

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI THỤY TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2022

Đinh Dương Tùng Anh^{1,2}, Hoàng Ngọc Anh²,
Phạm Thị Thanh Tâm¹, Tiên Hạnh Nhi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm phổi thùy ở trẻ em tại khoa Hô hấp – bệnh viện Trẻ em Hải Phòng và nhận xét kết quả điều trị của các trường hợp nói trên. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu mô tả một loạt ca bệnh bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** VPT thường gặp nhất ở trẻ 2-5 tuổi với tỉ lệ hai giới tương đương nhau. Triệu chứng thường gặp là: ho (91,8%), sốt (90,2%) trong đó đa số là sốt vừa (50,8%), thở nhanh (78,7%) và ran phổi gặp ở 47,6% các ca bệnh. 3/7 trẻ có sốt cao vào viện do co giật. Tỉ lệ bạch cầu hạt trung tính tăng ở 85,2% và CRP tăng ở 68,9% số ca bệnh. Vi khuẩn thường gặp nhất gây VPT là *S. pneumoniae* và *H. influenzae*. 100% số ca bệnh có hình ảnh tổn thương dạng đồng đặc phân thùy hoặc thùy phổi trên CT ngực. Đa số các trường hợp có tổn thương bên phổi phải (72,1%), nhiều nhất ở thùy trên phải. Thời gian điều trị nội trú trung bình là 10,6±3,14 ngày và tất cả các trường hợp đều được điều trị khỏi, không có trường hợp bệnh nặng cần chuyển tuyến. **Kết luận:** Tổn thương VPT thường gặp nhất ở phổi phải và ở thùy trên. Cần lưu ý tầm soát VPT ở các trẻ co giật do sốt cao.

Từ khóa: trẻ em, viêm phổi thùy, sốt

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF LOBAR PNEUMONIA AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2022

Objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of lobar pneumonia (LP) in children at the Respiratory Department - Hai Phong Children's Hospital and comment on the treatment results of the above cases. **Subjects and methods:** a retrospective study describing a series of cases using convenience sampling method. **Results:** LP was most common in children 2-5 years old with equal rates for both sexes. Common symptoms were: cough (91.8%), fever (90.2%) of which the majority are moderate fever (50.8%), tachypnea (78.7%), and pulmonary rales seen in 47, 6% of cases. 3/7 children with LP with high fever were hospitalized due to seizures. Neutrophilic leukocytosis was in 85.2% and CRP increased in 68.9% of cases. The most common

bacteria causing LP were *S. pneumoniae* and *H. influenzae*. All of LP cases had images of segmental or lobar consolidation lesions on chest CT. The majority of cases had damage to the right lung (72.1%), most commonly in the right upper lobe. The average inpatient treatment time was 10.6±3.14 days and all cases were cured, without any serious case requiring referral. **Conclusion:** LP lesions were the most common in the right lung and in the upper lobe. It is necessary to pay attention to screening for LP in children with seizures due to high fever.

Keywords: children, lobar pneumonia, fever

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi thùy được đặc trưng bởi một quá trình viêm có sự phát triển cấp tính và sự tham gia nhanh chóng của toàn bộ phân thùy hoặc thùy phổi. Sự thay đổi hình thái chính của phổi trong bệnh lý này được gọi là "sự gan hóa", một sự thay đổi của mô phổi được đặc trưng về mặt mô học bởi mô sợi huyết dày đặc - có thâm nhiễm bạch cầu trung tính của các phế nang. Tổn thương do viêm phổi thùy ở trẻ em nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể dẫn tới một số biến chứng nặng như viêm màng phổi, áp xe phổi và thậm chí là tử vong¹. Theo thống kê của Đào Minh Tuấn tại bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy viêm phổi thùy chiếm 8,6% số trẻ mắc viêm phổi với các căn nguyên vi khuẩn thường gặp nhất là các vi khuẩn Gram âm, tụ cầu và phế cầu. Nghiên cứu này cũng cho thấy hầu hết các vi khuẩn đề kháng với nhiều loại kháng sinh². Trên thực tế lâm sàng hiện nay, việc điều trị viêm phổi thùy ở trẻ em vẫn còn gặp nhiều khó khăn do bệnh thường được chẩn đoán muộn, vi khuẩn gây bệnh có tính kháng thuốc cao. Trong khi đó, nghiên cứu về viêm phổi thùy ở trẻ em còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm phổi thùy ở trẻ em tại khoa Hô hấp – bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/01/2022 đến 31/12/2022.

2. Nhận xét về kết quả điều trị các ca bệnh nói trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu mô tả một loạt ca bệnh bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện gồm toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu

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: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 8.01.2024

chuẩn nghiên cứu. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: tất cả những bệnh án của các bệnh nhi từ 2 tháng đến <15 tuổi nhập viện tại khoa Hô hấp từ 01/01/2022 đến 31/12/2022 và thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi thùy theo Trần Quy³: trẻ có thể có một số biểu hiện: sốt (thường gặp sốt cao), ho (có đờm hoặc không), đau ngực (ở trẻ lớn), nghe phổi có tiếng ran (ran rít, ran ngáy, ran nổ); dấu hiệu bất thường trên X-quang và CT ngực: có hình ảnh tổn thương của viêm phổi thùy. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân mắc các bệnh mãn tính, tiến triển hoặc ung thư cùng tồn tại; bệnh nhân có hình ảnh mờ tuyến tính quanh rốn phổi hoặc thâm nhiễm lưới nốt trên phim X-quang ngực. Dữ liệu bao gồm giới tính, độ tuổi, dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng, kết quả xét nghiệm và X quang, và thời gian nằm viện của bệnh nhân đã được thu thập. Nuôi cấy vi sinh vật được thực hiện bằng cách nuôi cấy và xử lý mẫu dịch tỵ hầu theo quy trình vi sinh tiêu chuẩn.

Thông tin từ bệnh án được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn và được xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0 (IBM). Tất cả các thông tin thu thập được chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được Hội đồng Khoa học và Y đức trường Đại học Y Dược Hải Phòng (mã số: 131/711/QĐ-YDHP ngày 11 tháng 4 năm 2023) và Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Qua nghiên cứu tất cả 61 trẻ được chẩn đoán viêm phổi thùy trong thời gian nghiên cứu tại Bệnh viện Trẻ Em Hải Phòng, chúng tôi thu được một số kết quả như sau.

Bảng 1. Đặc điểm chung của trẻ mắc viêm phổi thùy

Đặc điểm chung của trẻ mắc viêm phổi thùy		Số bệnh nhân (n=61)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (trung bình: 42,7±32,6 tháng, max: 135 tháng, min: 3 tháng)	2 tháng – <24 tháng	19	31,2
	24 tháng – 60 tháng	31	50,8
	> 60 tháng	11	18
Giới	Nam	30	49,2
	Nữ	31	50,8
Địa dư	Nội thành	15	24,6
	Ngoại thành	46	75,4

Nhận xét: Độ tuổi thường gặp nhất là 2-5 tuổi với tỉ lệ hai giới tương đương nhau. Hầu hết các trẻ tới từ vùng ngoại thành.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi thùy

Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi thùy		Số bệnh nhân (n=61)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Sốt	58	95,1
	Ho khan	41	67,2
	Khó thở	24	39,3
	Ho đờm	15	24,6
	Đau ngực	3	4,9
	Co giật	3	4,9
Mức độ sốt	Không sốt	6	9,8
	37,5°C - <38°C	17	27,9
	38°C - <39°C	31	50,8
	≥39°C	7	11,5
Triệu chứng thực thể	Thở nhanh	48	78,7
	Rút lõm lồng ngực	29	47,5
	Hội chứng đông đặc	15	24,6
	Ran âm/ nổ	17	27,9
	Ran rít, ran ngáy	12	19,7

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ có ho là 91,8%, trong đó ho khan chiếm 72,1%, ho đờm chiếm 24,6%. Sốt cũng là một triệu chứng gặp ở hầu hết các trẻ VPT, trong đó đa số là sốt vừa (50,8%). Thở nhanh gặp ở 78,7% và ran phổi gặp ở 47,6% các ca bệnh. 3 trường hợp trẻ vào viện vì bị co giật do sốt cao.

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng của viêm phổi thùy

Đặc điểm cận lâm sàng của viêm phổi thùy		Số bệnh nhân (n=61)	Tỷ lệ (%)
Số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi	Tăng	37	60,7
	Bình thường	24	39,3
Tỉ lệ bạch cầu hạt trung tính trong máu ngoại vi	Tăng	52	85,2
	Bình thường	9	14,8
CRP	≤10 mg/l	19	31,1
	>10 mg/l	42	68,9
Nuôi cấy vi khuẩn trong dịch tỵ hầu (n=45)	Không mọc vi khuẩn	26	57,8
	S. pneumoniae	8	17,8
	H. influenzae	7	15,5
	S. aureus	3	6,7
	M. catarrhalis	1	2,2
Hình ảnh tổn thương trên phim X-quang ngực	Đám mờ hình tam giác	48	78,7
	Nốt mờ tập trung ở phân thùy hoặc thùy phổi	13	21,3

Hình ảnh tổn thương trên phim CT ngực	Tổn thương dạng đông đặc phân thùy hoặc thùy phổi	61	100		
Vị trí tổn thương trên phim CT ngực	Phổi phải	Thùy dưới	9	72,1	14,8
		Thùy giữa	11	18	
		Thùy trên	24	39,3	
	Phổi trái	Thùy dưới	2	13,1	3,3
		Thùy trên	6	9,8	
	Hai bên	Thùy giữa và thùy dưới	9	14,8	

Nhận xét: Đa số các ca bệnh có tăng số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi (60,7%) và tăng tỉ lệ bạch cầu hạt trung tính (85,2%). Định lượng CRP tăng ở 68,9%. Hình ảnh tổn thương trên phim X-quang ngực dạng đám mờ hình tam giác gấp ở 78,7% số ca bệnh. Kết quả CT ngực phát hiện 100% số ca bệnh có hình ảnh tổn thương dạng đông đặc phân thùy hoặc thùy phổi. Đa số các trường hợp có tổn thương bên phổi phải, nhiều nhất ở thùy trên phải. Tỉ lệ tổn thương ở cả hai bên ngực là 14,8%.

Bảng 4. Điều trị viêm phổi thùy

Điều trị viêm phổi thùy		Số bệnh nhân (n=61)	Tỷ lệ (%)
Phác đồ kháng sinh	Ampicillin/Sulbactam	6	9,8
	Ampicillin/Sulbactam + Quinolon	5	8,3
	Ampicillin/Sulbactam + Aminoglycosid	1	1,6
	Ampicillin/Sulbactam + Macrolid	1	1,6
	Cephalosporin thế hệ 2	2	3,3
	Cephalosporin thế hệ 2 + Quinolon	2	3,3
	Cephalosporin thế hệ 2 + Aminoglycosid	1	1,6
	Cephalosporin thế hệ 2 + Macrolid	1	1,6
	Cephalosporin thế hệ 3	6	9,8
	Cephalosporin thế hệ 3 + Quinolon	6	9,8
	Cephalosporin thế hệ 3 + Aminoglycosid	29	47,5
	Cephalosporin thế hệ 3 + Macrolid	1	1,6
Thời gian điều trị (trung bình: 10,6±3,14 ngày)	≤10 ngày	39	59,0
	11-15 ngày	20	32,8
	16-20 ngày	5	8,2
Kết quả điều trị	Khỏi	61	100
	Nặng, chuyển tuyến	0	0

Nhận xét: Phác đồ kháng sinh β -lactam sử dụng đơn độc hoặc kết hợp được sử dụng rộng rãi trong điều trị VPT, trong đó các phác đồ có sử dụng 1 kháng sinh thuộc nhóm Cephalosporin thế hệ 3 chiếm đa số (68,9%). Thời gian điều trị nội trú trung bình là 10,6±3,14 ngày và tất cả các trường hợp đều được điều trị khỏi, không có trường hợp bệnh nặng cần chuyển tuyến.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng của viêm phổi thùy ở trẻ em. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc viêm phổi thùy cao nhất ở nhóm trẻ 2-5 tuổi (50,8%) và tỉ lệ giới nam/nữ là gần như tương đương nhau, xấp xỉ 1/1,03. Kết quả này có sự tương đồng tương đối với nghiên cứu của Đinh Thị Yến (2015) cũng cho thấy bệnh thường gặp nhất ở nhóm trẻ 2-5 tuổi (69,8%) và tỉ lệ trẻ nam/nữ là 55,9%/44,1% ($\approx 1,27/1$)⁴. Tỉ lệ VPT trên trẻ dưới 2 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao (31,2%). Điều này có thể phần nào là hậu quả của việc miễn dịch của trẻ bị suy yếu sau các đợt dịch Covid-19 trên diện rộng tại thành phố Hải Phòng với đợt dịch

thứ 4 xảy ra vào những tháng đầu năm 2022.

Các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất ở trẻ mắc VPT trong nghiên cứu này là: sốt (95,1%), khó thở (72,1%) và ho (91,8%). Kết quả này cho thấy một sự tương đồng so với một nghiên cứu trước đây về trẻ mắc VPT của Đinh Thị Yến tại BVTEHP (2015) cho thấy tỉ lệ trẻ có sốt chiếm 94,8%, trẻ có ho chiếm 93,7%. Có 4,9% trẻ có biểu hiện co giật, đây đều là các trẻ vào viện trong tình trạng cơn sốt cao⁴. Trong số các triệu chứng thực thể, nghiên cứu của Trần Quang Khải tại bệnh viện Nhi đồng 1 cho thấy có sự khác biệt tương đối so với kết quả của chúng tôi về tỉ lệ trẻ có ho (100%), thở nhanh (98,5%), sốt (95,5%) và rút lõm lồng ngực (53,7%)⁵. Cần lưu ý trong số trẻ mắc VPT vào viện trong tình trạng sốt cao, có 3/7 ca biểu hiện co giật. Sốt là một triệu chứng rất phổ biến ở trẻ mắc VPT, trong khi đó, trẻ bị sốt cao có nguy cơ bị co giật, đặc biệt là ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi⁶. Do vậy trên lâm sàng, cần lưu ý tầm soát các VPT ở nhóm trẻ vào viện trong tình trạng co giật do sốt. Nghiên cứu của chúng tôi có điểm tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Hồng Hạnh tại

Bệnh viện Nhi Trung ương (BVNTW) (2013) cho thấy tỉ lệ trẻ có sốt là 94,2% và ho là 100%, ran ở phổi chiếm 43,3% và đau ngực chiếm 3,3%. Tuy nhiên trong nghiên cứu này, tỉ lệ trẻ có ho khan chỉ chiếm 13,3% và tỉ lệ trẻ có khó thở chỉ chiếm 8,3%, thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi⁷.

Trong nghiên cứu này, hội chứng nhiễm trùng nổi trội trong số các triệu chứng cận lâm sàng của trẻ mắc VPT với các dấu hiệu như tăng số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi (60,7%), tăng tỉ lệ bạch cầu hạt trung tính (85,2%) và tăng CRP huyết thanh (68,9%). Bên cạnh đó, chụp X-quang ngực thường quy có thể phát hiện hình ảnh tổn thương điển hình dạng đám mờ hình tam giác ở 78,7% số ca bệnh và 21,3% số ca bệnh còn lại có hình ảnh gợi ý đến VPT dạng nốt mờ tập trung ở phân thùy hoặc thùy phổi. Tất cả các trường hợp VPT này đều được chẩn đoán xác định theo kết quả chụp CT ngực. Trong số 61 ca bệnh VPT, chúng tôi không phát hiện trường hợp nào có tràn dịch màng phổi. Các kết quả này có sự khác biệt đáng kể so với một nghiên cứu trước đây của Lê Thị Hồng Hạnh tại BVNTW năm 2013 cho thấy chỉ có 25% số ca bệnh có hình ảnh tổn thương điển hình trên phim chụp X-quang ngực và có tới 13,3% số ca bệnh có tràn dịch màng phổi⁷. Điều này có thể được giải thích do thực trạng phổ biến của việc sử dụng kháng sinh sớm đang ngày càng rộng rãi trong cộng đồng trước khi trẻ được đưa tới bệnh viện.

Có 45/61 ca bệnh VPT được tiến hành nuôi cấy vi khuẩn trong dịch tỵ hầu của người bệnh, trong đó có 19/45 ca (42,2%) mọc vi khuẩn. Một điểm hạn chế trong nghiên cứu này chúng tôi chưa áp dụng được các kỹ thuật chẩn đoán phục vụ xác định các tác nhân vi khuẩn không điển hình. Theo đó, phế cầu là tác nhân thường gặp nhất (17,8%), tiếp đó là HI (15,5%) và tụ cầu vàng (6,7%). Nghiên cứu tại BVNTW năm 2013 về tác nhân vi khuẩn gây VPT cho thấy nguyên nhân gây VPT chủ yếu là vi khuẩn không điển hình Mycoplasma (36,67%) và vi khuẩn chiếm 25,83%, trong số đó có phế cầu cũng chiếm tỉ lệ cao nhất (18,33%) và HI (7,5%). Một nghiên cứu tại Trung Quốc về căn nguyên gây VPT ở trẻ em cho thấy *M. pneumoniae* chiếm tỉ lệ lớn (72,34%), theo sau là phế cầu (8,77%)⁸. Điều này cho thấy sự cần thiết của việc áp dụng các kỹ thuật chẩn đoán căn nguyên *M. pneumoniae* ở các bệnh nhân VPT, đồng thời cho thấy phế cầu vẫn là một trong những nguyên nhân vi khuẩn thường gặp nhất gây VPT ở trẻ em như

trong ghi nhận của y văn gần đây¹.

Nghiên cứu này cho thấy tổn thương trong VPT thường gặp nhất ở các thùy phổi bên phải (72,1%) và ở thùy trên (49,1%) hơn là ở thùy dưới (18,1%). Một nghiên cứu của Đinh Thị Yến cho thấy sự tương đồng với kết quả của chúng tôi: hầu hết các ca VPT có tổn thương ở phổi phải (81%) trên cả CT ngực và X-quang ngực thẳng, và tổn thương ở thùy trên phổi phải là thường gặp nhất (30,2%)⁴. Kết quả này của chúng tôi cũng có sự tương đồng đáng kể so với nghiên cứu của Đào Minh Tuấn cho thấy có 44,29% số ca VPT biểu hiện tổn thương ở thùy trên phổi phải².

4.2. Kết quả điều trị viêm phổi thùy ở trẻ em. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các phác đồ có sử dụng 1 kháng sinh thuộc nhóm Cephalosporin thế hệ 3 chiếm đa số (68,9%), phổ biến nhất là kết hợp Cephalosporin thế hệ 3 và aminoglycosid (47,5%). Một đánh giá tổng quan gần đây cũng đã cho thấy phác đồ kết hợp cefoperazone với azithromycin cho hiệu quả điều trị cao đối với các trường hợp VPT do phế cầu¹. Thời gian điều trị nội trú trung bình của các ca VPT trong nghiên cứu này là 10,6±3,14 ngày, trong đó đa số các trường hợp nằm viện không quá 10 ngày (59%). Kết quả của chúng tôi cho thấy thời gian điều trị nội trú VPT có xu hướng được rút ngắn đáng kể so với một số nghiên cứu trước đây của Đinh Thị Yến cho thấy thời gian điều trị nội trú VPT là 13,21±4,65 ngày⁴. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự cải thiện chất lượng trong công tác điều trị trẻ mắc VPT tại thành phố Hải Phòng, với tỉ lệ điều trị khỏi bệnh chiếm 100% số ca bệnh, cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu cũng tại Hải Phòng (năm 2015) cho thấy chỉ có 90,5% số ca VPT được điều trị khỏi và có tới 9,5% ca bệnh chuyển nặng cần chuyển tuyến đi BV Nhi Trung ương⁴.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi thùy thường gặp nhất ở trẻ 2-5 tuổi với các triệu chứng thường gặp là: ho (91,8%), sốt (90,2%), thở nhanh (78,7%) và ran phổi (47,6%). Tổn thương VPT thường gặp nhất ở phổi phải và ở thùy trên. Vi khuẩn thường gặp nhất gây VPT là *S. pneumoniae* và *H. influenzae*. Thời gian điều trị nội trú trung bình là 10,6±3,14 ngày. Trong một số trường hợp, trẻ mắc VPT có sốt cao và vào viện vì lí do co giật. Do vậy, cần lưu ý tầm soát VPT ở các trẻ co giật do sốt cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zinserling VA, Swistunov VV, Botvinkin AD,

- Stepanenko LA, Makarova AE.** Lobar (croupous) pneumonia: old and new data. *Infection*. Feb 2022;50(1):235-242. doi:10.1007/s15010-021-01689-4
- Đào Minh Tuấn.** Nghiên cứu biểu hiện lâm sàng và căn nguyên viêm phổi thùy ở trẻ em. *Tạp chí Y học quân sự*. 2011;5:34-38.
 - Trần Quy.** Viêm phổi thùy. Trong: Bộ môn Nhi - Trường Đại học Y Hà Nội, ed. *Bài giảng Nhi khoa Tập 1*. Nhà xuất bản Y học; 2006:298-301:chương V.
 - Đinh Thị Yến.** Lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị 63 trường hợp viêm phổi thùy tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. *Tạp chí Nhi khoa*. 2015;8(6):23-29.
 - Trần Quang Khải.** Đặc điểm bệnh viêm phổi tập trung ở trẻ em từ 2 tháng - 15 tuổi tại khoa Nội tổng quát 2 bệnh viện Nhi đồng 1. *Luận văn Thạc sĩ Y học*. Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2016.
 - Sawires R, Buttery J, Fahey M.** A Review of Febrile Seizures: Recent Advances in Understanding of Febrile Seizure Pathophysiology and Commonly Implicated Viral Triggers. *Frontiers in pediatrics*. 2021;9:801321. doi:10.3389/fped.2021.801321
 - Lê Thị Hồng Hạnh, Nguyễn Thị Ngọc Trân, Đặng Mai Liên, Vũ Thanh Bình, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Đăng Quyết.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính nhạy cảm với kháng sinh của vi khuẩn trong viêm phổi thùy ở trẻ em. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2013;411(2):53-59.
 - Wang Y, Ma L, Li Y, Li Y, Zheng Y, Zhang X.** Epidemiology and clinical characteristics of pathogens positive in hospitalized children with segmental/lobar pattern pneumonia. *BMC Infectious Diseases*. 2020/03/06 2020;20(1):205. doi:10.1186/s12879-020-4938-7

SO SÁNH HIỆU QUẢ TẠO VÙNG TIẾP XÚC BÊN GIỮA HAI LOẠI KHUÔN TRÁM TOÀN PHẦN IN VITRO

Lâm Quốc Việt¹, Phan Thị Hồng Vân², Nguyễn Thị Thanh Tâm¹,
Lê Công Hy¹, Nguyễn Thục Oanh¹, Nguyễn Thị Dung¹,
Lê Hoàng Lan Anh¹, Phạm Văn Khoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh chất lượng của vùng tiếp xúc bên bởi hai hệ thống khuôn trám toàn phần tạo dạng sẵn Palodent 360 và Garrison ReelMatrix. **Phương pháp:** 16 răng cối lớn thứ nhất hàm trên bằng nhựa được tạo xoang II gần-nhai-xa và chia đều vào hai nhóm. Nhóm 1 được phục hồi bằng hệ thống khuôn Palodent 360, nhóm 2 được phục hồi bằng hệ thống khuôn Garrison ReelMatrix, vòng giữ khuôn được đặt ở phía gần răng 16 trong cả hai nhóm. Sau khi phục hồi, chỉ nha khoa tẩm mực được đưa qua kẽ răng để in dấu và đánh giá độ chặt tiếp xúc bên. Mặt bên các răng được chụp hình ở một khoảng cách cố định so với máy ảnh, sau đó vị trí, chiều cao và diện tích vùng tiếp xúc bên được đo đạc trên phần mềm ImageJ. Composite dư ở viền nướu của xoang được đánh giá bằng mắt và thám trâm. **Kết quả:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ chặt, vị trí, chiều cao và diện tích của vùng tiếp xúc bên giữa hai nhóm. Nhóm 1 có composite dư ở phía gần ít hơn đáng kể so với nhóm 2 (0/8 răng so với 8/8 răng), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về composite dư ở phía xa giữa hai nhóm. **Kết luận:** Hai

hệ thống khuôn Palodent 360 và Garrison ReelMatrix phục hồi vùng tiếp xúc bên tương tự nhau về độ chặt, vị trí, chiều cao và diện tích. Tuy nhiên, hệ thống khuôn Garrison ReelMatrix có khả năng dư composite ở viền nướu cao hơn.

SUMMARY

COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF TWO CIRCUMFERENTIAL MATRIX SYSTEMS IN CREATING PROXIMAL CONTACTS IN VITRO

Objective: To compare the quality of proximal contact areas restored using two precontoured circumferential matrix systems - Palodent 360 and Garrison ReelMatrix. **Methods:** MOD Class II preparations were placed on 16 maxillary first molar typodont teeth. The teeth were then randomly distributed into two groups, Group 1 was restored using Palodent 360 system, group 2 was restored using Garrison ReelMatrix system, a separation ring was used at the mesial contact in both groups. After restoration, a dental floss impregnated with ink was passed through each contact area to mark the area and evaluate contact tightness. The proximal surfaces were then photographed at a fixed distance to a camera for the location and size of the contact areas to be measured in the ImageJ software. Excessive composite at the gingival margin of the restorations was evaluated with direct vision and a dental probe. **Results:** There is no significant difference in the tightness, location and size of the contacts between two groups. Group 1 has significantly less teeth with

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Công ty VSITa Dental

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Quốc Việt

Email: lqviet@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024