

cao, sẹo màu hồng với sắc tố hỗn hợp, sẹo kết hợp với biến dạng cánh mũi gây ảnh hưởng nhiều tới chức năng và thẩm mỹ. Vì vậy sau phẫu thuật tạo hình thì đầu đóng kín khe hở các bệnh nhân có chỉ định được điều trị bằng Laser YAG giúp làm mềm sẹo co kéo, làm mỏng sẹo và giảm bớt được những bất thường về sắc tố sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đức Tuấn** (2004) Nghiên cứu sửa chữa những biến dạng môi-mũi sau phẫu thuật khe hở môi một bên bẩm sinh. Luận án Tiến Sĩ Y học. Viện nghiên cứu Khoa học Y - Dược lâm sàng 108.
2. **Cheema Saeed Ashraf, Asim Muhammad** (2014) An Analysis of Deformities in Revision Surgeries for Secondary Unilateral Cleft Lip. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan Vol. 24 (9): 666-669
3. **Christofides E, Potgieter A, Chait L** (2006) A

long term subjective and objective assessment of the scar in unilateral cleft lip repairs using the Millard technique without revisional surgery. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 59(4):380-6. doi:10.1016/j.bjps.2005.04.037.

4. **Kwon S.D, Kye Y C** (2000) Treatment of scars with a pulsed Er:YAG laser. J Cutan Laser Ther. Mar; 2(1):27-31. doi: 10.1080/ 14628830050516579.
5. **Nocini Pier Francesco, D'Agostino Antonio, Trevisiol Lorenzo, Bertossi Dario** (2003) Treatment of scars with Er:YAG laser in patients with cleft lip: a preliminary report. Cleft Palate Craniofac J. Sep;40(5):518-22. doi: 10.1597/1545-1569_2003_040_0518_toswel_2.0.co_2.
6. **Rajanikanth B.R, Rao Krishna Shama, Sharma S. M., and Rajendra Prasad B** (2012) Assessment of Deformities of the Lip and Nose in Cleft Lip Alveolus and Palate Patients by a Rating Scale. J Maxillofac Oral Surg. Mar; 11(1): 38-46. doi: 10.1007/s12663-011-0298-6

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY BẰNG GẮM ĐINH KIRSCHNER TRÊN MÀN TĂNG SÁNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Nguyễn Thế Điệp¹, Phan Thanh Nam¹

UNIVERSITY HOSPITAL

Aims: Evaluation of the results of surgical treatment of lower radial bone fractures with Kirschner pins on the bright screen at Thai Binh Medical University Hospital. **Methods:** The study was carried out from January 2020 to July 2022, in which 44 patients with fractures of the lower radial head were operated at the orthopedic department of Thai Binh Medical University Hospital, including 11 (25%) female and 33 (75%) male, the highest age group was in the 51-60 age group, accounting for 29.6%. **Results:** 44 patients underwent kirschner pins surgery. The status of easy fracture correction accounted for 47.73%, less than those that were difficult to manipulate, accounted for 52.27%; 52.27% of patients had good bone recovery, 47.73% of patients had acceptable bone recovery and no patients had bad bone recovery.

Keywords: Surgical; treatment of lower radial bone fractures; Kirschner pins; the bright screen.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đầu dưới xương quay (ĐDXQ) là vùng xương xốp, nằm trong giới hạn một đoạn 2 - 2,5cm tính từ mặt khớp cổ tay. Gãy ĐDXQ là loại gãy xương chi trên thường gặp nhất, chiếm 1/6 số ca gãy xương trong cấp cứu [1], [2], 8% tổng số ca gãy xương, 26% các trường hợp gãy xương chi trên, 50% các trường hợp gãy xương cẳng tay. Gãy ĐDXQ nếu không được điều trị đúng và kịp thời sẽ để lại di chứng nặng nề, làm mất hoặc giảm chức năng bàn tay dẫn đến không thực hiện được các động tác linh hoạt, khéo léo trong cuộc

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy đầu dưới xương quay bằng găm đinh Kirschner trên màn tăng sáng tại Bệnh viện đại học Y Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu thực hiện từ 01/2020 - tháng 7/2022 gồm 44 bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay được điều trị phẫu thuật tại khoa chấn thương thương chính hình Bệnh viện Đại học Y Thái Bình gồm 11 (25%) bệnh nhân nữ và 33 (75%) bệnh nhân nam, nhóm tuổi cao nhất là ở nhóm tuổi 51 - 60 tuổi chiếm 29,6%. **Kết quả:** 44 bệnh nhân được phẫu thuật găm đinh kirschner. Tình trạng nắn chỉnh ổ gãy dễ chiếm 47,73% ít hơn so với việc nắn chỉnh ổ gãy khó chiếm 52,27%; 52,27% bệnh nhân hồi phục xương tốt, 47,73% bệnh nhân hồi phục xương ở mức chấp nhận được và không có bệnh nhân nào hồi phục xương không tốt.

Từ khóa: Phẫu thuật; gãy đầu dưới xương quay; đinh Kirschner; màn tăng sáng

SUMMARY

ASSESS RESULTS OF TREATMENT OF FRACTURE OF THE LOWER END OF RADIAL BONE WITH KIRSCHNER PINS ON THE BRIGHT SCREEN AT THAI BINH MEDICAL

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thế Điệp
Email: Diepnguyentheyb@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.6.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023
Ngày duyệt bài: 9.8.2023

sống hàng ngày.

Các tổn thương này có thể để lại những tổn thất trầm trọng trong cuộc sống như: một công nhân có thể mất việc làm, một vận động viên không thể tiếp tục thi đấu. Những năm gần đây với sự phát triển của các phương tiện kết xương mới [3], vật liệu tốt đã mở ra cơ hội nâng cao kết quả điều trị cho bệnh nhân. Đặc biệt KHK gây đầu dưới xương quay bằng đinh Kirschner trên màn tăng sáng là kỹ thuật ít xâm lấn có nhiều ưu điểm về cơ sinh học chống di lệch thứ phát sau mổ, cố định ổ gãy vững, giúp bệnh nhân tập vận động sớm. Xuất phát từ tính ưu việt của phương pháp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy đầu dưới xương quay bằng găm đinh Kirschner trên màn tăng sáng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 44 bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay đang điều trị tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân gãy kín ĐDXQ loại A2, A3, B2, B3, C1, C2, C3 (theo phân loại AO) [5]
- Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Bệnh nhân gãy kín ĐDXQ đến sớm trước 4 tuần, không có dấu hiệu thiếu dưỡng bề mặt da tại thời điểm phẫu thuật
- Thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, khám lại đầy đủ.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Gãy xương bệnh lý
- Bệnh nhân có dị tật cũ, đã mất một phần chức năng cổ bàn tay
- Bệnh nhân tâm thần, chấn thương sọ não có rối loạn tri giác, không hợp tác điều trị
- Bệnh nhân già yếu, mắc các bệnh nội khoa không có khả năng phẫu thuật.

- Thông tin không đầy đủ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nhóm nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn

Kỹ thuật mổ. Kỹ thuật dùng 3 đinh được dùng nhiều nhất trong các kỹ thuật găm kinh qua da trên màn tăng sáng (kỹ thuật dùng 2 đinh, kỹ thuật dùng 3 đinh, kỹ thuật Kapandji...) cho các

loại gãy đầu dưới xương quay.

1. Đinh K thứ nhất: - Rạch da 1cm qua lồi củ xương quay bộc lộ điểm vào đinh chú ý tránh làm tổn thương nhánh cảm giác thần kinh quay hoặc khoang giữa gân duỗi ngón 1 và ngón 3

- Khoan đinh K dưới hướng dẫn màn tăng sáng (C- arm)

- Đầu đinh K xuyên qua thành xương cứng bên đối diện của xương quay

2. Đinh K thứ hai: Điểm vào đinh cũng từ lồi củ xương quay nhưng khác ở hướng găm

3. Đinh K thứ ba: Sử dụng đường mổ thứ 2 dài khoảng 1cm đi giữa khoang gân duỗi ngón 4 và ngón 5

4. Cắt và bẻ đinh: Kết thúc cuộc mổ đinh K cần được uốn cong và cắt, sau đó để đầu đinh ngay dưới da để giảm nguy cơ nhiễm trùng chân đinh

5. Bất động bột: Có thể sử dụng bột mở cửa sổ tại vị trí vết mổ. Do độ vững với đinh Kirschner nên bột dưới khuỷu thường là đủ, tránh nguy cơ cứng khớp khuỷu.

Nẹp bột có thể được sử dụng, thuận lợi cho quá trình chăm sóc vết mổ, nhưng cần bệnh nhân tuân thủ tốt.

Nẹp bột đặt ở mặt trước cẳng tay và cần độn tốt, tránh áp lực lên đầu đinh Kirschner gây khó chịu cho bệnh nhân.

Nẹp bột phải cho phép vận động chủ động các khớp, đặc biệt là khớp bàn ngón tay.

6. Theo dõi sau mổ: - Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, tại chỗ vết mổ.

- Kháng sinh 5-7 ngày

- Cố định tăng cường nẹp bột, treo tay trước ngực.

- Dẫn dò và hướng dẫn bệnh nhân tập luyện sau mổ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tong thời gian từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 7 năm 2022 có 44 bệnh nhân gãy đầu xương quay được điều trị phẫu thuật tại khoa chấn thương Bệnh viện Đại học Y Thái Bình đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn.

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Tuổi trung bình	44,7 ± 15,6	
	< 30	10	22,7
	30 - 40	8	18,2
	41 - 50	7	15,9
	51 - 60	13	29,6
	> 60	6	13,6
Tổng		44	100

Giới	Nam	33	75,0
	Nữ	11	25,0
	Tổng	44	100

Nhận xét: đối tượng nghiên cứu phân bố tương đối đều từ dưới 30 tuổi đến trên 60 tuổi. cao nhất là ở nhóm tuổi 51 – 60 tuổi chiếm 29,6%, tiếp đến là nhóm tuổi dưới 30 chiếm 22,7% và thấp nhất ở nhóm tuổi trên 60 chiếm 13,6%. Đối tượng nghiên cứu là nam giới chiếm 75,0% cao hơn so với nữ giới chỉ chiếm 25,0%.

Bảng 3.2. Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân Nhóm tuổi	Tai nạn sinh hoạt	Tai nạn lao động	Tai nạn giao thông
< 30	3	3	4
30 - 40	1	1	6
41 - 50	5	2	0
51 – 60	9	2	2
> 60	5	0	1
Tổng	23(52,27)	8(18,18)	13(29,55)

Nhận xét: Nguyên nhân gây chấn thương nhiều nhất là do tai nạn sinh hoạt chiếm 52,27%, nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 29,55% và do tai nạn lao động chiếm 18,18%.

Bảng 3.3. Phân loại gãy theo AO

Phân loại gãy theo AO	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
A2	8	18,18
A3	6	13,64
B2	2	4,55
B3	1	2,27
C1	14	31,82
C2	11	25,00
C3	2	4,55
Tổng	44	100

Nhận xét: phân loại gãy xương theo AO cho thấy chiếm tỷ lệ cao nhất là loại C1 (31,82%), tiếp đến là loại C2 (25,0%), loại A2 (18,18%), loại A3 (13,64%), loại B2 và C3 đều chiếm 4,35%; thấp nhất là loại B3 chiếm 2,27%.

Bảng 3.4. Điều trị kháng sinh sau mổ

Điều trị kháng sinh sau mổ	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Số loại kháng sinh	1	42
	2	2
	3	0
Tổng	44	100
Số ngày dùng kháng sinh	3	1
	4	2
	5	21
	6	17
	7	3
Tổng	44	100

Nhận xét: sau mổ, đối tượng nghiên cứu

được điều trị kháng sinh phần lớn là 1 loại chiếm 95,45%. Số ngày dùng kháng sinh là 5 ngày và 6 ngày chiếm nhiều nhất lần lượt là 47,73% và 38,64%. Số ngày điều trị kháng sinh là 3 ngày, 4 ngày và 7 ngày là thấp, chỉ chiếm dưới 10%.

Bảng 3.5. Tình trạng nắn chỉnh ổ gãy

Tình trạng nắn chỉnh ổ gãy	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Khó	23	52,27
Dễ	21	47,73
Tổng	44	100

Nhận xét: tình trạng nắn chỉnh ổ gãy dễ chiếm 47,73% ít hơn so với việc nắn chỉnh ổ gãy khó chiếm 52,27%.

Bảng 3.6. Tình hình hồi phục xương

Hồi phục xương	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	23	52,27
Chấp nhận	21	47,73
Không tốt	0	0
Tổng	44	100

Nhận xét: 52,27% bệnh nhân hồi phục xương tốt, 47,73% bệnh nhân hồi phục xương ở mức chấp nhận được và không có bệnh nhân nào hồi phục xương không tốt.

Bảng 3.7. Tình trạng vết mổ

Tình trạng nhiễm trùng vết mổ	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Không	44	100
Nông	0	0
Sâu	0	0
Tổng	44	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân sau điều trị phẫu thuật không có tình trạng nhiễm trùng vết mổ.

Bảng 3.8. Đặc điểm các chỉ số Xquang sau mổ

	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Góc nghiêng lòng (VA)	14,23	4,58	6	25
Góc nghiêng trụ (UA)	21,09	5,79	11	30
Độ chênh quay trụ (UV)	-0,05	1,18	-2	2

Nhận xét: góc nghiêng lòng, nghiêng trụ, độ chênh quay trụ trung bình lần lượt là 14,23°; 21,09°, -0,05°.

Bảng 3.9. Phân bố bệnh nhân theo các chỉ số Xquang sau mổ

Phân loại	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	28	63,64
Tốt	16	36,36
Khá	0	0
Xấu	0	0
Tổng	44	100

Nhận xét: 63,64% bệnh nhân đạt kết quả Xquang sau mổ rất tốt và 36,36% bệnh nhân đạt kết quả Xquang sau mổ tốt. Không có bệnh nhân nào đạt kết quả Xquang sau mổ là khá và xấu.

Bảng 3.10. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	n	%
Không có biến chứng	37	84,09
Tổn thương thần kinh giữa	0	0
Tổn thương gân	0	0
Cứng khớp	0	0
Viêm khớp	1	2,27
Thoái hóa khớp	6	13,64
Tổng	44	100

Nhận xét: 84,09% không có biến chứng sau mổ; 13,64% có biến chứng thoái hóa khớp và 2,27% có biến chứng viêm khớp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng nắn chỉnh ổ gãy và hồi phục xương về vị trí giải phẫu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng có 21/44 bệnh nhân có tình trạng nắn chỉnh ổ gãy dễ dàng chiếm 47,73% và 23/44 bệnh nhân có tình trạng nắn chỉnh ổ gãy khó. Việc nghiên cứu về tình trạng nắn chỉnh ổ gãy sẽ có thể có liên quan đến thời gian phẫu thuật và tiên lượng mức độ liền xương và kết quả điều trị cho bệnh nhân.

Về tình hình hồi phục xương của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 23/44 bệnh nhân có kết quả hồi phục xương tốt chiếm 52,27% và có 21/44 bệnh nhân có kết quả hồi phục xương chấp nhận được. Kết quả hồi phục xương có ảnh hưởng tới kết quả điều trị sau phẫu thuật, cho biết mức độ liền xương hay khớp giả, can lệch từ đó đưa ra hướng xử trí kịp thời cho bệnh nhân. Có thể thấy rằng, kết quả về tình hình hồi phục xương trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đối tốt, kết quả phẫu thuật bằng găm đinh cho bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay ban đầu đạt hiệu quả cao.

4.2. Tình trạng vết mổ sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện thấy có trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đặng Việt Công và cộng sự (2016) trên 33 bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay được điều trị phẫu thuật bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 [3]. Chúng tôi cho rằng, có được kết quả tốt như vậy là do vai trò của kháng sinh dự phòng được sử dụng cho bệnh nhân trước và trong mổ. Bên cạnh đó công tác thay băng vết mổ trong thời kỳ hậu phẫu cũng được chú trọng.

4.3. Kết quả Xquang sau mổ. Kết quả ở

bảng 3.9 đo các chỉ số Xquang sau mổ, trung bình các chỉ số Xquang phục hồi tốt. Góc nghiêng lòng (VA) trung bình $14,23 \pm 4,58$, góc nghiêng trụ (UA) trung bình $21,09 \pm 5,79$ và độ chênh quay trụ (UV) trung bình là $-0,05 \pm 1,18$. Ngoài ra chúng tôi còn tiến hành chụp Xquang cho cả 44 đối tượng tham gia nghiên cứu và thu được kết quả chụp Xquang sau phẫu thuật rất tốt. Có 28/44 bệnh nhân đạt phân loại kết quả rất tốt chiếm 63,64% và 16/44 bệnh nhân đạt phân loại kết quả tốt chiếm 36,36%, không có bệnh nhân nào xếp loại xấu và khá. Tác giả Nguyễn Huy Toàn trong nghiên cứu của mình cũng đưa ra nhận định rằng: phẫu thuật nắn kết hợp xương bằng nẹp vít cho loại gãy B3 đạt được kết quả phục hồi giải phẫu tốt [4].

4.3. Biến chứng sau mổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 37/44 bệnh nhân không có biến chứng sau mổ chiếm tỷ lệ 84,09%. Một số biến chứng thường gặp là thoái hóa khớp có ở 6/44 bệnh nhân chiếm 13,64% và viêm khớp có ở 1/44 bệnh nhân chiếm 2,27%. Trong nghiên cứu của Đặng Việt Công và cộng sự (2016) tác giả chỉ ra rằng có 25/33 bệnh nhân không có biến chứng chiếm tỷ lệ 75,8% và có 8/33 bệnh nhân có biến chứng chiếm 24,2%. Các biến chứng chủ yếu là cứng khớp cổ tay có ở 4 bệnh nhân, đau dai dẳng ở 2 bệnh nhân và hội chứng ống cổ tay có ở 2 bệnh nhân [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Huy Toàn và cộng sự (2012) cũng cho kết quả có 36/39 bệnh nhân không có biến chứng sau mổ. Các kết quả thu được cho thấy rằng, kỹ thuật găm đinh K đã mang lại hiệu quả điều trị rất tốt cho bệnh nhân [4].

V. KẾT LUẬN

- Tình trạng nắn chỉnh ổ gãy dễ dàng chiếm 47,73% ít hơn so với việc nắn chỉnh ổ gãy khó chiếm 52,27%.

- 52,27% bệnh nhân hồi phục xương tốt, 47,73% bệnh nhân hồi phục xương ở mức chấp nhận được và không có bệnh nhân nào hồi phục xương không tốt

- 100% bệnh nhân sau điều trị phẫu thuật không có tình trạng nhiễm trùng vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J. Jupiter** (1991), Current concepts review Fractures of the distal end of the radius, J Bone Joint Surg Am, 461-467.
2. **J. Zabinski and A. J. Weiland** (1999), Fractures of the distal radius, Clinical Orthopaedics, 3-16.
3. **Đặng Việt Công** (2016), "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108". Luận văn Thạc sĩ Y học, trường Học viện Quân Y.

4. Nguyễn Huy Toàn và Đỗ Phước Hùng (2012), Kết quả bước đầu điều trị gãy đầu dưới xương quay loại B3 (AO) bằng nẹp vít, Tạp chí Ngoại khoa số đặc biệt 1, 2, 3/2012, 273-275.

5. Zhaofeng Jia, Shijin Wang, Wei Jiang, et.al (2020). The treatment of complex intra-articular distal radius fractures with turning radius and distal volaris radius plate fixation, European Journal of Medical Research, 25 (6).

KHÒ KHÈ TÁI DIỄN VÀ/ HOẶC DẠI DẰNG Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phạm Thị Hồng Khánh¹, Nguyễn Thị Diệu Thúy¹

TÓM TẮT

Khò khè là một trong các triệu chứng về hô hấp thường gặp nhất ở trẻ em. Khò khè tái diễn và/hoặc dai dẳng là một trong các dấu hiệu gây lo lắng cho trẻ và gia đình. Mục tiêu của nghiên cứu là "Xác định một số nguyên nhân gây khò khè tái diễn và/ hoặc dai dẳng ở trẻ dưới 5 tuổi điều trị nội trú tại Trung tâm Hô hấp bệnh viện Nhi Trung ương". **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 178 trẻ dưới 5 tuổi có triệu chứng khò khè tái diễn và/ hoặc dai dẳng tại Trung tâm Hô hấp bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 9/2022 đến tháng 6/2023. **Kết quả:** Khò khè kéo dài sau nhiễm virus và bất thường đường thở là 2 nguyên nhân thường gặp nhất gây khò khè tái diễn và/ hoặc dai dẳng ở trẻ dưới 5 tuổi, trong đó viêm tiểu phế quản chủ yếu gặp ở trẻ dưới 12 tháng với kiểu hình khò khè khởi phát sớm. Số đợt khò khè trung bình của 3 kiểu hình khò khè khác biệt rõ rệt. Kiểu hình khò khè khởi phát muộn thường là khò khè tái diễn và đa số được chẩn đoán là hen phế quản. **Kết luận:** Khò khè kéo dài sau nhiễm virus là nguyên nhân thường gặp nhất gây khò khè tái diễn và/ hoặc dai dẳng ở trẻ dưới 5 tuổi, tuổi khởi phát khò khè có giá trị trong định hướng nguyên nhân gây khò khè. **Từ khóa:** Khò khè, tái diễn, dai dẳng, trẻ dưới 5 tuổi.

SUMMARY

RECURRENT AND/OR PERSISTENT WHEEZING IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT THE RESPIRATORY CENTER - NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Wheezing is one of most common respiratory symptom in children. Recurrent and/or persistent wheezing is leading to more concern for children and their families. **Objectives:** To determine the causes of recurrent and/or persistent wheezing in children under 5 years old treated at the Respiratory Center - National Children's Hospital. **Methods:** There was a cross-sectional study in 178 patients under 5 years old who had recurrent and/or persistent wheezing symptoms admitted at the Respiratory Center -

National Children's Hospital from September 2022 to June 2023. **Results:** Persistent wheezing after viral infection and airway abnormalities were the two most common causes of recurrent and/or persistent wheezing, in which bronchiolitis was mainly seen in children under 12 months with an early-onset wheezing phenotype. The number of wheezing episodes of the 3 wheezing phenotypes was different. The late-onset wheezing phenotype was usually recurrent wheezing and diagnosed asthma. **Conclusion:** Persistent wheezing after viral infection is the most common cause of recurrent and/or persistent wheezing in children younger than 5 years of age, and the age of wheezing onset is valuable for determine the causes of wheezing.

Keywords: Wheezing, recurrent, persistent, children under 5 years old.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thở khò khè là một triệu chứng phổ biến trong các bệnh hô hấp ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ [1]. Theo các nghiên cứu, cứ ba trẻ thì có một trẻ đã từng bị thở khò khè ít nhất một lần trước 2 tuổi, có đến 40% số trẻ này sẽ tiếp tục có triệu chứng khò khè sau 2 tuổi và tỷ lệ thở khò khè tái diễn ở trẻ nhỏ dưới 1 tuổi là trên 10% [2]. Trong các nhóm khò khè, khò khè tái diễn (KKTD) và khò khè dai dẳng (KKDD) thường gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, gây tâm lý lo lắng cho gia đình trẻ. Những nguyên nhân thường gặp nhất bao gồm: viêm tiểu phế quản, hen phế quản, trào ngược dạ dày thực quản. Nguyên nhân ít phổ biến hơn bao gồm bất thường bẩm sinh đường thở, dị vật đường thở và một số bệnh lý hiếm gặp khác. Trong đó, hai nguyên nhân chính gây khò khè tái diễn và dai dẳng là hen phế quản và khò khè kéo dài sau nhiễm virus [3]. Tiếp cận chẩn đoán khò khè tái diễn và dai dẳng đòi hỏi bác sỹ lâm sàng tiến hành thăm khám kỹ lưỡng, thực hiện các xét nghiệm thăm dò và cần sự phối hợp của nhiều chuyên khoa. Tùy thuộc vào nguyên nhân gây khò khè mà thái độ xử trí và tiên lượng sẽ rất khác nhau. Vì vậy nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu xác định một số nguyên nhân gây khò khè ở trẻ dưới

¹Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hồng Khánh

Email: khanhpham.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023