

5. **Vi Việt Cường & Phạm Quốc Hùng** (2022), Tình trạng sâu răng và nhu cầu điều trị ở trẻ 5, 12 tuổi dân tộc thái ở huyện Con Cuông, tỉnh Nghệ An năm 2015, Tạp chí Y học Việt Nam, 510 (1), tr. 157-160.
6. **Trần Tân Tài** (2016), Thực trạng bệnh sâu răng và hiệu quả của giải pháp can thiệp cộng đồng của học sinh tại một số trường tiểu học ở Thừa Thiên Huế, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
7. **Phạm Việt Hưng** (2021), Thực trạng bệnh răng miệng và một số yếu tố liên quan ở học sinh lớp 3 trên địa bàn huyện Lập Thạch, tỉnh Vĩnh Phúc, năm 2021, Tạp chí Y học Việt Nam, 507 (2), tr. 182-185.
8. **Phạm Minh Khuê** (2021), Thực trạng sâu răng, viêm lợi ở học sinh Trường tiểu học Nguyễn Du, thành phố Hà Tĩnh, năm 2020, Tạp chí Y học Việt Nam, 503 (số đặc biệt), tr. 44-49.
9. **Trần Văn Trường, Trịnh Đình Hải** (2001), Kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc ở Việt Nam 1999 - 2000, Tạp chí Y học Việt Nam, (10), tr. 8-21.
10. **Phạm Hùng Sơn** (2014), Kiến thức, thái độ, thực hành về sinh răng miệng và thực trạng sâu răng ở học sinh tại trường tiểu học Xuân La quận Tây Hồ Hà Nội năm 2014, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
11. **Ngô Văn Mạnh** (2018), Thực trạng bệnh răng miệng và một số yếu tố liên quan của học sinh hai trường tiểu học thành phố Điện Biên Phủ, tỉnh Điện Biên năm 2018, Tạp chí Y học Việt Nam, 507 (1), tr. 198-201.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHI SUY TIM NẶNG DO TIM BẨM SINH CÓ TĂNG LƯU LƯỢNG MÁU LÊN PHỔI

**Đoàn Thị Linh¹, Đinh Dương Tùng Anh¹,
Lê Hồng Quang², Phạm Thị Ngọc Anh²**

nhân nghiên cứu hầu hết đều cải thiện sau điều trị.

Từ khóa: Suy tim, tim bẩm sinh nhóm tăng lưu lượng máu lên phổi

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân suy tim nặng do tim bẩm sinh có tăng lưu lượng máu lên phổi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. Trẻ được chẩn đoán mắc tim bẩm sinh nhóm tăng lưu lượng máu lên phổi có suy tim nặng mức độ IV theo phân loại Ross vào điều trị tại đơn nguyên Hồi sức tim mạch- khoa Nội tim mạch-Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 08 năm 2021 đến tháng 07 năm 2022. **Kết quả:** Tổng số có 42 bệnh nhân được nghiên cứu, tuổi trung bình là 5.49 ± 4,6 tháng, cân nặng trung bình 8,32 ± 5,67 kg. Bệnh thường gặp nhất là thông liên thất (33,2%). Các bệnh lý kèm theo trong đợt suy hô hấp là viêm phổi (33%), tiêu chảy cấp chiếm 21,4%, nhiễm khuẩn tiết niệu 16,7%. tất cả các bệnh nhân đều được điều trị bằng thuốc; số bệnh phẫu thuật chiếm 35,7%. Có 7,14% bệnh nhân được can thiệp. Các triệu chứng khó thở, nhịp tim nhanh và gan to và các biểu hiện Bồng tim to trên phim Xquang ngực, dày thất, EF giảm đều cải thiện sau điều trị (p < 0,01). **Kết luận:** Thông liên thất là tim bẩm sinh chiếm nhiều nhất trong nhóm tim bẩm sinh có tăng lưu lượng máu lên phổi, các bệnh lý kèm theo trong đợt suy hô hấp chủ yếu là viêm phổi, tiêu chảy cấp. Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF PEDIATRIC PATIENTS WITH SEVERE HEART FAILURE DUE TO CONGENITAL HEART FAILURE THERE IS INCREASED BLOOD FLOW TO THE LUNGS

Objective: To describe the epidemiological and paraclinical characteristics of patients with severe congenital heart failure with increased blood flow to the lungs. **Subjects and research methods:** Cross-sectional descriptive study, convenience sampling. All patients with server heart failure (class IV) due to congenital heart disease with increased blood flow according to Ross classification are treated at Cardiovascular resuscitation unit - Department of Cardiology - Cardiovascular Center - of the National Children's Hospital from August 2021 to July 2022. **Results:** Forty two patients with mean age of 5.49 ± 4,6 months old from 2 months old to 6 years old, average weight 8,32 ± 5,67.kg. The most common disease was ventricular septal defect (33.2%). The average length of stay in hospitals of the successful group is 7.26 ± 5.67 days and the failure group are 14.2 ± 2.8 days (p > 0.05). Other disease when patients hospitalizing were pneumonia (33%), acute diarrhea accounted for 21.4%, urinary infection 16.7%. all patients were treated with drugs; surgical diseases accounted for 35.7%. There are 7.14 % of patients receiving intervention. The symptoms of dyspnea, tachycardia and hepatomegaly and the

¹Trường Đại học Y dược Hải Phòng

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Linh

Email: doanthilinh1019@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 20.9.2023

manifestations of enlarged heart on chest X-ray, ventricular thickening, and decreased EF all improved after treatment ($p < 0.01$). **Conclusion:** Ventricular septal defect is the most common congenital heart in the group of congenital heart with increased blood flow to the lungs, accompanying diseases in respiratory failure are mainly pneumonia, acute diarrhea. The clinical and subclinical symptoms of the studied patients mostly improved after treatment

Keywords: severe heart failure, congenital heart failure with increased blood flow to the lungs

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng lâm sàng do biến đổi cấu trúc và/hoặc chức năng của tim do nhiều nguyên nhân và bệnh học khác nhau (1). Có nhiều nguyên nhân gây suy tim ở trẻ em và nguyên nhân hàng đầu là tim bẩm sinh chiếm 65%. Suy tim gây nhiều hậu quả nghiêm trọng đến sức khỏe và chất lượng sống của trẻ nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Trên thế giới và Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về suy tim (2),(3),(4). Tuy nhiên các nghiên cứu về suy tim do tim bẩm sinh nhóm tăng lưu lượng máu lên phổi chưa nhiều do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy tim nặng do bệnh tim bẩm sinh có tăng lưu lượng máu lên phổi tại đơn nguyên Điều trị tích cực tim mạch nội khoa – khoa Nội tim mạch- Trung tâm tim mạch - Bệnh viện Nhi Trung ương từ 1/8/2021- 31/7/2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhi được chẩn đoán mắc tim bẩm sinh nhóm tăng lưu lượng máu lên phổi có suy tim nặng vào điều trị tại đơn nguyên Điều trị tích cực tim mạch nội khoa – khoa Nội tim mạch- Trung tâm tim mạch - Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.2. Thời gian nghiên cứu. Từ 01/08/2021- 31/07/2022.

2.3. Địa điểm nghiên cứu. Tại đơn nguyên Điều trị tích cực tim mạch nội khoa - khoa Nội tim mạch- Trung tâm tim mạch - Bệnh viện Nhi Trung ương

2.4. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi: từ 2 tháng đến 16 tuổi.
- Bệnh nhân mắc tim bẩm sinh nhóm tăng lưu lượng máu lên phổi.
- Được chẩn đoán và phân loại suy tim độ 4 với điểm ROSS từ 10 -12 điểm(4)

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán, phân độ suy tim theo Ross sửa đổi

Điểm	0	1	2
	Tiền sử		

Ra mồ hôi	Chỉ ở đầu	Đầu và thân khi gắng sức	Đầu và thân khi nghỉ ngơi
Thở nhanh	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Liên tục
Lâm sàng			
Kiểu thở	Bình thường	Co rút cơ hô hấp	Khó thở
Tần số thở (lần/phút)			
0 - 1 tuổi	< 50	50 - 60	> 60
1 - 6 tuổi	< 35	35 - 45	> 45
7 - 10 tuổi	< 25	25 - 35	> 35
11-14 tuổi	< 18	18 - 28	> 28
Tần số tim (lần/phút)			
0 - 1 tuổi	< 160	160 - 170	> 170
1 - 6 tuổi	< 105	105 - 115	> 115
7 - 10 tuổi	< 90	90 - 100	> 100
11-14 tuổi	< 80	80 - 90	> 90
Gan to dưới bờ sườn phải (cm)	< 2	2 - 3	> 3

Theo tiêu chuẩn này, suy tim gồm có 4 độ:

- Độ I: 0-2 điểm: không có suy tim
- Độ II: 3-6 điểm: suy tim mức độ nhẹ
- Độ III: 7-9 điểm: suy tim mức độ vừa
- Độ IV: 10-12 điểm: suy tim mức độ nặng

2.5. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân sau phẫu thuật tim sửa chữa tạm thời hoặc triệt để.

- Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.6. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.
- Các bước tiến hành nghiên cứu

Bệnh nhân được điều trị suy tim theo phác đồ bao gồm các phương pháp chính: thuốc, thở máy, can thiệp (lọc máu, tuần hoàn ngoài cơ thể, sốc điện) và phẫu thuật.

- Chúng tôi đánh giá kết quả điều trị tại thời điểm bệnh nhân ra viện.

Tại thời điểm ra viện, tiến triển của bệnh nhân gồm các mức độ: tốt, xấu hoặc tử vong.

- Đánh giá tiến triển tốt gồm các tiêu chuẩn:

+) Mức độ suy tim giảm (theo tiêu chuẩn Ross sửa đổi).

+) Các thông số siêu âm tim cải thiện: EF, FS tăng, LVDd giảm.

-Tiến triển xấu gồm các tiêu chuẩn:

+) Mức độ suy tim không cải thiện (theo tiêu chuẩn Ross sửa đổi).

+) Các thông số siêu âm tim không cải thiện: EF, FS giảm, LVDd tăng hoặc các chỉ số này không thay đổi.

2.7. Xử lý số liệu

- Số liệu sau khi thu thập được mã hóa, nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

- Đối với biến định tính: Sử dụng các phép

kiểm X² test để so sánh 2 tỷ lệ hoặc nhiều tỷ lệ.

- Đối với biến định lượng có phân phối chuẩn: sử dụng phép kiểm T-Test để so sánh 2 giá trung bình. $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

- Sai số và cách khống chế sai số:

+ Thống nhất chẩn đoán trong hỏi bệnh, khám lâm sàng và xét nghiệm.

+ Thống nhất phương pháp điều trị và theo dõi bệnh nhân.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Gia đình trẻ được giải thích về nội dung nghiên cứu và đã đồng ý chấp thuận tham gia. Nghiên cứu được hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi trung ương và Hội đồng xét duyệt đề cương của Trường Đại học Y dược Hải Phòng đồng ý tiến hành.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Có 42 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Số bệnh nhân nam là 18 (42,9%) nhiều hơn số bệnh nhân nữ 24 (51,7%). Cân nặng trung bình $8,32 \pm 5,67$ kg.

Bảng 3.1. Tỷ lệ phân bố bệnh lý tim bẩm sinh (n=42)

Bệnh lý tim bẩm sinh	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Thông liên thất	14	33,2
Thông liên nhĩ	2	4,8
Thông liên thất kèm ống động mạch	1	2,4
Thông liên thất và thông liên nhĩ	2	4,8
Chuyển gốc động mạch hoàn toàn	2	4,8
Còn ống động mạch	4	9,5
Thông sản nhĩ thất	8	19,0
Thất phải hai đường	1	2,4
Thần chung động mạch	2	4,8
Bất thường tĩnh mạch phổi	5	11,9
Tim một thất và không hẹp phổi	1	2,4
Tổng	42	100

Nhận xét: Các bệnh lý tim bẩm sinh thường gặp nhất trong nghiên cứu là thông liên thất, thông sản nhĩ thất, bất thường tĩnh mạch phổi chiếm lần lượt 33,2%, 11,9% và 9,5%.

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng lúc vào viện

	Triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Thở nhanh	Có	42	100
	Không	0	0
Nhịp tim nhanh	Có	42	100
	Không	0	0
Gan to	Có	26	61,9
	Không	16	38,1
Dấu hiệu	Có	20	47,6

vã mồ hôi	Không	22	52,4
	Da niêm mạc hồng	2	4,8
Dấu hiệu lâm sàng khác	Da niêm mạc tím	40	95,2
	Có rút lõm lồng ngực	27	64,2
	Phù	10	23,8
Tím	Có	36	85,7
	Không	6	14,3
Tiếng thổi ở tim	Có	28	66,7
	Không	14	33,3

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng chính của các bệnh nhân khi vào viện là khó thở (100%), tim đập nhanh (100%), da niêm mạc tím (85,5%). Ngoài ra còn có các triệu chứng khác ít gặp hơn như rút lõm lồng ngực (64,2%), phù (23,8%)

Bảng 3.3. Các chỉ số xét nghiệm khi vào viện

Chỉ số	N	Tỷ lệ (%)	X \pm SD	Min	Max	
Bạch cầu (G/l)	Tăng	16	38,1	10,7 \pm 0,81	3	20,96
	Giảm	2	4,8			
	Bình thường	24	57,1			
Procalcitonin (ng/ml)	<0,05	29	69	1,73 \pm 0,25	0,02	16,2
	>0,05	13	31			

Nhận xét: 38,1% số bệnh nhân có bạch cầu tăng, nồng độ procalcitonin hầu hết dưới 0,5 ng/l chiếm 69%.

Bảng 3.4. Các chỉ số khí máu lúc vào viện

Chỉ số	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
pH	< 7,35	25	59,5
	$\geq 7,35$	17	40,5
Tổng	42	100	
PaCO ₂	35-45 mmHg	16	38,1
	> 45 mmHg	26	61,9
Tổng	42	100	
PaO ₂	< 60 mmHg	24	57,1
	≥ 60 mmHg	18	42,9
Tổng	42	100	

Nhận xét: Đa số trẻ nhập viện trong tình trạng toan hóa máu, tỷ lệ là 59,5%. Có 40,5% số trẻ có pH máu bình thường. Không ghi nhận kiểm hóa máu. Có 61,9% số trẻ có PaCO₂ > 45mmHg, thể hiện tình trạng ứ khí, giảm thông khí ở phổi. Còn lại 16 bệnh nhân chiếm 38,1% vẫn có mức CO₂ máu trong ngưỡng giới hạn cho phép. 42,9% trẻ nhập viện đạt được PaO₂ máu từ 60mmHg trở lên. Còn lại nhóm 24 bệnh nhân chiếm 57,1% có PaO₂ < 60mmHg thể hiện quá trình oxy hóa kém.

Bảng 3.5. Bệnh lý kèm theo trong đợt vào viện

Các bệnh lý kèm theo	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
----------------------	--------------	-----------

	nhân (n)	(%)
Nhiễm khuẩn tiết niệu	8	16,7
Viêm phổi	14	33,3
Tiểu chảy cấp	9	21,4
Nhiễm khuẩn huyết	3	7,1
Viêm kết mạc	3	7,1
Viêm da	1	2,3
Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn	2	4,8
Viêm tai giữa	2	4,8
Tổng	42	100

Nhận xét: Các bệnh lý kèm theo trong đợt suy tim cấp là viêm phổi (33%) chiếm tỷ lệ nhiều nhất, tiếp theo đó là tiểu chảy cấp chiếm 21,4%, nhiễm khuẩn tiết niệu 16,7%.

3.2. Về kết quả điều trị

Bảng 3.6. Các phương pháp điều trị

Các phương pháp điều trị	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Thuốc	42	100
Thở máy	29	69,04
Can thiệp	3	7,14
Phẫu thuật	15	35,71

Nhận xét: tất cả các bệnh nhân đều được điều trị bằng thuốc; số bệnh phẫu thuật chiếm 35,7%. Có 7,14 % bệnh nhân được can thiệp.

Bảng 3.7. Tiến triển bệnh sau điều trị

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	37	88,09
Xấu	4	9,52
Tử vong	2	4,76
Tổng số ngày điều trị	15,4±9,3 ngày	

Nhận xét: có 37 trường hợp tiến triển tốt chiếm 88,09% và 4 trường hợp tiến triển xấu (9,52%) trong đó 2 trẻ tử vong (4,76%). Tổng số ngày điều trị trung bình là 15,4± 9,3 ngày.

Bảng 3.8. Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau điều trị

Triệu chứng	Trước điều trị (n=42)		Sau điều trị		P
	n	%	n	%	
Thở nhanh	42	100	22	52,38	< 0,01
Nhịp tim nhanh	42	100	16	38,09	< 0,01
Tím	36	85,71	12	28,57	< 0,01
Gan to	26	61,9	11	26,19	< 0,01
Bóng tim to trên Xquang	42	100	26	61,90	< 0,01
Dày thất	38	90,47	26	61,90	< 0,01
EF giảm	25	59,5	14	33,33	< 0,01

Nhận xét: Các triệu chứng khó thở, nhịp tim nhanh và gan to và các biểu hiện Bóng tim to trên phim Xquang ngực, dày thất, EF giảm đều cải thiện sau điều trị có ý nghĩa thống kê

(p<0,01).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Qua phân tích kết quả nghiên cứu trên 42 bệnh nhân bị suy tim nặng do tim bẩm sinh có tăng lưu lượng máu lên phổi, chúng tôi thấy tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam cao hơn tỷ lệ ở trẻ nữ (51,7% so với 42,9%). Trái lại, theo hồi cứu của Yannis Yan Liang (5), tỷ lệ bệnh nhân suy tim cấp ở nữ lại cao hơn nam (56,4% so với 43,6%), điều này có lẽ do tỷ lệ giới ở Việt Nam nói chung nam cao hơn nữ. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của một số tác giả khác đều thấy tỷ lệ trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài L. K. Wright và cộng sự (6) tỷ lệ trẻ nam cũng nhiều hơn trẻ nữ.

Nghiên cứu của chúng tôi tuổi nhập viện trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 5.49 ±4,6 (1-25) tháng tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng lâm sàng chính của các bệnh nhân khi vào viện là khó thở (100%), tim đập nhanh (100%), da niêm mạc tím (85,7%). Kết quả nghiên cứu cho thấy 38.1% số bệnh nhân có bạch cầu tăng và CRP tăng 66,7%, nồng độ procalcitonin tăng >0,5 ng/ml chiếm 31%, chủ yếu là >10 ng/ml (44,7%). và không có sự khác biệt.

Theo tác giả Ngô Anh Vinh (7) kết quả cho thấy, các rối loạn thường gặp nhất trên điện tâm đồ của nhóm suy tim là dày thất (chiếm 25%) và rối loạn nhịp tim (19,9%) . Trong các bệnh lý gây suy tim, ở nhóm viêm cơ tim tác giả nhận thấy rối loạn nhịp tim là dấu hiệu khá đặc hiệu, chiếm 31,4%.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi trên phim Xquang tim phổi đều có hình ảnh bóng tim to. Tác giả Ngô Anh Vinh (7) hình ảnh tim to trên phim X-Quang tim phổi của nhóm suy tim trong nghiên cứu chiếm 81,6% . Hình ảnh bóng tim to ở bệnh tim bẩm sinh có tăng lưu lượng máu lên phổi do sự tăng gánh áp lực và thể tích các buồng tim, hậu quả của tình trạng rối loạn huyết động gây ra bởi các tổn thương cấu trúc tim(8). Tuy nhiên, dấu hiệu này lại khác nhau tùy theo nguyên nhân suy tim.

4.2. Kết quả điều trị suy tim. Trong nghiên cứu chúng tôi, 100% các bệnh nhân được điều trị bằng thuốc, can thiệp và phẫu thuật. Các biện pháp can thiệp điều trị chủ yếu là: lọc máu, ECMO và sốc điện.

Theo kết quả nghiên cứu, có 37 trường hợp tiến triển tốt chiếm 88,09% cho thấy hiệu quả

điều trị suy tim. Có 2 trường hợp tử vong là trẻ 2 tháng tuổi được chẩn đoán trên siêu âm tim là sinh lý 1 thất có tình trạng suy tuần hoàn khi vào viện và được chỉ định phẫu thuật cấp cứu và trẻ 3 tháng tuổi được chẩn đoán tăng áp động mạch phổi có thông liên thất rộng mắc viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn có biểu hiện sốc tim. Tuy nhiên, tình trạng huyết động của bệnh nhân không cải thiện sau can thiệp. Trong một số báo cáo khác, theo tác giả nước ngoài Pendergrast (8) tỷ lệ tử vong do suy tim ở trẻ em dao động từ 3,2% đến 11%, trong khi đó theo tác giả K. O. Isezuo (9) tỷ lệ này là 7% và theo Wright LK(6) tỷ lệ này là 2,3%. Tỷ lệ tử vong trong các báo cáo này đều cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Các bệnh lý kèm theo trong đợt suy tim cấp là viêm phế quản phổi (33%) chiếm tỷ lệ nhiều nhất, tiếp theo đó là tiêu chảy cấp chiếm 21,4%, nhiễm khuẩn tiết niệu 16,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của K. O. Isezuo (9) và cộng sự với viêm phế quản phổi chiếm 30%.

V. KẾT LUẬN

Thông liên thất là tim bẩm sinh chiếm nhiều nhất trong nhóm tim bẩm sinh có tăng lưu lượng máu lên phổi, các bệnh lý kèm theo trong đợt suy hô hấp chủ yếu là viêm phổi, tiêu chảy cấp. Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu hầu hết đều cải thiện sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022;145(18):e895-e1032.
2. Nandi D, Rossano J.W. Epidemiology and cost of heart failure in children. *Cardiol Young*. 2015;25(8):1460-8.
3. Đặng Văn Phước CNH, Trương Quang Bình. Sinh lý bệnh của suy tim. *Suy tim trong thực hành lâm sàng Nhà xuất bản Y học, Hà nội*. 2014:15-29.
4. Ross RD. The Ross Classification for Heart Failure in Children After 25 Years: A Review and an Age-Stratified Revision. *Pediatr Cardiol* 2012;33:1295-300.
5. Liang Yy Md P, Ai S, Weng F, Feng H, Yang L, He Z, et al. Associations of Childhood Maltreatment and Genetic Risks With Incident Heart Failure in Later Life. *J Am Heart Assoc*. 2022;11(20):e026536.
6. Wright LK, Zmora R, Huang Y, Oster ME, McCracken C, Mahle WT, et al. Long-Term Risk of Heart Failure-Related Death and Heart Transplant After Congenital Heart Surgery in Childhood (from the Pediatric Cardiac Care Consortium). *Am J Cardiol*. 2022;167:111-7.
7. Anh Vinh Ngô, Hữu Hoà Phạm. Kết quả điều trị suy tim ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung Ương. *Tạp chí Y Học Việt Nam*. 2022;512:184.
8. Pendergrast TR, Chapin CA, Kriegermeier AA, Pardo AC, Bass LM, Sanchez-Pinto LN. Heart rate variability is associated with encephalopathy and outcomes in pediatric acute liver failure. *Pediatr Res*. 2023;93(5):1348-53.
9. Isezuo KO, Sani UM, Waziri UM, Garba BI, Coker LK, Folorunsho A. Pattern and outcome of heart failure amongst children admitted in an emergency pediatric unit of a Tertiary Hospital in Sokoto State, North-Western Nigeria. *Nigerian Journal of Basic and Clinical Sciences*. 2022;19(2):126.

KẾT QUẢ KIỂM SOÁT SÂU RĂNG SỚM CỦA SILVER DIAMINE FLUORIDE PHỐI HỢP KALI IODE TRÊN MỘT NHÓM TRẺ TẠI TRƯỜNG MẦM NON PHÚC ĐỒNG NĂM 2022-2023

Nguyễn Hương Liên¹, Trần Thị Mỹ Hạnh¹, Phùng Thị Thu Hà¹,
Đào Thị Hằng Nga¹, Nguyễn Thị Giang¹, Nguyễn Đức Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả kiểm soát sâu răng sớm của Silver diamine Fluoride (SDF) phối hợp Kali Iode (KI) trên một nhóm trẻ tại trường mầm non Phúc Đồng, Long Biên, Hà Nội. **Đối tượng:** 87 trẻ 4- 6 tuổi

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hương Liên

Email: bacsyliennhakhovietuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2023

Ngày duyệt bài: 20.9.2023

có ít nhất hai tổn thương sâu răng sữa tiến triển, tính chất tương đồng. **Phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng có đối chứng. Đánh giá hiệu quả can thiệp bằng SDF phối hợp KI và nhóm chứng can thiệp bằng SDF. Tình trạng sâu răng đánh giá qua khám lâm sàng theo ICCMS, ghi nhận màu sắc lỗ sâu bằng chụp ảnh qua điện thoại. **Kết quả:** 87 trẻ tham gia nghiên cứu, 124 răng sâu bên phải cung hàm điều trị với SDF phối hợp KI. Tỷ lệ số răng sâu ngừng hoạt động sau 6 tháng can thiệp SDF +KI là 87.9%. Màu sắc tổn thương sâu răng sau can thiệp bằng SDF+KI: 45 (39.5%) răng chuyển màu nâu, 61 (53.5%) răng chuyển màu đen; **Kết luận** SDF +KI hiệu quả trong kiểm soát sâu răng;