

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM NHIỄM VÙNG HÀM MẶT TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI NĂM 2023

Nguyễn Tiến Thành¹, Phạm Như Hải², Lê Ngọc Tuyền¹

TÓM TẮT

Viêm nhiễm vùng hàm mặt là một bệnh lý hay gặp, một trong những nguyên nhân khiến bệnh nhân phải điều trị tại bệnh viện do những tiến triển nặng và các biến chứng dẫn đến nguy cơ gây tử vong cao nếu không được can thiệp kịp thời. Đây là một nghiên cứu nhằm đánh giá biểu hiện, các yếu tố ảnh hưởng, kết quả điều trị và các yếu tố dự đoán tiên lượng trên nhóm bệnh nhân bị viêm nhiễm vùng hàm mặt. Nghiên cứu này được tiến hành tại Khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ, bệnh viện Răng hàm mặt Trung Ương Hà Nội từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023 sau khi được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội. Đánh giá trên 64 đối tượng tham gia nghiên cứu ghi nhận kết quả điều trị thành công không biến chứng 58 đối tượng (90.6%), thành công có biến chứng 6 đối tượng (9.4%) và không ghi nhận trường hợp nào kết quả điều trị thất bại. **Từ khóa:** Viêm nhiễm vùng hàm mặt, tiểu đường và nhiễm trùng hàm mặt, chỉ số Protein phản ứng C trong viêm nhiễm

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT FOR PATIENTS WITH FACIAL INFECTIONS AT NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMALOG, HANOI, 2023

Maxillofacial infection is a common disease, one of the reasons why patients have to be treated in the hospital due to severe progression and complications leading to a high risk of death if not promptly intervened. This is a study to evaluate the manifestations, influencing factors, treatment results and prognostic predictors in a group of patients with maxillofacial infections. This study was conducted at the Department of Plastic and Aesthetic Surgery, Hanoi Central Odonto-Stomatology Hospital from May 2023 to December 2023 after being approved by the Ethics Council of University of Medicine and Pharmacy – Vietnam National University, Hanoi. Evaluation of 64 subjects participating in the study recorded successful treatment results without complications for 58 subjects (90.6%), successful treatment with complications for 6 subjects (9.4%), and no cases of treatment failure were recorded.

Keywords: Maxillofacial infections, diabetes and maxillofacial infections, C-Reactive Protein

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Thành

Email: drtienthanhrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024

Ngày duyệt bài: 17.5.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nhiễm vùng hàm mặt là bệnh lý nhiễm khuẩn của mô mềm xung quanh xương ổ răng, xương hàm và mặt. Xuất phát từ răng hoặc cấu trúc giải phẫu khác, bệnh này có thể lan rộng hoặc tập trung, gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm. Mặc dù đã có tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, chúng ta vẫn cần thêm các nghiên cứu để hiểu rõ hơn về mối liên hệ giữa nhiễm trùng và các bệnh hệ thống, cũng như các yếu tố dự báo cho điều trị hiệu quả.

Mức độ nguy hiểm của viêm nhiễm vùng hàm mặt đã giảm rất nhiều trong 60 năm qua.¹ Vào năm 1940, Ashbel Williams đã công bố bài báo về 31 trường hợp áp xe khoang dưới hàm – sàn miệng trong đó tới 54% người bệnh tử vong.² Chỉ trong ba năm sau đó, ông và tiến sĩ Walter Guralnick đã công bố nghiên cứu đầu tiên về viêm nhiễm vùng hàm mặt, trong đó tỷ lệ tử vong của áp xe khoang dưới hàm – sàn miệng được giảm xuống chỉ còn 10%.² Việc giảm tỷ lệ tử vong này không chỉ do việc tìm ra kháng sinh Penicillin mà còn do tác giả Walter Guralnick đã điều trị với mục tiêu duy trì được đường thở, sau đó phẫu thuật rạch dẫn lưu sớm. Kể từ đó, kết hợp với việc sử dụng kháng sinh và chăm sóc hồi sức được cải thiện, tỷ lệ tử vong của áp xe khoang dưới hàm – sàn miệng đã được giảm xuống chỉ còn 4%.²

Tuy nhiên, hiện nay viêm nhiễm vùng hàm mặt vẫn là bệnh lý hay gặp và ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe người bệnh và hệ thống chăm sóc y tế. Hơn nữa, các nhiễm trùng nặng phải được điều trị bằng phẫu thuật tại bệnh viện.³ Viêm nhiễm vùng hàm mặt vẫn được điều trị bằng kết hợp phẫu thuật và điều trị kháng sinh. Việc đưa ra được một phác đồ điều trị hợp lý để xử trí kịp thời những viêm nhiễm vùng hàm mặt cần phải đánh giá dựa trên những yếu tố ngay khi bệnh nhân vào khám ví dụ như các triệu chứng toàn thân, tại chỗ, các chỉ số xét nghiệm, hay số lượng khoang nhiễm khuẩn, các bệnh làm suy giảm miễn dịch... Do vậy cần thiết phải xây dựng một hệ thống tổng hợp các yếu tố tiên lượng đánh giá thể trạng, tình trạng nhiễm khuẩn khi tiếp nhận người bệnh.

Hiện nay, ở Việt Nam có rất ít báo cáo đánh giá mức độ triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng liên quan tới tiên lượng điều trị bệnh viêm nhiễm

vùng hàm mặt. Bệnh viện Răng – Hàm – Mặt Trung Ương Hà Nội là tuyến cao nhất tại miền Bắc, thường xuyên tiếp nhận và xử trí những ca bệnh nhiễm trùng vùng hàm mặt nặng, do đó tôi tiến hành nghiên cứu đề tài khoa học: “Kết quả điều trị bệnh nhân viêm nhiễm vùng hàm mặt tại bệnh viện Răng hàm mặt Trung Ương Hà Nội năm 2023” nhằm hai mục tiêu: 1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân bị viêm nhiễm vùng hàm mặt tại BV RHMTW Hà Nội từ tháng 5 đến tháng 12 năm 2023*; 2. *Phân tích kết quả điều trị và yếu tố tiên lượng ở nhóm bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân bị viêm nhiễm vùng hàm mặt được khám, điều trị tại khoa Phẫu thuật Tạo hình & Thẩm mỹ tại bệnh viện Răng hàm mặt Trung Ương Hà Nội.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng: Bệnh nhân bị viêm nhiễm vùng hàm mặt, bao gồm chẩn đoán áp xe hoặc viêm mô tế bào vùng đầu cổ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đối tượng bị nhiễm trùng từ các khối u vùng đầu cổ, hay do hoại tử xương hàm sau điều trị tia xạ, hóa chất.

- Đối tượng bị nhiễm trùng không do vi khuẩn như nhiễm nấm hoặc virus.

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa Phẫu thuật Tạo hình & Thẩm mỹ, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội

- Thời gian: từ tháng 5/2023 đến tháng 12/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, bệnh toàn thân.

- Số lượng khoang nhiễm khuẩn.

- Nguyên nhân nhiễm khuẩn.

- Các chỉ số xét nghiệm khi vào viện, trước điều trị phẫu thuật: Số lượng bạch cầu, chỉ số CRP.

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu

- Phiếu nghiên cứu, bệnh án nghiên cứu
- Bệnh án điện tử được cấp cho từng bác sĩ với bảo mật chặt chẽ

- Thiết bị chụp hình (máy ảnh, điện thoại...)

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập, mã hóa, sử dụng phân tích hồi quy đa biến tuyến tính bằng phần mềm phân tích số liệu SPSS 26.0

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Dược Đại học Quốc Gia Hà Nội duyệt và xem xét.

- Thiết kế và tổ chức nghiên cứu:

+ Lợi ích và rủi ro đối với người tham gia nghiên cứu và cộng đồng: Bệnh nhân được điều trị, theo dõi và đánh giá các yếu tố nguy cơ để nhận biết và phòng ngừa nguy cơ từ bệnh lý toàn thân, cũng như điều trị sức khỏe răng miệng kịp thời.

- Tiêu chí cho việc đình chỉ hoặc dừng nghiên cứu: Vi phạm nguyên tắc đạo đức y học.

- Cơ sở hạ tầng và nguồn lực cấp cứu khi có rủi ro: Đầy đủ.

- Có khả năng cung cấp chăm sóc chuyên môn trong trường hợp cần cấp cứu.

- Phương pháp báo cáo và công bố kết quả: Theo kế hoạch nghiên cứu.

- Chăm sóc và bảo vệ đối tượng:

+ Trình độ và kinh nghiệm của nhóm nghiên cứu: Học viên sau đại học, có sự hướng dẫn từ giáo sư hoặc tiến sĩ.

+ Chăm sóc y tế cho người tham gia nghiên cứu trong và sau nghiên cứu: Bệnh nhân được chăm sóc y tế trong toàn bộ thời gian nằm viện, tái khám và tư vấn về sức khỏe răng miệng sau khi xuất viện.

+ Tiêu chí tăng cường cấp cứu khi có rủi ro: Dựa trên tiến triển lâm sàng trước, trong và sau phẫu thuật.

+ Hoạt động giám sát y tế và hỗ trợ tâm lý xã hội cho người tham gia nghiên cứu: Đầy đủ.

+ Quyền rút khỏi nghiên cứu của đối tượng: Có.

+ Chi phí tài chính cho người tham gia nghiên cứu: Không.

- Bảo vệ sự riêng tư của người tham gia nghiên cứu:

+ Người có quyền truy cập dữ liệu: Nhóm nghiên cứu.

+ Biện pháp để đảm bảo sự bí mật và an toàn thông tin cá nhân: Tên bệnh nhân được viết tắt, thông tin được lưu trữ trong phần mềm với tên truy cập và mật khẩu được bảo mật, xử lý dữ liệu trên máy tính được bảo mật.

+ Có bản cung cấp thông tin và thỏa thuận tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Mô tả các đặc tính dân số học của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tần suất (%)
	Giới tính	

Nam	40	62.5%
Nữ	24	37.5%
Nhóm tuổi		
0-20	5	7.8%
21-40	22	34.4%
41-59	19	29.7%
≥60	18	28.1%
Tổng	64	100%
Mean ± Sd	47.44 ± 20.084	

Ở bảng 3.1 cho thấy rằng tổng mẫu nghiên cứu là 64 bệnh nhân, trong đó nam giới chiếm số lượng lớn hơn là 62,5%. Trung bình số tuổi bệnh nhân mà chúng tôi nghiên cứu là 47.44 tuổi.

Bảng 3.2 Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu chung

Đặc tính mẫu	Tần số (n)	Tần suất (%)
Bệnh toàn thân		
Đái tháo đường	11	17.2%
Thai kỳ	2	3.1%
Viêm gan	3	4.7%
Tim mạch	15	23.4%
Bệnh thận	2	3.1%
Bệnh khớp	3	4.7%
HIV	1	1.6%
Có	27	42.2%
Không	37	57.8%
Sử dụng kháng sinh trước nhập viện		
Có	48	75%

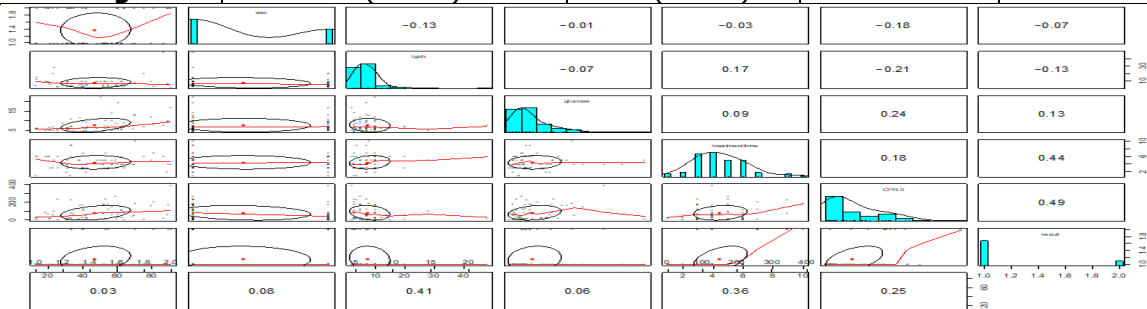
Không	16	25%
Số lượng bạch cầu khi nhập viện		
<10.000	9	14.1%
10.000 – 15.000	25	39.1%
≥15.000	30	46.9%
Mức CRP khi nhập viện		
<5	3	4.7%
5 - 100	40	62.5%
≥100	21	32.8%
Nguyên nhân		
Do răng	46	71.9%
Sau nhổ răng	4	6.3%
Không do răng	14	21.9%
Tổng	64	100%

Trung bình tuổi của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 47.44 do đó số lượng bệnh nhân có bệnh lý toàn thân cũng gần bằng 1/2 số lượng bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Hầu hết các bệnh nhân đều sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện và chiếm tới 75%. Tỷ lệ bệnh nhân có số lượng bạch cầu từ 15.000 trở lên là cao nhất với tỷ lệ là 46.9% và thấp nhất là bạch cầu dưới 10.000 với tỷ lệ là 14.1%. Mức CRP khi nhập viện hầu hết là từ 5-100. Nguyên nhân bệnh nhân nhập viện chiếm đa phần là do răng, tỷ lệ tương ứng là 71.9%.

3.2. Đánh giá về các yếu tố tiên lượng và kết quả điều trị

Bảng 3.3. Kết quả điều trị và các yếu tố tiên lượng

Yếu tố tiên lượng	Thành công không có biến chứng	Thành công có biến chứng	Thất bại	P-value
Số lượng khoang nhiễm khuẩn				
Đơn khoang	17(31.5%)	0	0	0.243
Đa khoang	37(68.5%)	10(100%)	0	
Mức độ CRP khi nhập viện				
< 5	3(5.6%)	0	0	0.013
5 – 99	38(70.4%)	2(20.0%)	0	
≥ 100	13(24.1%)	8(80.0%)	0	
Số lượng bạch cầu khi nhập viện				
<10.000	9(16.7%)	0	0	0.503
10.000 – 15.000	22(40.7%)	3(30.0%)	0	
>15.000	23(42.6%)	7(70.0%)	0	
Tổng	54 (84.4%)	10 (15.6%)	0	



Hình 3.1. Kết quả điều trị và các yếu tố tiên lượng

Tỷ lệ thất bại trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào. Số lượng đa khoa nhiễm khuẩn cao hơn đơn khoa. Tỷ lệ thành công có biến chứng tập trung ở bệnh nhân nhiễm khuẩn đa khoa ($p>0.05$). Mức độ CRP khi nhập viện từ 5-99 đúng đầu về số lượng thành công. Trong 40 bệnh nhân có mức độ CRP khi nhập viện từ 5-99 thì có 2 bệnh nhân thành công có biến chứng ($p<0.05$). Số lượng bạch cầu khi nhập viện lớn hơn 15.000 là 30 bệnh nhân và số lượng thành công không biến chứng cao nhất là 23 bệnh nhân, tuy nhiên trong đó có 7 bệnh nhân thành công có biến chứng.

IV. BÀN LUẬN

Viêm nhiễm vùng hàm mặt là một vấn đề y tế phổ biến và có thể gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Vùng hàm mặt không chỉ là một khu vực quan trọng của cơ thể về mặt thẩm mỹ mà còn đóng vai trò quan trọng trong chức năng ăn uống, nói chuyện và thậm chí cả hô hấp. Bất kỳ sự viêm nhiễm nào trong khu vực này đều có thể gây ra đau đớn, sưng tấy và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân. Dù đã có sự tiến bộ đáng kể trong việc chẩn đoán và điều trị, viêm nhiễm vùng hàm mặt vẫn là một thách thức đối với ngành y học do tính phức tạp của cấu trúc vùng này và sự đa dạng của nguyên nhân gây ra viêm nhiễm.

Kết quả của chúng tôi trong mẫu nghiên cứu gồm 64 bệnh nhân cho thấy hầu hết bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện (75%). Tỷ lệ cao nhất bệnh nhân có số lượng bạch cầu từ 15.000 trở lên (46.9%), trong khi tỷ lệ thấp nhất là bạch cầu dưới 10.000 (14,1%). Mức CRP khi nhập viện chủ yếu nằm trong khoảng từ 5 đến 100. Nguyên nhân chính của việc nhập viện là do vấn đề răng (71.9%), tỷ lệ này gần tương tự mọi nghiên cứu của Ovidiu Rosca và cộng sự cũng cho thấy rằng áp xe do răng chiếm 70.4%.⁴ Chúng tôi không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào thất bại trong nghiên cứu.

Ngoài những kết quả trên chúng tôi còn ghi nhận rằng số lượng khoang nhiễm khuẩn không liên quan tới kết quả của cuộc điều trị ($p>0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận bất kỳ trường hợp nào thất bại. Bên cạnh điều trị thành công không có biến chứng, chúng tôi có 10 trường hợp thành công có biến chứng và đều xảy ra ở nhiễm khuẩn đa khoa. Điều này có thể lí giải bởi việc số khoang càng nhiều, mức độ phức tạp trong quá trình điều trị càng cao. Khả năng tiếp cận trong quá trình điều trị càng khó, cũng như

việc kiểm soát nhiễm khuẩn, làm sạch toàn bộ các khoang nhiễm khuẩn càng phải kĩ càng và thận trọng hơn tránh việc bỏ sót khoang nhiễm khuẩn.

Số liệu thu thập cho thấy mức CRP khi nhập viện tập trung chủ yếu ở khoảng 5-90. Nhưng số nhiều bệnh nhân thành công có biến chứng tập trung chủ yếu ở mức CRP ≥ 100 , số ít 2 trường hợp còn lại ở 5-99. Tuy nhiên chúng ta có thể thấy rằng CRP có ảnh hưởng tới kết quả điều trị ($p<0.05$). Kết luận ở nghiên cứu của Ovidiu Rosca cho thấy kết quả tương tự và họ cho rằng đây là một dấu ấn sinh học đáng tin cậy và hợp lí để xác định mức độ nghiêm trọng của nhiễm trùng do răng có thể được đưa vào các quy trình điều trị tiên lượng cho nhiễm trùng răng miệng.⁴ Hơn nữa, ở nghiên cứu khác của R Mirochnik và cộng sự báo cáo nồng độ CRP không phải là yếu tố tiên lượng cho mức độ nhiễm trùng gây bệnh hoặc thời gian lưu trú dự tính, nhưng đánh giá mức độ nghiêm trọng từ CRP là một yếu tố quan trọng trong việc dự đoán thời gian nằm viện.⁵ Không chỉ có vậy chúng tôi còn tìm thấy rằng PCT hay procalcitonin như một dấu hiệu của tình trạng viêm không chỉ có tương quan tích cực với CRP, WBC và Neu, với những ưu điểm của nó, đó dường như là chỉ số chính xác nhất trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi áp xe đầu và cổ do răng trong tương lai gần.⁶

Không chỉ có yếu tố về chỉ số CRP khi nhập viện mà còn có chỉ số về lượng bạch cầu khi nhập viện. Khác với các yếu tố trên về CRP tôi thấy rằng số lượng bạch cầu không có liên quan tới kết quả điều trị ($p<0.05$). Và tỷ lệ bệnh nhân có số lượng bạch cầu ở 3 mức độ gần như phân đều. Nghiên cứu chúng tôi ngược lại so với nghiên cứu của Nils Heim và cộng sự, họ lại cho rằng số lượng WBC phù hợp hơn trong việc dự đoán nhiều nhiễm trùng không gian và nội địa hóa nhiễm trùng.⁷ Sự khác biệt này của chúng tôi và nghiên cứu của Nils có thể do sự chênh lệch về cỡ mẫu cũng như thời gian đánh giá, làm nghiên cứu khác nhau.

Điểm mạnh của nghiên cứu này là khả năng đánh giá các yếu tố thường được sử dụng trong điều trị nhiễm khuẩn ở vùng hàm mặt. Bằng cách tập trung vào các yếu tố như số khoang gây nhiễm, CRP trước nhập viện, số lượng bạch cầu trước nhập viện và kết quả sau điều trị, nghiên cứu có thể cung cấp thông tin quý báu để cải thiện chăm sóc sức khỏe và điều trị cho bệnh nhân mắc phải nhiễm khuẩn vùng hàm mặt. Tuy nhiên, điểm hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu còn ít. Vì số lượng bệnh nhân tham gia nghiên cứu không đủ lớn, có thể dẫn đến hạn chế trong

việc tổng quát hóa kết quả và áp dụng chúng vào cộng đồng lớn hơn. Điều này có thể làm giảm tính đáng tin cậy của kết quả và hạn chế khả năng đưa ra các khuyến nghị điều trị mà được dựa trên dữ liệu thống kê đáng tin cậy. Để giải quyết vấn đề này, cần thiết thực hiện nhiều nghiên cứu lớn hơn với cỡ mẫu lớn hơn để xác nhận và mở rộng kiến thức về điều trị nhiễm khuẩn ở vùng hàm mặt.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng ta nhận thấy rằng hầu hết các trường hợp nhiễm khuẩn ở vùng hàm mặt có nguồn gốc từ vấn đề răng, nhấn mạnh sự quan trọng của việc duy trì sức khỏe răng miệng để phòng ngừa nhiễm khuẩn. Đồng thời, các yếu tố như mức độ CRP được xác định là các yếu tố quan trọng cần xem xét để đánh giá kết quả sau điều trị. Sự phát triển của nghiên cứu này không chỉ cung cấp thông tin quan trọng về nguyên nhân và yếu tố ảnh hưởng đến nhiễm khuẩn vùng hàm mặt mà còn đề xuất các chỉ số cần được theo dõi để đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị. Điều này sẽ giúp cải thiện chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân mắc phải nhiễm khuẩn vùng hàm mặt trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sjamsudin E, Nurwiadh A, Adiantoro S, Muharty A, Nusjirwan R.** Ludwig's Angina as

an Odontogenic Infection: Management and Characteristics of Fifteen Patients.

- Miloro M, Ghali G, Larsen PE, Waite PD.** Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery. vol 1. Springer; 2004.
- Christensen B, Han M, Dillon JK.** The cause of cost in the management of odontogenic infections 1: a demographic survey and multivariate analysis. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2013;71(12):2058-2067.
- Rosca O, Bumbu BA, Ancusa O, et al.** The Role of C-Reactive Protein and Neutrophil to Lymphocyte Ratio in Predicting the Severity of Odontogenic Infections in Adult Patients. *Medicina (Kaunas).* Dec 22 2022; 59(1)doi: 10.3390/medicina59010020
- Mirochnik R, Araida S, Yaffe V, Abu El-Naaj I.** C-reactive protein concentration as a prognostic factor for inflammation in the management of odontogenic infections. *Br J Oral Maxillofac Surg.* Dec 2017; 55(10): 1013-1017. doi:10.1016/j.bjoms.2017.10.006
- Yankov YG, Bocheva Y.** Comparative Characterization of Procalcitonin (Sensitivity, Specificity, Predictability, and Cut-Off Reference Values) as a Marker of Inflammation in Odontogenic Abscesses of the Head and Neck in the Female Population. *Cureus.* Nov 2023; 15(11): e48207. doi:10.7759/cureus.48207
- Heim N, Wiedemeyer V, Reich RH, Martini M.** The role of C-reactive protein and white blood cell count in the prediction of length of stay in hospital and severity of odontogenic abscess. *J Craniomaxillofac Surg.* Dec 2018;46(12):2220-2226. doi:10.1016/j.jcms.2018.10.013

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG PHỔI TRÊN X QUANG HẬU COVID-19 MỨC ĐỘ NHẸ TẠI HỌC VIỆN QUÂN Y

Trần Thanh Bình¹, Nguyễn Đức Tài¹, Lê Vũ Duy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang ở bệnh nhân Covid-19 mức độ nhẹ và bệnh nhân hậu Covid 19 tại Học viện Quân y. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 360 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm Covid-19 mức độ nhẹ tại Bệnh viện Quân y 103 được theo dõi và/hoặc điều trị hậu Covid-19 tại Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân nam (77,8%) cao hơn so với bệnh nhân nữ (22,2%). Tuổi trung bình là $31,70 \pm 14,53$ tuổi, trong đó nhóm tuổi < 29 chiếm tỉ lệ cao nhất (63,9%). Ở bệnh nhân Covid 19

tổn thương trên X quang cả hai vùng ngoại vi và trung tâm là chủ yếu và tổn thương dạng dày tổ chức kẽ cao hơn so với tổn thương kính mờ và đồng đặc. Tỷ lệ bệnh nhân hậu Covid 19 có tổn thương phổi trên X quang là 15,8%. Trong đó, vị trí hay gặp là vùng ngoại vi và tổn thương kính mờ là dạng tổn thương chủ yếu. **Kết luận:** Hình ảnh X quang ngực bệnh nhân hậu Covid-19 hay gặp tổn thương ở vùng ngoại vi, tổn thương chủ yếu là kính mờ và dải xơ. X quang ngực đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán, theo dõi bệnh nhân Covid-19 và hậu Covid-19. **Từ khóa:** COVID-19, hậu COVID -19, X quang ngực.

SUMMARY

CHEST X RAY FINDINGS IN MILD POST COVID-19 PATIENTS AT VIETNAM MILITARY MEDICAL UNIVERSITY

Objective: To describe clinical features and Chest X ray characteristics of patients with mild level Covid 19 and Post Covid 19 at Vietnam Military Medical

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Vũ Duy

Email: bsduyvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 17.5.2024