

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 Khánh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Diệu Thúy<sup>1</sup>

### 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

<sup>1</sup>Đại 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

5 tuổi điều trị nội trú tại Trung tâm Hô hấp- bệnh viện Nhi Trung ương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả bệnh nhân dưới 60 tháng tuổi có triệu chứng khò khè kéo dài trên 2 tuần và/ hoặc có trên 3 đợt khò khè trong vòng 12 tháng điều trị nội trú tại Trung tâm Hô hấp bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/09/2022 đến 01/06/2023.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân khò khè có kèm các di chứng bệnh lý thần kinh như bại não, di chứng sau viêm não. Gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9/2022 đến tháng 6/2023.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Hô hấp, bệnh viện Nhi Trung ương.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: mẫu thuận tiện, gồm tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn

Quy trình nghiên cứu: Trẻ được khai thác thông tin chung, hỏi tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng và chỉ định một số xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp theo nguyên nhân. Chẩn đoán xác định nguyên nhân gây khò khè dựa vào hỏi bệnh, khám lâm sàng và cận lâm sàng.

**2.3. Xử lý số liệu:** Các số liệu nghiên cứu sẽ được xử lý theo thuật toán thống kê sử dụng phần mềm thống kê Y học SPSS 25.0.  $p < 0,05$  là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua đề cương tại trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng Y đức Bệnh viện Nhi Trung ương.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 178 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu

**Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		n	%
Phân loại khò khè	Khò khè tái diễn	70	39,3
	Khò khè dai dẳng	72	40,4
	Khò khè tái diễn và dai dẳng	36	20,2
Nhóm tuổi	Dưới 12 tháng	81	45,5
	Từ 12 -24 tháng	52	29,2
	Trên 24 tháng	45	25,3
Giới	Nam	120	67,4
	Nữ	58	32,6

Dân tộc	Kinh	163	91,6
	Khác	15	8,4
Nơi sống	Thành thị	98	55,1
	Nông thôn	80	44,9
Tiền sử dị ứng bản thân	Có	38	21,3
	Không	140	78,7
Tiền sử dị ứng của gia đình	Có	36	20,2
	Không	142	79,8
Tiếp xúc khói thuốc lá	Có	74	41,6
	Không	104	58,4
Tiếp xúc vật nuôi trong nhà	Có	104	58,4
	Không	74	41,6
Tiền sử mắc Covid 19	Có	78	43,8
	Không	100	56,2
Tiền sử đẻ non	Có	33	18,5
	Không	145	81,5
Cân nặng thấp khi sinh	Có	19	10,7
	Không	159	89,3
Tiền sử đặt nội khí quản	Có	44	24,7
	Không	134	75,3

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 16,1 tháng, trẻ nhỏ nhất là 1 tháng và trẻ lớn nhất là 50 tháng tuổi. Trong đó, nhóm trẻ dưới 12 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất 45,5%, nhóm trên 24 tháng gặp ít nhất 25,3%. Trẻ nam chiếm tỉ lệ cao hơn trẻ nữ ở tất cả các nhóm tuổi, tỷ lệ nam/ nữ 2,1: 1. Tại thời điểm nghiên cứu, 21,3% trẻ có tiền sử mắc các bệnh dị ứng và 43,8% trẻ có tiền sử mắc Covid 19 ít nhất 1 lần. Tỷ lệ trẻ sống trong gia đình có người hút thuốc lá là 41,6%. Tỷ lệ trẻ có tiền sử đặt nội khí quản là 24,7%.

**Bảng 2: Phân loại khò khè theo nhóm tuổi khởi phát**

Thời điểm khởi phát khò khè	n	%
Khò khè khởi phát sớm-KKKPS (Dưới 12 tháng)	114	64,0
Khò khè khởi phát trung gian-KKKPTG (Từ 12- 24 tháng)	54	30,3
Khò khè khởi phát muộn-KKKPM(Trên 24 tháng)	10	5,6
<b>Tổng</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, kiểu hình khò khè khởi phát sớm chiếm tỉ lệ cao nhất 64%, tiếp đến là khò khè khởi phát trung gian chiếm 30,3%, kiểu hình khò khè khởi phát muộn chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,6%.

**Bảng 3: Nguyên nhân khò khè tái diễn và/hoặc dai dẳng**

Nguyên nhân	n	%
Khò khè kéo dài sau nhiễm virus – KKKD sau virus	67	37,6
Bất thường đường thở	45	25,2

Hen phế quản	18	10,1
Dị vật đường thở	8	4,5
Loạn sản phế quản phổi- LSPQP	5	2,8
Trào ngược dạ dày thực quản-TTDDTQ	4	2,2
Chưa rõ nguyên nhân-CRNN	31	17,4
Tổng	178	100,0

**Nhận xét:** Nguyên nhân gây khò khè tái diễn và/hoặc dai dẳng đa dạng với 6 nhóm nguyên nhân: khò khè kéo dài sau nhiễm vius

(37,6%), khò khè do bất thường đường thở (25,2%), hen phế quản (10,1%), dị vật đường thở (4,5%), trào ngược dạ dày thực quản (2,2%), loạn sản phế quản phổi (2,8%), chưa rõ nguyên nhân (17,4%). Trong nhóm nguyên nhân do bất thường đường thở, bất thường cấu trúc đường thở bẩm sinh chiếm tỷ lệ cao nhất (51,1%), hẹp khí quản do thở máy (33,3), bất thường đường thở do chèn ép (15,6%).

**Bảng 4: Nguyên nhân khò khè tái diễn và/hoặc dai dẳng theo tuổi khởi phát**

	KKKPS		KKKPTG		KKKPM	
	n	%	n	%	n	%
Khò khè kéo dài sau nhiễm virus – KKKD sau virus	34	29,8	30	55,6	67	37,6
Bất thường đường thở	42	36,8	3	5,6	0	0,0
Hen phế quản	3	2,6	11	20,4	4	40,0
Dị vật đường thở	1	0,9	4	7,4	3	30,0
Loạn sản phế quản phổi- LSPQP	5	4,4	0	0,0	0	0,0
Trào ngược dạ dày thực quản- TTDDTQ	3	2,6	1	1,9	0	0,0
Chưa rõ nguyên nhân-CRNN	26	22,8	5	9,3	0	0,0

**Nhận xét:** Các nguyên nhân gây khò khè tái diễn và/hoặc dai dẳng khác nhau theo tuổi khởi phát. Các nguyên nhân hay gặp trong kiểu hình khò khè khởi phát sớm là bất thường đường thở (36,8%), khò khè kéo dài sau nhiễm virus (29,8%). Khò khè kéo dài sau nhiễm virus là nguyên nhân thường gặp nhất trong kiểu hình khò khè khởi phát trung gian chiếm 55,6%. Nhóm khò khè khởi phát muộn, nguyên nhân hay gặp nhất là hen phế quản (40%).

**IV. BÀN LUẬN**

Từ tháng 9/2022 đến tháng 6/2023, có 178 trẻ có triệu chứng khò khè tái diễn và/ hoặc dai dẳng đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 16,1 tháng, trẻ nhỏ tuổi nhất là 1 tháng và trẻ lớn tuổi nhất là 50 tháng. Kết quả nghiên cứu này tương tự như kết quả của Roberta Barros de Sousa và cộng sự (2016) với tuổi trung bình là 14,8 ± 5,2. Nhóm tuổi dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm tỷ lệ 45,5%, nhóm tuổi trên 24 tháng ít gặp nhất chiếm tỷ lệ 25,3%. Trong nghiên cứu của Antonia Maria Rosa và cộng sự [4] cho thấy tỷ lệ khò khè của nhóm 12 tháng tuổi là 43,2%. Một nghiên cứu khác của Martinez và cộng sự (2004) [5] trên 6265 trẻ cho thấy 50% trẻ biểu hiện triệu chứng khò khè trong năm đầu đời.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khò khè thường gặp ở trẻ nam hơn so với trẻ nữ với tỷ lệ nam/nữ là 2,1/1 kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà (2013) [6] cho thấy số trẻ trai bị khò khè nhiều gấp 2 lần số trẻ gái. Nhiều nghiên cứu khác cũng cho thấy tần suất khò khè ở trai cao hơn trẻ gái [5].

Tỷ lệ trẻ có tiền sử gia đình mắc các bệnh dị ứng là 20,2%. Tại thời điểm nghiên cứu, 21,3% trẻ có tiền sử mắc các bệnh dị ứng và 43,8% trẻ có tiền sử mắc Covid 19 ít nhất 1 lần. Tỷ lệ trẻ sống trong gia đình có người hút thuốc lá là 41,6%.

Nguyên nhân gây khò khè tái diễn và/hoặc dai dẳng đa dạng với 6 nhóm nguyên nhân: khò khè kéo dài sau nhiễm vius (37,6%), khò khè do bất thường đường thở (25,2%), hen phế quản (10,1%), dị vật đường thở (4,5%), trào ngược dạ dày thực quản (2,2%), loạn sản phế quản phổi (2,8%), chưa rõ nguyên nhân (17,4%). Trong nhóm nguyên nhân do bất thường đường thở, bất thường cấu trúc đường thở bẩm sinh chiếm tỷ lệ cao nhất (51,1%), hẹp khí quản do thở máy (33,3), bất thường đường thở do chèn ép (15,6%).

Chúng tôi phân loại 3 kiểu hình khò khè tái diễn và/ hoặc dai dẳng dựa vào thời gian xuất hiện triệu chứng khò khè lần đầu tiên. Kiểu hình khò khè khởi phát sớm khi triệu chứng khò khè xuất hiện trước 12 tháng, kiểu hình khò khè khởi phát trung gian khi triệu chứng khò khè xuất hiện từ 12 đến 24 tháng tuổi và kiểu hình khò khè khởi phát muộn khi triệu chứng khò khè xuất hiện sau 24 tháng. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiểu hình khò khè khởi phát sớm chiếm tỉ lệ cao nhất 64%, tiếp đến là khò khè khởi phát trung gian chiếm 30,3%, kiểu hình khò khè khởi phát muộn chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,6%. Kết quả nghiên cứu này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà (2013) [6] cho thấy kiểu hình khò khè khởi phát sớm có tỷ lệ cao nhất, chiếm 74,5%.

Trong kiểu hình khò khè khởi phát sớm, bất thường đường thở và khò khè kéo dài sau nhiễm

virus là hai nguyên nhân thường gặp nhất lần lần chiếm tỷ lệ 36,8 và 29,8%. Trong nhóm khò khè khởi phát muộn 40% trẻ đủ tiêu chuẩn chẩn đoán hen phế quản, là nguyên nhân hay gặp nhất. Số đợt khò khè trung bình trong 12 tháng của kiểu hình khò khè khởi phát sớm là 2,89 đợt, kiểu hình khò khè khởi phát trung gian là 3,93 đợt và của kiểu hình khò khè khởi phát muộn là 3,6 đợt. Số đợt khò khè trong 12 tháng của 3 kiểu hình là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001$ .

## V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân gây khò khè tái diễn và/ hoặc dai dẳng ở trẻ em rất đa dạng. Các nguyên nhân gây khò khè rất khác nhau, tuổi khởi phát khác nhau và biểu hiện lâm sàng cũng khác nhau. Vì thế các thầy thuốc lâm sàng cần khai thác cẩn thận bệnh sử, tiền sử trước khi chỉ định cận lâm sàng phù hợp trước một trường hợp khò khè tái diễn và/ hoặc dai dẳng.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các bệnh nhi và gia đình trẻ đã tham gia, hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu. Xin cảm ơn Bệnh viện Nhi Trung ương và đặc biệt là Trung tâm Hồ hấp đã

tạo điều kiện thuận lợi để nhóm nghiên cứu có thể thu thập số liệu và hoàn thành nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al-Shamrani A, Bagais K, Ayed Alenazi A et al** 'Wheezing in children: Approaches to diagnosis and management', Int. J. Pediatr. Adolesc. Med., vol. 6, no. 2, Jun. 2019, doi: 10.1016/j.ijpam.2019.02.003.
2. **Huang J, Zhang J, Hao C and Chen Z**, 'Association of children wheezing diseases with meteorological and environmental factors in Suzhou, China', Sci. Rep., vol. 12, p. 5018, Mar. 2022, doi: 10.1038/s41598-022-08985-5.
3. **Parakh A**. Recurrent & Persistent Wheezing', <https://www.ankitparakh.com/conditions-treated/recurrent-persistent-wheezing/>
4. **Rosa AM, da Jacobson L and Botelho C**, 'Prevalence of wheezing and associated factors in children under 5 years of age in Cuiabá, Mato Grosso State, Brazil', Cad. Saude Publica, vol. 29, no. 9, pp. 1816-1828, Sep. 2013, doi: 10.1590/0102-311X00109012.
5. **de Sousa RB, Medeiros D, Sarinho E et al** 'Risk factors for recurrent wheezing in infants: a case-control study', Rev. Saúde Pública, vol. 50, May 2016, doi: 10.1590/S1518-8787.2016050005100.
6. **Nguyễn Thị Hà**, 'Nghiên cứu nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng theo nguyên nhân gây khò khè tái diễn và/hoặc dai dẳng ở trẻ dưới 5 tuổi.', Trường Đại Học Hà Nội, 2013.

## HIỆU QUẢ MÁNG MAGO TRONG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả sự thay đổi về mặt lâm sàng và xquang khi điều trị rối loạn chức năng thái dương hàm bằng máng mago. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn thái dương hàm đến khám và điều trị tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội, sử dụng kết quả thăm khám và chụp xquang Conebeam City (CBCT). **Kết quả:** Thay đổi lâm sàng: giảm đau sau điều trị theo thang điểm VAS  $2,9 \pm 2,9$ , giảm tiếng kêu click từ 86.7% còn 43.3%, giảm tiếng lạo xạo 10% còn 6.3%, há miệng to hơn  $8.5 \pm 3.9$ mm. CBCT: trong 18 bệnh nhân có di lệch lỗi

Phạm Thu Trang<sup>1</sup>, Phạm Thị Hồng Thùy<sup>2</sup>,  
Trần Thị Thanh Mai<sup>1</sup>, Nguyễn Tuấn Linh<sup>1</sup>

cầu sau điều trị thì 94.4 % lỗi cầu đã được đưa về đúng tâm. Trong 4 bệnh nhân thoái hóa khớp thì sau điều trị 75% lành thương, còn 25% không có sự thay đổi rõ rệt trên phim. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,005$

**Từ khóa:** thái dương hàm, CBCT

### SUMMARY

#### EFFECTIVENESS OF MAGO IN TREATMENT OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION

**Objectives:** To describe the clinical and radiographic changes in the treatment of TMJ dysfunction with a mago. **Material and methods:** The study was conducted on 30 patients diagnosed with TMJ disorder who came to Hanoi for examination and treatment at the Hanoi Hospital of Odontostomatology, using the results of examination and Conebeam City (CBCT). **Results:** Clinical change: post-treatment pain relief according to the VAS scale of  $2.9 \pm 2.9$ , decrease in click sounds from 86.7% to 43.3%, decrease in crunching sound 10% to 6.3%, open mouth wider  $8.5 \pm 3.9$ mm. CBCT: in 18 patients

<sup>1</sup>Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thu Trang

Email: trangpham368@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.7.2023

Ngày duyệt bài: 7.8.2023