

đông: Tỷ lệ tuân thủ chế độ ăn 70,5%, tuân thủ chế độ luyện tập 68%, kết quả này cao hơn Đỗ Văn Doanh (2016) lần lượt là 58,1% và 66,7% [1]; Trinh Thanh Xuân (2021) là 68% và 53,9% [7]. Điều này chứng tỏ người bệnh giáo dục sức khỏe về chế độ ăn và chế độ luyện tập tương đối tốt.

Kết quả nhận xét nội dung tư vấn, chất lượng dịch vụ: Mặc dù quá tải về số lượng người đến khám bệnh tuy nhiên kết quả chúng tôi ghi nhận từ người bệnh cho biết được nhân viên y tế tư vấn về chế độ tuân thủ điều trị ĐTD và tuân thủ chế độ hoạt động thể lực, dinh dưỡng. Với số lượng bệnh đông trên 150 bệnh /ngày bác sỹ điều trị cùng với nhân viên tư vấn thực hiện khá tốt về tư vấn cho người bệnh qua kết quả nghiên cứu tỷ lệ kết quả nhận xét của người bệnh về nội dung tư vấn của nhân viên y tế rõ ràng, dễ hiểu là 77,1%, tương đối rõ ràng 21,1%, không rõ 1,8%. Hải lòng về chất lượng dịch vụ y tế: hải lòng 76,6%, bình thường 18,1%, không hải lòng là 5,3%.

V. KẾT LUẬN

Hoạt động tư vấn, truyền thông, sàng lọc bệnh đái tháo đường típ 2 tại bệnh viện đầy đủ. 100% người bệnh đến khám được lập hồ sơ bệnh án/đơn thuốc. Tỷ lệ người bệnh tái khám định kỳ đúng hẹn là 95,8%, có theo dõi đường huyết tại nhà 44,2%. Hoạt động điều trị thuốc đơn trị liệu 35,5%. Xét nghiệm đường huyết đúng tần suất quy định là 97,9%. Tỷ lệ người bệnh có bệnh đồng mắc tăng huyết áp là 82,6%; rối loạn lipid máu là 75%. Phát hiện 1 biến chứng là 53,7%, biến chứng tim mạch là 72,6%. Kết quả hoạt động quản lý người bệnh: tỷ lệ đạt kết quả tốt: đường huyết máu lúc đói là 48,4%; HbA1c 48,2%; huyết áp 50,8%; Cholesterol toàn phần 43,7%; HDL 46,3%; LDL 33,7%;

Triglycerid 32,9%. Người bệnh tuân thủ chế độ ăn 70,5%; chế độ luyện tập 68%. Nhận xét của người bệnh về nội dung tư vấn của nhân viên y tế rõ ràng, dễ hiểu là 77,1%; hải lòng về chất lượng dịch vụ y tế là 76,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Văn Doanh** (2016). "Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường type 2 ngoại trú tại Bệnh viện tỉnh Quảng Ninh năm 2016". Tạp chí khoa học điều dưỡng, 2 (2).
2. **Lưu Thị Thu Thủy** (2018). Đánh giá hoạt động quản lý điều trị người bệnh đái tháo đường tại phòng khám Nội tiết Bệnh viện Đa khoa Khánh Hòa. Trường Đại học Y tế Công cộng.
3. **Nguyễn Hiếu** (2018). Thực trạng công tác quản lý điều trị bệnh đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Ninh Phước, tỉnh Ninh Thuận, giai đoạn 2015-2017, Luận văn chuyên khoa II tổ chức quản lý Y tế, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
4. **Nguyễn Ngọc Thảo** (2021). Kết quả quản lý điều trị ngoại trú người bệnh đái tháo đường típ 2 tại phòng khám Nội Tiết, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang và một số yếu tố ảnh hưởng năm 2020. Trường Đại học Y tế công cộng.
5. **Nguyễn Văn Mừng** (2021). "Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 mới phát hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền giang", Tạp chí Hội Nội tiết và Đái tháo đường Miền Trung, số 21.
6. **Trần Thị Thanh Xuân** (2018). Thực trạng hoạt động quản lý bệnh nhân đái tháo đường típ 2 ngoại trú của khoa khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Khu vực Ba Tri, tỉnh Bến Tre, giai đoạn 2016-2017. Trường Đại học Y tế công cộng.
7. **Trinh Thanh Xuân** (2021). "Thực trạng quản lý bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Trung tâm y tế Gia Lộc, Hải Dương", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 515.
8. **Vũ Minh Hiếu** (2020). Thực trạng hoạt động quản lý người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại khoa Nội Tiết, bệnh viện quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh, năm 2018-2019. Trường Đại học Y tế công cộng.

NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN VỀ HÌNH THÁI LÂM SÀNG VIÊM HỌNG DO LIÊN CẦU NHÓM A

Nguyễn Thị Khánh Vân¹, Đỗ Hoàng Quốc Chính²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích các hình thái lâm sàng viêm họng do liên cầu nhóm A (Group A Streptococcus -

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Khánh Vân

Email: khanhvantmhtw@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 7.4.2023

GAS). Thiết kế nghiên cứu: Tổng quan luận điểm. **Phương pháp:** Sử dụng cơ sở dữ liệu từ trang thông tin điện tử Pubmed, Embase, thư viện đại học y Hà Nội và tìm kiếm thủ công từ 2010-2022. Tiêu chí lựa chọn là những nghiên cứu về các đặc điểm và hình thái lâm sàng viêm họng do liên cầu nhóm A. **Kết quả:** 40 nghiên cứu được chọn vào tổng quan luận điểm này. Tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm A cao nhất ở nhóm 3-14 tuổi và khá thấp ở nhóm <3 tuổi. Các triệu chứng trong thang điểm Centor: viêm amidan/họng xuất tiết, sốt >38°C, hạch cổ trước và không họ có độ nhạy trung bình từ 60-80%. 70-85% các ca nhiễm liên

cầu nhóm A trong 88,9% các nghiên cứu xuất hiện triệu chứng không ho. **Kết luận:** Hình thái lâm sàng của viêm họng do liên cầu nhóm A: thường gặp nhất ở trẻ em từ 3-15 tuổi; các triệu chứng lâm sàng điển hình là các triệu chứng trong thang điểm Centor bao gồm viêm amidan/họng xuất tiết, sốt >38°C, hạch cổ trước và không ho.

Từ khóa: Viêm họng do liên cầu nhóm A.

SUMMARY

OVERVIEW OF CLINICAL CHARACTERISTICS OF GROUP A STREPTOCOCCAL PHARYNGITIS

Objectives: Analysis of clinical characteristics of group A streptococcal pharyngitis. Study Design: Scoping review. **Methods:** We searched the database on PubMed, Medline, the electronic library of Hanoi Medical University from 2010 to 2022 related to clinical characteristics of group A streptococcal pharyngitis. **Results:** 40 studies were included in this review. The rate of group A streptococcal infection was highest in the 3-14 year-old group and quite low in the <3 year-old one. Symptoms in the Centor score system: tonsillitis/throat exudates, fever >38°C, anterior cervical adenopathy and no cough have an average sensitivity of 60-80%. 70-85% of group A streptococcal infections in 88.9% of the studies presented lack of cough symptom. **Conclusions:** Clinical characteristics of group A streptococcal pharyngitis: most common in children aged 3-15 years; typical clinical symptoms are those on the Centor scale including tonsillitis/throat exudates, fever >38°C, anterior cervical adenopathy and no cough.

Keywords: "pharyngitis", "sore throat", "tonsillitis", "pharyngotonsillitis", "Streptococcus pyogenes", "Group A-haemolytic Streptococcus pyogenes", "streptococcal pharyngitis".

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm họng do liên cầu khuẩn nhóm A (GAS) là bệnh nhiễm trùng cổ họng do vi khuẩn họ Streptococcus nhóm A gây ra. Các biến chứng viêm họng do liên cầu khuẩn nhóm A xảy ra tương đối phức tạp, việc điều trị khó khăn, kéo dài và ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh nghiêm trọng hơn. Vì thế, chẩn đoán và điều trị sớm ngay khi có dấu hiệu bệnh được các chuyên gia y tế khuyến cáo với mọi bệnh nhân bị viêm họng do liên cầu khuẩn. Việc chẩn đoán xác định viêm họng do liên cầu nhóm A chỉ dựa trên lâm sàng thường bị hạn chế do sự giống nhau với các triệu chứng viêm họng do vi khuẩn hay virus. Năm 1981, nghiên cứu của Centor và cộng sự trên 238 người lớn cho thấy sự kết hợp của 4 dấu hiệu lâm sàng: viêm amidan xuất tiết, sưng nhóm hạch cổ trước, không ho và sốt là những yếu tố dự báo quan trọng cho việc nuôi cấy vi khuẩn dương tính. Tuy nhiên, việc chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A dựa trên các xét

nghiệm lâm sàng như test kháng nguyên nhanh (RADT) hay nuôi cấy vẫn chưa có điều kiện để thực hiện nhiều trên lâm sàng ở Việt Nam. Chính vì vậy, để góp phần vào việc tổng hợp, đánh giá về các hình thái lâm sàng phục vụ chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A, đề tài tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "*Phân tích các hình thái lâm sàng viêm họng do liên cầu nhóm A.*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ nghiên cứu

Tiêu chí lựa chọn là những nghiên cứu về các đặc điểm và hình thái lâm sàng viêm họng do liên cầu nhóm A. Các nghiên cứu được xuất bản từ năm 2010 đến nay và lấy được toàn văn bằng tiếng việt hoặc tiếng anh.

Tiêu chí loại trừ là những nghiên cứu ca bệnh, chùm bệnh, hoặc báo cáo thử nghiệm lâm sàng trên động vật và các báo cáo không có toàn văn.

2.2. Nguồn cơ sở dữ liệu và chiến lược tìm kiếm tài liệu. Chúng tôi thực hiện tìm kiếm trên hệ thống dữ liệu PubMed, EmBase, thư viện Đại học Y Hà Nội để xác định tất cả các bài báo gốc liên quan đến các hình thái lâm sàng viêm họng do liên cầu nhóm A từ năm 2010 đến năm 2022. Các thuật ngữ được sử dụng để tìm kiếm trên Pubmed, Embase qua hệ thống MESH là: "pharyngitis", "sore throat", "tonsillitis", "pharyngotonsillitis", "Streptococcus pyogenes", "Group A -haemolytic Streptococcus pyogenes", "streptococcal pharyngitis"; trên thư viện Đại học Y Hà Nội là: "Viêm họng do liên cầu nhóm A".

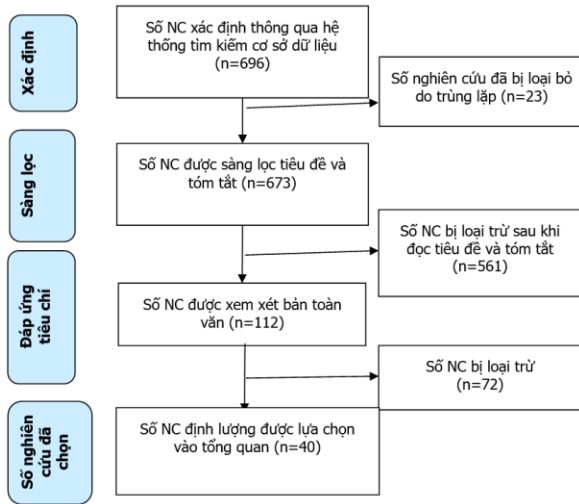
2.3. Quá trình lựa chọn và công cụ nghiên cứu. Các bài báo gốc (bằng tiếng Anh và tiếng Việt) về chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A được chọn lọc, quản lý và trích xuất dữ liệu. Tên, tóm tắt nghiên cứu và toàn văn của tất cả các bài báo đã xác định được đánh giá để lựa chọn dựa trên protocols PRISMA-2009.

Trong quá trình nghiên cứu: có hai tác giả độc lập cùng nghiên cứu

Thang điểm Centor cải biên (McIsaac)

Đặc điểm	Điểm
Sốt >38 độ	1
Không có ho	1
Căng đau hạch cổ trước	1
Viêm amidan xuất tiết	1
Tuổi < 15	1
Tuổi > 45	- 1

Hình 1: Sơ đồ quá trình lựa chọn và loại trừ các nghiên cứu



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả tìm kiếm. Chúng tôi chọn được 40 bài báo vào nghiên cứu tổng quan luận điểm này, được công bố từ năm 2010 đến năm 2022. Hình 1 cho thấy quá trình lựa chọn các bài báo vào nghiên cứu tổng quan luận điểm này.

3.2. Hình thái lâm sàng viêm họng do liên cầu nhóm A

3.2.1. Tuổi

Bảng 1. Tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm A theo nhóm tuổi

Tác giả (Năm)	Tỷ lệ nhiễm		
	<3 tuổi	3-14 tuổi	>15 tuổi
Mazur (2014)	0%	53,1%	-
Stefaniuk (2017)	-	45,5%	44,2%
Nishiyama (2018)	3,1%	28,3%	-
Oliver (2018)	16,6%	25,2%	13,7%

Nhận xét: Trong các nghiên cứu có sự phân chia thành các nhóm tuổi, tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm A cao hơn nhiều ở nhóm 3-14 tuổi và thấp ở nhóm <3 tuổi.

2.2. Triệu chứng đau họng

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm A ở bệnh nhân có biểu hiện đau họng

Tác giả (Năm)	Quốc Gia	n	Tuổi TB	Tỷ lệ nhiễm
Shih (2012)	Đài Loan	342	-	0,04
Muthanna (2022)	Malaysia	215	36,43	0,05
Nakhoul (2013)	Mỹ	25130	40	0,14
Tanz (2018)	Mỹ	171	-	0,17
Kose (2016)	Thổ Nhĩ Kỳ	223	6,9	0,18
Shabestari (2019)	United Arab Emirates	2004	5,2	0,22
Subashini (2015)	Ấn Độ	111	-	0,24
Küçük (2014)	Thổ Nhĩ Kỳ	892	5,34	0,24

Nishiyama (2018)	Nhật Bản	3098	-	0,24
Fine (2012)	Mỹ	206870	34	0,25
Azrad (2019)	Israel	100		0,25
Orda (2016)	Úc	101	8,3	0,26
Rimon (2010)	Mỹ	2472	5,2	0,29
Shapiro (2017)	Mỹ	320	-	0,33
Chiappini (2011)	Y	-	-	0,37
Lacroix (2018)	Thụy Sĩ	1002	6,1	0,37
Mazur (2014)	Ba Lan	92	6,6	0,4
Cohen (2013)	Pháp	676	6,1	0,41
El-Ghany (2015)	Ai Cập	142	9,7	0,42
Rao (2019)	Mỹ	255	3-18 tuổi	0,43
Stefaniuk (2017)	Ba Lan	96	-	0,45

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm A ở các bệnh nhân có biểu hiện đau họng cao nhất ở nghiên cứu của Stefaniuk (2017) với 45% và thấp nhất ở nghiên cứu của Shih (2012) với 4%; 02 nghiên cứu có tỷ lệ thấp nhất là các nghiên cứu ở các nước ở châu Á (Đài Loan và Malaysia).

3.2.3. Các đặc điểm lâm sàng gợi ý viêm họng cấp do liên cầu nhóm A

Bảng 3. Các đặc điểm lâm sàng gợi ý viêm họng cấp do liên cầu nhóm A

Tác giả (Năm)	Quốc Gia	Các triệu chứng gợi ý
Shaikh (2012) (tổng quan hệ thống)	Mỹ	<ul style="list-style-type: none"> - Vòm họng đỏ - Sốt - Hạch cổ trước - Không ho - Xuất tiết amidan/họng - Chán ăn, buồn nôn/nôn - Hôi miệng - Amidan sưng đỏ - Khó nuốt - Đau đầu - Đau bụng - Nhiệt độ trên 38/38°C - Đau khớp - Viêm tai giữa - Thời gian mắc bệnh: mùa hè
Shulman (2012) (Guideline IDSA)	Mỹ	<ul style="list-style-type: none"> - Viêm họng đột ngột - Tuổi 5-15 - Sốt - Đau đầu - Buồn nôn/nôn, đau bụng - Viêm amidan/họng - Xuất tiết amidan/họng - Vòm họng đỏ - Hạch cổ trước - Thời gian mắc bệnh: đông xuân - Tiền sử tiếp xúc với liên cầu

Nhận xét: Ngoài các triệu chứng lâm sàng trong thang điểm Centor cải biên, còn có các

triệu chứng gợi ý khác như vòm họng đỏ, viêm amidan họng, đau đầu, đau bụng, nôn/buồn nôn. Ngoài ra còn có các yếu tố dịch tễ như tiền

sử tiếp xúc hay độ tuổi.

3.2.4. Đánh giá các triệu chứng lâm sàng của thang điểm Centor

Bảng 4. Đánh giá các triệu chứng lâm sàng của thang điểm Centor

Triệu chứng	Tác giả (năm)	Độ nhạy (95% CI)	Độ đặc hiệu (95% CI)
Xuất tiết amidan/họng	Rimon (2010)	0,37 (0,28-0,46)	0,74 (0,68-0,78)
	Aalbers (2011)	0,57 (0,44-0,70)	0,74 (0,63-0,82)
	Muthanna (2022)	1	0,79
Hạch cổ trước	Rimon (2010)	0,64 (0,50-0,76)	0,54 (0,41-0,67)
	Aalbers (2011)	0,65 (0,55-0,74)	0,55 (0,45-0,64)
	Kose (2016)	1 (0,91-1)	0,05 (0,03-0,10)
	Muthanna (2022)	1	0,70
Không ho	Rimon (2010)	0,73 (0,66-0,78)	0,46 (0,38-0,55)
	Aalbers (2011)	0,74 (0,68-0,79)	0,49 (0,40-0,58)
	Kose (2016)	0,82 (0,66-0,92)	0,49 (0,41-0,56)
	Muthanna (2022)	0,83	0,93
Sốt	Rimon (2010)	0,71 (0,58-0,82)	0,33 (0,23-0,49)
	Aalbers (2011)	0,50 (0,39-0,62)	0,70 (0,58-0,79)
	Kose (2016)	0,89 (0,72-0,96)	0,24 (0,19-0,31)
	Muthanna (2022)	0,67	0,95

Nhận xét: Độ đặc hiệu của triệu chứng xuất tiết amidan/họng có sự tương đồng giữa các nghiên cứu của Rimon (2010), Aalbers (2011) và Muthanna (2022) với tỷ lệ khoảng 74%. Về triệu chứng hạch cổ trước, nghiên cứu của Kose (2016) và Muthanna (2022) cùng cho độ nhạy cao nhất là 100%. Về triệu chứng không ho, các nghiên cứu đều cho độ nhạy trong khoảng từ 73% đến 83%. Về triệu chứng sốt, nghiên cứu của Kose (2016) cho độ nhạy cao nhất với 89% (72%-96%) và nghiên cứu của Muthanna (2022) có kết quả độ đặc hiệu là 95%.

3.2.5. Mối liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng với kết quả RADT(+)

Bảng 5. Mối liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng với kết quả RADT(+)

Triệu chứng	Tác giả (năm)	RADT(+) (%)	p
Xuất tiết amidan/họng	Rimon (2010)	35,1%	0,379
	Llor (2011)	51,7%	
	Enright (2011)	45,0%	
	Fine (2012)	41,4%	
	Shih (2012)	28,6%	
	Kose (2016)	41,6%	
	Nishiyama (2018)	47,0%	
	Azrad (2019)	38,2%	
	A Jo (2021)	48,3%	
Hạch cổ trước	Rimon (2010)	39,0%	0,942
	Llor (2011)	40,5%	
	Enright (2011)	65,0%	
	Fine (2012)	76,6%	
	Shih (2012)	85,7%	
	Kose (2016)	60,5%	

Không ho	Nishiyama (2018)	23,5%	0,027
	Azrad (2019)	37,5%	0,677
	A Jo (2021)	41,7%	0,07
	Rimon (2010)	36,1%	
	Llor (2011)	74,8%	0,977
	Enright (2011)	80,0%	
	Fine (2012)	72,4%	<0,001
	Shih (2012)	85,7%	
	Kose (2016)	81,6%	0,001
	Nishiyama (2018)	71,5%	<0,001
Sốt	A Jo (2021)	66,7%	1,00
	Muthanna (2022)	83,3%	<0,001
	Rimon (2010)	27,9%	
	Llor (2011)	71,6%	0,533
	Enright (2011)	50,0%	
	Fine (2012)	52,46%	<0,001
	Shih (2012)	100%	
	Kose (2016)	86,8%	0,15
	Nishiyama (2018)	77,2%	0,026
	Azrad (2019)	40,3%	0,023
A Jo (2021)	90,0%	0,64	
Muthanna (2022)	66,7%	<0,001	

Nhận xét: Có 6/9 nghiên cứu cho thấy triệu chứng xuất tiết amidan/họng xuất hiện trong khoảng 41-51% các trường hợp cho kết quả RADT(+). Về triệu chứng hạch cổ trước, có sự chênh lệch đáng kể giữa các nghiên cứu được lựa chọn. Về triệu chứng không ho, 8/9 các nghiên cứu đều có tỷ lệ 70-85% các ca nhiễm liên cầu nhóm A có triệu chứng lâm sàng này. Nghiên cứu của Rimon (2010) chỉ có 27,9% các ca có RADT(+) có biểu hiện sốt.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm A ở các bệnh nhân có biểu hiện đau họng cao nhất ở nghiên cứu của Stefaniuk (2017) với 45% và thấp nhất ở nghiên cứu của Shih (2012) với 4%; hai nghiên cứu có tỷ lệ thấp nhất đều đến là các nghiên cứu ở các nước ở châu Á (Đài Loan và Malaysia) trong các năm gần đây (2021-2022). Với các nghiên cứu có số lượng bệnh nhân nghiên cứu lớn, tỷ lệ nhiễm dao động trong khoảng từ 0,14-0,25.

Nghiên cứu của tác giả Shih (2012) ở Đài Loan cho tỷ lệ thấp nhất có thể được giải thích do việc sử dụng kháng sinh rộng rãi trong các cơ sở y tế để điều trị các bệnh lý viêm nhiễm đường hô hấp trên ở trẻ em. Năm 2001, nghiên cứu của Chang và các cộng sự đã cho thấy 76,7% các bác sĩ lâm sàng kê kháng sinh cho hơn 20% các bệnh nhân có triệu chứng viêm nhiễm đường hô hấp trên. Điều này có thể dẫn đến tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm A khá thấp ở các bệnh nhân đau họng và sốt tại Đài Loan.

Trong các nghiên cứu có sự phân chia thành các nhóm tuổi, tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm A cao nhất ở nhóm 3-14 tuổi và khá thấp ở nhóm <3 tuổi. Nghiên cứu của Stefaniuk (2017) cho thấy tỷ lệ nhiễm ở nhóm 3-14 tuổi và ở nhóm >15 tuổi là xấp xỉ bằng nhau với 45,5% và 44,2%. Sự khác nhau về tỷ lệ giữa các nghiên cứu có thể do sự khác nhau về cỡ mẫu, tiêu chí lựa chọn, đặc điểm dịch tễ học của từng nghiên cứu.

Ngoài các triệu chứng lâm sàng trong thang điểm Centor: sốt, xuất tiết amidan/họng, hạch cổ trước, không ho, còn có các triệu chứng khác gợi ý viêm họng do liên cầu nhóm A như vom họng đỏ, viêm amidan họng, đau đầu, đau bụng, nôn/buồn nôn. Ngoài ra còn có các yếu tố dịch tễ như tiền sử tiếp xúc hay độ tuổi. Tuy nhiên có sự khác biệt về thời gian mắc bệnh trong năm, nghiên cứu của Shaikh (2012) và cộng sự cho thấy bệnh hay khởi phát ở mùa hè còn theo hướng dẫn của IDSA (2012) thì bệnh hay gặp ở cuối đông và đầu xuân.

Nghiên cứu của Shaikh (2012) cho thấy ở trẻ em có viêm họng, 1 số triệu chứng và dấu hiệu như vom họng đỏ, dịch tiết amidan/họng, nôn và hạch cổ trước tăng khả năng nhiễm liên cầu nhóm A tới 50%. Tương tự, ở các đối tượng này, các triệu chứng và dấu hiệu độc lập không thể được dùng để chẩn đoán loại trừ viêm họng do liên cầu. Một nghiên cứu đã chỉ ra quy tắc: chảy mũi vừa đến nặng mà không kèm theo sưng tấy amidan hoặc hạch cổ trước giúp nhận biết các trẻ em nguy cơ thấp và không cần làm thêm các

xét nghiệm. Tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu để khẳng định chắc chắn quy tắc này. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng tỷ lệ nhiễm liên cầu cao nhất ở lứa tuổi từ 3-18. Tuy nhiên, tỷ lệ này ở trẻ <24 tháng chỉ là 6% (CI, 1,6%-10,5%).

Đánh giá các triệu chứng lâm sàng của thang điểm Centor trong chẩn đoán viêm họng cấp do liên cầu nhóm A:

Về triệu chứng xuất tiết amidan/họng, nghiên cứu của Muthanna (2022) cho độ nhạy cao nhất là 100%, tuy nhiên có thể do cỡ mẫu còn nhỏ nên số liệu này chưa thực sự phản ánh chính xác. Về độ đặc hiệu của triệu chứng này thì có sự tương đồng giữa các nghiên cứu của Rimon (2010), Aalbers (2011) và Muthanna (2022) với tỷ lệ khoảng 74%. Về triệu chứng hạch cổ trước, nghiên cứu của Kose (2016) và Muthanna (2022) cùng cho độ nhạy cao nhất là 100%. Tuy nhiên, nghiên cứu của Kose (2016) chỉ cho độ đặc hiệu của triệu chứng này rất thấp với 5%. Về triệu chứng không ho, cả 4 nghiên cứu đều cho độ nhạy trong khoảng từ 73% đến 83%. Cả 3 nghiên cứu của Rimon (2010), Aalbers (2011) và Kose (2016) có chung độ đặc hiệu của triệu chứng này xấp xỉ 49%. Về triệu chứng sốt, nghiên cứu của Kose (2016) cho độ nhạy cao nhất với 89% (72%-96%) và nghiên cứu của Muthanna (2022) có kết quả độ đặc hiệu là 95%.

Mối liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng với kết quả RADT(+) trong chẩn đoán viêm họng do liên cầu nhóm A:

Về triệu chứng xuất tiết amidan/họng, có 6/9 nghiên cứu cho thấy triệu chứng này xuất hiện trong khoảng 41-51% các trường hợp cho kết quả RADT dương tính với liên cầu nhóm A. Về triệu chứng hạch cổ trước, có sự chênh lệch đáng kể giữa các nghiên cứu được lựa chọn. Nghiên cứu của Shih (2012) đưa ra 85,7% các bệnh nhân có kết quả RADT dương tính với liên cầu nhóm A có triệu chứng này. Trong khi đó, nghiên cứu của Nishiyama (2018) lại chỉ ra với 23,5% các trường hợp có triệu chứng nổi hạch. Về triệu chứng không ho, ngoài tác giả Rimon (2010) có tỷ lệ 36,1%; 8/9 các nghiên cứu khác đều có tỷ lệ 70-85% các trường hợp nhiễm liên cầu nhóm A có triệu chứng lâm sàng này. Về triệu chứng sốt, Shih (2012) và A Jo (2021) cho tỷ lệ khá cao lần lượt là 100% và 90,0%. Trong khi đó nghiên cứu của Rimon (2010) chỉ có 27,9% các trường hợp có RADT dương tính có biểu hiện sốt.

Không có triệu chứng lâm sàng đơn lẻ nào có đủ độ chính xác để chẩn đoán xác định hoặc chẩn đoán loại trừ sự hiện diện của liên cầu nhóm A. Rất nhiều hệ thống tính điểm lâm sàng

khác nhau đã được đề xuất để giúp các bác sĩ trong việc chẩn đoán viêm họng. Các thang điểm này tích hợp thông tin từ các triệu chứng và dấu hiệu khác nhau để đánh giá xác suất bệnh nhân nhiễm GAS. Hệ thống tính điểm phổ biến nhất là thang điểm Centor và theo tác giả này, các bệnh nhân có điểm tối đa là 4 có 56% xác suất nuôi cấy GAS dương tính, trong khi những người có điểm tối thiểu là 0 chỉ có 2,5% xác suất nuôi cấy GAS dương tính.

V. KẾT LUẬN

Hình thái lâm sàng của viêm họng do liên cầu nhóm A:

- Thường gặp nhất ở trẻ em từ 3-15 tuổi.
- Các triệu chứng lâm sàng điển hình là các triệu chứng trong thang điểm Centor:

- Viêm amidan/họng xuất tiết
- Sốt >38°C
- Hạch cổ trước
- Không ho

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al.

Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2012;55(10):e86-102.

2. **Shaikh N, Swaminathan N, Hooper EG.** Accuracy and precision of the signs and symptoms of streptococcal pharyngitis in children: a systematic review. J Pediatr. 2012;160(3):487-493.e3.
3. **Aw R, Ci W, Hs H, et al.** The utility of rapid antigen detection testing for the diagnosis of streptococcal pharyngitis in low-resource settings. Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis. 2010;14(12).
4. **Fine AM, Nizet V, Mandl KD.** Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. Arch Intern Med. 2012;172(11):847-852.
5. **Kose E, Sirin Kose S, Akca D, et al.** The Effect of Rapid Antigen Detection Test on Antibiotic Prescription Decision of Clinicians and Reducing Antibiotic Costs in Children with Acute Pharyngitis. J Trop Pediatr. 2016;62(4):308-315.
6. **Aalbers J, O'Brien KK, Chan WS, et al.** 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 Med. 2011;9:67.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN THIẾU MÁU TRÊN BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI KHOA KHÁM BỆNH - BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Thanh Thủy¹, Phan Hữu Hên¹, Lê Văn Chi²

TÓM TẮT

Mở đầu: Thiếu máu là một trong những biến chứng thường gặp trên bệnh đái tháo đường (ĐTĐ). Thiếu máu trên bệnh ĐTĐ làm tăng các biến chứng nặng và tăng tỷ lệ tử vong. **Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ thiếu máu trên bệnh ĐTĐ típ 2 tại Khoa Khám Bệnh (KKB) - Bệnh viện Chợ Rẫy (BVCR). **Nghiên cứu một số yếu tố liên quan thiếu máu trên bệnh ĐTĐ típ 2 tại KKB - BVCR. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên (bệnh nhân) BN ĐTĐ típ 2 đến khám sức khỏe tổng quát tại KKB - BVCR trong tháng 11 năm 2022. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 207 BN ĐTĐ típ 2 với tuổi trung bình là 66,2 ± 9,85 tuổi, tỷ lệ nam là 93,7%. BN có tiền căn tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 83,6%. Hemoglobin (HGB) trung bình là 14,5 ± 2,59 g/dL. HbA1c trung bình là 7,47 ± 1,68%. Tỷ lệ thiếu máu là 12,56%. Không có mối liên quan giữa thiếu

máu trên bệnh ĐTĐ típ 2 với giới tính và việc kiểm soát đường huyết. Có mối liên quan giữa thiếu máu trên bệnh ĐTĐ típ 2 với độ lọc cầu thận (eGFR) < 60 mL/phút/1,73m² (p < 0,001). **Kết luận:** Thiếu máu trên bệnh ĐTĐ típ 2 chiếm tỷ lệ khá cao (12,56%). Thiếu máu trên bệnh ĐTĐ típ 2 có mối liên quan với eGFR < 60 mL/phút/1,73m².

Từ khóa: Thiếu máu, bệnh đái tháo đường típ 2, đường huyết, HbA1c, độ lọc cầu thận.

SUMMARY

PREVALENCE AND SOME ASSOCIATED FACTORS RELATED TO ANEMIA IN TYPE 2 DIABETIC MELLITUS AT THE OUT PATIENT DEPARTMENT - CHO RAY HOSPITAL

Background: Anemia is one of the common complications of diabetes mellitus. Anemia in diabetic mellitus increases severe complications and increases mortality. **Objective:** To evaluate prevalence of anemia in type 2 diabetic mellitus at the Out Patient Department - Cho Ray Hospital. To research on some factors related to anemia in type 2 diabetic mellitus at the Out Patient Department - Cho Ray Hospital. **Method:** Retrospective study on patients with type 2 diabetic mellitus who went for a general health examination at the Out Patient Department - Cho Ray

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Thủy

Email: bsthuy84@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2023

Ngày duyệt bài: 7.4.2023