

sau khi khởi phát sốt xuất huyết Dengue, điều này chứng tỏ triệu chứng này có thể do cơ chế khác không liên quan đến trung gian miễn dịch.

Mặt khác, cần phải loại bỏ một số nguyên nhân phổ biến khác gây ra chứng liệt dây thần kinh vận nhãn trên bệnh nhân như tổn thương nhồi máu não, xuất huyết não, phình động mạch não hay khối u não. Kết quả chụp MRI sọ não cho phép loại trừ những nguyên nhân nêu trên.

Kiểm soát bệnh lý thần kinh sọ não liên quan đến sốt xuất huyết Dengue chủ yếu là điều trị bảo tồn và hỗ trợ, điều này trước đây đã được báo cáo là cải thiện mà không cần dùng steroid hoặc immunoglobulin. Tương tự như vậy, bệnh nhân của chúng tôi đã hồi phục trong vòng hai tuần sau khi bị bệnh mà không cần bất kỳ loại thuốc nào. Sử dụng steroid và globulin miễn dịch để điều trị đã được báo cáo, nhưng chủ yếu trong các trường hợp bệnh hoàng điểm liên quan đến sốt xuất huyết Dengue, bệnh thần kinh thị giác và viêm mạch [9]. Việc bắt đầu điều trị bằng steroid phải được cân nhắc thận trọng do có thể gia tăng sự nhân lên của vi rút, đặc biệt là trong giai đoạn sốt, có thể khiến bệnh trở nên trầm trọng hơn. Tiên lượng chung cho các biến chứng ở thần kinh vận nhãn liên quan đến sốt xuất huyết Dengue là tốt và có thể phục hồi hoàn toàn như bệnh nhân của chúng tôi.

Báo cáo ca bệnh của chúng tôi là báo cáo đầu tiên về biểu hiện liệt dây thần kinh số III đơn độc một bên ghi nhận ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại Việt Nam, giúp bổ sung hiểu biết về các biểu hiện thần kinh hiếm gặp liên quan đến sốt xuất huyết Dengue. Tuy nhiên, cần có các nghiên cứu lớn hơn để có thể đánh giá đầy đủ về các biểu hiện thần kinh liên quan đến sốt xuất huyết Dengue, từ đó giúp nâng cao hiểu

biết về bệnh, giúp công tác quản lý và điều trị bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tốt hơn.

IV. KẾT LUẬN

Liệt dây thần kinh số III đơn độc một bên có thể là một biểu hiện không phổ biến của sốt xuất huyết Dengue, cơ chế còn chưa được biết rõ. Bệnh có thể tự khỏi không cần điều trị bằng steroid hay globulin miễn dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization World Health** (2024), Dengue and severe Dengue, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>, accessed.
2. **Carod-Artal F. J., Wichmann O., Farrar J., et al.** (2013), "Neurological complications of dengue virus infection", *Lancet Neurol.* 12(9), pp. 906-919.
3. **Bhatt S., Gething P. W., Brady O. J., et al.** (2013), "The global distribution and burden of dengue", *Nature.* 496(7446), pp. 504-7.
4. **Solbrig M. V. and Perng G. C.** (2015), "Current neurological observations and complications of dengue virus infection", *Curr Neurol Neurosci Rep.* 15(6), p. 29.
5. **Trivedi S. and Chakravarty A.** (2022), "Neurological Complications of Dengue Fever", *Curr Neurol Neurosci Rep.* 22(8), pp. 515-529.
6. **Chaturvedi U. C., Mukerjee R. and Dhawan R.** (1994), "Active immunization by a dengue virus-induced cytokine", *Clin Exp Immunol.* 96(2), pp. 202-7.
7. **Chaturvedi U. C., Dhawan R., Khanna M., et al.** (1991), "Breakdown of the blood-brain barrier during dengue virus infection of mice", *J Gen Virol.* 72 (Pt 4), pp. 859-66.
8. **Loh S. A., Wan Abdul Rahman W. M. H., Sonny Teo K. S., et al.** (2023), "A Unique Case of Unilateral Oculomotor Nerve Palsy Secondary to Dengue Fever", *Cureus.* 15(2), p. e35281.
9. **Yip V. C., Sanjay S. and Koh Y. T.** (2012), "Ophthalmic complications of dengue Fever: a systematic review", *Ophthalmol Ther.* 1(1), p. 2.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRONG NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP TRÊN Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI

Nguyễn Thị Thúy Huyền¹, Nguyễn Thành Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong nhiễm khuẩn hô hấp trên ở trẻ em dưới 5 tuổi mắc bệnh điều trị tại Trung tâm Y tế Tân Biên.

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thúy Huyền

Email: 5135533838@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 24.12.2024

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, trên 123 trẻ em dưới 5 tuổi (60 tháng) được chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp trên đến khám và điều trị tại Trung tâm Y tế Tân Biên, Tây Ninh từ tháng 01/2024 đến tháng 5/2024. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Trong tổng số 123 trẻ thì số trẻ có suy dinh dưỡng là 20 chiếm 16,2%, trong đó có 14,6% trẻ suy dinh dưỡng vừa và 1,6% trẻ suy dinh dưỡng nặng. Một số đặc điểm về tiền sử trẻ: có 39,8% số bà mẹ cho con bú hoàn toàn sữa mẹ trong 6 tháng đầu đời, 60,2% có dùng thêm sữa ngoài và cho ăn dặm sớm; có 88,6% trẻ được tiêm chủng đầy

đủ và đúng theo lịch, 13,8% tiêm không đủ hoặc không đúng lịch tiêm; 13,8% trẻ sinh thiếu tháng, và chủ yếu là sinh thường 77,2%. Triệu chứng cơ năng: ho chiếm 63,4%; 35,8% trẻ có đau nhức mệt mỏi; 52,8% có sốt nhẹ và 29,3% trẻ bị sốt cao; chảy nước mũi có 42,3%; 66,7% trẻ bị đau rát họng và 52,8% trẻ có ăn uống kém, bú kém. Triệu chứng thực thể: 87,0% số trẻ có họng sưng đỏ và 35,8% có amidan sưng to. Phân loại theo chẩn đoán bệnh học: viêm mũi chiếm 13,8%; viêm họng chiếm 50,4% và viêm amidan chiếm 35,8%. Tỷ lệ bạch cầu tăng là 70,7%, trong đó viêm mũi 10,6%, viêm họng 30,9% và viêm amidan là 29,2%. **Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, nhiễm khuẩn hô hấp trên.

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF UPPER RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD

Objective: The study has objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of upper respiratory infections in children under 5 years old with the disease treated at Tan Bien Medical Center.

Methods: Descriptive, retrospective and prospective study design on 123 children under 5 years old (60 months) diagnosed with upper respiratory infections who were examined and treated at Tan Bien Medical Center, Tay Ninh from January 2024 to May 2024.

Result: Clinical and paraclinical characteristics: Of the total 123 children, the number of malnourished children was 20 (16.2%), of which 14.6% were moderately malnourished and 1.6% were severely malnourished. Some characteristics of the children's medical history: 39.8% of mothers exclusively breastfed their children in the first 6 months of life, 60.2% used additional formula and early weaning; 88.6% of children were fully vaccinated and on schedule, 13.8% were not fully vaccinated or not on schedule; 13.8% of children were born prematurely, and mainly 77.2% were born normally. Functional symptoms: cough accounted for 63.4%; 35.8% of children had aches and fatigue; 52.8% had mild fever and 29.3% had high fever; 42.3% had runny nose; 66.7% had sore throat and 52.8% had poor appetite and poor feeding. Physical symptoms: 87.0% of children had red and swollen throat and 35.8% had swollen tonsils. Classification by pathological diagnosis: rhinitis accounted for 13.8%; pharyngitis accounted for 50.4% and tonsillitis accounted for 35.8%. The rate of increased white blood cells was 70.7%, of which rhinitis was 10.6%, pharyngitis was 30.9% and tonsillitis was 29.2%. **Keywords:** clinical, paraclinical, upper respiratory tract infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp trên là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt trong các cơ sở y tế nhi khoa. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh rất đa dạng, từ nhẹ đến nặng, và nếu không được chẩn đoán, điều trị kịp thời, có thể dẫn đến biến chứng nghiêm trọng. Việc nghiên

cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhiễm khuẩn hô hấp trên ở trẻ nhỏ là cần thiết nhằm phát hiện sớm và quản lý hiệu quả các trường hợp nhiễm khuẩn. Từ những yếu tố trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong nhiễm khuẩn hô hấp trên ở trẻ em dưới 5 tuổi mắc bệnh điều trị tại Trung tâm Y tế Tân Biên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em dưới 5 tuổi (60 tháng) được chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp trên đến khám và điều trị tại Trung tâm Y tế Tân Biên, Tây Ninh từ tháng 01/2024 đến tháng 5/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Trẻ dưới 60 tháng tuổi được chẩn đoán nằm trong nhóm bệnh nhiễm khuẩn hô hấp trên sau: Viêm mũi họng, viêm họng, viêm amidan.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp trên kèm bệnh lý nhiễm trùng nặng toàn thân khác.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Y tế Tân Biên, Tây Ninh từ tháng 01/2024 đến tháng 5/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là giá trị phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.

- d: sai số tuyệt đối, chọn d = 0,1.

- p = 0,588 (Theo nghiên cứu của Bùi Thị Quỳnh Nga năm 2017: Tỷ lệ trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp trên cấp là 58,8%) [7].

Thay vào công thức trên: n ≈ 93 bệnh nhân.

Thực tế, chúng tôi khảo sát trên 123 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn các bệnh nhân thỏa điều kiện tham gia vào nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Phân loại trẻ suy dinh dưỡng; Một số đặc điểm về tiền sử trẻ: bú sữa mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu, tiêm chủng, tuổi thai khi sinh, sản khoa; triệu chứng cơ năng: ho, đau nhức mệt mỏi, sốt, chảy nước mũi, đau rát họng, ăn uống kém/bú kém; triệu chứng thực thể: họng sưng đỏ, amidan sưng to;

phân loại theo chẩn đoán bệnh học: viêm mũi, viêm họng, viêm amidan; số lượng bạch cầu trong máu.

Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Số liệu về bệnh: Khám lâm sàng và phân loại bởi các bác sĩ chuyên khoa Nhi tại Trung tâm Y tế Tân Biên. Kết quả khám được ghi vào phiếu in sẵn. Thông tin được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Y đức: Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học, các thông tin cá nhân của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật, số liệu đảm bảo tính trung thực khi tiến hành nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Bảng 3.1. Phân loại trẻ suy dinh dưỡng

Phân loại suy dinh dưỡng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Không suy dinh dưỡng	103	83,7
Suy dinh dưỡng vừa	18	14,6
Suy dinh dưỡng nặng	2	1,6
Tổng cộng	123	100

Nhận xét: Số trẻ có suy dinh dưỡng là 20 chiếm 16,2%, trong đó có 14,6% trẻ suy dinh dưỡng vừa và 1,6% trẻ suy dinh dưỡng nặng.

Bảng 3.2. Một số đặc điểm về tiền sử trẻ

Tiền sử	Ghi nhận	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Bú sữa mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu	Có	49	39,8
	Không	74	60,2
Tiêm chủng	Đầy đủ theo lịch	109	88,6
	Không đủ theo lịch	14	11,4
Tuổi thai khi sinh	Thiếu tháng	17	13,8
	Đủ tháng	106	86,2
Sản khoa	Sinh thường	95	77,2
	Sinh mổ	28	22,8

Nhận xét: Có 39,8% số bà mẹ cho con bú hoàn toàn sữa mẹ trong 6 tháng đầu đời, 60,2% có dùng thêm sữa ngoài và cho ăn dặm sớm; có 88,6% trẻ được tiêm chủng đầy đủ và đúng theo lịch, 13,8% tiêm không đủ hoặc không đúng lịch tiêm; Hầu hết trẻ sinh đủ tháng 86,2%, chỉ có 13,8% trẻ sinh thiếu tháng, và chủ yếu là sinh thường 77,2%.

Bảng 3.3. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Ghi nhận	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Ho	Có	78	63,4
	Không	45	36,6
Đau nhức mệt mỏi	Có	44	35,8
	Không	79	64,2
Sốt	Không sốt	22	17,9
	Sốt nhẹ	65	52,8
	Sốt cao	36	29,3

Chảy nước mũi	Có	52	42,3
	Không	71	57,7
Đau rát họng	Có	82	66,7
	Không	41	33,3
Ăn uống kém/bú kém	Có	65	52,8
	Không	58	47,2

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp là ho chiếm 63,4% tổng số trẻ; 35,8% trẻ có xuất hiện tình trạng đau nhức mệt mỏi; 52,8% trẻ có sốt nhẹ và 29,3% trẻ bị sốt cao; chảy nước mũi có ở 42,3% trẻ; 66,7% trẻ bị đau rát họng và 52,8% trẻ có ăn uống kém, bú kém.

Bảng 3.4. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng	Ghi nhận	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Họng sưng đỏ	Có	107	87,0
	Không	16	13,0
Amidan sưng to	Có	44	35,8
	Không	79	64,2

Nhận xét: Hầu hết trẻ được ghi nhận xuất hiện triệu chứng họng sưng đỏ chiếm 87,0% và 35,8% có amidan sưng to.

Bảng 3.5. Phân loại theo chẩn đoán bệnh học

Chẩn đoán	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Viêm mũi	17	13,8
Viêm họng	62	50,4
Viêm amidan	44	35,8
Tổng cộng	123	100

Nhận xét: Phần lớn trẻ được chẩn đoán viêm họng chiếm 50,4%, kế đó viêm amidan chiếm 35,8% và viêm mũi chiếm 13,8%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân

Bảng 3.6. Số lượng bạch cầu trong máu

Số lượng bạch cầu	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tăng	87	70,7
Không tăng	36	29,3
Tổng cộng	123	100

Nhận xét: Tỉ lệ trẻ trong nhóm nghiên cứu có bạch cầu tăng là 70,7%.

Bảng 3.7. Số lượng bạch cầu trong máu theo chẩn đoán bệnh học

Chẩn đoán	Số lượng bạch cầu	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Viêm mũi	Tăng	13	10,6
	Không tăng	4	3,3
Viêm họng	Tăng	38	30,9
	Không tăng	24	19,5
Viêm amidan	Tăng	36	29,2
	Không tăng	8	6,5

Nhận xét: Hầu hết trong các trường hợp chẩn đoán bệnh xét nghiệm đều có tăng bạch cầu, viêm mũi 10,6%, viêm họng 30,9% và viêm amidan là 29,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Phân loại trẻ suy dinh dưỡng. Trẻ có suy dinh dưỡng là 20 chiếm 16,2%, trong đó có 14,6% trẻ suy dinh dưỡng vừa và 1,6% trẻ suy dinh dưỡng nặng. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tác giả Thành Minh Hùng (2016) là trẻ suy dinh dưỡng chiếm 17,7%, gồm suy dinh dưỡng vừa là 15,7% và suy dinh dưỡng nặng là 2% [6].

4.1.2. Một số đặc điểm về tiền sử trẻ. 39,8% số bà mẹ cho con bú hoàn toàn sữa mẹ trong 6 tháng đầu đời, 60,2% có dùng thêm sữa ngoài và cho ăn dặm sớm; có 88,6% trẻ được tiêm chủng đầy đủ và đúng theo lịch, 13,8% tiêm không đủ hoặc không đúng lịch tiêm; 13,8% trẻ sinh thiếu tháng, và chủ yếu là sinh thường 77,2%. Theo Nguyễn Hồng Gấm (2017) thì tỷ lệ trẻ không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu là 30% [4]. Ở trẻ không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu là yếu tố nguy cơ gây tăng khả năng mắc nhiễm khuẩn hô hấp trên ở trẻ vì sữa mẹ không chỉ cung cấp dinh dưỡng mà còn cung cấp kháng thể có lợi cho bé giúp tăng sức đề kháng. Tuy nhiên do các yếu tố kinh tế - xã hội các bà mẹ phải đi làm sớm nên thường tập cai sữa cho bé. Hiện nay các chương trình tiêm chủng mở rộng được triển khai đầy đủ, tích cực nên hầu hết trẻ được tiêm ngừa đầy đủ.

4.1.3. Triệu chứng cơ năng. Triệu chứng ho chiếm 63,4%; 35,8% trẻ có xuất hiện tình trạng đau nhức mệt mỏi; 52,8% trẻ có sốt nhẹ và 29,3% trẻ bị sốt cao; chảy nước mũi có ở 42,3% trẻ; 66,7% trẻ bị đau rát họng và 52,8% trẻ có ăn uống kém, bú kém. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với Trần Thị Nhị Hà (2016) cho rằng triệu chứng thường gặp là ho, sốt, đau họng [5].

4.1.4. Triệu chứng thực thể. 87,0% số trẻ được ghi nhận xuất hiện triệu chứng họng sưng đỏ và 35,8% có amidan sưng to. Triệu chứng họng sưng đỏ chiếm tỉ lệ cao do xuất hiện trong cả viêm họng và viêm amidan.

4.1.5. Phân loại theo chẩn đoán bệnh học. trẻ được chẩn đoán viêm mũi chiếm 13,8%; chẩn đoán viêm họng chiếm 50,4% và viêm amidan chiếm 35,8%. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu Trần Thị Nhị Hà (2016) viêm mũi chiếm 31%, viêm họng chiếm 32,2% và viêm amidan chiếm 28,1% [5]. Do đặc điểm hệ hô hấp trẻ em, mũi và khoang hầu tương đối ngắn và nhỏ, lỗ mũi và ống mũi hẹp. Niêm mạc mũi mỏng, mịn; giàu mạch máu và bạch huyết; nên khi bị nhiễm khuẩn hay hít

không khí lạnh thì mũi họng dễ xuất tiết, tắc mũi, phù nề [1], [2], [3].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Tỷ lệ trẻ trong nhóm nghiên cứu có bạch cầu tăng là 70,7%, trong đó viêm mũi 10,6%, viêm họng 30,9% và viêm amidan là 29,2%. Bạch cầu tăng cao chứng tỏ trẻ đang có tình trạng nhiễm khuẩn. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Thành Minh Hùng (2016), tỉ lệ trẻ nhiễm khuẩn hô hấp trên cấp tính có bạch cầu tăng là 58,8%. Điều này có thể là do môi trường khí hậu nóng ẩm của địa phương nên trẻ dễ bị nhiễm khuẩn hô hấp trên [6].

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Trong tổng số 123 trẻ thì số trẻ có suy dinh dưỡng là 20 chiếm 16,2%, trong đó có 14,6% trẻ suy dinh dưỡng vừa và 1,6% trẻ suy dinh dưỡng nặng. Một số đặc điểm về tiền sử trẻ: có 39,8% số bà mẹ cho con bú hoàn toàn sữa mẹ trong 6 tháng đầu đời, 60,2% có dùng thêm sữa ngoài và cho ăn dặm sớm; có 88,6% trẻ được tiêm chủng đầy đủ và đúng theo lịch, 13,8% tiêm không đủ hoặc không đúng lịch tiêm; 13,8% trẻ sinh thiếu tháng, và chủ yếu là sinh thường 77,2%. Triệu chứng cơ năng: ho chiếm 63,4%; 35,8% trẻ có đau nhức mệt mỏi; 52,8% có sốt nhẹ và 29,3% trẻ bị sốt cao; chảy nước mũi có 42,3%; 66,7% trẻ bị đau rát họng và 52,8% trẻ có ăn uống kém, bú kém. Triệu chứng thực thể: 87,0% số trẻ có họng sưng đỏ và 35,8% có amidan sưng to. Phân loại theo chẩn đoán bệnh học: viêm mũi chiếm 13,8%; viêm họng chiếm 50,4% và viêm amidan chiếm 35,8%. Tỷ lệ bạch cầu tăng là 70,7%, trong đó viêm mũi 10,6%, viêm họng 30,9% và viêm amidan là 29,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Nhi Đồng 1** (2017), "Viêm mũi họng", "Viêm họng", "Viêm amidan, viêm VA", Phác đồ điều trị nhi khoa phần ngoại trú, NXB Y học.
2. **Bộ môn Nhi Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh** (2020), Chương 2. Hô hấp, Giáo trình Nhi khoa tập 1, NXB Đại học Quốc gia Thành Phố Hồ Chí Minh.
3. **Bộ Y Tế** (2016), "Viêm mũi xoang trẻ em", "Viêm mũi họng cấp tính", "Viêm amidan cấp và mạn tính", "Viêm họng cấp tính", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng, NXB Y học Hà Nội.
4. **Nguyễn Hồng Gấm** (2017), "Khảo sát kiến thức, thực hành của bà mẹ về chăm sóc nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ dưới 5 tuổi tại khoa khám bệnh Bệnh viện Nhi đồng Thành Phố Cần Thơ năm 2017", Luận văn tốt nghiệp, Trường Đại học Tây Đô.
5. **Trần Thị Nhị Hà và cộng sự** (2016), "Thực trạng nhiễm khuẩn đường hô hấp trên cấp tính

của trẻ em từ 1 đến 5 tuổi tại các trường mẫu giáo trên địa bàn huyện Chương Mỹ năm 2015", Y học dự phòng, 184 (11).

6. **Thành Minh Hùng và cộng sự** (2016), "Đặc điểm nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em dưới 5 tuổi điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa khu

vực Ngọc Hồi năm 2016", Sở Y Tế tỉnh Kon Tum.

7. **Bùi Thị Quỳnh Nga** (2017), Tình hình mắc bệnh, kiến thức, thực hành phòng bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính cho trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Minh Trí, huyện Sóc Sơn, thành phố Hà Nội, Trường Đại học Sư phạm Hà Nội 2.

TƯƠNG QUAN MẶT PHẪNG TẬN CÙNG RĂNG CỎI SỮA THỨ HAI DẠNG THẲNG HAY DẠNG BẬC XUỐNG GẦN LÀ TƯƠNG QUAN LÝ TƯỞNG Ở BỘ RĂNG SỮA?

Trần Thị Bích Vân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ở bộ răng sữa, có ba dạng tương quan mặt phẳng tận cùng răng cối sữa thứ hai là dạng thẳng, dạng bậc xuống gần và dạng bậc xuống xa. Trong đó, tương quan dạng thẳng được xem là dạng bình thường và là một trong những yếu tố của "khớp cắn lý tưởng" ở bộ răng sữa. Tuy nhiên, vẫn có tỉ lệ cao từ 20-50% chuyển thành tương quan R6 hạng II bất thường ở bộ răng vĩnh viễn. Chính vì thế, có nhiều tác giả cho rằng tương quan dạng bậc xuống gần nên được xem là dạng tương quan lý tưởng ở bộ răng sữa thay cho dạng thẳng vì tỉ lệ chuyển thành tương quan R6 hạng I bình thường của nhóm này là cao nhất trong ba dạng trên. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá và so sánh diễn tiến hình thái khớp cắn của nhóm có tương quan mặt phẳng tận cùng răng cối sữa thứ hai dạng thẳng và bậc xuống gần trong quá trình phát triển của bộ răng. Chính vì thế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Tương quan mặt phẳng tận cùng răng cối sữa thứ hai dạng thẳng và bậc xuống gần là tương quan lý tưởng ở bộ răng sữa?", từ đó có thể đưa ra kế hoạch theo dõi và can thiệp thích hợp cho từng nhóm giúp trẻ đạt được tương quan R6 hạng I bình thường ở bộ răng vĩnh viễn trong tương lai. **Mục tiêu:** So sánh diễn tiến hình thái khớp cắn giữa nhóm có tương quan mặt phẳng tận cùng răng cối sữa thứ hai dạng thẳng và nhóm có tương quan dạng bậc xuống gần từ giai đoạn bộ răng sữa đến bộ răng hỗn hợp và bộ răng vĩnh viễn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu dọc trên 48 tương quan mặt phẳng tận cùng dạng thẳng và 79 dạng bậc xuống gần ở bộ răng sữa, đánh giá và so sánh sự thay đổi tương quan của 2 nhóm này từ bộ răng sữa đến tương quan R6 ban đầu ở bộ răng hỗn hợp và tương quan R6 ở bộ răng vĩnh viễn. **Kết quả:** Trong 48 trường hợp ở nhóm có tương quan mặt phẳng tận cùng răng cối sữa thứ hai dạng thẳng, khi chuyển từ giai đoạn bộ răng sữa sang bộ răng hỗn hợp, tỉ lệ chuyển thành tương quan R6 hạng I và R6 hạng II 50% lần lượt là 15% và 85%. Khi chuyển từ giai đoạn bộ răng hỗn hợp sang bộ răng vĩnh viễn, 100%

trường hợp tương quan R6 hạng I ở bộ răng hỗn hợp duy trì tương quan này ở bộ răng vĩnh viễn. Đối với nhóm có tương quan R6 hạng II 50% ở bộ răng hỗn hợp, khi chuyển sang bộ răng vĩnh viễn, 63% chuyển thành tương quan R6 hạng I và phần còn lại vẫn giữ nguyên tương quan hạng II 50% chiếm 37%. Như vậy, ở nhóm có tương quan mặt phẳng tận cùng răng cối sữa thứ hai dạng thẳng, khi chuyển từ bộ răng sữa đến bộ răng vĩnh viễn, đa số sẽ chuyển thành tương quan R6 hạng I với tỉ lệ 69%, số ít còn lại sẽ chuyển thành hạng tương quan R6 hạng II 50% với tỉ lệ 31%. Đối với nhóm có tương quan mặt phẳng tận cùng dạng bậc xuống gần, khi chuyển từ giai đoạn bộ răng sữa sang bộ răng hỗn hợp, tỉ lệ chuyển thành tương quan R6 hạng I và R6 hạng II 50% lần lượt là 49% và 51%. Khi chuyển từ giai đoạn bộ răng hỗn hợp sang bộ răng vĩnh viễn, 85% tương quan R6 hạng I sẽ duy trì tương quan này, phần còn lại chuyển thành tương quan R6 hạng III và R6 hạng II 50%. Đối với tương quan R6 hạng II 50% ở bộ răng hỗn hợp, khi chuyển sang bộ răng vĩnh viễn, 80% sẽ chuyển thành tương quan R6 hạng I và phần còn lại vẫn giữ tương quan hạng II 50%. Tóm lại, khi chuyển từ bộ răng sữa đến bộ răng vĩnh viễn, đa số sẽ chuyển thành tương quan R6 hạng I bình thường với tỉ lệ 82%, 18% còn lại sẽ chuyển thành hạng tương quan R6 hạng II và hạng III. **Kết luận:** Trong quá trình phát triển từ bộ răng sữa đến bộ răng vĩnh viễn, tương quan mặt phẳng tận cùng răng cối sữa thứ hai dạng bậc xuống gần đa số sẽ chuyển thành tương quan R6 hạng I bình thường với tỉ lệ rất cao 82% và cao hơn so với 69% của nhóm dạng thẳng. **Từ khóa:** Mặt phẳng tận cùng răng cối sữa thứ hai dạng thẳng, dạng bậc xuống gần.

SUMMARY

WHICH THE FLUSH OR MESIAL STEP TERMINAL PLANE RELATIONSHIP OF THE SECOND PRIMARY MOLAR IS IDEAL TYPE IN DECIDUOUS DENTITION?

Background: There are three types of the final step in the deciduous dentition: flush terminal plane, mesial step and distal step. Although the flush terminal plane is considered to be one of the factors of "ideal occlusion" of deciduous dentition. However, it is likely (20-50%) to become abnormal Class II molar relationship in permanent dentition. Therefore, many authors believe that the mesial step type should be regarded as the ideal type of deciduous teeth, rather

¹Đại Học Y Dược Tp.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bích Vân

Email: ttbvan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024