

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA TRẺ MẮC VIÊM THANH QUẢN CẤP TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2021-2022

Đinh Dương Tùng Anh^{1,2}, Phạm Thị Bích Vân¹, Hoàng Ngọc Anh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thiết kế hồi cứu mô tả với mục tiêu sau: mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của viêm thanh quản cấp (VTQC) tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2021. Nghiên cứu đã phân tích 64 hồ sơ bệnh án VTQC. Kết quả nghiên cứu cho thấy VTQC thường gặp ở nhóm trẻ dưới 60 tháng tuổi, ở trẻ nam hơn trẻ nữ, ở trẻ đến từ vùng ngoại thành nhiều hơn từ vùng nội thành. Bệnh thường gặp vào mùa đông – xuân với các triệu chứng thường gặp là khàn tiếng, ho ông ổng, sốt, thở rít và rút lõm lồng ngực. Tất cả các ca bệnh đều được điều trị khỏi hoặc đỡ với việc sử dụng adrenalin khí dung để cắt cơn khó thở thanh quản và corticoid kết hợp các dạng thuốc tiêm, uống và khí dung. Tỷ lệ trẻ VTQC nhập viện có khó thở thanh quản độ II, III còn khá cao trong nghiên cứu này.

Từ khóa: viêm thanh quản cấp; trẻ em; thở rít

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA CAUSED BY S. PNEUMONIAE AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2019-2020

A descriptive study using retrospective data with the following objectives: to describe some clinical, subclinical characteristics and treatment results of acute laryngitis at Hai Phong Children's Hospital from January 1/ 2021 to December 31/ 2021. Study on 64 medical records of inpatients with acute laryngitis showed that this disease was more common in children under 60 months of age, in boys than in girls and in children from suburban areas more than in urban areas. The disease was popular in winter - spring with the most common symptoms such as: hoarseness, barking cough, fever, stridor and chest retraction. All the patients were cured or relieved with the use of nebulized adrenaline to relieve laryngeal dyspnea and corticosteroids in combination with injection, oral and oral medications. The rate of children admitted to hospital with laryngeal dyspnea level II and III was still quite high in this study.

Keywords: acute laryngitis; children; stridor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm thanh quản cấp là bệnh thường gặp

nhất của thanh quản. Nó được mô tả là tình trạng viêm niêm mạc thanh quản kéo dài dưới ba tuần. Nó có thể liên quan đến bất kỳ khu vực nào của thanh quản, bao gồm cả khu vực thượng thanh, thanh môn và dưới thanh quản. Sự xuất hiện của viêm thanh quản cao nhất ở trẻ em từ sáu tháng đến ba tuổi. Nó thường là do nhiễm virus cấp tính, thường là một tình trạng nhẹ và tự giới hạn, kéo dài trong khoảng thời gian từ 3 đến 7 ngày ở những người khỏe mạnh. Một nghiên cứu cho thấy trong số ước tính 839 ± 89 nghìn trẻ em báo cáo vấn đề về giọng nói ở Hoa Kỳ, viêm thanh quản cấp tính là chẩn đoán phổ biến nhất¹. Những thay đổi bệnh lý của VTQC cuối cùng có thể gây ra suy hô hấp.

Xử trí viêm thanh quản khác nhau tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng. Nói chung, điều trị thường là hỗ trợ, với việc nghỉ ngơi bằng giọng nói, bù nước đầy đủ, thuốc tiêu nhầy và kháng khuẩn nếu cần². Tuy nhiên, trong những trường hợp nặng, đặc biệt là những người bị khó thở ở thanh quản, cần dùng corticosteroid và adrenaline. Viêm thanh quản cấp tính có thể dẫn đến những biến chứng nguy hiểm nhưng bệnh hoàn toàn có thể phòng ngừa và điều trị triệt để nếu được phát hiện, chẩn đoán và điều trị kịp thời. Điều này đặt ra câu hỏi về thực trạng của các đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của viêm thanh quản ở trẻ em cũng như kết quả điều trị các ca bệnh này. Ngoài ra, theo hiểu biết của chúng tôi, gần đây ở Hải Phòng chưa có nghiên cứu nào về căn bệnh này trên đối tượng là trẻ em sinh sống tại Hải Phòng. Thực hiện nghiên cứu với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của bệnh viêm thanh quản ở bệnh nhân tại Khoa Hô hấp - Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 1/1/2021 đến ngày 31/12/2021.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị của các bệnh nhân đã báo cáo ở trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các hồ sơ bệnh án của các trường hợp bệnh nhân từ 1 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán viêm thanh quản cấp và đã được điều trị tại khoa Hô hấp – Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 1/1/2021 đến ngày 31/12/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh

Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2022

Ngày duyệt bài: 21.11.2022

ngiên cứu. Hồ sơ bệnh án của trẻ nhập viện và được chẩn đoán là viêm thanh quản cấp theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam với các triệu chứng sau: trẻ có khó thở, co rút các cơ hô hấp phụ, khàn tiếng, ho ông ổng thành cơn, tiếng thở rít, nói lắp và có thể sốt hoặc nhiễm trùng đường hô hấp trước đó [52].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không bao gồm dữ liệu đầy đủ để đánh giá.
- Hồ sơ bệnh án của trẻ có các nguyên nhân khác của thở rít thanh quản: mềm sụn thanh quản, u lành tính thanh quản, hẹp dưới thanh quản, liệt dây thanh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh có sử dụng số liệu hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: gồm toàn bộ số hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán trong thời gian nghiên cứu. Tổng cộng, chúng tôi đã thu thập được 64 ca bệnh trong nghiên cứu này.

2.4. Phương pháp thu thập thông tin: thu thập số liệu nghiên cứu từ các bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được chọn theo mẫu bệnh án đã thiết kế trước.

2.5. Xử lý số liệu: số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này được thực hiện dưới sự đồng ý của Hội đồng Khoa học – Giáo dục Trường Đại học Y Dược Hải Phòng (theo quyết định số 63.722/QĐ-YDHP ngày 18/4/2022) và Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Các thông tin của bệnh nhân được thu thập giấu tên, tuân thủ các nguyên tắc bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu. Số liệu thu thập mang tính chính xác, trung thực.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát 64 ca bệnh VTQC tại khoa Hô hấp – BVTEHP, chúng tôi thu được một số kết quả nghiên cứu sau.

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của viêm thanh quản cấp (n=64)

| Tiêu chí | | Số ca bệnh (n) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------------------|---------------|----------------|-----------|
| Tuổi X ± SD: 30.9 ± 25.9 tháng | 2 - <12 tháng | 13 | 20,3 |
| | 12 -60 tháng | 43 | 67,2 |
| | ≥60 tháng | 8 | 12,5 |
| Địa dư | Ngoại thành | 42 | 65,6 |
| | Nội thành | 22 | 34,4 |

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm thanh quản cấp

| Phân loại | Đặc điểm | Số ca bệnh (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------|------------|----------------|-----------|
| Triệu chứng | Kích thích | 4 | 6,3 |

| Giới | Nam | 50 | 78,1 |
|------|-----|----|------|
| | Nữ | 14 | 21,9 |

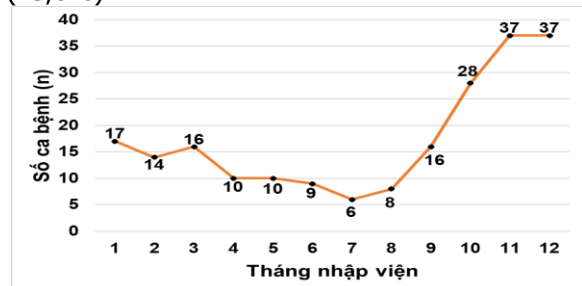
VTQC gặp nhiều hơn ở nhóm trẻ từ 2 - <12 tháng tuổi và gặp chủ yếu ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ (Bảng 1). Đánh giá về phân bố số ca bệnh theo đặc điểm địa dư và thời gian nhập viện, chúng tôi nhận thấy VTQC chủ yếu gặp ở trẻ đến từ vùng ngoại thành của Hải Phòng (bao gồm các huyện An Dương, An Lão, Kiến Thụy, Tiên Lãng, Thủy Nguyên, Vĩnh Bảo Bạch Long Vĩ và Cát Hải, 42/64 ca, chiếm 65,6% tổng số ca bệnh) (bảng 1). Ngoài ra, bệnh có tính chất theo mùa rõ ràng với số ca mắc bệnh tập trung cao vào những tháng mùa đông – xuân (tháng 9 đến tháng 2: 78,2%) (hình 1).

Bảng 2. Lí do vào viện của trẻ mắc VTQC (n=64)

| Lí do vào viện | Số ca bệnh (n) | Tỉ lệ (%) |
|----------------|----------------|-----------|
| Ho ông ổng | 34 | 53.1 |
| Sốt | 11 | 17.2 |
| Khó thở | 11 | 17.2 |
| Thở rít | 5 | 7.8 |
| Khàn tiếng | 2 | 3.1 |
| Mất tiếng | 1 | 1.6 |

Hơn một nửa số ca bệnh vào viện do trẻ ho ông ổng. Một số lí do vào viện thường gặp khác là trẻ có sốt, khó thở, thở rít và khàn tiếng.

Khó thở thanh quản xuất hiện ở tất cả 64 trường hợp VTQC được điều trị nội trú tại BVTEHP, trong đó khó thở thanh quản độ II và độ III chiếm phần lớn (60,9%) (bảng 2). Các triệu chứng thường gặp ở hầu hết các ca bệnh là khàn tiếng và ho ông ổng (93,8% và 100%). Các triệu chứng nặng của VTQC như rút lõm lồng ngực và thở rít thanh quản cũng gặp ở phần lớn các ca bệnh (73,4% và 60,9%). Ngoài ra, sốt cũng là một triệu chứng hay gặp trên trẻ VTQC (43,8%).



Hình 1. Phân bố số ca bệnh theo thời điểm nhập viện

| | | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------|------|-------------|
| lâm sàng (n = 64) | Sốt | | 28 | 43,8 |
| | Tím tái (môi hoặc/và đầu chi) | | 2 | 3,1 |
| | Thở nhanh theo lứa tuổi | | 14 | 21,9 |
| | Ho ồ ồ ồ | | 64 | 100 |
| | Khàn tiếng | | 60 | 93,8 |
| | Mất tiếng | | 3 | 4,7 |
| | Khó thở thanh quản | ĐỘ I | 25 | 39,1 |
| | | ĐỘ II | 37 | 57,8 |
| | | ĐỘ III | 2 | 3,1 |
| | Rút lõm lồng ngực | | 47 | 73,4 |
| Tiếng thổi rít thanh quản (stridor) | | 39 | 60,9 | |
| Triệu chứng cận lâm sàng (n=64) | Số lượng bạch cầu $\bar{X} \pm SD$: 10.58 ± 3.66 G/l | Tăng | 20 | 31,3 |
| | | Bình thường | 35 | 54,7 |
| | | Giảm | 9 | 14,0 |
| | Số lượng bạch cầu hạt trung tính $\bar{X} \pm SD$: 5.45 ± 3.04 G/l | Tăng | 23 | 35,9 |
| | | Bình thường | 31 | 48,4 |
| | | Giảm | 10 | 15,7 |
| | CRP | Tăng | 11 | 17,2 |
| | | Bình thường | 53 | 82,8 |
| | Test kháng nguyên | Virus hợp bào hô hấp (n=32) | 12 | 37,5 |
| | | Virus cúm typ A (n=25) | 2 | 8 |
| Virus cúm typ B (n=25) | | 0 | 0 | |

Xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy tỉ lệ bệnh nhân VTQC có thay đổi về số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi chiếm 45,3%, tỉ lệ bạch cầu hạt trung tính tăng ở 35,9% và giảm ở 15,6%. Chỉ số CRP chỉ tăng trong số ít ca bệnh. Virus hợp bào hô hấp (RSV) được tìm thấy ở khoảng 1/3 trong tổng số 32 ca test, trong khi cúm A dương tính ở 2/25 ca bệnh VTQC (bảng 3).

Bảng 4. Điều trị viêm thanh quản cấp

| Điều trị | | Số ca bệnh(n) | Tỷ lệ (n) |
|---|---------------------------------------|---------------|-----------|
| Corticoid | Dexamethasone +Prednisone + Pulmicort | 24 | 37,5 |
| | Prednisone + Pulmicort | 35 | 54,7 |
| | Pulmicort | 5 | 7,8 |
| Số lượt khí dung Adrenalin (lượt) $\bar{X} \pm SD$: 1,0± 0,8lượt | 0 | 14 | 21,9 |
| | 1 | 37 | 57,8 |
| | 2 | 10 | 15,6 |
| | ≥ 3 | 3 | 4,7 |
| Số ngày điều trị (ngày) $\bar{X} \pm SD$: 5,1± 3,1ngày, min: 1 ngày, max:8 ngày | 1 | 8 | 12,5 |
| | 2 | 7 | 10,9 |
| | ≥3 | 49 | 76,6 |
| Kết quả đợt điều trị | Khỏi | 34 | 53,1 |
| | Đỡ | 30 | 46,9 |
| | Nặng hơn hoặc tử vong | 0 | 0 |

Có một tỉ lệ không nhỏ (37,5%) số ca VTQC cần điều trị theo phác đồ kết hợp

(Dexamethasone + Prednisone + Pulmicort) trong khi đa số các trường hợp được điều trị bằng phác đồ kết hợp uống Prednisone và khí dung Pulmicort. Số lượt sử dụng khí dung Adrenalin để cắt cơn khó thở thanh quản trong quá trình điều trị của bệnh nhân đa số là 1 lượt (57,8%). Chỉ có 21,9% trẻ VTQC không cần phương thức điều trị này và 4,7% ca bệnh cần sử dụng ít nhất 3 lượt khí dung Adrenalin trong quá trình điều trị (bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi về VTQC ở trẻ em được điều trị tại BVTEHP trong năm 2021 cho thấy bệnh gặp chủ yếu ở trẻ nam, với tỉ lệ nam/nữ là 3,6/1. Kết quả này có sự tương đồng với một nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi đồng I cho thấy tỉ lệ trẻ nam/nữ trong bệnh VTQC là 2,7/1³. Nghiên cứu của tác giả Doo Ri Lee tại Hàn Quốc cũng cho thấy VTQC thường gặp ở trẻ nam hơn là trẻ nữ, với tỉ lệ 1,9/1⁴. Đa số các trẻ bị VTQC ở trong độ tuổi 12-59 tháng (67,2%) và độ tuổi trung bình là 30.9 ± 25.9 tháng. Điều này có sự tương đồng với nghiên cứu của Doo Ri Lee cho thấy độ tuổi trung bình của trẻ VTQC tại Hàn Quốc là 2.2 ± 2 tuổi⁴. Trong khi đó, nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi đồng I cho thấy đa phần trẻ bị VTQC ở độ tuổi dưới 2 tuổi (78%)³. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có hơn 2/3 số ca bệnh VTQC ở trẻ đến từ vùng ngoại thành của Hải Phòng, có sự khác biệt với một nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Huế cho thấy hơn 2/3 số ca bệnh VTQC tới từ trẻ ở vùng nội thành. Điều

này cho thấy những đặc điểm riêng của VTQC ở trẻ em tại mỗi vùng miền⁵. Lí do vào viện thường gặp nhất trong nghiên cứu này là ho ông ổng, khó thở và sốt. Kết quả này của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu tại Hàn Quốc cũng cho thấy ba lí do đến khám thường gặp nhất của trẻ VTQC là ho, sốt và khó thở⁴.

Thăm khám trẻ bị VTQC cho thấy khàn tiếng gặp ở tất cả 64 trẻ trong nghiên cứu. Nghiên cứu của Lê Thị Minh Nguyệt cũng cho thấy kết quả tương tự của chúng tôi⁵. Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả này lại cho thấy tỉ lệ trẻ VTQC có triệu chứng ho ông ổng tại BVTW Huế (45,9%) thấp hơn rõ rệt so với nghiên cứu của chúng tôi (93,8%). Rút lõm lồng ngực là một triệu chứng nặng của VTQC và gặp trên 73,4% trẻ bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi, tương đồng với tỉ lệ 76% trong nghiên cứu của Yang WC. tại Trung Quốc⁶. Nghiên cứu này của Yang WC. còn cho thấy tỉ lệ trẻ VTQC có thở rít thanh quản gặp ở 99% số ca bệnh, tương đối cao hơn so với tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi (60,9%).

Xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy tỉ lệ bệnh nhân VTQC có thay đổi về số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi chiếm 45,3%, tỉ lệ bạch cầu hạt trung tính tăng ở 35,9% và giảm ở 15,6%. Chỉ số CRP chỉ tăng trong số ít ca bệnh. Nghiên cứu của Lê Thị Minh Nguyệt cho thấy tỉ lệ tăng số lượng bạch cầu cũng như số lượng bạch cầu hạt trung tính chiếm 30% số ca bệnh. Tỉ lệ này trong nghiên cứu của Từ Thị Mai Linh và Phan Hữu Nguyệt Diễm cao hơn so với kết quả của chúng tôi: 55,6% trẻ có tăng số lượng bạch cầu và 80% trẻ có tăng số lượng bạch cầu hạt. CRP chỉ tăng ở 17,2% số ca VTQC của chúng tôi, tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Minh Nguyệt cho thấy hầu hết các ca bệnh VTQC đều có mức CRP ở mức bình thường (78,6%)³.

Adrenalin là thuốc đầu tay để cắt cơn khó thở thanh quản. Có 78,1% số ca bệnh trong nghiên cứu này đã được sử dụng khí dung Adrenalin, trong số đó đa số trường hợp chỉ sử dụng 1 lượt khí dung thuốc này (57,8%). Tất cả các bệnh nhân VTQC trong nghiên cứu của chúng tôi đều được sử dụng steroid và hầu hết đã được sử dụng phác đồ kết hợp (92,2%). Theo nghiên cứu của She Caimei tại Trung Quốc cho thấy có đến 83% trẻ VTQC được sử dụng corticoid đường tĩnh mạch⁸. Có tới 23,4% số trẻ VTQC chỉ điều trị nội trú dưới 3 ngày. Thời gian điều trị nội trú trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $5,1 \pm 3,1$ ngày (tối thiểu: 1 ngày, tối đa: 8 ngày). Kết quả này có sự khác biệt rất lớn khi so sánh với kết quả điều trị VTQC tại Mỹ cho

thấy có tới 94% số ca bệnh được điều trị nội trú dưới 3 ngày⁷. Tất cả các bệnh nhân VTQC của chúng tôi đều có kết quả điều trị khỏi hoặc đỡ, không có trường hợp nào tử vong hoặc tăng nặng tại viện.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về bệnh VTQC ở trẻ em Hải Phòng cho thấy đây là một bệnh lý chủ yếu gặp ở trẻ nam và ở trẻ tới từ vùng ngoại thành, đa số trong độ tuổi từ 12 đến 59 tháng. Bệnh chủ yếu gặp trong mùa đông – xuân. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là khàn tiếng, ho ông ổng, sốt, thở rít thanh quản trong khi các triệu chứng cận lâm sàng không cho thấy những thay đổi bệnh lý đáng kể trong VTQC. Hầu hết các bệnh nhân đã được cắt cơn khó thở thanh quản bằng khí dung adrenalin và được điều trị bằng corticoid. Tuy không có ca bệnh nào tăng nặng hoặc tử vong tại viện nhưng nghiên cứu của chúng tôi còn ghi nhận một tỉ lệ khá cao trẻ VTQC nhập viện khi có cơn khó thở thanh quản độ 2, 3. Điều này cho thấy cần tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe giúp người chăm sóc trẻ VTQC phát hiện sớm các dấu hiệu chuyển nặng của bệnh và kịp thời đưa trẻ đến cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bhattacharyya N.** The prevalence of pediatric voice and swallowing problems in the United States. *The Laryngoscope*. Mar 2015;125(3):746-50. doi:10.1002/lary.24931
2. **Wood JM, Athanasiadis T, Allen J.** Laryngitis. *BMJ : British Medical Journal*. 2014;349:g5827. doi:10.1136/bmj.g5827
3. **Phan Hữu Nguyệt Diễm, Từ Thị Mai Linh.** Nguyên nhân thở rít ở trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi tại Bệnh viện Nhi đồng I từ 10/2006 - 5/2007. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2009;2:246-252.
4. **Lee DR, Lee CH, Won YK, et al.** Clinical characteristics of children and adolescents with croup and epiglottitis who visited 146 Emergency Departments in Korea. *Korean journal of pediatrics*. Oct 2015;58(10):380-5. doi:10.3345/kjp.2015.58.10.380
5. **Lê Thị Minh Nguyệt.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm thanh khí phế quản cấp ở trẻ em. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế; 2017.
6. **Yang WC, Lee J, Chen CY, Chang YJ, Wu HP.** Westley score and clinical factors in predicting the outcome of croup in the pediatric emergency department. *Oct 2017;52(10):1329-1334*. doi:10.1002/ppul.23738
7. **Tyler A, McLeod L, Beaty B, et al.** Variation in Inpatient Croup Management and Outcomes. *Pediatrics*. Apr 2017;139(4)doi: 10.1542/peds.2016-3582
8. **She C, Wang L, Liu Y, et al.** Acute Laryngitis in Children A Study of 121 Cases. 04/22 2020;