phân lập liên cầu nhóm A	Dương tính	22	12,9
	Âm tính	148	87,1
Tổng		170	100

Nhận xét: Trong 170 mẫu cho thấy 22 trường hợp dương tính với liên cầu nhóm A, chiếm 12,9% tổng số mẫu nghiên cứu.

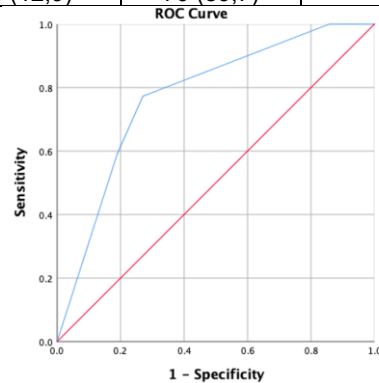
3.3. Một số đặc điểm liên quan đến tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm A ở trẻ viêm họng cấp.

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng với nhiễm liên cầu nhóm A ở trẻ viêm họng cấp

		Nuôi cấy		OR (95%CI)	p
		Dương tính n (%)	Âm tính n (%)		
Giới tính	Nam	12 (15,8)	64 (84,2)	1,6	0,32
	Nữ	10 (10,6)	84 (89,4)		
Nhóm tuổi	> 5 tuổi	12 (19,4)	50 (80,6)	2,5	0,059
	< = 5 tuổi	10 (9,3)	98 (90,7)		
Trẻ đang đi học/ nhà trẻ hay ở nhà	Đi học/ nhà trẻ	18 (16,1)	94 (83,9)	2,6	0,09
	Ở nhà	4 (6,9)	54 (93,1)		
Nhiệt độ cơ thể	> 38°C	17 (20,7)	65 (79,3)	4,3	0,03
	≤ 38°C	5 (5,7)	83 (94,3)		
Amidan phù nề hoặc xuất tiết	Có	15 (33,3)	30 (66,7)	8,4	< 0,001
	Không	7 (5,6)	118 (94,4)		
Hạch cổ trước sưng đau	Có	6 (13,0)	40 (87,0)	1,0	0,98
	Không	16 (12,6)	108 (87,1)		
Ho khan hoặc chảy mũi trong	Không	14 (15,2)	78 (84,8)	1,6	0,33
	Có	8 (12,9)	70 (89,7)		

Nhận xét: Trong tổng số 170 bệnh nhân viêm họng cấp, tỷ lệ dương tính ở nam (chiếm 15,8%) gấp 1,6 lần nữ và xu hướng cao ở trẻ > 5 tuổi (chiếm 19,4%), khi tỷ lệ mắc gấp 2,5 lần so với trẻ nhỏ hơn. Đối với trẻ đi học hay ở nhà trẻ nhiễm liên cầu nhóm A (chiếm 16,1%) cao gấp 2,6 lần so với trẻ ở nhà. Về đặc điểm lâm sàng, trẻ có triệu chứng sốt >38°C có tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm A là 20,7% (cao gấp 4,3) và ở trẻ này có triệu chứng amidan phù nề hoặc xuất tiết chiếm tỷ lệ 33,3% cao gấp 8,4 lần so với trẻ không có triệu chứng này. Ngược lại, trẻ viêm họng cấp do liên cầu nhóm A có triệu chứng hạch cổ sưng đau chiếm 13,0% và ho khan hay chảy mũi trong chiếm 15,2%.

3.4. Giá trị thang điểm Centor cải tiến trong chẩn đoán viêm họng cấp do liên cầu nhóm A



Biểu đồ 3: Biểu đồ đường cong ROC

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong (AUC) = 0,774.

Bảng 4. Giá trị tiên lượng chẩn đoán nhiễm liên cầu nhóm A ở trẻ viêm họng cấp

Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Chỉ số
----------	---------	-------------	--------

(Cut-off)	(Sensitivity)	(Specificity)	Youden
≥ 0	1	0	0
≥ 1	1	0,034	0,034
≥ 2	1	0,142	0,142
≥ 3	0,773	0,73	0,502
≥ 4	0,591	0,811	0,402

Nhận xét: Ở điểm cắt ≥ 3 , thang điểm đạt độ nhạy 77,3% và độ đặc hiệu 73%, với chỉ số Youden cao nhất (0,502). Ngưỡng ≥ 4 làm tăng độ đặc hiệu (81,1%) nhưng giảm độ nhạy (59,1%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu độ tuổi trung bình của đối tượng là $5,5 \pm 3,05$ tuổi, dao động từ 1 đến 15 tuổi. Nhóm ≤ 5 tuổi chiếm tỷ lệ 63,5%, trong khi nhóm >5 tuổi chiếm 36,5%. Plón bệnh nhân viêm họng cấp đến khám thuộc nhóm trẻ ≤ 5 tuổi và ghi nhận kết quả tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm A ở trẻ >5 tuổi cao hơn (19,4% so với 9,3%). Về đặc điểm giới tính ghi nhận tỷ lệ nữ chiếm ưu thế (55,3%) và không ghi nhận mối liên quan giữa giới tính với nhiễm liên cầu nhóm A. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Tadesse và cộng sự (2023) ghi nhận tỷ lệ nhiễm cao hơn ở nhóm trẻ 5 - 15 (18,8%) và giới tính không liên quan đến khả năng nhiễm liên cầu nhóm A ($p = 0,6$), điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của liên cầu nhóm A, cơ chế lây truyền chủ yếu qua giọt bắn đường hô hấp và tiếp xúc gần, không phụ thuộc vào yếu tố về giới tính [6].

Phần lớn đối tượng nghiên cứu đang đi học hoặc nhà trẻ (chiếm 65,9%), mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,09$) nhưng kết quả cho thấy nguy cơ nhiễm liên cầu tăng cao ở trẻ sinh hoạt trong môi trường tập thể (chiếm 81% trong các trường hợp nhiễm khuẩn liên cầu). Tương tự nghiên cứu của tác giả Avire và cộng sự (2021) về nguy cơ nhiễm liên cầu nhóm A nhấn mạnh môi trường tập thể như trường học và nhà trẻ là yếu tố thuận lợi cho lây truyền [4].

Trong kết quả nghiên cứu của tôi ghi nhận trẻ nhiễm liên cầu nhóm A có triệu chứng sốt $>38^\circ\text{C}$ và amidan phù nề/xuất tiết có ý nghĩa thống kê và cao gấp nhiều lần so với trẻ không có các triệu chứng trên lần lượt là 4,3 và 8,3. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Tadesse trên 215 bệnh nhân, ghi nhận sự hiện diện của triệu chứng amidan mưng mủ làm tăng xác suất nhiễm lên khoảng 35-40% so với $<10\%$ ở nhóm không có mủ và triệu chứng sốt là yếu tố làm tăng xác suất nhiễm khoảng 2-3 lần [6].

Ngược lại, các triệu chứng như ho khan/chảy mũi trong và hạch cổ trước sưng đau ở trẻ nhiễm liên cầu nhóm A đều không có ý nghĩa thống kê, trong đó trẻ nhiễm liên cầu thì không có triệu chứng ho khan/ chảy mũi trong cao gấp 1,6 lần so với còn lại. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Tadesse và cộng sự (2023) tại Ethiopia trên 215 trẻ viêm họng cấp, với tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm A là 10,7%. Trong đó, triệu chứng amidan xuất tiết chiếm 28,8% đạt ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và triệu chứng ho khan được ghi nhận là làm giảm nguy cơ nhiễm bệnh. Đáng chú ý, triệu chứng sốt chiếm 73,0% và không có ý nghĩa thống kê [6]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Diễm (2024) ghi nhận độ nhạy của triệu chứng sốt chiếm khoảng 70-80% và amidan xuất tiết có độ đặc hiệu cao hơn so với các triệu chứng khác trong dự đoán nhiễm liên cầu nhóm A [2].

Nghiên cứu của tôi ghi nhận tại điểm cắt ≥ 3 của thang điểm Centor cải tiến cho độ nhạy 77,3%, độ đặc hiệu 73% với điểm tối đa của chỉ số Youden là 0,502. Khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Aalbers và cộng sự (2011) trên 21 nghiên cứu đã công bố (> 4.000 bệnh nhân) ghi nhận độ nhạy của điểm Centor ≥ 3 dao động 65-85% và độ đặc hiệu 60-80%, khá gần với kết quả 73% đặc hiệu của nghiên cứu của tôi [3]. Như vậy, trong nghiên cứu của tôi có độ nhạy và độ đặc hiệu nằm trong khoảng tương đồng với nghiên cứu này, cho thấy tính ổn định của mô hình dự đoán.

So với nghiên cứu của tác giả Taya và cộng sự (2024), độ nhạy của thang điểm Centor ≥ 3 khoảng 75-82% và độ đặc hiệu khoảng 65-78%, tương đồng với kết quả của tôi [7]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Diễm (2024) ghi nhận tại điểm cắt 2 điểm có giá trị chẩn đoán tiên lượng viêm họng cấp do liên cầu nhóm A cao nhất với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 70% [2]. Qua đó, nghiên cứu của tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế và trong nước, khẳng định tính giá trị và khả năng ứng dụng của thang điểm Centor cải tiến trong bối cảnh thực hành lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 170 bệnh nhân viêm họng cấp đến khám tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, chúng tôi nhận thấy:

Tỷ lệ nhiễm vi khuẩn liên cầu nhóm A ở mức 10,7%, trong đó phân bố chủ yếu ở lứa tuổi > 5

tuổi và có xu hướng ở trẻ thường xuyên sinh hoạt ở nơi đông người (nhà trẻ hoặc trường học). Triệu chứng lâm sàng sốt và amidan phù nề hoặc xuất tiết có ý nghĩa thống kê với tình trạng nhiễm liên cầu nhóm A.

Giá trị thang điểm Centor cải tiến ≥ 3 cho thấy độ nhạy 77,3%, độ đặc hiệu 73% trong việc tiên lượng nhiễm liên cầu nhóm A ở trẻ viêm họng cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Quyết định số 5643/QĐ-BYT.
2. Nguyễn Thị Diễm, Trần Phan Chung Thuỷ (2024), "Giá trị thang điểm centor cải tiến trong chẩn đoán viêm họng cấp do liên cầu khuẩn beta nhóm A", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 540(3).
3. Aalbers Jolien, Kirsty K O'Brien, Wai-Sun Chan, et al (2011), "Predicting streptococcal pharyngitis in adults in primary care: a systematic review of the diagnostic accuracy of symptoms and signs and validation of the Centor score", *BMC medicine*, 9, 1-11.
4. Avire Nelly Janira, Harriet Whitley, Kirstin Ross (2021), "A review of Streptococcus pyogenes: public health risk factors, prevention and control", *Pathogens*, 10(2), 248.
5. McIsaac W., David. White, David. Tannenbaum, et al (1998), "A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat", *Cmaj*, 158(1), 75-83.
6. Tadesse Molla, Yohanes Hailu, Sirak Biset, et al (2023), "Prevalence, antibiotic susceptibility profile and associated factors of group A Streptococcal pharyngitis among pediatric patients with acute pharyngitis in Gondar, Northwest Ethiopia", *Infection and Drug Resistance*, 1637-1648.
7. Taya Usama, Mai Abonewair, Amal Hosni, et al (2024), "Assessing the Diagnostic Accuracy and Validity of the McIsaac Modified Centor Score in Predicting Group A Beta Hemolytic Streptococcal Pharyngitis in A Trial to End Antibiotic Abuse in Children", *SVU-International Journal of Medical Sciences*, 7(2), 767-777.
8. Thacharodi Aswin, Saqib Hassan, Avadh Vithlani, et al (2025), "The burden of group A Streptococcus (GAS) infections: The challenge continues in the twenty-first century", *iScience*, 28(1).

NGHIÊN CỨU CẮT NGANG TRÊN CBCT VỀ HÌNH THÁI, KÍCH THƯỚC LỖ LƯỖI GIỮA VÀ LỖ LƯỖI BÊN XƯƠNG HÀM DƯỚI Ở NGƯỜI TRUNG NIÊN 45-59 TUỔI

Trương Đình Khởi¹, Lê Linh Chi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định hình thái, số lượng, vị trí và kích thước của lỗ lướn giữa và lỗ lướn bên trên phim CBCT ở người trung niên 45-59 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 158 phim CBCT (87 nam, 71 nữ), khảo sát 247 lỗ lướn giữa và 274 lỗ lướn bên. Các chỉ số bao gồm số lượng, vị trí, đường kính dọc, đường kính ngang, khoảng cách đến bờ dưới và thành ngoài xương hàm dưới. **Kết quả:** 100% đối tượng có ít nhất một lỗ lướn giữa; lỗ lướn bên xuất hiện với tỷ lệ

71,52%. Lỗ lướn giữa chủ yếu nằm trên gai cằm (72,15%) trong khi lỗ lướn bên tập trung ở vùng răng hàm nhỏ và răng hàm lớn. Các kích thước của cả lỗ lướn giữa và lỗ lướn bên ở nam lớn hơn nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Phần lớn các lỗ có kích thước $\leq 1\text{mm}$, tuy nhiên vẫn ghi nhận một tỷ lệ nhất định $> 1\text{mm}$, đặc biệt ở lỗ lướn giữa. **Kết luận:** Lỗ lướn là cấu trúc giải phẫu phổ biến với sự biến thiên đáng kể về số lượng, vị trí và kích thước, đồng thời có sự khác biệt rõ rệt theo giới tính. Việc đánh giá trước phẫu thuật bằng CBCT có ý nghĩa quan trọng trong lập kế hoạch điều trị, đặc biệt trong nhổ răng ngầm và cấy ghép implant vùng trước hàm dưới nhằm giảm thiểu nguy cơ biến chứng mạch máu.

Từ khóa: Lỗ lướn giữa (MLF), lỗ lướn bên (LLF), chụp cắt lớp chòm tia hình nón (CBCT)

SUMMARY

¹ Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội
 Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Khởi
 Email: bskhoirhm@gmail.com
 Mã bài: N676
 Ngày nhận bài: 12.3.2026
 Ngày phản biện khoa học: 17.3.2026
 Ngày duyệt bài: 17.4.2026