

MUỐI TIÊU CHUẨN PHA TIÊM NEWZELAND

HYPER Salt

KIT

SODIUM CHLORID 1,5% / SODIUM BICARBONATE

WITH
HYALURONATE

Chỉ định trong các trường hợp
viêm mũi xoang và sau phẫu thuật
mũi xoang

Sát khuẩn và giảm phù nề
niêm mạc tối ưu với muối ưu trương

Hệ đệm Bicarbonate chuyên biệt
cùng Hyaluronate giúp giữ ẩm và bảo vệ
vùng mũi xoang bị tổn thương

Hộp 14 gói & 1 bình 300ml



Công nghệ van đẩy áp lực tự nhiên không gây
áp lực đột ngột lên tai

Hotline: 0989.382.286



Website: Duoctamviet.com.vn

Y HỌC
CỘNG ĐỒNG

VOL. 64, SPECIAL ISSUE, 2023

Y HỌC

CỘNG ĐỒNG

VIETNAM JOURNAL OF COMMUNITY MEDICINE

ISSN 2354-0613

HỘI NGHỊ KHOA HỌC TAI - THỈNH HỌC TOÀN QUỐC LẦN THỨ II

VOL. 64, SPECIAL ISSUE, 2023



Editor-in-Chief

Le Bach Quang - Vietnam Institute of Community Health

Deputy Editor-in-Chief

Tran Quoc Thang - Vietnam Institute of Community Health

Advisory Editorial Board

Pham Thanh Ky - Hanoi University of Pharmacy, Vietnam	Do Tat Cuong - Vin University, Vietnam
Dao Van Dung - Vietnam Institute of Community Health	Dang Tuan Dat - Buon Ma Thuot University, Vietnam
Pham Ngoc Dinh - National Institute of Hygiene and Epidemiology, Vietnam	Pham Van Thuc - Hai Phong University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Hoang Nang Trong - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam	Luong Xuan Hien - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Le Gia Vinh - Vietnam Medical Association	Nguyen Duc Trong - Thang Long University

Editors

Pham Ngoc Chau - Vietnam Institute of Community Health	Nguyen Xuan Bai - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, Vietnam
Nguyen Ngoc Chau - 108 Military Central Hospital, Vietnam, Vietnam Military Medical University	Nguyen Sinh Hien - Hanoi Heart Hospital, Vietnam
Vu Binh Duong - Vietnam Military Medical University	Vu Van Du - National Hospital of Obstetrics and Gynecology, Vietnam
Pham Van Dung - Thong Nhat General Hospital, Dong Nai, Vietnam	Thai Doan Ky - 108 Military Central Hospital, Vietnam
Tran Van Huong - Thang Long University, Vietnam	Dinh Ngoc Sy - Vietnam Medical Association
Dang Duc Nhu - Ministry of Health, Vietnam	Le Dinh Thanh - Thong Nhat Hospital, Vietnam
Phan Van Tuong - Hanoi University of Public Health, Vietnam	Nguyen Linh Toan - Vietnam Military Medical University
Ngo Van Toan - Hanoi Medical University, Vietnam	Nguyen Ngo Quang - Ministry of Health, Vietnam
Nguyen Anh Tuan - Vietnam Military Medical University	Do Van Minh - Hanoi Medical University, Vietnam
Pham Trung Kien - University of Medicine and Pharmacy - Vietnam National University, Hanoi	Nguyen Thanh Chung - National Institute of Hygiene and Epidemiology, Vietnam
Pham Van Thao - Vietnam Institute of Community Health	Cao Ba Loi - National Institute of Malariology, Parasitology and Entomology, Vietnam
Nguyen Van Ba - Vietnam Military Medical University	

Secretary

Nguyen Van Chuyen - Vietnam Military Medical University	Dao Thi Mai Huong - National Children's Hospital, Vietnam
Nguyen Thai Duc - Ministry of Health, Vietnam	Ngo Thi Tam - Thang Long University, Vietnam
Pham The Thach - Bach Mai Hospital, Vietnam	Phan Hai - Vietnam National University, Hanoi, Vietnam

Email: tapchihcd@gmail.com Telephone: (+84) 24 3762 1898

Publication Information

The Vietnam Journal of Community Medicine (VJCM) is a fully open access journal publishing double-blinded peer-reviewed publication, which offers the Original Articles, Review Article, Case Report, and Short Communication dealing with: preventive medicine, health manpower, disease prevention, health care services, health promotion, and health insurance programs.

VJCM publishes bimonthly by the Institute of Community Health. As a fully open access publication, the journal will provide maximum exposure for published articles, making the research available to all to read and share. A corresponding print version is also available.

Any suitable manuscript followed the journal's scope and author guideline will be undergone double-blinded peer-reviewed by at least one independent expert in the field. The Handling Associate Editors make an editorial decision, which is subject to endorsement by the Editor-in-Chief.

Further Information is available through the journal website: <https://tapchihcd.vn>

Publication Permit No. 229/GP-BTTTT issued on June 19, 2013. Printed at Tan Hue Hoa Printing House, Phuc Dien ward, Bac Tu Liem district, Hanoi, Vietnam. Legal Deposit: May 2023

CHÂU ÂU Trợ thính

Thư mời hợp tác

Trợ thính Châu Âu tìm kiếm cơ hội hợp tác nhằm mở rộng hệ thống đại lý, chi nhánh trên cả nước. Trợ thính Châu Âu là nhà phân phối chính thức tại Việt Nam cho các thương hiệu thiết bị thính học và máy trợ thính nổi tiếng xuất xứ tại Anh Quốc, Đan Mạch, Thụy Sĩ. Với các hình thức hợp tác linh hoạt, chúng tôi chú trọng vào sự phát triển bền vững của đối tác và lợi ích của người sử dụng. Chúng tôi có hệ thống phòng lab hiện đại, kỹ sư nhiều năm kinh nghiệm có thể đáp ứng tại chỗ cho các yêu cầu khắc khe nhất của khách hàng như chế tác vỏ máy trong tai siêu nhỏ, núm tai chất lượng cao để đeo cùng máy trợ thính, dịch vụ bảo hành, sửa chữa không mất thời gian chờ đợi.

Với 14 đại lý và chi nhánh trên cả nước, trợ thính Châu Âu đã có cơ hội chăm sóc thính lực cho hàng ngàn bệnh nhân nghe kém mỗi năm.

Chúng tôi cung cấp

● MÁY TRỢ THÍNH

từ các thương hiệu hàng đầu trên thế giới với những công nghệ hiện đại nhất, đầy đủ các kiểu dáng và các loại công suất phù hợp sức nghe

● THIẾT BỊ THÍNH HỌC

đầy đủ các phép đo thính học sàng lọc, chẩn đoán, dễ sử dụng, có tính lưu động, độ bền cao, giá thành phải chăng

● TƯ VẤN

tư vấn thiết kế hệ thống phòng cách âm, thiết lập toàn diện trung tâm chăm sóc sức nghe nhằm phục vụ đo thính lực, tư vấn máy trợ thính; đào tạo kỹ thuật viên toàn diện



HỢP TÁC

chính sách linh hoạt tùy theo mong muốn của đối tác, hướng tới mục tiêu chung là sự phát triển bền vững của các bên, mang lại lợi ích tốt nhất cho người sử dụng



ĐỒNG HÀNH

luôn song hành cùng đối tác, hỗ trợ kỹ thuật, đào tạo chuyên môn toàn diện nhằm đem đến chất lượng dịch vụ tốt nhất



PHÁT TRIỂN

cùng tham gia vào các hoạt động Marketing, truyền thông để tiếp cận được với nhiều đối tượng khách hàng hơn nữa



WEBSITE

www.trothinhchauau.vn



ĐỊA CHỈ TRỤ SỞ

29 Giải Phóng, Đồng Tâm, Hai Bà Trưng, Hà Nội



LIÊN HỆ

024 730 26626



HOTLINE

098 3550486

ĐƠN VỊ TÀI TRỢ

TÀI TRỢ VÀNG



TÀI TRỢ ĐỒNG



ĐƠN VỊ TÀI TRỢ
TÀI TRỢ GIAN HÀNG



TÀI TRỢ KHÁC



THÍNH HỌC - TIỀN ĐÌNH TÂM AN

Âm thanh _ Sắc màu _ Cuộc sống



KHÁNH TRẦN
TRỢ THÍNH

TÀI TRỢ ĐẠI BIỂU



SILAB
PHARMACEUTICALS



HIENDUC.
"Cùng lắng nghe, cùng chia sẻ"

Đơn vị tổ chức sự kiện



HỘI NGHỊ KHOA HỌC TAI - THÍNH HỌC TOÀN QUỐC LẦN THỨ II

CHỦ TỊCH HỘI

PGS.TS. NGUYỄN TUYẾT XƯƠNG

CHỦ TỊCH DANH DỰ

PGS.TS. ĐẶNG XUÂN HÙNG

PHÓ CHỦ TỊCH HỘI

PGS.TS. PHẠM THỊ BÍCH ĐÀO

PGS.TS. ĐẶNG THANH

TS. NGUYỄN NGỌC MINH

BSCKII. NGUYỄN VĂN XÁNG

TỔNG THƯ KÝ

TS. NGUYỄN XUÂN NAM

BAN THƯ KÝ

TS. NGUYỄN NGỌC HÀ

BSCKII. NGUYỄN THANH VŨ

CONTENTS

Research Paper

1. **Tổng quan phương pháp tiêm Gentamicin xuyên màng nhĩ trong điều trị bệnh Ménière** 1
Overview of the intratympanic Gentamicin treatment in Ménière disease
Đặng Xuân Vinh, Nguyễn Thị Tố Uyên, Khiếu Hữu Thanh, Chu Thị Hồng, Tạ Xuân Thành
2. **Chấn thương tầng giữa sọ mặt: nhân một trường hợp chấn thương xuyên thấu xương khẩu cái mũi xoang ổ mắt** 9
Mid-craniofacial trauma: A case report trauma punctures the hard palate and orbito sinonasal cavity
Nguyễn Tuyết Xương, Nguyễn Như Đua, Trịnh Duy Nin, Nguyễn Xuân Nam
3. **Phân tích các chủng vi khuẩn và độ nhạy cảm với kháng sinh ở người bệnh bị viêm tai giữa mủ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội** 13
Bacterial profile and antibacterial susceptibility of otitis media among patients in Hanoi Medical University Hospital
Phạm Thị Bích Đào, Phạm Anh Dũng, Vũ Thị Phương Thảo, Trần Văn Tâm, Mai Thị Mai Phương, Lê Minh Đạt
4. **Tổng quan về phẫu thuật giảm áp điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên trong chấn thương xương thái dương** 19
Overview of decompression surgery for peripheral facial nerve palsy due to the temporal bone fracture
Phạm Thanh Thúy, Nguyễn Thị Tố Uyên, Đặng Xuân Vinh
5. **Đo thính lực lời và bước đầu ứng dụng đánh giá sức nghe ở người bệnh nghe kém đột ngột** 28
Preliminary application of speech audiometry in patients with sudden sensorineural hearing loss
Bùi Thế Anh
6. **Tổng quan đặc điểm và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm tai giữa cấp mủ trẻ em** 33
Microbiology and antibiotic resistance of bacteria causing acute otitis media (AOM) in children
Đỗ Hồng Diệp
7. **Ảnh hưởng của đại dịch covid đến quá trình trị liệu cho trẻ nghe kém ở Bệnh viện Nhi Trung ương** 39
Impacts of the Covid-19 pandemic on the treatment process of hearing loss in children at Vietnam National Children's Hospital
Lưu Thị Thúy Ngọc, Nguyễn Tuyết Xương, Nguyễn Xuân Nam, Nguyễn Thị Tố Uyên, Nguyễn Hoàng Huy, Nguyễn Ngọc Hà

8.	Những yếu tố chủ quan và khách quan ảnh hưởng đến hiệu quả trị liệu ngôn ngữ cho trẻ nghe kém có sử dụng thiết bị trợ thính	45
	Subjective and objective factors affect on effective speech therapy for children with hearing loss having hearing devices <i>Nguyễn Thị Thanh, Nguyễn Tuyết Xương, Nguyễn Xuân Nam, Nguyễn Thị Tố Uyên, Nguyễn Hoàng Huy, Nguyễn Ngọc Hà</i>	
9.	Mô hình và dịch vụ trị liệu ngôn ngữ cho trẻ nghe kém tại Bệnh viện Nhi Trung ương	50
	The delivery model and offered services of speech therapy for children with hearing loss at Vietnam National Children's Hospital <i>Vũ Thùy Linh, Nguyễn Tuyết Xương, Nguyễn Xuân Nam, Nguyễn Thị Tố Uyên, Nguyễn Hoàng Huy, Nguyễn Ngọc Hà</i>	
10.	U xương chũm - Báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp	57
	Osteoma of mastoid; a rare presentation: Case report <i>Nguyễn Tài Dũng</i>	
11.	Một số đặc điểm và các yếu tố nguy cơ đến nghe kém của trẻ em tại Trung tâm thính học Bệnh viện Nhi Trung ương	61
	Some features and factors causing hearing impairment of children at Audiology Center – National Hospital of Pediatrics <i>Nguyễn Tuyết Xương, Nguyễn Phương Dung, Trịnh Duy Nin, Nguyễn Xuân Nam, Nguyễn Như Đua, Nguyễn Thị Tố Uyên, Nguyễn Hoàng Huy, Nguyễn Ngọc Hà, Trần Văn Đình</i>	
12.	Nhận xét về tăng trưởng, phát triển tâm – vận động và tổn thương não trên MRI ở trẻ bại não thể co cứng tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ An	68
	Comments on growth, development of mind - motor and brain damages on MRI in cerebral palsy in Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital <i>Tăng Xuân Hải, Hồ Đăng Mười, Trần Minh Long</i>	
13.	Công nghệ cấy ốc tai điện tử - giao lộ kỳ vọng & thách thức - báo cáo ca bệnh	73
	Current cochlear implants, expects and challenges <i>Hà Thị Kim Yến</i>	
14.	Tổng quan về nghe kém sau viêm màng não mủ	79
	Hearing loss after meningitis: A systematic review <i>Nguyễn Ngọc Hà, Nguyễn Tuyết Xương, Nguyễn Phương Dung, Nguyễn Xuân Nam, Trịnh Duy Nin, Nguyễn Thị Tố Uyên, Nguyễn Hoàng Huy, Vương Đình Anh Tú, Phạm Phúc Khánh, Trần Văn Đình</i>	
15.	Tổng quan cập nhật về sàng lọc và chẩn đoán nghe kém ở trẻ em	87
	Updated overview of screening and diagnosis of hearing loss in children <i>Đặng Thanh, Nguyễn Ngọc Quang</i>	
16.	Đặc điểm bệnh lý tai giữa trên bệnh nhân khe hở vòm miệng	96
	Characteristics of middle ear disease in patients with cleft palate <i>Khiếu Hữu Thanh, Nguyễn Văn Ninh, Đoàn Trung Hiếu, Nguyễn Đình Phúc, Lương Thị Minh Hương</i>	

17.	Kết quả can thiệp nâng cao kiến thức và thực hành của cán bộ y tế về kiểm soát nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Sản nhi Bắc Ninh	101
	Enhancing knowledge and practices of health officers for effective bacteriological control: Results of an intervention at Bac Ninh Obstetric and Pediatric Hospital <i>Đặng Thị Thu Hương, Phạm Duy Hiền, Lê Nho Khuê, Nguyễn Văn Đạt, Phan Văn Tường</i>	
18.	Phòng bệnh tay chân miệng của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi tới khám tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2021	108
	Hand, foot and mouth diseases prevention of mothers with children below 5 years come to Vinh Phuc provinces General Hospital in 2021 <i>Phan Văn Tường, Nghiêm Quang Huy, Lê Thị Hằng</i>	
19.	Thực trạng mức stress và một số yếu tố liên quan ở nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2022	115
	The occupational stress status and associated factors of medical staffs at Son Tay General Hospital in 2022 <i>Nguyễn Thị Bích Thủy, Nguyễn Thị Thu Hương, Nguyễn Bình Minh, Nguyễn Hoài Linh, Ngô Văn Toàn</i>	
20.	Tổng quan các văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến công tác đào tạo liên tục cho nhân viên y tế	121
	Overview of legal documents related to continuous training for health workers <i>Trần Thị Lý, Lê Văn Nhân, Trần Quốc Thắng</i>	
21.	Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng bệnh tay chân miệng của người chăm sóc chính trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Trùng Khánh, tỉnh Cao Bằng năm 2023	130
	Knowledge, practices about hand, foot and mouth diseases prevention of caregivers for children under five years of age in Trung Khanh district, Cao Bang province in 2023 and associated factors <i>Mạc Thị Thu Hiền, Lê Thị Thanh Hương</i>	
22.	Tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An năm 2022	136
	Status of nosocomial infections at the Intensive Care Unit – Nghe An General Friendship Hospital in 2022 <i>Nguyễn Đức Phúc, Ngô Văn Thiết</i>	
23.	Quy trình thực hiện đo điện thế gọi ngưỡng phản xạ bàn đạp ở trẻ em cấy ốc tai điện tử	141
	The process of electrical stapedius reflex threshold (ESRT) in children with cochlear implants <i>Nguyễn Tuấn Như</i>	
24.	Viêm tai giữa chẩn đoán, điều trị và vai trò của sự tuân thủ điều trị	147
	Otitis media diagnosis, treatment and the role of treatment compliance <i>Nguyễn Thanh Vũ, Hà Nguyễn Anh Thư</i>	
25.	Phẫu thuật xương bàn đạp tại Việt Nam: Quá khứ, hiện tại và tương lai	153
	Stapes surgery in Vietnam: The past, present and future <i>Lê Công Định</i>	
26.	Nghiên cứu tổng quan các chỉ định cấy điện cực ốc tai	157
	System review indication of cochlear implantation <i>Nguyễn Xuân Nam, Trần Thị Phương Thảo, Nguyễn Tuyết Xương, Phạm Tuấn Cảnh, Vũ Toàn Mạnh, Thân Hữu Tiệp</i>	

- 27. Mô tả bệnh lý xương thái dương do LCH ở trẻ em: Báo cáo ca bệnh** 164
Description of temporal bone disease caused by LCH in children: case report
Nguyễn Tuyết Xương, Phạm Đăng Hoàng Giang, Nguyễn Xuân Nam, Nguyễn Khắc Trường, Trịnh Duy Nin, Trần Thái Sơn, Vũ Toàn Mạnh, Thân Hữu Tiệp, Nguyễn Thị Ngọc Hà, Đỗ Hồng Điệp, Vũ Ngọc Quý, Nguyễn Thị Ánh Hồng, Nguyễn Phương Dung, Ngô Minh Thuận, Nguyễn Đắc Cử, Nguyễn Minh Hằng, Đào Hoa Phương, Nguyễn Hoàng Huy, Nguyễn Thị Tố Uyên, Vương Đình Anh Tú, Phạm Phúc Khánh
- 28. Tổng quan về hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính** 173
A review of the system for providing early intervention services for children with hearing loss
Nguyễn Ngọc Hà, Nguyễn Huy Hoàng, Trần Văn Đình, Nguyễn Tuyết Xương
- 29. Kết quả bước đầu cấy ốc tai điện tử tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ An: Báo cáo ca bệnh** 181
Initial results of cochlear implantation at Nghe An Obstetric and Pediatrics Hospital: Case report
Tăng Xuân Hải, Đinh Xuân Hương, Phan Quang Trung, Nguyễn Tuyết Xương, Nguyễn Xuân Nam, Nguyễn Hoàng Huy, Nguyễn Thị Tố Uyên, Trịnh Duy Nin
- 30. Một số yếu tố liên quan chất lượng cuộc sống của gia đình có trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý tại Bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2023** 189
Some factors related to quality of life of the family of children with attention deficit hyperactivity disorder at the National Children's Hospital, in 2023
Đào Thị Mai Hương, Đỗ Mạnh Hùng, Trần Quốc Thắng, Đào Xuân Vinh

OVERVIEW OF THE INTRATYMPANIC GENTAMICIN TREATMENT IN MÉNIÈRE DISEASE

Dang Xuan Vinh^{1*}, Nguyen Thi To Uyen², Khieu Huu Thanh¹,
Chu Thi Hong¹, Ta Xuan Thanh¹

¹Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - 373 Ly Bon street, Thai Binh City, Thai Binh, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung street, Kim Lien, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 04/03/2023

Revised 06/04/2023; Accepted 05/05/2023

SUMMARY

Objective: Describe intratympanic Gentamicin treatment in Ménière's disease and comment on the treatment outcomes of the methods.

Study design: scoping review

Methods: Using databases from the PubMed website, Hanoi Medical University Library, and manual search (January 2016 to December 2022).

Results: We found 232 articles from the search keywords, with 11 articles matching the selection criteria. We conducted an analysis of the characteristics of the drug, the method of injection, dosage, and effectiveness in treatment.

Conclusion: Gentamicin injections are highly effective in controlling vertigo. ITG should still be considered given the risk of hearing loss after injection.

Keywords: Ménière Disease (MD), Intratympanic Gentamicin (ITG), Intratympanic Dexamethasone (ITD), Intratympanic Methylprednisolone (ITM).

*Corresponding author
Email address: Vinh37@gmail.com
Phone number: (+84) 828526669



TỔNG QUAN PHƯƠNG PHÁP TIÊM GENTAMICIN XUYÊN MÀNG NHĨ TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH MÉNIÈRE

Đặng Xuân Vinh^{1*}, Nguyễn Thị Tố Uyên², Khiếu Hữu Thanh¹,
Chu Thị Hồng¹, Tạ Xuân Thành¹

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình - 373 phố Lý Bôn, thành phố Thái Bình, tỉnh Thái Bình, Việt Nam

²Trường Đại Học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, Kim Liên, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 06/04/2023; Ngày duyệt đăng 05/05/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng quan phương pháp tiêm Gentamicin xuyên màng nhĩ trong điều trị bệnh Ménière.

Phương pháp: Sử dụng cơ sở dữ liệu từ trang thông tin điện tử Pubmed và được tìm kiếm thủ công (từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2021). Tiêu chí lựa chọn là những nghiên cứu về phương pháp tiêm Gentamicin xuyên màng nhĩ trong điều trị bệnh Ménière.

Kết quả: Chúng tôi đã tìm được 232 bài báo từ các từ khóa tìm kiếm với 11 bài báo phù hợp với các tiêu chuẩn lựa chọn. 11 bài báo liên quan đến 289 bệnh nhân đã được đưa vào phân tích. Chúng tôi đã tiến hành phân tích về đặc điểm thuốc, cách thức tiêm, liều lượng và hiệu quả trong điều trị.

Kết luận: Tiêm Gentamicin xuyên màng nhĩ có hiệu quả cao trong kiểm soát tình trạng chóng mặt. ITG vẫn cần cân nhắc với nguy cơ về mất thính giác sau tiêm.

Từ khóa: Ménière Disease (MD), Intratympanic Gentamicin (ITG), Intratympanic Dexamethasone (ITD), Intratympanic Methylprednisolone (ITM).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Ménière là một bệnh mãn tính gây ra những rối loạn tai trong được đặc trưng bởi những cơn chóng mặt ngất quãng, thính lực dao động, kèm theo ù tai và đầy nặng trong tai. Căn nguyên của bệnh cho đến nay vẫn còn là giả thuyết, về giải phẫu bệnh tổn thương Ménière là tình trạng sưng nước mê nhĩ.¹during, or after one of the episodes of vertigo. It also presents with fluctuating aural symptoms (hearing loss, tinnitus, or ear fullness Bệnh Ménière không nguy hiểm tới tính mạng nhưng gây ra nhiều vấn đề ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Việc kiểm soát được tình trạng chóng mặt đồng thời vẫn đảm bảo phục hồi thính giác, cải thiện tình trạng ù tai và đầy tai cho bệnh nhân thực sự vẫn còn là một thách thức Điều trị bệnh Ménière hiện

nay có nhiều phương pháp trong đó tiêm Gentamicin xuyên màng nhĩ được cho là mang lại hiệu quả cao, là một lựa chọn cho những bệnh nhân Ménière khó chữa đã thất bại với những điều trị trước đó. Để có một góc nhìn rõ hơn về đặc điểm và hiệu quả điều trị của phương pháp tiêm Gentamicin xuyên màng nhĩ, chúng tôi đã tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá tổng quan phương pháp tiêm Gentamicin xuyên màng nhĩ trong điều trị bệnh Ménière.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chí lựa chọn và loại trừ

Tiêu chí lựa chọn là các nghiên cứu thuần tập hồi cứu hữ

*Tác giả liên hệ
Email: Vinh37@gmail.com
Điện thoại: (+84) 828526669

nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng về phương pháp tiêm Gentamicin xuyên màng nhĩ trong điều trị bệnh Ménière. Các nghiên cứu có bản toàn văn bằng tiếng Việt hoặc tiếng Anh có thời gian xuất bản từ tháng 1/2016 đến hết tháng 12/2022. Tiêu chí loại trừ là các nghiên cứu không đáp ứng được các tiêu chuẩn lựa chọn, Các nghiên cứu báo cáo ca bệnh, các bài báo, báo cáo thử nghiệm lâm sàng trên động vật.

2.2. Nguồn cơ sở dữ liệu

Tìm kiếm có hệ thống được thực hiện trong năm 2021 bởi 2 tác giả, dữ liệu được thu thập từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2022. Các nghiên cứu được tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu y học trực tuyến: Pudmed với từ khóa “(Ménière’s disease OR Ménière) AND (Intratympanic Gentamicin)”. Các nghiên cứu tìm được sẽ được đọc cẩn thận phần tiêu đề và tóm tắt theo tiêu chí lựa chọn để tìm ra nghiên cứu lấy toàn văn. Các nghiên cứu toàn văn sẽ được đọc chi tiết, đối chiếu với

tiêu chí lựa chọn và loại trừ để chọn ra các nghiên cứu phù hợp và trích xuất dữ liệu bao gồm: mô tả phương pháp tiêm Gentamicin xuyên màng nhĩ về nồng độ, số lần tiêm, liều lượng thuốc và kết quả điều trị.

3. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả tìm kiếm

Trong quá trình tìm kiếm bằng từ khóa chúng tôi tìm thấy 232 bài báo từ nguồn dữ liệu Pubmed, 1 bài được tìm thủ công, không có bài từ thư viện đại học Y Hà Nội. Sau khi đọc tiêu đề và tóm tắt thì có 66 bài báo đáp ứng đủ tiêu chí để tiến hành đọc toàn văn bài báo. Cuối cùng dựa vào tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ thì chúng tôi chọn được 11 bài báo đưa vào phân tích. Trong 11 bài báo thu được có 10 bài sử dụng đơn độc Gentamicin tiêm xuyên màng nhĩ, một bài báo có sự kết hợp tạo ra hỗn hợp tiêm với Dexamethason.

3.2. Mô tả phương pháp tiêm xuyên màng nhĩ và hiệu quả điều trị.

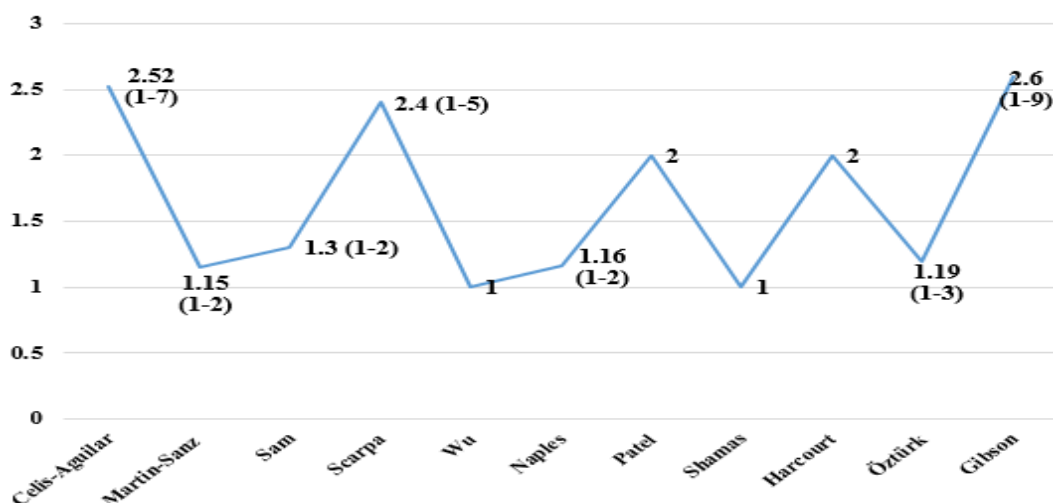
Bảng 1: Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

STT	Tác giả	Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân	Tuổi	Giới (Nữ %)	PTA
1	Celis-Aguilar ²	MD 1 bên AAO – HNS Thất bại điều trị ban đầu, hạn chế CATS, ITS	57.4	70	N/A
2	Martin-Sanz ³	MD xác định 1 bên hiệp hội Ba’ra’ny. Thất bại với hạn chế CATS betahistine, lợi tiểu	57	44	51
3	Sam ⁴	MD xác định 1 bên AAO-HNS 1995 Thất bại điều trị ban đầu.	45	53.3	43.7
4	Scarpa ⁵	MD 1 bên hiệp hội Baràny. Thất bại hạn chế CATS thuốc lợi tiểu	40.5	43.5	N/A
5	Wu ⁶	N/A	54.5	55	46
6	Naples ⁷	MD 1 bên	55	51.5	49.3
7	Patel ⁸	MD 1 bên AAO-HNS, thất bại điều trị ban đầu.	60	N/A	68
8	Shamas ⁹	MD theo AAO-HNS, thất bại điều trị ban đầu	50.8	59.1	49.8
9	Harcourt ¹⁰	MD 1 bên xác định, thất bại điều trị ban đầu.	55	52	N/A
10	Öztürk ¹¹	MD 1 bên dai dẳng AAO-HNS Thất bại hạn chế CATS ≥ 1 năm.	N/A	63	53
11	Gibson ¹²	MD 1 bên xác định, AAO-HNS, thất bại điều trị.	54.7	58.9	53.1
AAO-HNS: American Academy of Otolaryngology- Head and Neck Surgery CATS: Caffeine, Alcohol, Tobacco and Salt					

Nhận xét: Các nghiên cứu lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chí của Viện hàn lâm Tai mũi họng và phẫu thuật đầu cổ Mỹ. Bệnh nhân trong các nghiên cứu là bệnh Ménière một bên. Đa phần các bệnh nhân trong nghiên cứu đều đã thất bại trong điều trị nội khoa và thay đổi chế độ ăn

hạn chế CATS trước khi được tiêm Gentamicin xuyên màng nhĩ. Tuổi trung bình hay gặp nằm trong khoảng từ 50- 60 tuổi, với tỷ lệ nữ giới chiếm tỷ lệ cao. Mức PTA trung bình thường gặp ở mức từ 45 đến 60 db.

Biểu đồ 1: Trung bình số lần tiêm Gentamicin được sử dụng trong các nghiên cứu



Nhận xét: Lần tiêm trung bình ITG trong các nghiên cứu thường được dùng là 1-2 lần tiêm, lớn nhất ở trong nghiên cứu của Gibson với trung bình 2.6 lần, trong

nghiên cứu đó ghi nhận số lần tiêm lớn nhất trên một bệnh nhân là 9 lần tiêm.

Bảng 2: Đặc điểm tiêm Gentamicin xuyên màng nhĩ

STT	Tác giả	Thuốc sử dụng	Thể tích tiêm	Cách thức tiêm
1	Celis-Aguilar ²	Gentamycin 40mg/ml	0.5 ml	1 mũi. Sau 3 tuần nhiều con chóng mặt thì tiêm lần hai.
2	Martin-Sanz ³	Gentamycin 26,7 mg/ ml	Tiêm đầy	1 mũi. Sau 5 tuần không giảm tiêm lần 2
3	Sam ⁴	Gentamycin 30 mg/ml	Tiêm đầy	1 mũi tiêm duy nhất
4	Scarpa ⁵	Gentamycin 20 mg/ml	0.5ml	1-5 lần tùy chóng mặt BN . Các mũi cách nhau 2 tuần
5	Wu ⁶	Gentamycin	N/A	N/A
6	Naples ⁷	Gentamycin 26.7 mg/ml	0,4 ml	1 mũi. Sau 2 tuần lặp lại nếu tái diễn, tối đa 3 lần.
7	Patel ⁸	Gentamycin 40 mg/ml	Tiêm đầy	2 mũi cách 2 tuần.
8	Shamas ⁹	Gentamycin 40 mg/ml	0,5 ml	1 mũi tiêm duy nhất
9	Harcourt ¹⁰	Gentamycin 40 mg/ml	N/A	2 mũi cách nhau 2 tuần.
10	Öztürk ¹¹	Gentamycin 27 mg/ml + Dexamethasone 40mg/ml	0,4 ml	1 mũi, tiêm lặp lại nếu chưa kiểm soát được chóng mặt.
11	Gibson ¹²	Gentamycin 30 mg/ml	0.5ml	1 mũi. Sau 3 tuần nhiều con chóng mặt thì tiêm lần hai.

Nhận xét: 10/11 nghiên cứu Gentamycin sử dụng đơn độc khi tiêm, 1 nghiên cứu có phối hợp trong thuốc pha tiêm với Dexamethasone. Nồng độ thuốc trong các nghiên cứu từ 5mg/ml đến 40mg/ml hay được sử dụng là (26.7 - 30) mg/ml. Thể tích thuốc tiêm thường được sử dụng là

0.5ml và tiêm đầy hòm nhĩ. Cách thức tiêm thường sử dụng là tiêm 1 mũi và theo dõi đáp ứng của bệnh nhân với tình trạng chóng mặt và thính lực để cân nhắc mũi tiêm tiếp.

Bảng 3: Kết quả tình trạng chóng mặt sau điều trị.

STT	Tác giả	Tình trạng chóng mặt sau điều trị			
		Cải thiện	Không đổi	Tăng nặng	Kết quả nghiên cứu
1	Celis-Aguilar ²	×			96,8% kiểm soát A+B.
2	Martin-Sanz ³	×			Sau 12 tháng kiểm soát A đạt 70%.
3	Sam ⁴	×			70% giảm đáng kể số lần chóng mặt
4	Scarpa ⁵	×			Sau 6 tháng: 77% loại (A+B) (p<0,05)
5	Wu ⁶	×			88,5 % cải thiện đáng kể
6	Naples ⁷	×			ITG 90%, ITD 62% p = 0,02. Trung bình ITD 5 tháng, ITG là 27 tháng.
7	Patel ⁸	×			Sau 6 tháng ITG, ITM giảm 87% , 90%. Sau 24 tháng hiệu quả giảm theo thời gian
8	Shamas ⁹				N/A
9	Harcourt ¹⁰	×			Sau 48 tháng 95% BN giảm (p <0,001)
10	Öztürk ¹¹	×			Sau 24 tháng kiểm soát tốt nhóm hỗn hợp 81% và 70,6% nhóm ITD (p<0,05)
11	Gibson ¹²	×			Kiểm soát chóng mặt 66,8%

Nhận xét: Có 10/11 nghiên cứu báo cáo tình trạng chóng mặt sau điều trị và tất cả đều ghi nhận có sự cải thiện tình trạng chóng mặt từ 70-90% (nhiều nghiên

cứu cho khả năng kiểm soát $\geq 90\%$. Thời gian kiểm soát trung bình sau tiêm Gentamycin xuyên màng nhĩ là 27 tháng.

Bảng 4: Kết quả tình trạng thính lực sau điều trị.

STT	Tác giả	Nồng Độ	Tình trạng thính lực sau điều trị			
			Cải thiện	Không đổi	Giảm	Kết quả của nghiên cứu
1	Celis-Aguilar ²	40 mg/ml			×	Sau 24 tháng PTA từ 43.2 db lên 49.7 db 17.4% BN thính lực mất trên 20db
2	Martin-Sanz ³	26,7 mg/ ml		×		Không BN nào giảm (tăng >10db) PTA sau 12 tháng 48,3 còn 52,9 db(p> 0,05)
3	Sam ⁴	30 mg/ml			×	Sau 13,7 tháng: PTA tăng 7.2 db, tần số thấp tăng 13.3 dB, tần số cao không đổi (p< 0,05).
4	Scarpa ⁵	20 mg/ml		×		Không khác biệt đáng kể sau điều trị
5	Wu ⁶	N/A		×		PTA sau tiêm không đổi, (p> 0,05)
6	Naples ⁷	26.7 mg/ml		×		Không có sự khác biệt đáng kể
7	Patel ⁸	40 mg/ml		×		PTA không thay đổi đáng kể
8	Shamas ⁹	40 mg/ml			×	Sau 6 tháng: PTA nhóm ITG từ 50 lên 62 db. Nhóm ITD và Nacl không đổi
9	Harcourt ¹⁰	40 mg/ml		×		Không có sự khác biệt đáng kể
10	Öztürk ¹¹	27 mg/ml		×		Nhóm hỗn hợp (ITG + ITD) 95,2% không đổi 4,8% giảm dưới 10 db
11	Gibson ¹²	30 mg/ml		×		PTA sau điều trị tương đương nhau

Nhận xét: Có 11/11 nghiên cứu báo cáo, trong đó có 3/11 nghiên cứu với 27.3% ghi nhận mức độ giảm thính lực và không có nghiên cứu nào ghi nhận sự cải thiện

thính lực sau tiêm.

Tổn thương thính giác được báo cáo đều ở các nghiên cứu sử dụng nồng độ Gentamycin cao $\geq 30\text{mg/ml}$.

Bảng 5: Kết quả tình trạng ù tai sau điều trị.

STT	Tác giả	Tình trạng ù tai sau điều trị			
		Cải thiện	Không đổi	Tăng nặng	Kết quả nghiên cứu
1	Sam ⁴	×			Trước điều trị 40% BN bị ù tai và sau điều trị không còn BN ù tai.
2	Scarpa ⁵	×			THI trước là 29,3±12 còn 24,7±13,8 sau điều trị.
3	Patel ⁸	×			THI giảm đáng kể sau 24 tháng (p < 0.0001)
4	Shamas ⁹	×			THI cho thấy sự giảm đáng kể
5	Harcourt ¹⁰		×		Không có sự khác biệt đáng kể

Nhận xét: Có 5/11 nghiên cứu có báo cáo về tình trạng ù tai sau điều trị, trong đó có 4/5 nghiên cứu ghi nhận cải thiện tình trạng ù tai sau điều trị.

Bảng 6: Biến chứng và tác dụng phụ sau điều trị.

STT	Tác giả	Biến chứng/ tác dụng phụ
1	Patel ⁸	- Nhiễm trùng tai sau tiêm có 1BN - 1 BN từ chối tiêm thêm sau lần đầu tiên vì đau tai sau tiêm.
2	Shamas ⁹	- Thường gặp là chóng mặt tạm thời (n = 12). - Thủng màng nhĩ lâu liền xảy ra ở 2 BN

Nhận xét: Có 2/11 nghiên cứu có báo cáo về biến chứng và tác dụng phụ sau điều trị với các dấu hiệu nhiễm trùng sau tiêm và tình trạng chóng mặt tạm thời.

4. BÀN LUẬN

Tiêm thuốc nhóm Aminoglycoside xuyên màng nhĩ cho bệnh nhân Ménière được Schuknecht mô tả lần đầu tiên vào năm 1957. Trong số các Aminoglycoside có Streptomycin và Gentamycin chủ yếu gây độc với tiền đình, trong khi Amikacin, Neomycin, Kanamycin chủ yếu gây độc cho ốc tai. Trong tổng quan của chúng tôi chỉ ghi nhận một Aminoglycoside được sử dụng là Gentamycin, điều này có thể cho thấy tính phổ biến và việc ưu tiên sử dụng Gentamycin trong điều trị. Nghiên cứu gần nhất về Streptomycin vào năm 2008,¹ và cho đến nay không có nghiên cứu nào có sử dụng loại thuốc này nữa.

Tiêm Gentamycin được thử lần đầu tiên vào năm 1970 và sử dụng rộng rãi vào những năm 1990⁴. Việc sử dụng trực tiếp Gentamycin vào tai giữa đã trở thành một phương pháp điều trị bệnh Ménière rất phổ biến trong 2 thập kỷ qua. Mục tiêu của phương pháp là tiêu diệt tế bào lông tiền đình đồng thời bảo tồn tế bào lông ốc tai. Phương pháp Gentamycin tặn dụng độc tính với tiền đình tương đối chọn lọc so với độc tính trên ốc tai để giảm các triệu chứng chóng mặt với ít nguy

cơ tổn thương thính giác hơn. Tổng quan của chúng tôi có 10/11 nghiên cứu có báo cáo tình trạng chóng mặt sau điều trị và tất cả đều ghi nhận sự cải thiện tình trạng chóng mặt. Mức cải thiện chóng mặt dao động trong khoảng từ mức 66.8% đến 96.8%, và đa phần ở mức cao trên 80%. Nghiên cứu của Celis-Aguilar⁴⁷ đạt 96,8% kiểm soát chóng mặt loại (A+B), nghiên cứu của Patel⁵³ kiểm soát đạt 87%, nghiên cứu của Naples⁵⁶ all patient received IT gentamicin, administered as primary therapy after failure of conservative treatment measures. Gentamicin was administered every 2 weeks, up to three injections, until vertigo control was achieved. Beginning in 2011, the treatment protocol shifted to IT dexamethasone as initial treatment, with gentamicin used for dexamethasone failures. Dexamethasone was administered weekly for up to three injections. Treatments could be repeated if symptoms recurred. Results: Thirty-three patients received IT dexamethasone, and 70 patients received IT gentamicin. Dexamethasone patients received a mean of 3.3 injections compared to 2.7 in the gentamicin group (P = 0.011 thành công với 90% bệnh nhân được kiểm soát và thời gian trung bình kiểm soát của ITG là 27 tháng cao hơn rất nhiều so với nhóm so sánh sử dụng ITD với trung bình đạt được là 5 tháng. Hay nghiên cứu của Harcourt⁵⁵ với thời gian theo dõi dài trên 48 tháng vẫn có 95% bệnh nhân kiểm soát được tình trạng chóng mặt. Điều này cho ta thấy ITG cho khả năng kiểm soát chóng mặt tốt và kéo dài. Khả năng kiểm soát chóng mặt đã được chứng minh từ nhiều nghiên cứu khác như đánh giá của Cochrane¹⁰⁷ và tổng quan hệ thống của Chia cùng cộng sự cho thấy khả năng kiểm soát chóng mặt ở mức cao đạt 89% (trong khoảng 73% -100%)¹

Tiêm Gentamycin thường được lựa chọn điều trị cho bệnh Ménière khó chữa dai dẳng, thất bại với điều trị ban đầu và kể cả với đã tiêm Steroid xuyên màng nhĩ. Mặc dù hiệu quả của việc tiêm Gentamycin xuyên màng nhĩ đã được chứng minh, nhưng nguy cơ tổn thương thính giác vẫn còn đó và là một bất lợi lớn ảnh hưởng đến việc lựa chọn loại thuốc này. Kết quả trong nghiên cứu tổng quan của chúng tôi cũng xác nhận điều này, khi chúng tôi không ghi nhận được tình trạng cải

thiện thính lực ở một nghiên cứu nào, có 3/11 nghiên cứu có mức giảm thính lực sau điều trị đáng kể có ý nghĩa thống kê, các nghiên cứu còn lại báo cáo không có sự thay đổi thính lực sau điều trị. Mục tiêu của các nghiên cứu gần đây đều hướng tới ngoài đánh giá hiệu quả còn nghiên cứu cách thức làm giảm độc tính của Gentamycin lên ốc tai mà vẫn đảm bảo tác dụng tối đa lên tiền đình. Một số nghiên cứu hướng tới việc xác định liều lượng Gentamycin tiêm thấp nhất đủ để kiểm soát chóng mặt mà vẫn giảm được nguy cơ tổn thương thính giác. Trong tổng quan của chúng tôi nồng độ Gentamycin được sử dụng rất đa dạng (10mg/ml, 20mg/ml, 26.7mg/ml, 30mg/ml và 40mg/ml) và nồng độ hay được sử dụng trong các nghiên cứu là (26.7- 30)mg/ml. Trong tổng quan hệ thống của Chia xem xét nồng độ Gentamycin được tiêm vào tai giữa, dao động từ 10 đến 80 mg. Trong các nghiên cứu tiêm 40 mg/ml, cải thiện chóng mặt được ghi nhận ở 91% và mất thính lực ở 91% bệnh nhân. Các nghiên cứu sử dụng 30 mg/ml có tỷ lệ kiểm soát chóng mặt gộp chung là 91% (75% - 100%) với 27% bị mất thính lực (0% -38%). Các nghiên cứu sử dụng nồng độ <30 mg/ml cho thấy chứng chóng mặt được cải thiện ở 89% bệnh nhân (73% -100%), với 24% bệnh nhân (0% -75%) bị mất thính lực. Điều trên cho ta thấy việc sử dụng Gentamycin với nồng độ cao có thể tăng nguy cơ tổn thương thính giác, mức nồng độ 26.7mg/ml có thể là một nồng độ tối ưu lên dùng. Thề tích thuốc tiêm vào hòm tai phổ biến trong tổng quan của chúng tôi là 0,5-1 ml/mỗi lần tiêm. Hướng dẫn của AAO-HNS² chưa đưa ra nồng độ dùng và lượng thuốc tối ưu của Gentamycin cho mỗi lần tiêm do chưa có đủ bằng chứng². Tuy chưa có hướng dẫn cụ thể từ AAO-HNS² nhưng trong tổng quan của chúng tôi thấy rằng việc sử dụng nồng độ Gentamycin < 30 mg/l mỗi lần tiêm có thể tránh được tình trạng tổn thương thính giác sau điều trị. Việc sử dụng Gentamycin liều thấp cũng đã được nhắc đến trong hướng dẫn của AAO-HNS². Tuy nhiên đánh giá lượng Gentamycin tiêm vào trong tai giữa, trước mắt ta có thể biết được liều lượng vào tai giữa, tuy nhiên trên thực tế lượng thuốc thực sự tiếp xúc với cửa sổ tròn là bao nhiêu thì ta vẫn chưa biết rõ được. Đề có thể đưa ra một hướng dẫn cụ thể và có cơ sở hơn thì trong tương lai cần nhiều các nghiên cứu sâu hơn để làm rõ vấn đề này. Cách thức tiêm hay tần suất tiêm nhắc lại trong tổng quan chúng tôi hay được sử dụng là 1 lần tiêm, mỗi thứ 2 sẽ được tiến hành nếu chưa kiểm soát được chóng mặt và lần tiêm tiếp theo cách lần tiêm trước từ 2-5 tuần và thường sử dụng là 2 tuần. Việc tiêm cách xa giữa 2 mũi tiêm có thể được giải thích nhằm tránh tích lũy tạo liều lượng Gentamycin lớn ở tai trong. Theo hướng dẫn của AAO-HNS² mặc dù chưa có quy trình dùng thuốc cụ thể, họ ủng hộ việc dùng thuốc hàng tuần và chỉ tiêm “khi cần thiết”.

Có 4 nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị của tiêm Gentamicin so với tiêm steroid ở bệnh nhân Ménière. Kết quả của các nghiên cứu đều cho thấy ITG kiểm soát chóng mặt hơn đáng kể so với nhóm tiêm ITD.

Trong nghiên cứu của James G Naples họ ủng hộ ITG vì khả năng kiểm soát chóng mặt tốt hơn. Nghiên cứu của Shamas ITS được ưu tiên hơn ITG vì tình trạng suy giảm thính lực cao hơn trong nhóm ITG. Nghiên cứu cho thấy sự suy giảm PTA trong nhóm ITG so với nhóm ITS đã được thể hiện. Tuy nhiên, trong các nghiên cứu tiêm ITG có thời gian theo dõi dài thì không còn thấy sự khác biệt rõ giữa các nhóm. Giả thuyết cho rằng ITG ở một số bệnh nhân, trong thời gian đầu sau tiêm, bệnh nhân có tổn thương các tế bào lông tai trong, sau đó chúng có khả năng tự phục hồi. Đây có thể là biểu hiện của khả năng tái tạo của tai trong. Các nghiên cứu khác cũng xác nhận khả năng phục hồi sau tổn thương của các tế bào lông tai trong.

Nghiên cứu của Öztürk tiếp cận theo hướng khác khi cho kết hợp với Dexamethasone, loại thuốc được cho có khả năng ngăn chặn các phản ứng gây tổn thương tế bào thần kinh ốc tai. Kết quả nghiên cứu của Öztürk cho thấy khả năng kiểm soát chóng mặt của nhóm hỗn hợp cao hơn đáng kể so với nhóm ITD đơn độc, đồng thời không gây ra bất kỳ một tổn thương nghiêm trọng nào đặc biệt là thính giác, phương pháp được cho là an toàn và được dung nạp tốt. Kết quả của nghiên cứu này tạo một hướng đi mới với hiệu quả trong điều trị.

5. KẾT LUẬN

Tiêm Gentamicin xuyên màng nhĩ cải thiện tình trạng chóng 80 đến 90%. Số lần tiêm là 1 – 2 lần với khoảng cách là 2 tuần. Hiệu quả trung bình trong 27 tháng và hiệu quả giảm dần theo thời gian.

Tiêm Gentamicin xuyên màng nhĩ vẫn có gần 30% nguy cơ mất thính giác. Dùng liều thấp < 30mg/ml hoặc kết hợp với Steroid có thể giảm nguy cơ mất thính giác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Basura GJ, Adams ME, Monfared A et al., Clinical Practice Guideline: Ménière's Disease. Otolaryngol Neck Surg. 2020;162(2_suppl):S1-S55. doi:10.1177/0194599820909438
- [2] Celis-Aguilar E, Castro-Bórquez KM, Obeso-Pereda A et al., On-Demand and Low Dose Intratympanic Gentamicin for Ménière's Disease: A Customized Approach. Otol Neurotol. 2020;41(4):504. doi:10.1097/MAO.0000000000002563
- [3] Martin-Sanz E, Diaz JY, Esteban-Sanchez J et al., Delayed Effect and Gain Restoration After Intratympanic Gentamicin for Ménière's Disease. Otol Neurotol. 2019;40(1):79-87. doi:10.1097/MAO.0000000000001973
- [4] Sam G, Chung DW, van der Hoeven R et al., The effect of intratympanic gentamicin for treat-

- ment of Ménière's disease on lower frequency hearing. *Int J Clin Pharm.* 2016;38(4):780-783. doi:10.1007/s11096-016-0295-4
- [5] Scarpa A, Ralli M, Cassandro C et al., Low-dose intratympanic gentamicin administration for unilateral Meniere's disease using a method based on clinical symptomatology: Preliminary results. *Am J Otolaryngol.* 2019;40(6):102289. doi:10.1016/j.amjoto.2019.102289
- [6] Wu Y, Zhou Y, Yu J et al., Intratympanic gentamicin injection for refractory ménière's disease (MD) has potential effect in preventing contralateral MD occurrence. *Acta Otolaryngol (Stockh).* 2021;141(7):657-662. doi:10.1080/00016489.2021.1915499
- [7] Öztürk K, Ata N, Intratympanic mixture gentamicin and dexamethasone versus dexamethasone for unilateral Meniere's disease. *Am J Otolaryngol.* 2019;40(5):711-714. doi:10.1016/j.amjoto.2019.06.008
- [8] Patel M, Agarwal K, Arshad Q et al., Intratympanic methylprednisolone versus gentamicin in patients with unilateral Ménière's disease: a randomised, double-blind, comparative effectiveness trial. *The Lancet.* 2016;388(10061): 2753-2762. doi:10.1016/S0140-6736(16)31461-1
- [9] Shamas I ul, Short Term Results of Intra Tympanic Gentamicin and Dexamethasone on Hearing and Tinnitus in Meniere's disease: A Case Control Study. *Int Tinnitus J.* 2017;21(1). doi:10.5935/0946-5448.20170005
- [10] Harcourt JP, Lambert A, Wong PY et al., Long-Term Follow-Up of Intratympanic Methylprednisolone Versus Gentamicin in Patients With Unilateral Ménière's Disease. *Otol Neurotol.* 2019;40(4):491-496. doi:10.1097/MAO.0000000000002108
- [11] Naples JG, Henry L, Brant JA et al., Intratympanic Therapies in Ménière Disease: Evaluation of Outcomes and Early Vertigo Control: Intratympanic Therapy in Ménière Disease. *The Laryngoscope.* 2019;129(1):216-221. doi:10.1002/lary.27392
- [12] Gibson AW, Moon IJ, Golub JS et al., A comparison of endolymphatic shunt surgery and intratympanic gentamicin for meniere's disease. *The Laryngoscope.* 2020;130(10):2455-2460. doi:10.1002/lary.28445

MID-CRANIOFACIAL TRAUMA: A CASE REPORT TRAUMA PUNCTURES THE HARD PALATE AND ORBITO SINONASAL CAVITY

Nguyen Tuyet Xuong^{1,2*}, Nguyen Nhu Dua^{1,2}, Trinh Duy Nin², Nguyen Xuan Nam²

¹*University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi - 144 Xuan Thuy street, Dich Vong Hau, Cau Giay, Hanoi, Vietnam*

²*Vietnam National Children's Hospital - 879/18 La Thanh street, Lang Thuong, Dong Da, Hanoi, Vietnam*

Received 04/03/2023

Revised 08/04/2023; Accepted 08/05/2023

SUMMARY

Trauma to the craniofacial middle usually involves the maxillary and ethmoid sinuses, sometime trauma that relates to surrounding organs such as the orbit and oral cavity is often complex fracture. In a traumatic case by solid object that punctured the hard palate, sinonasal cavity, orbit was treated at Otorhinolaryngology in Vietnam National Childrens Hospital. We report clinical characteristics, subclinical features, surgical result.

*Corresponding author

Email address: nguyexuongnhp@yahoo.com

Phone number: (+84) 985285385



CHẤN THƯƠNG TẦNG GIỮA SỌ MẶT: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP CHẤN THƯƠNG XUYÊN THẤU XƯƠNG KHẨU CÁI MŨI XOANG Ổ MẮT

Nguyễn Tuyết Xương^{1,2,*}, Nguyễn Như Đua^{1,2}, Trịnh Duy Nin², Nguyễn Xuân Nam²

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, Dịch Vọng Hậu, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh Viện Nhi Trung ương - 879/18 La Thành, Láng Thượng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 08/04/2023; Ngày duyệt đăng 08/05/2023

TÓM TẮT

Chấn thương tầng giữa sọ mặt thường liên quan đến các xoang hàm, xoang sàng, đôi khi liên quan các cơ quan xung quanh như ổ mắt và khoang miệng, thường là các chấn thương phức tạp. Nhân một trường hợp chấn thương do vật cứng xuyên thấu khẩu cái cứng, mũi xoang và ổ mắt được điều trị tại Khoa tai mũi họng Bệnh viện Nhi Trung ương, Chúng tôi báo cáo về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ mặt là một trong những lý do chính khiến bệnh nhân phải đến viện cấp cứu [1]. Đặc biệt, chấn thương tầng giữa sọ mặt là một thách thức trong điều trị, đôi khi đòi hỏi sự phối hợp của các chuyên khoa như tai mũi họng, chuyên khoa mắt và răng hàm mặt [2]. Kiến thức về chẩn đoán và điều trị trong chấn thương là rất quan trọng giúp làm giảm nhẹ gánh nặng về kinh tế xã hội lên người bệnh cũng như hệ thống chăm sóc sức khỏe [3].

Nguyên nhân chấn thương có thể do tai nạn xe cơ giới, tranh chấp trong gia đình, ngã, do vũ khí, tai nạn lao động hoặc tai nạn sinh hoạt, biểu hiện rất đa dạng về hình thái và triệu chứng [1]. Nhiều trường hợp đòi hỏi phải phẫu thuật sớm, phẫu thuật rộng, thời gian dài để hồi phục.

2. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Bệnh nhân nam Nguyễn Tiến Ng 22 tháng tuổi

Địa chỉ: Tam Hiệp – Phúc Thọ - Hà Nội

Vào viện: Ngày 11 tháng 02 năm 2023

Bệnh sử: Trước vào viện 15 ngày bệnh nhân có

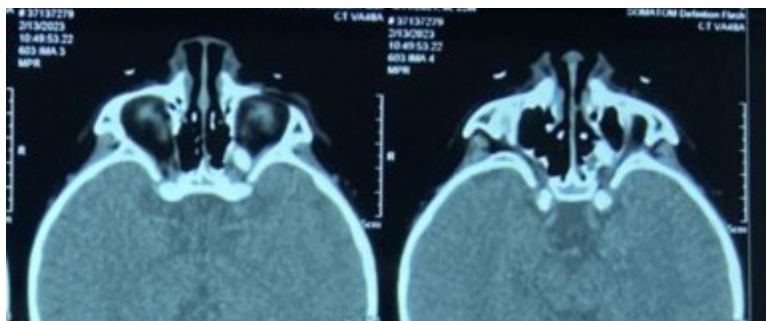
chơi với chị gái (chị gái 6 tuổi) đang ăn sáng tại nhà, đột nhiên bệnh nhân khóc to, không khóc lâu, không thấy có dấu hiệu gì bất thường, gia đình có phát hiện một cái thìa ăn của chị gái bị gãy nhưng không tìm thấy đầu thìa gãy, sau đó bệnh nhân có biểu hiện ngủ nhiều và li bì 2 ngày liên tiếp, ăn được, không sốt, không ho, không chảy nước mũi, không chảy máu mũi, hơi thở không có mùi hôi, sau 2 ngày bệnh nhân trở lại hoạt động bình thường trong những ngày tiếp theo. Trưa ngày 11/02/2023 bệnh nhân có dấu hiệu ngạt mũi khi ngủ há miệng thở, gia đình quan sát điểm đen ở phần khẩu cái cứng, thăm dò thấy tiếng “lạch cạch” đoán có dị vật đưa đến viện khám.

Cận lâm sàng: Bệnh nhân được xét nghiệm máu không có gì bất thường, chụp cắt lớp vi tính CT (Computed Tomography) hàm mặt có tiêm thuốc cản quang được tái tạo 1 mm đa bình diện trên các mặt phẳng 3D, MIP, MPR, có hình ảnh dị vật tăng mật độ tỷ trọng đi từ vòm miệng bên trái xuyên qua khẩu cái cứng trái, qua hốc mũi trái và một phần xoang sàng sau bên trái đi vào khoang hậu nhãn cầu bên trái, tiếp xúc với cơ thẳng dưới và thần kinh thị giác trái, kích thước 3,5x37 mm.

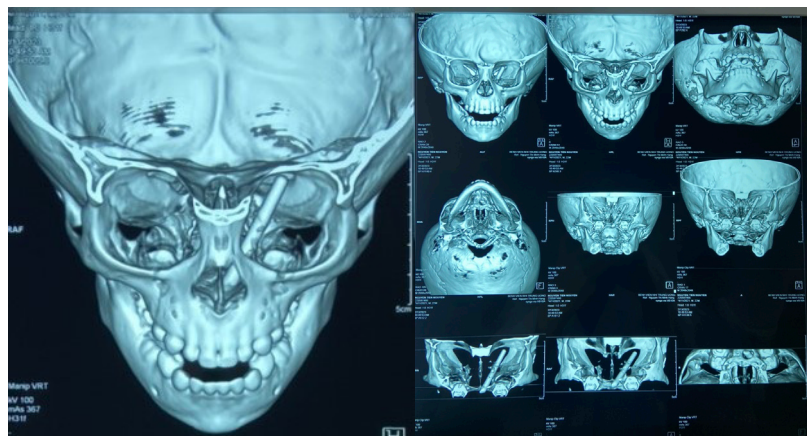
*Tác giả liên hệ

Email: nguyentuoxuongnhp@yahoo.com

Điện thoại: (+84) 985285385



Hình 1A: Dị vật cản quang ở xoang sàng sau và hậu nhãn cầu bên trái



Hình 1B: Phim CT được tái tạo đa bình diện 3D, MPR – Multi Planar Reconstruction, tỷ trọng tối đa MIP – Maximum intensity Projection, theo thể tích VRT – Volume Rendering Technique.

Phẫu thuật: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, mở miệng bệnh nhân bằng Davis boyle quan sát thấy một phần dị vật, rách rộng niêm mạc khẩu cái theo đường

giữa, bộc lộ dị vật lấy bỏ dị vật, kiểm tra lại bằng nội soi hốc mũi kiểm soát chảy máu, khâu phục hồi niêm mạc khẩu cái cứng theo giải phẫu.



A

B

Hình 2: A hình ảnh dị vật ở vị trí khẩu cái cứng khi bệnh nhân được mở miệng, B dị vật được lấy ra là cái đũa dài gần 5 cm

3. BÀN LUẬN

Chấn thương do các vật xuyên thấu vùng mặt thường nguy hiểm có thể làm tổn thương nhiều cơ quan phối hợp [4], [5], ở các mức độ nặng nhẹ khác nhau, với những chấn thương nhẹ khi được xử trí có thể phục hồi

lại hoàn toàn chức năng, nhưng với những chấn thương do các vật xuyên thấu nặng có thể làm cắt đứt các thành phần mạch máu, thần kinh thường để lại di chứng lâu dài, làm mất chức năng của cơ quan đó, thậm chí nguy hiểm đến cả tính mạng [6].

Tính chất của dị vật gây chấn thương có thể phản ánh tổn thương do nó gây ra, trên bệnh nhân này dị vật là cái đũa tủy cứng nhưng đầu tù và tròn nhẵn, nên khi xuyên qua các mô mềm như cân cơ, thần kinh mạch máu ít có khả năng cắt đứt mà thường gây dập nát, nhưng với tổ chức cứng chắc như xương thì dị vật ngoài khả năng xuyên qua được vẫn có thể làm vỡ rộng các cấu trúc xung quanh.

Dị vật đã ở trên cơ thể bệnh nhân này khoảng 2 tuần, tính chất dị vật đầu tù và nhẵn, thời gian đủ để tạo thành đường hầm xung quanh dị vật, dị vật đã được kíp phẫu thuật lấy ra theo hướng ngược với hướng xuyên của dị vật, bệnh nhân sau phẫu thuật hoàn toàn khỏe mạnh và được xuất viện sau 5 ngày.



Hình 3: Bệnh nhân sau khi được xuất viện về nhà hoàn toàn khỏe mạnh

4. KẾT LUẬN

Chấn thương do các vật cứng xuyên thấu tầng giữa sọ mặt là một trong các chấn thương nguy hiểm, liên quan nhiều đến các thành phần giải phẫu và cơ quan giác quan quan trọng, nên hội chẩn thêm các chuyên khoa khi có tổn thương liên quan. Xử trí cần đánh giá được loại dị vật gây chấn thương, cơ chế gây chấn thương, thời gian xảy ra chấn thương để có hướng xử trí kịp thời và phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Christopher PL, Daniel HL et al. Maxillary sinus fracture. StatPearls Publishing. September 2022: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557455/>
- [2] Zhou HH, Liu Q et al. Ocular trauma in patients with maxillofacial fractures. Journal Craniofac Surgery. 2014 Mar; 25(2):519-23. doi: 10.1097/SCS.0000000000000683.
- [3] Rahman RA, Ramli R et al. Maxillofacial trauma of pediatric patients in Malaysia: a retrospective study from 1999 to 2001 in three hospitals. International Journal Pediatric Otorhinolaryngol. 2007 June; 71(6):929-36. doi: 10.1016/j.ijporl.2007.03.003
- [4] Bamjee Y, Lownie JF et al. Maxillofacial injuries in a group of South Africans under 18 years of age. British Journal Oral Maxillofacial Surgery. 1996 Aug;34(4):298-302. doi: 10.1016/s0266-4356(96)90006-6
- [5] Roccia F, Boffano P et al. An 11-year review of dental injuries associated with maxillofacial fractures in Turin, Italy. Oral Maxillofacial Surgery. 2013 Dec;17(4):269-74. doi: 10.1007/s10006-012-0371-4
- [6] Boffano P, Roccia F, Zavattero E, Dediol E. European Maxillofacial Trauma (EURMAT) project: a multicentre and prospective study. Journal Craniomaxillofacial Surgery. 2015 Jan;43(1):62-70. doi: 10.1016/j.jcms.2014.10.011

BACTERIAL PROFILE AND ANTIBACTERIAL SUSCEPTIBILITY OF OTITIS MEDIA AMONG PATIENTS IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Pham Thi Bich Dao^{1*}, Pham Anh Dung², Vu Thi Phuong Thao², Tran Van Tam²,
Mai Thi Mai Phuong¹, Le Minh Dat²

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung Street, Kim Lien, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung Street, Kim Lien, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 08/03/2023

Revised 10/04/2023; Accepted 05/05/2023

ABSTRACT

Otitis media is a common disease in children aged 6 months to 6 years, with an average of 20,000 children developing new otitis media each year. The disease affects children's hearing as well as language, but self-administration of antibiotics in the treatment of otitis media in children or incomplete treatment of otitis media leads to difficult-to-treat otitis media. Antibiotic resistance or emergence of new bacterial strains in otitis media. The study was conducted on 458 patients at the medical examination department and the on-demand examination department of Hanoi Medical University hospital. Results received: 320 men, 138 women; Common age: under 3 years old accounts for 89.3%. disease progression over 2 weeks 354, less than 2 weeks 104, used antibiotics before coming to the hospital 458 patients; Perforated tympanic membrane: 211, without perforation of tympanic membrane: 247; Color of middle ear fluid: opaque white 98, light yellow 235, dark yellow 32, yellow green 89, green 4; Acquired bacterial strains *Streptococcus pneumoniae* 193, *Haemophilus influenzae* 141 and *Moraxella catarrhalis* 37, streptococci 15 negative culture 72; Rate of resistance to Penicillin antibiotic subgroup: *Streptococcus pneumoniae* 30%, *Haemophilus influenzae* 20%, *Moraxella catarrhalis* 80%; streptococci 42%; Cephalosporin subgroup *Streptococcus pneumoniae* 18%, *Haemophilus influenzae* 35%, *Moraxella catarrhalis* 67%; streptococcus 24%; Co-trimoxazole: *Streptococcus pneumoniae* 45%, *Haemophilus influenzae* 37%, *Moraxella catarrhalis* 56%; streptococci 12%, Chloramphenicol *Streptococcus pneumoniae* 14%, *Haemophilus influenzae* 17%, *Moraxella catarrhalis* 22%; streptococci 38%; Erythromycin: *Streptococcus pneumoniae* 11%, *Haemophilus influenzae* 39%, *Moraxella catarrhalis* 26%; streptococci 9%; Fluoroquinolones *Streptococcus pneumoniae* 8.4%, *Haemophilus influenzae* 37%, *Moraxella catarrhalis* 16%, *Streptococcus* 10.3%

Keywords: Acute otitis media, bacteria, antibiotic resistance

*Corresponding author
Email address: daoptb0024@hmu.vn
Phone number: (+84) 912189853



PHÂN TÍCH CÁC CHỦNG VI KHUẨN VÀ ĐỘ NHẠY CẢM VỚI KHÁNG SINH Ở NGƯỜI BỆNH BỊ VIÊM TAI GIỮA MỦ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phạm Thị Bích Đào^{1*}, Phạm Anh Dũng², Vũ Thị Phương Thảo², Trần Văn Tâm²,
Mai Thị Mai Phương¹, Lê Minh Đạt²

¹Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, Kim Liên, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, Kim Liên, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 10/04/2023; Ngày duyệt đăng 05/05/2023

TÓM TẮT

Viêm tai giữa là bệnh thường gặp ở trẻ em từ 6 tháng đến 6 tuổi, ước tính trung bình có khoảng 20.000 trẻ mắc viêm tai giữa mới mỗi năm. Bệnh ảnh hưởng tới thính lực cũng như ngôn ngữ của trẻ tuy nhiên việc tự sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm tai giữa của trẻ em hoặc chữa viêm tai giữa không dứt điểm dẫn đến tình trạng viêm tai giữa khó điều trị do tình trạng kháng kháng sinh hoặc xuất hiện những chủng vi khuẩn mới trong viêm tai giữa. Nghiên cứu được thực hiện trên 458 bệnh nhân tại khoa khám bệnh và khoa khám bệnh theo yêu cầu bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Kết quả nhận được: 320 nam, 138 nữ; Tuổi hay gặp: dưới 3 tuổi chiếm 89,3%. thời gian diễn biến bệnh trên 2 tuần 354, dưới 2 tuần 104, đã sử dụng kháng sinh trước khi đến bệnh viện 458 bệnh nhân; Thủng màng nhĩ: 211, không thủng màng nhĩ: 247; Màu sắc dịch tai giữa: trắng đục 98, vàng nhạt 235, vàng sẫm 32, vàng xanh 89, xanh 4; Các chủng vi khuẩn thu nhận *Streptococcus pneumoniae* 193, *Haemophilus influenzae* 141 và *Moraxella catarrhalis* 37, liên cầu khuẩn 15 nuôi cấy âm tính 72; Tỷ lệ đề kháng với Phân nhóm kháng sinh Penicillin: *Streptococcus pneumoniae* 30%, *Haemophilus influenzae* 20%, *Moraxella catarrhalis* 80%; liên cầu khuẩn 42%; Phân nhóm cephalosporin *Streptococcus pneumoniae* 18%, *Haemophilus influenzae* 35%, *Moraxella catarrhalis* 67%; liên cầu khuẩn 24%; Co-trimoxazole: *Streptococcus pneumoniae* 45%, *Haemophilus influenzae* 37%, *Moraxella catarrhalis* 56%; liên cầu khuẩn 12%, Chloramphenicol *Streptococcus pneumoniae* 14%, *Haemophilus influenzae* 17%, *Moraxella catarrhalis* 22%; liên cầu khuẩn 38%; Erythromycin: *Streptococcus pneumoniae* 11%, *Haemophilus influenzae* 39%, *Moraxella catarrhalis* 26%; liên cầu khuẩn 9%; Fluoroquinolones *Streptococcus pneumoniae* 8,4%, *Haemophilus influenzae* 37%, *Moraxella catarrhalis* 16%, liên cầu khuẩn 10,3%

Từ khóa: Viêm tai giữa cấp, vi khuẩn, kháng kháng sinh

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa là bệnh phổ biến nhất ở trẻ em, với khoảng 65–330 triệu người bị viêm tai giữa trên toàn thế giới và 60% trong số họ bị suy giảm thính lực đáng kể.¹ Gánh nặng kinh tế-y tế do viêm tai giữa cũng nghiêm trọng, đặc biệt là ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam, nơi tỷ lệ mắc bệnh được ước tính cao tới 11%.² Các diễn biến của viêm tai giữa như thủng màng

nhĩ, viêm xương chũm ảnh hưởng đến khả năng nghe và giao tiếp. Nghe kém mắc phải ở trẻ em chủ yếu là do viêm tai giữa mạn tính.³ Nghe kém do viêm tai giữa cũng ảnh hưởng đến hoạt động trí tuệ và phát triển ngôn ngữ.^{4,5} Viêm tai giữa mạn tính được điều trị chủ yếu bằng nội khoa trong đó có kháng sinh đường uống tuy nhiên sự kháng kháng sinh ngày càng tăng của vi khuẩn đã làm thay đổi hình ảnh lâm sàng của bệnh viêm

*Tác giả liên hệ

Email: daoptb0024@hmu.vn

Điện thoại: (+84) 912189853

tai giữa và các biến chứng của nó.⁶ Sự xuất hiện của Đa kháng thuốc (MDR) liên quan đến liều lượng kháng sinh và cách kháng sinh được sử dụng không theo quy định.⁷ Điều trị viêm tai giữa mạn tính được thực hiện chủ yếu dựa trên kinh nghiệm lâm sàng của các bác sĩ điều trị đặc biệt là tại các cơ sở y tế ở các nước thu nhập thấp.⁸ Điều này sẽ gây ra tình trạng kháng thuốc của vi khuẩn và các biến chứng có thể phòng ngừa được của viêm tai giữa như điếc và các biến chứng nội sọ do tai.⁹ Có một số ít nghiên cứu được thực hiện ở châu Phi, Đông Nam Á... liên quan đến tác động của kháng sinh lên viêm tai giữa cũng như tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn đều chỉ ra hầu hết thấy sự xuất hiện của các chủng vi khuẩn kháng thuốc này và đề xuất nghiên cứu thêm.¹⁰ Trước việc xuất hiện ngày càng nhiều chủng vi khuẩn mới hoặc bị đột biến gen kháng kháng sinh tại Việt Nam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích xác định các chủng vi khuẩn liên quan đến nhiễm trùng tai giữa và đánh giá khả năng kháng thuốc của các sinh vật phân lập được.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa tại Khoa khám bệnh và Khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2021 – tháng 1/2023, được lấy mủ nuôi cấy định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ trên các nhóm kháng sinh thường được sử dụng trong viêm tai giữa.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các mẫu dịch mủ tai giữa không đạt chuẩn

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, từng ca bệnh
Cỡ mẫu: 458 bệnh nhân

Các chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới, thời gian diễn biến bệnh, thủng màng nhĩ, màu sắc dịch tai giữa, đã dùng kháng sinh trong vòng 2 tuần, chủng vi khuẩn phân lập được, kháng sinh đồ của chủng vi khuẩn phân lập được.

Phương pháp xử lý số liệu: Nhập, quản lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Quy trình tiến hành nghiên cứu: Người bệnh có chẩn đoán viêm tai giữa sẽ được thu thập thông tin và tiến hành lấy mẫu dịch mủ tai giữa theo các bước sau:

+ Thu thập: làm sạch tai bằng nước muối sinh lý (NaCl 0,9%). Sử dụng tăm bông vô khuẩn lấy dịch chảy ra từ tai giữa hoặc sử dụng kim chọc hút dịch qua màng nhĩ ở góc ¼ trước dưới

+ Các mẫu được giữ trong môi trường vận chuyển Amies để duy trì khả năng sống của vi sinh vật cho đến khi mẫu được xử lý. Và bệnh phẩm được vận chuyển để xử lý trong vòng 2h đến phòng xét nghiệm Vi sinh của Bệnh viện đại học Y Hà Nội.

+ Xử lý mẫu và nuôi cấy: Tất cả các mẫu dịch tai được

cấy trên thạch máu, thạch sô cô la và thạch MacConkey. Tất cả các đĩa thạch đã cấy đều được ủ ở môi trường hiếu khí trong khi thạch sô cô la được ủ trong môi trường giàu carbon dioxide bằng cách sử dụng lọ nền để tăng cường sự phát triển của *S. pneumoniae* ở 37°C trong 24–48 giờ.

+ Làm kháng sinh đồ

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Thực hiện đúng đạo đức nghiên cứu trong các nghiên cứu y sinh. Bệnh nhân/bố/mẹ hoặc người bảo hộ của bệnh nhân được giải thích đầy đủ các bước tiến hành, nguy cơ, lợi ích của việc tham gia nghiên cứu, có đơn chấp nhận tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện và nghiêm túc. Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật theo đúng quy định.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1: Tuổi, giới của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Giới	n	%
Nam	320	69,9%
Nữ	138	30,1%
Tuổi		
< 3 tuổi	409	89,3%
3-6 tuổi	35	7,6%
> 6 tuổi	14	3,1%

Nhận xét:

- Giới: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tỷ lệ Nam:Nữ là 2,3:1

- Tuổi: Các bệnh nhân viêm tai giữa trong nghiên cứu chủ yếu ở độ tuổi < 3 tuổi (89,3%)

Các biểu hiện lâm sàng của viêm tai giữa

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của viêm tai giữa

Thời gian diễn biến bệnh	n	%
>2 tuần	354	77,3%
< 2 tuần	104	22,7%
Thủng màng nhĩ		
Có	211	46,1%
Không	247	53,9%
Màu sắc dịch tai giữa		
Vàng nhạt	235	51,3%
Trắng đục	98	21,4%
Vàng xanh	89	19,4%
Vàng sẫm	32	7,0%
Xanh	4	0,9%
Dùng kháng sinh trong 2 tuần	458	100%

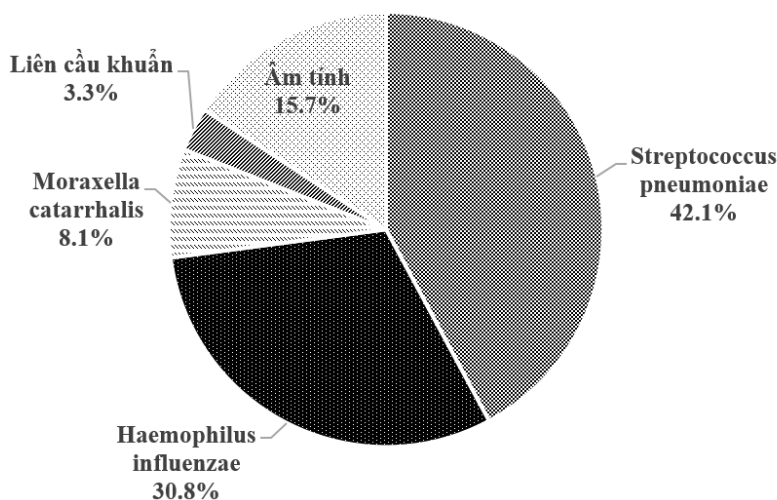
Nhận xét:

- Thời gian chủ yếu kéo dài trên 2 tuần, chiếm 77,3%
- Thủng màng nhĩ: 211 (46,1%), không thủng màng nhĩ: 247 (53,9%)
- Màu sắc dịch tai giữa: vàng nhạt 235 (51,3%), trắng

đục 98 (21,4%), vàng xanh 89 (19,4%), vàng sẫm 32 (7,0%), xanh 4 (0,9%)

100% số bệnh nhân đều có sử dụng kháng sinh trong vòng 2 tuần

Tỷ lệ các chủng vi khuẩn phân lập được



Biểu đồ 1: Các chủng vi khuẩn phân lập được

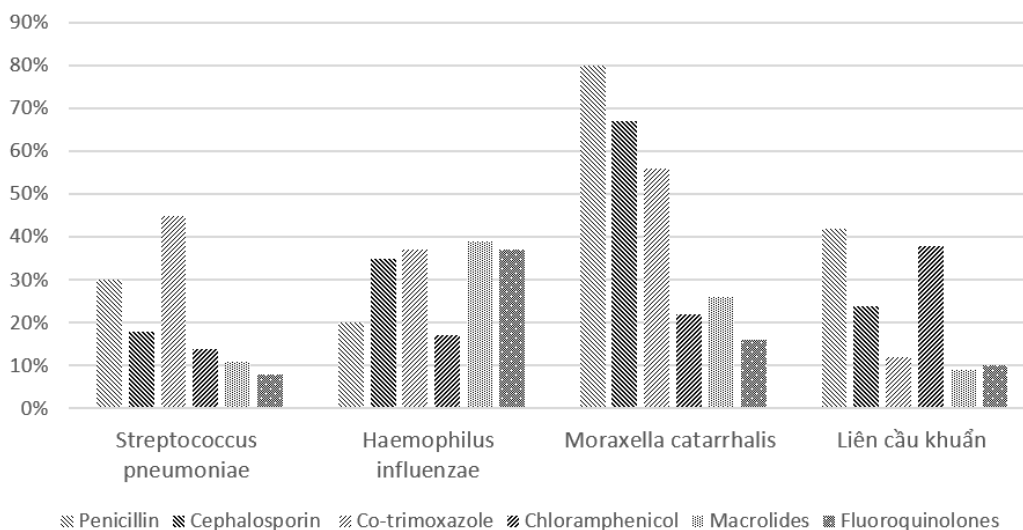
Nhận xét:

- Ba chủng vi khuẩn thường gặp nhất là Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella ca-

tarrhalis với tỷ lệ lần lượt là (42,1%; 30,8% và 8,1%)

- Liên cầu khuẩn ít gặp nhất với tỷ lệ 3,3%

Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn viêm tai giữa



Biểu đồ 2: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn viêm tai giữa

Nhận xét:

- *Streptococcus pneumoniae* và *Haemophilus influenzae* phân lập được từ mũi tai giữa của bệnh nhân nghiên cứu có tỷ lệ kháng kháng sinh khá thấp (10-40%)
- *Moraxella catarrhalis* phân lập được từ mũi tai giữa của bệnh nhân nghiên cứu có tỷ lệ kháng các kháng sinh Chloramphenicol, Macrolide và Fluoroquinolone khá thấp (15-30%), tuy nhiên tỷ lệ kháng với các kháng sinh Cephalosporin và Co-trimoxazol lên tới 60-70%, đặc biệt đối với Penicillin lên tới 80%.
- *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* và Liên cầu khuẩn có tỷ lệ đề kháng kháng sinh nhóm Fluoroquinolone thấp nhất trong các nhóm kháng sinh từ 8-38%.

4. BÀN LUẬN

Qua phân tích 458 người bệnh viêm tai giữa, nghiên cứu nhận thấy, tỷ lệ nam giới là 69,9%, tuổi thường gặp là dưới 3 tuổi chiếm 98,3%, Bereket Tadesse trong nghiên cứu cũng thấy kết quả trẻ em nam viêm tai giữa nhiều hơn trẻ nữ chiếm tới 71,2% và thời gian điều trị bệnh cũng kéo dài hơn 4 tuần, tác giả cho rằng hệ miễn dịch của trẻ nam kém hơn đáp ứng miễn dịch của trẻ em gái trong 6 năm đầu.³ Bệnh nhân đến bệnh viện chủ yếu trên 2 tuần chiếm 77,3%, Woodfield G, cũng đưa ra bằng chứng khi sử dụng guiline hướng dẫn điều trị viêm tai giữa cũng nhận ở những nước đang phát triển, việc sử dụng guiline điều trị chuẩn ít đáp ứng do người bệnh thường tự ý sử dụng kháng sinh ở nhà trước khi đi khám, điều đó làm tăng khả năng kháng thuốc, thay đổi chủng vi khuẩn gây bệnh.⁴ Nhiều nghiên cứu tại Việt Nam cũng nhận thấy việc đáp ứng thuốc của người viêm tai giữa thay đổi liên tục trên cùng một người bệnh do kháng thuốc cũng như việc không tuân thủ điều trị đơn thuốc của người bệnh. 53,9% không thủng màng nhĩ và 46,1% thủng màng nhĩ, kết quả nghiên cứu cũng phù hợp Appiah-Korang Lkhi nghiên cứu về vấn đề chảy mũi tai ở người bệnh viêm tai giữa tại một bệnh viện ở Ghana, số bệnh nhân chảy dịch tai do viêm tai giữa thủng màng nhĩ chỉ chiếm 37,7%.⁵ Màu sắc dịch tai giữa gặp chủ yếu là vàng nhạt, chiếm 51,3%, dịch trắng đục chiếm 21,4%, vàng xanh 19,4%, vàng xám 7%, xanh chiếm 0,9%. Akinpelu O nhận thấy khi nghiên cứu điều trị viêm tai giữa ở các nước đang phát triển, việc đánh giá màu sắc dịch mũi tai rất quan trọng do việc kê đơn kháng sinh dựa vào kinh nghiệm của bác sĩ điều trị và màu sắc của mũi tai cũng là một trong những tiêu chí mà có thể dựa vào để kê kháng sinh.⁶ 100% các trường hợp viêm tai đến khám đều đã sử dụng kháng sinh 2 tuần trước đó, nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu được công bố kết quả bởi tác giả Ilechukwu GC và Ahmad S. họ nhận thấy rằng bệnh nhân bị viêm tai giữa mà phải sử dụng kháng sinh do người bệnh đến

quá muộn và không được sử dụng thuốc đúng thời điểm và 89,9% người bệnh chưa sử dụng kháng sinh điều trị tình trạng viêm nhiễm, có thể do tại các nước triển khai nghiên cứu này, y tế phát triển đồng đều giữa các vùng miền vì thế người bệnh được tiếp cận ngay với các cơ sở y tế có đủ khả năng xử trí tại các vùng miền như nhau nên không cần chuyển qua nhiều tuyến như ở Việt Nam.^{7,8} Trong nghiên cứu chúng tôi nhận được kết quả với 3 chủng thường gặp là *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* với tỷ lệ lần lượt là (42,1%; 30,8% và 8,1%). Liên cầu khuẩn ít gặp nhất với tỷ lệ 3,3% Levy SB⁹ và Mohammed S¹⁰ cho thấy 76,7% (95% CI = 72,4–81,3) mẫu dịch tiết từ tai có kết quả nuôi cấy dương tính, với 4,95% trong số đó có các chủng phân lập hỗn hợp. Kết quả này phù hợp với kết quả được báo cáo ở Ethiopia, bao gồm 80,4% ở Bahir-Dar (2013–2015, 38) và 75,6% ở Hawassa, tuy nhiên, thấp hơn so với báo cáo từ các vùng khác của Ethiopia, chẳng hạn như Gondar (2009–2012) (89,5%), Citation²⁹ Dessie (2001–2011) (83,6%), Citation³⁹ và Mikelle (98,2%). Citatio, có thể bị ảnh hưởng bởi kiểu thiết kế nghiên cứu và đối tượng tham gia nghiên cứu.^{9,10} *Streptococcus pneumoniae* và *Haemophilus influenzae* phân lập được từ mũi tai giữa của bệnh nhân nghiên cứu có tỷ lệ kháng kháng sinh khá thấp (10-40%) *Moraxella catarrhalis* phân lập được từ mũi tai giữa của bệnh nhân nghiên cứu có tỷ lệ kháng các kháng sinh Chloramphenicol, Macrolide và Fluoroquinolone khá thấp (15-30%), tuy nhiên tỷ lệ kháng với các kháng sinh Cephalosporin và Co-trimoxazol lên tới 60-70%, đặc biệt đối với Penicillin lên tới 80%. *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* và Liên cầu khuẩn có tỷ lệ đề kháng kháng sinh nhóm Fluoroquinolone thấp nhất trong các nhóm kháng sinh từ 8-38%. Muluye D và Clinical, Institute nhận thấy khi phân tích hồi cứu, GNB chiếm 59,1% các ca nhiễm trùng tai do vi khuẩn và *S. aureus* (27,88%), *Proteus* spp. (20,82%), *Streptococcus* spp. (10,4%), và *Pseudomonas* spp. (8,92%) là các chủng phân lập chiếm ưu thế. Một nghiên cứu hồi cứu trước đó (2009–2012) từ cùng khu vực nghiên cứu^{11,12} Trong khoảng thời gian sáu năm (2013–2018), phòng thí nghiệm vi khuẩn học của UoGCSH đã sử dụng hơn mười nhóm kháng sinh để kiểm tra tính nhạy cảm của các chủng vi khuẩn tiết ra từ tai, họ quan sát thấy tỷ lệ kháng tổng thể cao hơn ở Tetracycline (77,63%), Penicillin (67,2%), Co-trimoxazole (52,04%), Chloramphenicol (51,7%) và Erythromycin (52,6%). Tuy nhiên, tỷ lệ kháng thuốc thấp hơn ở nhóm Fluoroquinolones (23,33%), và Cephalosporin (29,78%). Nghiên cứu lâm sàng báo cáo rằng hầu hết các chủng phân lập dịch tiết ra từ tai đều kháng thuốc trong nhóm Penicillin, Tetracycline và Macrolide và các loại thuốc Fluoroquinolones và Cephalosporin tốt hơn trong việc điều trị các chủng vi khuẩn tiết ra từ tai. Tuy nhiên viêm tai lại xảy ra ở nhóm tuổi dưới 3 tuổi tới 89,3% vì thế việc sử dụng các thuốc khuyến cáo là không khả thi.



5. KẾT LUẬN

Ba chủng vi khuẩn thường gặp nhất là *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* với tỷ lệ lần lượt là (42,1%; 30,8% và 8,1%). Liên cầu khuẩn ít gặp nhất với tỷ lệ 3,3%.

Streptococcus pneumoniae và *Haemophilus influenzae* phân lập được từ mũi tai giữa nên sử dụng nhóm Beta-lactam. *Moraxella catarrhalis* nên dùng các kháng sinh Chloramphenicol, Macrolide và Fluoroquinolone.

Streptococcus pneumoniae, *Haemophilus influenzae* và Liên cầu khuẩn nên dùng kháng sinh nhóm Fluoroquinolone.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [7] Brown CS, Emmett SD, Robler SK, Tucci DL. Global hearing loss prevention. *Otolaryngol Clin North Am*. 2018;51(3):575–592. doi:10.1016/j.otc.2018.01.00629525388 [Cross-ref], [Web of Science®], [Google Scholar]
- [8] Roberts JE, Zeisel SA. Ear infections and language development; 2000.
- [9] Bereket Tadesse, Techalew Shimelis & Mesfin Worku, 2019. Bacterial profile and antibacterial susceptibility of otitis media among pediatric patients in Hawassa, Southern Ethiopia: cross-sectional study. *BMC Pediatrics*
- [10] Woodfield G, Dugdale A. Evidence behind the WHO guidelines: hospital care for children: what is the most effective antibiotic regime for chronic suppurative otitis media in children? *J Trop Pediatr*. 2008;54(3):151–6
- [11] Appiah-Korang L, Asare-Gyasi S, Yawson A, Searyoh K. Aetiological agents of ear discharge: a two year review in a teaching hospital in Ghana. *Ghana Med J*. 2014;48(2):91–5.
- [12] Akinpelu O, Amusa Y, Komolafe E, Adeolu A, Oladele A, Ameye S. Challenges in management of chronic suppurative otitis media in a developing country. *J Laryngol Otol*. 2008;122(1):16–20.
- [13] Ilechukwu GC, Ilechukwu CA, Ubesie AC, Okoroafor I, Ezeanolue BC, Ojinnaka NC. Bacterial agents of the discharging middle ear among children seen at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu. *Pan Afr Med J*. 2017;26.
- [14] Ahmad S. Antibiotics in chronic suppurative otitis media: a bacteriologic study. *Egypt J Ear Nose Throat Allied Sci*. 2013;14(3):191–4.
- [15] Levy SB. Factors impacting on the problem of antibiotic resistance. *J Antimicrob Chemother*. 2002;49(1):25–30.
- [16] Mohammed S, Al-Kadassy A, Bashanfer S, Moad AI. Bacterial isolates from otitis media infections and their Antibiograms, Hodeidah City, Yemen. *Brit Microbiol Res J*. 2016;13(1):1.
- [17] Muluye D, Wondimeneh Y, Ferede G, Moges F, Nega T. Bacterial isolates and drug susceptibility patterns of ear discharge from patients with ear infection at Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Ear Nose Throat Disord*. 2013;13(1):10.
- [18] Clinical, Institute LS: Performance standards for antimicrobial susceptibility testing of anaerobic bacteria: informational supplement: Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI); 2009.

OVERVIEW OF DECOMPRESSION SUGERY FOR PERIPHERAL FACIAL NERVE PALSY DUE TO THE TEMPORAL BONE FRACTURE

Pham Thanh Thuy^{1*}, Nguyen Thi To Uyen², Dang Xuan Vinh³

¹Thu Cuc International Hospital - 286 Thuy Khue, Tay Ho, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung Street, Kim Lien, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - 373 Ly Bon street, Thai Binh City, Thai Binh, Vietnam

Received 04/03/2023

Revised 06/04/2023; Accepted 08/05/2023

SUMMARY

Objectives: Describe of the outcomes of decompression sugery for peripheral facial nerve palsy due to the temporal bone fracture.

Study design: Scoping review.

Methods: Using databases from Pubmed website, Hanoi Medical University library and manual search (January 2013 to June 2022). The inclusion criteria: studies of decompression sugery for peripheral facial nerve palsy due to the temporal bone fracture.

Results: 17 studies were included in this scoping review. The pure transmastoid approach was dominant with 11/16 studies using in studies. There are 7 out of 14 studies that recommend early surgery for better results. There is no consensus on the specific time of surgery, the maximum recommended time of surgery is less than 3 months. Treatment outcomes: all studies reported improvement. There are 35.3% (6/17) studies with > 60% of patients improving the degree of facial paralysis in grades I and II.

Conclusion: The outcome of the treatment is significantly favorable clinical improvement, especially early surgery gives better results. Predominant patient selection criteria include: severe facial paralysis grade IV-VI, degenerative ENoG >90%, presence of vibration potential and/or absence of regenerative potential in EMG results are suitable candidates for decompression surgery.

Keywords: Temporal bone fractures, facial paralysis, facial nerve palsy, traumatic facial paralysis.

*Corressponding author
Email address: Bs.phamthanhthuy@gmail.com
Phone number: (+84) 389954800



TỔNG QUAN VỀ PHẪU THUẬT GIẢM ÁP ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN TRONG CHẤN THƯƠNG XƯƠNG THÁI DƯƠNG

Phạm Thanh Thúy^{1*}, Nguyễn Thị Tố Uyên², Đặng Xuân Vinh³

¹Bệnh Viện Đa khoa Quốc tế Thu Cúc - 286 Thụy Khuê, Tây Hồ, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại Học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, Kim Liên, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại Học Y Dược Thái Bình - 373 phố Lý Bôn, thành phố Thái Bình, tỉnh Thái Bình, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 06/04/2023; Ngày duyệt đăng 08/05/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị phẫu thuật giảm áp liệt dây thần kinh VII ngoại biên trong chấn thương xương thái dương (CTXTD).

Phương pháp: Sử dụng cơ sở dữ liệu từ trang thông tin điện tử Pubmed, thư viện đại học Y Hà Nội và tìm kiếm thủ công (từ tháng 1/2013 đến tháng 6/2022). Tiêu chí lựa chọn: các nghiên cứu về phẫu thuật giảm áp bệnh nhân liệt dây thần kinh VII ngoại biên trong CTXTD.

Kết quả: 17 nghiên cứu được chọn vào tổng quan luận điểm này. Đường tiếp cận xuyên xương chũm chiếm ưu thế với 11/16 nghiên cứu sử dụng. Có 7 trong số 14 nghiên cứu khuyến cáo phẫu thuật sớm cho kết quả tốt hơn, tuy chưa thống nhất mốc thời gian cụ thể nhưng thời điểm phẫu thuật được khuyến cáo nhiều nhất **là dưới 3 tháng**. **Kết quả điều trị:** tất cả nghiên cứu đều báo cáo có cải thiện tình trạng liệt mặt với 35,3% (6/17) nghiên cứu, trong đó > 60% bệnh nhân cải thiện mức độ liệt mặt về độ I và độ II.

Kết luận: Kết quả điều trị đạt được cải thiện đáng kể trên lâm sàng, đặc biệt phẫu thuật sớm cho kết quả tốt hơn; các tiêu chí lựa chọn bệnh nhân điều trị bằng phẫu thuật giảm áp trong phần lớn các nghiên cứu là: liệt mặt mức độ nặng từ độ IV-VI, ENoG thoái hóa > 90%, có sự xuất hiện của điện thế rung và/hoặc sự vắng mặt của điện thế tái tạo trên kết quả EMG.

Từ khóa: Liệt mặt, liệt dây thần kinh mặt, liệt dây thần kinh VII ngoại biên, chấn thương xương thái dương.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây thần kinh VII ngoại biên xảy ra ở khoảng từ 7% đến 10% các bệnh nhân bị chấn thương xương thái dương.¹ Những chấn thương dây thần kinh này có thể để lại di chứng biến dạng khuôn mặt vĩnh viễn nếu không được điều trị kịp thời và hiệu quả. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến các quyết định xử trí đối với liệt mặt trong CTXTD như sự khởi phát của liệt mặt là ngay lập tức hay muộn, mức độ liệt mặt là hoàn toàn hay một phần thường được báo cáo là các yếu tố quyết định trong chiến lược xử trí.² Liệt dây thần kinh VII thường được điều trị bảo tồn, nhưng trong một số trường hợp cần thiết phải can thiệp phẫu thuật. Trong trường hợp tính liên

tục của dây thần kinh bị gián đoạn, phẫu thuật giảm áp là phương pháp điều trị được lựa chọn để phục hồi liệt mặt.³ Việc lựa chọn các đường vào phẫu thuật thích hợp tùy thuộc vào vị trí tổn thương dây thần kinh và thời điểm tiến hành phẫu thuật là vấn đề cần được quan tâm và là chìa khóa để phục hồi cho một khuôn mặt bị liệt.⁴ Tuy nhiên việc lựa chọn phương pháp xử trí liệt dây thần kinh VII ngoại biên trong CTXTD vẫn còn gây nhiều tranh cãi. Vì vậy để có một cách nhìn nhận rõ ràng hơn về phẫu thuật giảm áp điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên trong CTXTD, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị phẫu thuật giảm áp liệt dây thần kinh VII ngoại biên trong chấn thương xương thái dương.

*Tác giả liên hệ
Email: Bs.phamthanhtuy@gmail.com
Điện thoại: (+84) 389954800

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chí lựa chọn và loại trừ

Tiêu chí lựa chọn là các nghiên cứu cung cấp dữ liệu gốc về việc điều trị phẫu thuật giảm áp bệnh nhân liệt dây thần kinh VII ngoại biên trong CTXTD, nghiên cứu có bản toàn văn bằng tiếng Việt hoặc tiếng Anh, có thời gian xuất bản từ tháng 1/2013 đến tháng 6/2022. Tiêu chí loại trừ là các nghiên cứu không đáp ứng được các tiêu chuẩn lựa chọn, các nghiên cứu báo cáo ca bệnh.

2.2. Nguồn cơ sở dữ liệu

Dữ liệu được thu thập từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 6 năm 2022 bởi hai nhà nghiên cứu. Các nghiên cứu được tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu y học trực tuyến: Pudmed với từ khóa (temporal bone fractures OR temporal bone trauma OR temporal bone injuries) AND (facial paralysis OR facial nerve palsy OR traumatic

facial paralysis). Thêm lệnh tìm kiếm: “Từ 2013 đến năm 2022”. Ở trang Thư viện Đại học Y Hà Nội với từ khóa: (Liệt mặt). Các nghiên cứu được lựa chọn được quản lý bằng phần mềm zotero 5.0

3. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả tìm kiếm

Trong quá trình tìm kiếm bằng từ khóa chúng tôi tìm thấy 155 bài báo từ nguồn dữ liệu Pubmed và Thư viện Đại học Y Hà Nội, 6 bài được tìm thủ công. Sau khi đọc tiêu đề và tóm tắt thì có 30 bài báo đáp ứng đủ tiêu chí để tiến hành đọc toàn văn bài báo. Cuối cùng dựa vào tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ thì chúng tôi chọn được 17 bài báo đưa vào phân tích.

3.2. Phẫu thuật giảm áp

Bảng 1. Đặc điểm của phương pháp phẫu thuật giảm áp

STT	Tác giả/ Cỡ mẫu (n)	Đường tiếp cận (%)					Thời điểm PT (%)	Thời gian theo dõi (Tháng)
		Qua hố não giữa	Qua xương chũm	Xuyên mê đạo	Qua ống tai	Kết hợp		
1	Qiang Li ⁵ /n=35	0	0	0	0	100	-	-
2	Irugu ⁶ /n=23	0	100	0	0	0	≤ 6 tuần: 43,5 > 6 tuần: 6,5	24
3	Kasbi ⁷ /n=25	0	100	0	0	0	≤ 8 tuần: 57,1 > 8 tuần: 42,9	-
4	Ciufelli ⁸ /n=6	0	0	0	100 (Nội soi)	0	-	6
5	Remen-schneider ⁹ /n=9	-	-	-	-	-	TB 2 tuần: 100	TB: 28
6	Yang Liu ¹⁰ /n=18	0	100	0	0	0	≤ 8 tuần: 66,7 > 8 tuần: 33,3	12- 18
7	Vajpayee ¹ /n=28	0	100	0	0	0	≤ 4 tuần: 80 > 4 tuần: 20	12
8	Aslan ¹¹ /n=13	100	0	0	0	0	TB 4,5± 1,08 tuần: 100	12
9	Yadav ¹² /n=39	0	100	0	0	0	Sau 24 tuần ĐT nội khoa không cải thiện: 100	6
10	Ashram và Dine ¹³ /n=10	0	60	30	0	10	TB 3,4 tuần: 100	TB: 24,4 ± 11,33
11	Yiqing Liu ¹⁴ /n=60	80	13,3	0	0	6,7	< 4 tuần: 83,3 ≥ 4 tuần – 12 tuần: 16,7	12

STT	Tác giả/ Cỡ mẫu (n)	Đường tiếp cận (%)					Thời điểm PT (%)	Thời gian theo dõi (Tháng)
		Qua hố não giữa	Qua xương chũm	Xuyên mê đạo	Qua ống tai	Kết hợp		
12	Peng Xu ¹⁵ / n=80	0	100	0	0	0	< 4 tuần: 23,8 4-8 tuần: 32,5 8-12 tuần: 18,8 12-24 tuần: 16,3 > 24 tuần: 8,8	-
13	Cannon ¹⁶ /n=18	50	0	0	0	50	TB 1,7 tuần: 100	TB: 36
14	Nam ¹⁷ / n=25	22,2	55,6	0	0	22,2	≤ 2 tuần: 77,8 > 2 tuần: 22,2	TB: 22
15	Honnura-ppa ¹⁸ / n=141	0	0	0	100 (Kính hiển vi)	0	-	6
16	Hải ¹⁹ / n=22	0	100	0	0	0	TB 3,7 tuần: 100	6
17	Nayak ²⁰ / n=21	0	100	0	0	0	Sau 1,4 tuần ĐT nội khoa không cải thiện: 100	1

Chú thích: “PT”: phẫu thuật, “ĐT”: điều trị, “-”: không có thông tin trong nghiên cứu.

Nhận xét:

Có 16 trong 17 nghiên cứu (NC) báo cáo đường tiếp cận phẫu thuật giảm áp. Trong đó có nghiên cứu sử dụng 1 đường và có nghiên cứu sử dụng nhiều đường tiếp cận. Đường xuyên xương chũm: có 11/16 NC thực hiện. Đường kết hợp giữa đường xuyên xương chũm và đường qua hố não giữa: có 5/16 NC thực hiện. Đường qua hố não giữa: có 4/16 NC thực hiện. Đường tiếp cận qua ống tai: có 2/16 NC thực hiện và trong đó có 1 NC sử dụng nội soi, 1 NC sử dụng kính hiển vi. Đường xuyên mê đạo: chỉ có 1/16 NC thực hiện.

Có 14 trong 17 nghiên cứu báo cáo thời điểm phẫu thuật (là thời gian từ lúc bị liệt mặt do chấn thương cho đến lúc bệnh nhân được phẫu thuật). Với các mốc thời gian đa dạng. Trong số đó có 7/14 NC phân thời điểm này

thành các nhóm với mốc thời gian sớm và muộn cụ thể, nhằm mục đích so sánh kết quả điều trị của bệnh nhân giữa nhóm phẫu thuật sớm và nhóm phẫu thuật muộn. Có 5 nghiên cứu báo cáo thời điểm phẫu thuật trung bình đều từ 5 tuần trở lại. Có 2 nghiên cứu báo cáo thời điểm phẫu thuật được thực hiện sau điều trị nội khoa không cải thiện với 1 nghiên cứu là sau 1,4 tuần và 1 nghiên cứu là sau 24 tuần.

Có 14 trong 17 nghiên cứu báo cáo thời gian theo dõi sau phẫu thuật. Trong đó nghiên cứu có thời gian theo dõi ngắn nhất là 1 tháng và dài nhất là 36 tháng.

Bảng 2. Chỉ định và kết quả của phương pháp phẫu thuật giảm áp

Tác giả/ Cỡ mẫu (n)	Thời điểm liệt (%)			Thời điểm PT ở NC chia mức đánh giá KQ (tuần)	Mức độ liệt mặt theo HB (%)												ENoG thoái hóa (%)		EMG																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	Ngày tức thì	Muộn	Không rõ		Trước điều trị						Sau điều trị						< 90%	> 90%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
					I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	IV	V	VI																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Qiang Li ⁵ /n=35	0	100	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0	50	50	0	0	0	0	100	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Iragu ⁶ /n=23	-	-	-	≤ 6	0	0	0	0	10	90	0	80	20	0	0	0	0	0	100	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
				> 6	0	0	0	0	7,7	92,3	0	7,7	30,8	53,8	7,7	0	0	0	0	0	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Kasbi ⁷ /n=25	64,3	0	42,9	≤ 8	0	0	0	0	0	100	25	37,5	25	12,5	0	0	0	100	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
				> 8	0	0	0	0	0	100	16,7	16,7	0	0	16,7	50	0	0	0	0	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Ciufelli ⁸ /n=6	-	-	-	-	0	0	0	33,3	33,3	33,3	50	33,3	0	16,7	0	0	0	-	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Remen-schneider ⁹ /n=9	50	50	0	-	0	0	0	0	0	100	25	75	0	0	0	0	0	50 (2 lần)	50 (1 lần)	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
				≤ 8	0	0	0	0	0	100	33,3	58,3	8,3	0	0	0	0	0	0	50 (lần 2)	0	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Yang Liu ¹⁰ /n=18	83	17	0	≤ 8	0	0	0	0	22,2	77,8	16,7	50	16,7	16,7	0	0	0	100	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Vajpa-ye ¹ /n=28	100	0	0	≤ 4	0	0	0	0	25	75	12,5	75	12,5	0	0	0	0	-	-	Có ĐTR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
				> 4	0	0	0	0	100	0	0	50	50	0	0	0	0	0	0	0	0	Không có ĐTTT																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Aslan ¹¹ /n=13	100	0	0	-	0	0	0	0	0	100	0	53,8	38,5	7,7	0	0	0	100	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Yadav ¹² /n=39	-	-	-	-	0	0	0	0	0	100	85,7			0	14,3	0	57,1	42,9	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Ashram và Dine ¹³ /n=10	70	30	0	-	0	0	0	0	0	100	20	30	20	30	0	0	0	100	Trước PT: không có ĐTTT Trong PT: có ĐTTT theo 3 mẫu phân hồi																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Yiqing Liu ¹⁴ /n=60	83,3	16,7	0	-	0	0	0	0	0	100	65	30	3,3	1,7	0	0	0	100	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Peng Xu ¹⁵ /n=80	83,8	16,3	0	≤ 4	0	0	0	0	0	100	36,7	37,5	18,8	10	6,3	0	0			100	Không có ĐTTT																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
				4-8	0	0	0	0	0	100	84,2	73,1	-	-	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
				8-12	0	0	0	0	0	100	66,7	66,7	-	-	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
				12-24	0	0	0	0	0	100	38,5	38,5	-	-	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
				> 24	0	0	0	0	0	100	28,6	28,6	-	-	-																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
				-	0	0	0	0	0	0	100	16,7	27,8	55,6	0	0						0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tác giả/ Cơ mẫu (n)	Thời điểm liệt (%)			Thời điểm chia mốc đánh giá KQ (tuần)	Mức độ liệt mặt theo HB (%)												EMG		
					Trước điều trị						Sau điều trị								
	Ngày tức thì	Muộn	Không rõ		I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	IV	V	VI			
Nam ^{17/} n=25	100	0	0	≤ 2	0	0	28,6	14,3	57,1	0	14,3	42,9	28,6	14,3	0	0	44,4	11,1	-
				> 2	0	0	0	100	0	0	0	0	50	0	50	0			
Honnura-ppa ^{18/} n=141	-	-	-	-	0	0	0	26,2	44	29,8	45,4	39,7	5	0	6,4	3,5	-	-	-
Hải ^{19/} n=22	36,4	13,6	50	-	0	0	0	45,5	40,9	13,6	0	54,5	22,7	18,2	4,5	0	-	-	-
Nayak ^{20/} n=21	0	100	0	-	0	16,7	50	16,7	16,7	0	Cải thiện đáng kể sau 30 ngày: 100 (Cải thiện đáng kể khi: BN được xếp mức độ liệt tốt lên ít nhất 2 bậc hoặc về mức HB bình thường là độ I)						-	-	-

Chú thích: BN: bệnh nhân, ENoG: điện thần kinh, EMG: điện cơ, HB: phân độ liệt mặt theo House-Brackman, NC: nghiên cứu, "-": không có thông tin trong nghiên cứu, KQ: kết quả, PT: phẫu thuật.

Nhận xét:

- Chỉ định điều trị: Tất cả các nghiên cứu (NC) đều sử dụng thang đo của House-Brackmann để đánh giá mức độ liệt dây thần kinh VII trước và sau điều trị. Phân độ HB trước điều trị: Có 13/15 NC nghiên cứu báo cáo các mức độ liệt mặt từ độ IV đến độ VI. Điện thần kinh (ENoG) thoái hóa có: Có 9/11 nghiên cứu báo cáo kết quả ENoG thoái hóa > 90% ở 100% bệnh nhân nghiên cứu. Tuy nhiên trong số 9 NC này có 1 nghiên cứu đặc biệt đã thực hiện đo ENoG lần thứ 2 trên nhóm bệnh nhân có ENoG thoái hóa < 90% sau 60 ngày theo dõi. Xét nghiệm điện cơ (EMG): cả 5 nghiên cứu báo cáo kết quả đều thấy hoặc sự xuất hiện của điện thế rung và/hoặc kết quả không có điện thế tái tạo trước phẫu thuật. Trong đó nghiên cứu của tác giả Ashram và Badr-El-Dine 13 năm 2013 đã đo EMG trong phẫu thuật với 3 mẫu phản hồi khác nhau cung cấp các dấu hiệu hỗ trợ tiên lượng chính xác hơn và giúp phẫu thuật viên đưa ra các quyết định ngay trong quá trình phẫu thuật. Thời điểm xuất hiện liệt mặt sau CTXTD: chỉ có 4/12 nghiên cứu báo cáo thời điểm liệt với 100% bệnh nhân liệt tức thì sau chấn thương.

- **Kết quả điều trị:** Khi so sánh trước và sau phẫu thuật giảm áp thì mức độ liệt mặt của phần lớn các bệnh nhân ở tất cả các nghiên cứu đều có cải thiện. Tất cả 6/17 nghiên cứu đánh giá kết quả liệt mặt sau phẫu thuật có phân chia theo nhóm PT sớm và PT muộn đều báo cáo phẫu thuật sớm cho kết quả hồi phục tốt hơn. Có 6/17 nghiên cứu có kết quả sau điều trị là > 60% BN cải thiện mức độ liệt mặt về độ I và độ II.

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm của phương pháp điều trị bằng phẫu thuật giảm áp

Với 16 trong số 17 nghiên cứu báo cáo đường tiếp cận phẫu thuật giảm áp thì đường xuyên xương chũm chiếm số lượng ưu thế là 11/16 (68,8%) nghiên cứu sử dụng. Đứng thứ 2 là đường kết hợp giữa đường xuyên xương chũm và đường qua hố não giữa với 5/16 nghiên cứu sử dụng đường này. Ưu điểm của đường tiếp cận xuyên xương chũm là khả năng tránh được phẫu thuật sọ não và đồng thời có thể thực hiện được phẫu thuật chỉnh hình xương con, chỉnh hình tai giữa và đóng lỗ rò ngoại dịch; nhưng nó lại không thích hợp để phẫu thuật sửa chữa dây thần kinh mặt bị chấn thương ở vị trí xung quanh hạch gối do hạn chế tiếp xúc vùng này. Trong trường hợp như vậy, đường kết hợp xuyên xương chũm và đường qua hố não giữa được xem xét sử dụng. 10 Ngoài ra, phương pháp tiếp cận hố não giữa đơn thuần lại không cho phép tiếp cận với các xương con thường bị trật khớp trong CTXTD. Điều này có thể giải thích lý do của sự ưu tiên sử dụng đường xuyên xương chũm và đường kết hợp trong phẫu thuật giảm áp dây thần kinh

VII trong các nghiên cứu.

Thời điểm phẫu thuật được 14 trong số 17 nghiên cứu báo cáo. Với 7 nghiên cứu phân chia thời điểm phẫu thuật thành các nhóm sớm và muộn tương đương với các mốc thời gian phân chia rất đa dạng bao gồm trước và sau 2 tuần, 4 tuần, 6 tuần, 8 tuần, 3 tháng, 6 tháng... Tuy nhiên tất cả 7 nghiên cứu này khi đánh giá kết quả giữa các nhóm bệnh nhân đều cho kết luận khuyến cáo phẫu thuật sớm cho kết quả tốt hơn. Mặc dù các mốc giữa các tác giả, thời điểm phẫu thuật được khuyến cáo nhiều nhất là dưới 3 tháng. Và đồng thời cũng có 5 nghiên cứu báo cáo thời điểm phẫu thuật trung bình dưới 32 ngày. Các công bố cho thấy xu thế lựa chọn thời điểm phẫu thuật giảm áp sớm nhằm đem lại kết quả phục hồi liệt mặt tốt hơn cho bệnh nhân tuy nhiên cần thêm những nghiên cứu để xác định rõ mốc thời điểm phẫu thuật nào mang lại kết quả tốt nhất.

Chỉ có 2 nghiên cứu báo cáo thời điểm phẫu thuật được thực hiện sau điều trị nội khoa không cải thiện với 1 nghiên cứu là sau 10 ngày và 1 nghiên cứu là sau 6 tháng. 2 bài báo này đều báo cáo kết quả cải thiện mức độ liệt mặt sau phẫu thuật vì vậy phẫu thuật giảm áp muộn, khi thất bại với điều trị nội khoa bảo tồn, vẫn là một sự lựa chọn có lợi.

Chỉ định và kết quả của phương pháp phẫu thuật giảm áp

Với 15 trong số 17 nghiên cứu báo cáo mức độ liệt mặt trước phẫu thuật thì một tỷ lệ lớn các nghiên cứu đã thực hiện phẫu thuật giảm áp trên nhóm bệnh nhân liệt mặt mức độ nặng từ độ IV đến độ VI theo phân độ của HB chiếm 86,7%. Gồm 66,7% (10/15) nghiên cứu có bệnh nhân liệt mặt từ độ V đến độ VI, và 13,3% (2/15) nghiên cứu có bệnh nhân liệt mặt từ độ IV trở lên được chỉ định phẫu thuật. Có 2 nghiên cứu không đánh giá mức độ liệt mặt trước điều trị, nhưng BN đã được lựa chọn vào phẫu thuật dựa vào kết quả ENoG thoái hóa > 90% và/hoặc kết quả điện cơ EMG không có điện thế tái tạo.

Có 9 trong số 11 nghiên cứu báo cáo kết quả ENoG thoái hóa > 90% ở tất cả các bệnh nhân. Thông thường, ENoG được thực hiện sau 72 giờ tính từ khi bắt đầu bị liệt vì phải mất khoảng 72 giờ để thoái hóa Wallerian lan truyền từ vị trí TK bị thương sang phần TK ngoại vi (so với chỗ tổn thương) cho tới lỗ trám chũm (vị trí được kích thích bằng điện trong xét nghiệm ENoG). Mốc cuối cùng của xét nghiệm này là 21 ngày sau khi bắt đầu bị liệt, sau thời gian này, khả năng hưng phấn thần kinh bị mất và hoàn thành quá trình thoái hóa thần kinh. Các nghiên cứu lưu ý rằng ENoG nên được thực hiện lần đầu tiên vào khoảng 72 giờ sau khi bắt đầu liệt và lặp lại trong khoảng thời gian từ 3 đến 5 ngày cho đến khi xác định được khuynh hướng ổn định. Tốt nhất là nên xét nghiệm theo dõi bệnh nhân cho đến khi xác định được mức ổn định.²¹ Tuy nhiên, Các nghiên cứu



gần đây trên bệnh nhân bị liệt Bell cho thấy rằng ENoG có thể cung cấp khả năng tiên lượng cao thông tin về chức năng thần kinh VII một cách lâu dài.²² Điểm thú vị trong nghiên cứu của tác giả Aaron Kyle Remenschneider và cộng sự⁹ and average age at the time of trauma was 30 years (range, 17-52 năm 2017 đã thực hiện đo ENoG lần thứ 2 trên nhóm bệnh nhân có ENoG thoái hóa < 90% sau 60 ngày theo dõi không có cải thiện trên lâm sàng và đã phát hiện sự thay đổi theo hướng xấu đi của kết quả ENoG thoái hóa là đều > 90% và nhóm này đã được chỉ định phẫu thuật sau khi thực hiện đo lần thứ 2 xét nghiệm điện thần kinh. Theo kinh điển, hơn 90% thoái hóa dây thần kinh trên xét nghiệm điện thần kinh (so với dây thần kinh đối bên) trong vòng 2 tuần đầu sau chấn thương đóng vai trò như một tiêu chuẩn tốt cho chỉ định phẫu thuật giảm áp. Các tiêu chí này cơ bản dựa trên những nghiên cứu điện chẩn đoán ở bệnh nhân liệt mặt Bell, và sau đó đã được ngoại suy cho những bệnh nhân bị chấn thương dây thần kinh VII mà không cần đánh giá lại độ nhạy chẩn đoán. Mặc dù xét nghiệm điện thần kinh ban đầu cho kết quả tốt nhưng một số bệnh nhân bị liệt mặt hoàn toàn trong CTXTD đã có kết quả phục hồi kém mong đợi, trước đây việc giải thích cho sự khác biệt về tiến triển liệt mặt thường tập trung vào sai số do kỹ thuật đo ENoG, nhưng dữ liệu hiện đại về sinh lý học thần kinh sau chấn thương do đè nén cho thấy rằng dây thần kinh có tỷ lệ thoái hóa rất thay đổi, có thể nhiều hơn tiên lượng ban đầu và có thể phụ thuộc vào phản ứng miễn dịch của bệnh nhân. Trong khi các nghiên cứu đã chỉ ra rằng PT giảm áp sớm cho kết quả phục hồi liệt mặt tốt hơn thì vẫn còn thiếu các nghiên cứu chính thức về việc tối ưu hóa kết quả của PT giảm áp.⁹ and average age at the time of trauma was 30 years (range, 17-52 Do vậy với sự thay đổi kết quả ENoG đo lần 2 của bệnh nhân trong nghiên cứu, tác giả đã đưa ra khuyến cáo đối với những bệnh nhân không cải thiện trên lâm sàng cần có xét nghiệm ENoG nối tiếp sau đó để đánh giá kịp thời chức năng dây TK VII đang suy giảm, giúp quyết định phẫu thuật giảm áp dây TK VII ở giai đoạn muộn, mang lại lợi ích cho bệnh nhân.

Đối với xét nghiệm điện cơ trước phẫu thuật, chỉ có 5/17 nghiên cứu chiếm 29,4% có BN thực hiện xét nghiệm này và tất cả các nghiên cứu đều báo cáo hoặc sự xuất hiện của điện thế rung và/hoặc không có điện thế tái tạo, kết quả này góp phần vào chỉ định phẫu thuật.¹ Đặc biệt, nghiên cứu của tác giả Ashram và Badr-El-Dine¹³ năm 2013 đã thực hiện đo EMG trong quá trình phẫu thuật với 3 mẫu phản hồi khác nhau cung cấp các dấu hiệu bổ sung tiên lượng và giúp đưa ra quyết định ngay trong quá trình phẫu thuật. Có mẫu 3 BN không ghi nhận phản ứng EMG trong phẫu thuật ở cả 2 vị trí trung ương và ngoại vi so với nơi tổn thương cũng không làm thay đổi quyết định của phẫu thuật viên khi dây thần kinh tìm được rõ ràng còn nguyên vẹn, và cuối cùng có 1 bệnh nhân đã phục hồi liệt mặt về độ II và 1 bệnh nhân về độ IV, 1 BN còn lại có các tổn thương dài xương và xương chèn ép nên tính toàn vẹn của dây TK VII

không được đảm bảo, đã được thực hiện PT nối tận tận thần kinh VII. Tuy nhiên nghiên cứu này cũng đã góp phần mở ra một hướng mới trong việc tối ưu hóa các kết quả của phẫu thuật giảm áp. Việc theo dõi dây thần kinh VII trong quá trình phẫu thuật giảm áp sau chấn thương có thể cung cấp một cái nhìn sâu sắc về tình trạng sinh lý của từng sợi thần kinh, giúp kiểm tra sự hiện diện của bất kỳ sợi dẫn truyền thần kinh còn nguyên vẹn nào và có thể nhạy cảm hơn xét nghiệm trước phẫu thuật trong khi ghi lại các điện thế tái tạo nhỏ. Nghiên cứu đã chứng minh một số mẫu phản ứng có thể hỗ trợ bác sĩ phẫu thuật đặc biệt là khi kết hợp với các phát hiện trực quan của dây thần kinh VII trong mổ.¹³

Thời điểm liệt mặt trong các nghiên cứu điều trị bằng phẫu thuật giảm áp cũng không có sự thống nhất, trong đó 8/12 nghiên cứu thực hiện phẫu thuật với cả bệnh nhân liệt mặt muộn.

Kết quả phục hồi liệt mặt của bệnh nhân trong các nghiên cứu sử dụng phương pháp phẫu thuật giảm áp đều báo cáo có cải thiện khi so sánh trước và sau phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tổng quan phẫu thuật giảm áp dây thần kinh VII ngoại biên ở 17 báo cáo với 391 BN cho thấy thời điểm phẫu thuật: 7/14 NC kết luận khuyến cáo phẫu thuật sớm cho kết quả tốt hơn tuy chưa thống nhất mức phẫu thuật cụ thể nhưng thời điểm phẫu thuật được khuyến cáo nhiều nhất là dưới 3 tháng; chỉ định điều trị: các tiêu chí lựa chọn BN chiếm ưu thế gồm: liệt mặt mức độ nặng từ độ IV-VI (12/15 NC), ENoG thoái hóa > 90% (9/11 NC), có sự xuất hiện của điện thế rung và/hoặc sự vắng mặt của điện thế tái tạo trên kết quả EMG (5/5 NC); kết quả điều trị: tất cả nghiên cứu đều báo cáo cải thiện trong đó 35,3% (6/17) NC có > 60% BN cải thiện mức độ liệt mặt về độ I và độ II.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Vajpayee D, Mallick A, Mishra AK. Post Temporal Bone Fracture Facial Paralysis: Strategies in Decision Making and Analysis of Efficacy of Surgical Treatment. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018;70(4):566-571. doi:10.1007/s12070-018-1371-y
- [2] Nash JJ, Friedland DR, Boorsma KJ, Rhee JS. Management and outcomes of facial paralysis from intratemporal blunt trauma: A systematic review. *The Laryngoscope.* 2010;120(7):1397-1404. doi:10.1002/lary.20943
- [3] Shapira Y, Migirov L, Kronenberg J. [Facial nerve decompression]. *Harefuah.* 2006;145(8):557-560, 632.
- [4] Hai-jin Y, Pi-Nan L, Shi-ming Y. Surgical

- Management of Traumatic Facial Paralysis: A Case Review Study. *J Otol.* 2011;6(2):38-42. doi:10.1016/S1672-2930(11)50020-0
- [5] Li Q, Jia Y, Feng Q, et al. Clinical features and outcomes of delayed facial palsy after head trauma. *Auris Nasus Larynx.* 2016;43(5):514-517. doi:10.1016/j.anl.2015.12.017
- [6] Irugu DVK, Singh A, Ch S, et al. Comparison between early and delayed facial nerve decompression in traumatic facial nerve paralysis - A retrospective study. *CoDAS.* 2018;30(1):e20170063. doi:10.1590/2317-1782/20182017063
- [7] Abbaszadeh-Kasbi A, Kouhi A, Ashtiani MTK, Anari M, Yazdi A, Emami H. Conservative versus Surgical Therapy in Managing Patients with Facial Nerve Palsy Due to the Temporal Bone Fracture. *Craniomaxillofacial Trauma Reconstr.* 2019;12(1):20-26. doi:10.1055/s-0038-1625966
- [8] Alicandri-Ciufelli M, Fermi M, Di Maro F, Soloperto D, Marchioni D, Presutti L. Endoscopic facial nerve decompression in post-traumatic facial palsies: pilot clinical experience. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2020;277(10):2701-2707. doi:10.1007/s00405-020-05997-7
- [9] Remenschneider AK, Michalak S, Kozin ED, et al. Is Serial Electroneuronography Indicated Following Temporal Bone Trauma? *Otol Neurotol Off Publ Am Otol Soc Am Neurotol Soc Eur Acad Otol Neurotol.* 2017;38(4):572-576. doi:10.1097/MAO.0000000000001337
- [10] Liu Y, Liu S, Li J, Chen X, Sun J, Li Y. Management of facial palsy after temporal bone fracture via the transmastoid approach. *Acta Otolaryngol (Stockh).* 2015;135(3):307-311. doi:10.3109/0016489.2014.981287
- [11] Aslan H, Songu M, Eren E, et al. Results of decompression with middle cranial fossa approach or traumatic intratemporal fascial nerve injury. *J Craniofac Surg.* 2014;25(4):1305-1308. doi:10.1097/SCS.0000000000000772
- [12] Yadav S, Panda NK, Verma R, Bakshi J, Modi M. Surgery for post-traumatic facial paralysis: are we overdoing it? *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg.* 2018;275(11):2695-2703. doi:10.1007/s00405-018-5141-y
- [13] Ashram YA, Badr-El-Dine MMK. Surgery for traumatic facial nerve paralysis: does intraoperative monitoring have a role? *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg.* 2014;271(9):2365-2374. doi:10.1007/s00405-013-2712-9
- [14] Liu Y, Han J, Zhou X, et al. Surgical management of facial paralysis resulting from temporal bone fractures. *Acta Otolaryngol (Stockh).* 2014;134(6):656-660. doi:10.3109/00016489.2014.892214
- [15] Xu P, Jin A, Dai B, Li R, Li Y. Surgical timing for facial paralysis after temporal bone trauma. *Am J Otolaryngol.* 2017;38(3):269-271. doi:10.1016/j.amjoto.2017.01.002
- [16] Cannon RB, Thomson RS, Shelton C, Gurgel RK. Long-term Outcomes After Middle Fossa Approach for Traumatic Facial Nerve Paralysis. *Otol Neurotol Off Publ Am Otol Soc Am Neurotol Soc Eur Acad Otol Neurotol.* 2016;37(6):799-804. doi:10.1097/MAO.0000000000001033
- [17] Nam HGW, Hwang HS, Moon SM, Shin IY, Sheen SH, Jeong JH. Facial Nerve Decompression for Facial Nerve Palsy with Temporal Bone Fracture: Analysis of 25 Cases. *J Trauma Inj.* 2013;26(3):131-138.
- [18] Honnurappa V, Vijayendra VK, Mahajan N, Redleaf M. Facial Nerve Decompression After Temporal Bone Fracture-The Bangalore Protocol. *Front Neurol.* 2019;10:1067. doi:10.3389/fneur.2019.01067
- [19] Tăng Xuân Hải, Chu Thị Kim Anh, Đoàn Thị Hồng Hoa, Lê Hoài Nam. Đánh giá kết quả phẫu thuật giảm áp dây VII điều trị liệt mặt ngoại biên do chấn thương tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2020;Tập 497-Tháng 12-Số đặc biệt-2020:312.
- [20] Nayak DR, Karanth TK, Menon SS, Kondamudi D. Modified Stennert's infusion protocol for posttraumatic delayed facial nerve palsy. *Indian J Otol.* 2019;25(1):22. doi:10.4103/indianjotol.INDIANJOTOL_78_18
- [21] Lee DH. Clinical Efficacy of Electroneurography in Acute Facial Paralysis. *J Audiol Otol.* 2016;20(1):8-12. doi:10.7874/jao.2016.20.1.8
- [22] Mancini P, De Seta D, Prosperini L, et al. Prognostic factors of Bell's palsy: multivariate analysis of electrophysiological findings. *The Laryngoscope.* 2014;124(11):2598-2605. doi:10.1002/lary.24764



PRELIMINARY APPLICATION OF SPEECH AUDIOMETRY IN PATIENTS WITH SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS

Bui The Anh*

National Otorhinorhynology Hospital of Vietnam - 78 Giai Phong, Phuong Dinh, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 08/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Objective: Apply speech audiometry to evaluate hearing ability in patients with sudden sensorineural hearing loss.

Materials and Methods: Descriptive case series study on 26 inpatients with sudden sensorineural hearing loss treated at Vietnam National Otorhinolaryngology Hospital from February 2023 to April 2023. Two main variables were Speech Recognition Threshold (SRT) and Word Discrimination Score (WDS). Speech audiometry was evaluated using monosyllabic word list and spondaic word list created by Nguyen Huu Khoi.

Results: SRT was measured in 92% of cases and WDS was measured in 81% of cases with sudden sensorineural hearing loss. In group of ear with sudden sensorineural hearing loss: mean SRT was 46 dB; the difference between SRT and PTA > 12 dB was found in 5/26 ears; WDS < 100% was found in 11/21 ears.

Conclusion: Speech audiometry plays important role in measuring the speech thresholds and helps locating the lesion in auditory pathway.

Keywords: Speech audiometry; sudden sensorineural hearing loss.

*Corresponding author
Email address: anh.buithe@gmail.com
Phone number: (+84) 904261316

ĐO THÍNH LỰC LỜI VÀ BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG ĐÁNH GIÁ SỨC NGHE Ở NGƯỜI BỆNH NGHE KÉM ĐỘT NGỘT

Bùi Thế Anh*

Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương - 78 Giải Phóng, Phương Đình, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 08/04/2023; Ngày duyệt đăng 10/05/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ứng dụng đo thính lực lời trong đánh giá sức nghe ở nhóm người bệnh nghe kém đột ngột.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh thực hiện trên 26 người bệnh nghe kém đột ngột được chẩn đoán và điều trị nội trú tại bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương từ tháng 2/2023 đến tháng 4/2023. Đo thính lực lời đánh giá hai chỉ số: Ngưỡng nghe lời (SRT) và Chỉ số phân biệt lời (WDS) với chất liệu là Bộ từ thử tiếng Việt 1 và 2 âm tiết của tác giả Nguyễn Hữu Khôi.

Kết quả: Xác định được chỉ số SRT ở 92% số tai nghe kém đột ngột và chỉ số WDS ở 81% số tai nghe kém đột ngột. Chỉ số SRT trung bình của nhóm tai nghe kém đột ngột là 46 dB, trong đó có 5 ca chênh lệch giữa SRT và PTA trên 12 dB. Chỉ số WDS < 100% ở 52,4% số tai nghe kém đột ngột và hình thái biểu đồ thính lực lời gặp chủ yếu là biểu đồ hình cao nguyên.

Kết luận: Đo thính lực lời giúp phản ánh chính xác ngưỡng nghe lời nói của người bệnh cũng như sơ bộ định hướng vị trí tổn thương tại ốc tai hay sau ốc tai, do đó nên được chỉ định bổ sung phối hợp với đo thính lực đơn âm trong đánh giá và theo dõi người bệnh nghe kém đột ngột.

Từ khóa: Thính lực lời, nghe kém đột ngột.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghe kém là một biểu hiện rất thường gặp trong ở mọi lứa tuổi và mọi giới tính. Ước tính trên toàn thế giới có khoảng 1,57 tỷ người nghe kém ở các mức độ khác nhau. Đến năm 2050 số người nghe kém trên toàn thế giới được dự báo tăng thành 2,45 tỷ người (mức tăng khoảng 56%). Nghe kém có thể gây ra nhiều ảnh hưởng khó chịu cho người bệnh trong cuộc sống và đặc biệt là trong giao tiếp xã hội. Nhiều trường hợp người nghe kém được xếp vào nhóm khuyết tật và được hưởng các chính sách ưu tiên[5].

Nghe kém có thể do tổn thương ở bất kỳ vị trí nào trên đường cảm thụ thính giác từ tai ngoài đến vỏ não. Có nhiều phương pháp đo đánh giá mức độ nghe kém và sơ bộ đánh giá vị trí tổn thương, ví dụ các phương pháp đo chủ quan (đo sức nghe đơn giản bằng tiếng nói

thường và tiếng nói thầm, đo sức nghe bằng âm thoa, đo thính lực đơn âm tại ngưỡng, đo thính lực đơn âm trên ngưỡng, đo thính lực lời...) và các phương pháp đo khách quan (đo phản xạ gân cơ bàn đạp, đo âm vang ốc tai, đo điện thế thính giác thân não, đo điện thế thính giác ổn định...). Trong các phương pháp đo chủ quan thì đo thính lực lời giúp đánh giá tổng quát về khả năng nghe hiểu lời nói và giao tiếp tốt hơn so với đo thính lực đơn âm vì sóng đơn âm ít có ý nghĩa trong đời sống giao tiếp hàng ngày, do đó đo thính lực lời đã và đang được sử dụng rộng rãi tại nhiều trung tâm tai mũi họng và thính học lâm sàng trên thế giới. Ở Việt Nam đã có một số tác giả công bố những nghiên cứu về thính lực lời như Nguyễn Hữu Khôi xây dựng bảng từ thử 1 âm tiết và 2 âm tiết[1], Ngô Ngọc Liên xây dựng bảng từ thử kiểu Freiburger và ứng dụng trong giám định diếc nghề nghiệp[2], Nguyễn Thị Hằng xây dựng bảng câu thử thính lực lời tiếng Việt và ứng dụng trong nghe kém

*Tác giả liên hệ
Email: anh.buithe@gmail.com
Điện thoại: (+84) 904261316



tuổi già[3], Phạm Tiến Dũng và cộng sự xây dựng các bảng từ thử sức nghe lời tiếng Việt cho trẻ em từ 6 đến 15 tuổi[4]... Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về việc ứng dụng đo thính lực lời ở nhóm người bệnh nghe kém đột ngột, vì vậy nghiên cứu này đã được thực hiện với mục tiêu: “Đo và đánh giá kết quả thính lực lời ở nhóm người bệnh bị nghe kém đột ngột”.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh được tiến hành tại Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương (cụ thể ở 3 khoa: khoa Tai, khoa Tai Thần kinh, khoa Thính học và thăm dò chức năng) trong thời gian từ tháng 2/2023 đến tháng 4/2023. Tất cả người bệnh ≥ 18 tuổi được chẩn đoán là nghe kém đột ngột có chỉ định nhập viện điều trị nội trú được giải thích về nghiên cứu và cam đoan đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được thu nhận vào mẫu nghiên cứu. Trong ngày nhập viện, người bệnh được hoàn thiện toàn bộ hồ sơ bệnh án điều trị nội khoa điếc đột ngột theo quy định (bao gồm xét nghiệm công thức máu, xét nghiệm sinh hóa cơ bản, điện tim, Xquang ngực thẳng, đo thính lực đơn âm tại ngưỡng). Người bệnh trong mẫu nghiên cứu vẫn được điều trị nội trú theo phác đồ điều trị điếc đột ngột đang áp dụng tại bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương (steroid, thuốc giãn mạch, thuốc tăng tuần hoàn não...) và được đo thính lực lời 01 lần trong thời gian nằm viện. Quá trình đo thính lực lời được thực hiện tại buồng đo cách âm tiêu chuẩn với máy đo thính lực GSI bản G1 (công ty Grason – Stadler, Minnesota, Hoa Kỳ) có tính năng đo thính lực lời và có tính năng điều chỉnh cường độ âm thanh đầu vào từ đĩa CD. Chất liệu ngôn ngữ được sử dụng là bộ từ thử 1 âm tiết và 2 âm tiết của tác giả Nguyễn Hữu Khôi đã được ghi âm sẵn trong đĩa CD. Kết quả đo thính lực lời được nghiên cứu bao gồm 2 chỉ số chính là

Ngưỡng nghe lời (**Speech Recognition Threshold – SRT**) là cường độ nhỏ nhất để người bệnh nghe và nhắc lại đúng 50% số lượng từ thử trong một đơn vị tính. Đơn vị tính là decibel.

Chỉ số phân biệt lời (**Word Discrimination Score – WDS**) là số % từ tối đa người bệnh nghe được trong 1 bảng từ thử.

Các biến số được ghi nhận bao gồm: tuổi, giới, thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng nghe kém đột ngột đến lúc nhập viện (đơn vị tính bằng ngày), ngưỡng nghe đơn âm đường khí tại các tần số 250, 500, 1000, 2000, 4000, 8000 Hz ở từng tai, chỉ số PTA đường khí (tính bằng trung bình cộng của ngưỡng nghe đường khí tại 3 tần số 500, 1000 và 2000 Hz), ngưỡng nghe lời và chỉ số phân biệt lời ở từng tai.

Số liệu được nhập vào phần mềm Microsoft Excel 2020 và được xử lý bằng các thuật toán thống kê (tính trung bình, so sánh 2 giá trị trung bình bằng thuật toán t stu-

dent- test...).

Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học và đã được thông qua bởi hội đồng duyệt đề cương nghiên cứu khoa học của bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương năm 2023.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, có 26 người bệnh đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia vào mẫu nghiên cứu (tổng số 52 tai được đo thính lực). Phân bố tuổi giới và thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng nghe kém đột ngột đến lúc nhập viện của nhóm người bệnh trong mẫu nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	nhóm	n (%)	
Giới	nam	13 (50)	
	nữ	13 (50)	
Tuổi	18 đến 40	7 (27)	Tuổi trung bình: 49,7 Cao tuổi nhất: 78 Trẻ nhất: 19
	41 đến 60	11 (42)	
	trên 60	8 (31)	
Diễn biến bệnh (ngày)	≤ 3 ngày	10 (38)	Số ngày trung bình: 5,1
	trên 3 ngày	16 (62)	

Theo bảng 1, có thể thấy phân bố giới trong mẫu nghiên cứu là tương đương giữa nam và nữ. Mẫu nghiên cứu cũng bao gồm đủ các nhóm tuổi (thanh niên, trung niên và người cao tuổi) trong đó người bệnh thuộc nhóm tuổi trung niên chiếm tỷ lệ cao nhất (42%), hai nhóm còn lại gặp với tỷ lệ phân bố tương tự nhau. Số ngày trung bình kể từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi được bắt đầu điều trị là 5,1 ngày, trong đó 38% số người bệnh được chẩn đoán và điều trị sớm trong vòng 72 giờ đầu. Như vậy hiện nay người bệnh đã có nhận biết sớm về bệnh và đi điều trị sớm để tăng khả năng hồi phục sức nghe. Phân bố tuổi, giới và số ngày từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi được bắt đầu điều trị trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu khác.

Kết quả đo thính lực lời của mẫu nghiên cứu được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2: Kết quả đo thính lực lời

		Đo được n (%)	Không đo được	
			Lý do	
Tai nghe kém đột ngột	SRT	24 (92)	2 (8)	1 ca PTA cao (107 dB) 1 ca ngưỡng khó chịu thấp
	WDS	21 (81)	5 (19)	4 ca PTA cao (> 70 dB) 1 ca ngưỡng khó chịu thấp
Tai đối diện	SRT	23 (92)	3 (8)	2 ca PTA cao (> 70 dB) do nghe kém tiếp nhận cũ; 1 ca dị tật thiếu sản ống tai ngoài không đo được đường khí.
	WDS	22 (85)	4 (15)	3 ca PTA cao (> 70 dB) do nghe kém tiếp nhận cũ; 1 ca dị tật thiếu sản ống tai ngoài không đo được đường khí.

Kết quả đo thính lực lời cho thấy: ở tai nghe kém đột ngột có 92% xác định được SRT và 81% xác định được WDS. Lý do không xác định được SRT ở 1 ca là chỉ số PTA cao 107 dB, ở ca còn lại PTA chỉ 52 dB nhưng khi tăng cường độ để đo SRT thì chạm ngưỡng khó chịu của người bệnh. Với 5 ca không xác định được WDS thì 4 ca có PTA cao > 70 dB nên khi cộng thêm 35 dB thì chạm ngưỡng khó chịu của người bệnh, ca còn lại (không đo được cả WDS và SRT vì ngưỡng khó chịu ở mức thấp) do đó được cân nhắc chỉ định thêm thăm dò chẩn đoán hình ảnh để loại trừ tổn thương sau ốc tai. Ở tai đối diện có 92% xác định được SRT và 88% xác định được WDS. Lý do 2 ca không xác định được SRT và 3 ca không xác định được WDS là do tai đối diện đã có tình trạng nghe kém nặng trước đó với PTA lần lượt là 77, 82 và 87 dB). Như vậy đo thính lực lời sẽ khó ra được kết quả ở những tai có PTA cao (trên 70 dB) hoặc tai nghe kém nghi do nguyên nhân sau ốc tai.

Kết quả đối chiếu các chỉ số thính lực lời với chỉ số PTA ở từng tai được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3: Đối chiếu các chỉ số thính lực lời với chỉ số PTA ở từng tai

	Trung bình PTA (dB)	Trung bình SRT (dB)	Chênh lệch SRT-PTA trên 12 dB (ca)	WDS
Tai nghe kém đột ngột	43	46	5	100%: 10 ca (trong đó 9 ca tạo biểu đồ ít dốc hơn bình thường và 1 ca tạo biểu đồ hình cao nguyên) < 100%: 11 ca (tạo biểu đồ hình cao nguyên).
Tai đối diện	23	24	2	100%: 20 ca (tạo biểu đồ bình thường) < 100%: 2 ca (tạo biểu đồ hình cao nguyên, là 2 ca nghe kém tiếp nhận cũ).

Theo bảng 3: ở tai nghe kém đột ngột cũng như ở tai đối diện chỉ số SRT đều có tương quan với chỉ số PTA, tuy nhiên ở tai nghe kém đột ngột có 5/21 trường hợp chỉ số SRT chênh lệch hơn 12 dB so với PTA còn ở tai đối diện chỉ có 2/22 trường hợp chênh lệch hơn 12 dB. Hình thái biểu đồ thính lực lời ở tai nghe kém đột ngột gặp > 50% là biểu đồ hình cao nguyên, còn lại là biểu đồ ít dốc hơn bình thường, đều là hai dạng biểu đồ gặp trong bệnh lý nghe kém tiếp nhận do tổn thương tại ốc tai. Ở tai đối diện: hình thái biểu đồ thính lực lời đại đa số là biểu đồ bình thường. Như vậy đo thính lực lời phản ánh chính xác kiểu nghe kém của tai bệnh cũng như tai đối diện trong mẫu nghiên cứu. Kết quả chênh lệch giữa chỉ số SRT và chỉ số PTA trên 12 dB gặp nhiều hơn ở nhóm tai nghe kém đột ngột so với nhóm tai đối diện cũng cho thấy khi tai bị tổn thương thì tổn thương đó được phản ánh ở thính lực lời rõ ràng hơn so với ở thính lực đơn âm.

Tác giả Nguyễn Thị Hằng nghiên cứu đánh giá SRT ở 62 người trẻ bình thường và 30 người cao tuổi bị nghe kém cũng cho thấy ở nhóm người trẻ chênh lệch SRT và PTA là 6 dB, còn ở nhóm người cao tuổi nghe kém thì chênh lệch SRT và PTA lên đến 15 dB (có sự khác biệt rõ rệt)[3]. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi, từ đó chỉ ra tầm quan trọng của đo thính lực lời ở nhóm người bệnh nghe kém, nhất là nhóm người bệnh nghe kém có chỉ định đeo máy trợ thính.

Jan T. và cộng sự theo dõi sau điều trị 113 người bệnh nghe kém đột ngột thấy có một nhóm người bệnh có chỉ số WDS cải thiện muộn sau điều trị mặc dù PTA không cải thiện thêm[6]. Noguchi Y. và cộng sự nghiên cứu 20 người bệnh nghe kém đột ngột cũng có kết quả tương tự[7], như vậy đo thính lực lời cũng có ý nghĩa trong việc theo dõi sau điều trị người bệnh nghe kém đột ngột. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi thiết kế là nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh nên bước đầu chưa có điều kiện đánh giá kết quả lâu dài sau điều trị người bệnh để có thể kiểm chứng lại những kết luận của Jan T. và Noguchi Y.

4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh trên 26 trường hợp nghe kém đột ngột điều trị nội trú tại bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương cho thấy đo thính lực lời có thể thực hiện được ở trên 80% số ca, ngoại lệ những ca có PTA cao trên 70 dB hoặc nghi ngờ tổn thương sau ốc tai sẽ có thể khó đo ra kết quả thính lực lời (SRT và/hoặc WDS). Đo thính lực lời giúp phản ánh chính xác ngưỡng nghe lời nói của người bệnh cũng như sơ bộ định hướng vị trí tổn thương tại ốc tai hay sau ốc tai, do đó nên được chỉ định bổ sung phối hợp với đo thính lực đơn âm trong đánh giá và theo dõi người bệnh nghe kém đột ngột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Hữu Khôi. *Xây dựng các bảng từ thử và nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật đo sức nghe tiếng nói*. Luận án Phó tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội. 1986.
- [2] Ngô Ngọc Liễn. *Xây dựng bảng thính lực lời và ứng dụng trong giám định điếc nghề nghiệp*. Luận án Phó tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội. 1988.
- [3] Nguyễn Thị Hằng. *Nghiên cứu xây dựng bảng câu thử thính lực lời tiếng Việt, ứng dụng trong nghe kém tuổi già*. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2017.
- [4] Phạm Tiến Dũng, Cao Minh Thành, Nguyễn Văn Lợi. Xây dựng các bảng từ thử sức nghe lời Tiếng Việt cho trẻ em từ 6 đến 15 tuổi. *Tạp chí Nghiên cứu y học*. 2022, 150(2): 136-143.
- [5] Vos T. Hearing loss prevalence and years lived with disability, 1990–2019: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. Mar 2021. Vol 397: 996-1009.
- [6] Jan T. et al. Improvement in word recognition following treatment failure for sudden sensorineural hearing loss. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2016. Vol 2: 168-174.
- [7] Noguchi Y et al. Delayed restoration of maximum speech discrimination scores in patients with idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Auris Nasus Larynx* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.anl.2015.12.003>

MICROBIOLOGY AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF BACTERIA CAUSING ACUTE OTITIS MEDIA (AOM) IN CHILDREN

Do Hong Diep*

Vietnam National Children's Hospital - 879/18 La Thanh street, Lang Thuong, Dong Da, Ha Noi, Vietnam

Received 08/03/2023

Revised 13/04/2023; Accepted 08/05/2023

SUMMARY

Objective: Describe predominant bacteria and antibiotic susceptibility of bacteria in young children with acute otitis media.

Study design: Scoping review.

Methods: Using databases from the PubMed website, and manual search.

Results: 151 full-text publications, of which 29 were cited.

Conclusion: H.influenzae (HI), S.pneumoniae (Spn) are the most common bacteria causing AOM in children. The antibiotic resistance of HI, Spn has been increasing, changing over time, and varies from country to country.

Keywords: Acute Otitis Media, Predominal bacteria, Microbial epidemiology, Antibiotic resistance, antibiotic susceptibility, Microbiology, H.influenzae, S.pneumoniae.

*Corresponding author
Email address: Drhongdiep@gmail.com
Phone number: (+84) 399272222



TỔNG QUAN ĐẶC ĐIỂM VÀ TÍNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN GÂY VIÊM TAI GIỮA CẤP MỦ TRẺ EM

Đỗ Hồng Điệp*

Bệnh viện Nhi Trung Ương - Số 879/18 đường La Thành, phường Láng Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 13/04/2023; Ngày duyệt đăng 08/05/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng quan về căn nguyên chính và nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn gây viêm tai giữa cấp (VTGC) ở trẻ em.

Phương pháp: Thực hiện phương pháp tìm kiếm tài liệu có hệ thống được thiết kế để thu thập các tài liệu có liên quan đến các mục tiêu nghiên cứu. Tiêu chí lựa chọn là những nghiên cứu về căn nguyên vi khuẩn, nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn gây VTGC trẻ em.

Kết quả: Chúng tôi đã tìm được 151 ấn phẩm đầy đủ, trong đó 29 ấn phẩm được trích dẫn.

Kết luận: *H.influenzae* (HI), *S.pneumoniae* (Spn) là những vi khuẩn phổ biến nhất gây VTGC trẻ em. Mức độ kháng kháng sinh của vi khuẩn HI, Spn ngày càng gia tăng, thay đổi theo thời gian, khác nhau giữa các quốc gia.

Từ khóa: Vi khuẩn, Nhạy cảm kháng sinh, Kháng kháng sinh, Viêm tai giữa, VTGC, trẻ em

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa cấp mủ (VTGCM) là bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp ở trẻ em toàn thế giới, là một trong những nguyên nhân hàng đầu phải kê đơn kháng sinh ở trẻ dưới 5 tuổi [16, 17, 25]. Căn nguyên vi khuẩn gây VTGCM thường gặp là *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *M.catarrhalis* và *S.aureus* [4, 10, 25, 27]. Vi khuẩn ngày càng có xu hướng đề kháng kháng sinh nhanh hơn, nhiều hơn và đề kháng đồng thời nhiều kháng sinh ở mức độ cao gây nên tình trạng điều trị không hiệu quả và/hoặc thiếu an toàn cho lâm sàng. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm thu thập thông tin và phân tích tình hình nghiên cứu về đặc điểm vi khuẩn và tính kháng kháng sinh trong VTGCM ở trẻ em trên thế giới và tại Việt Nam.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chí lựa chọn và loại trừ: Tiêu chí lựa chọn là các ấn phẩm có chứa các từ khoá tìm kiếm hoặc chủ đề liên quan, nội dung phù hợp với mục tiêu của Tổng

quan. Tiêu chí loại trừ là các ấn phẩm trùng lặp, ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và tiếng Việt, đề cập đến từ khoá nhưng không có dữ liệu liên quan.

2.2. Nguồn tài liệu: Cơ sở dữ liệu trực tuyến: Các tài liệu và nghiên cứu nước ngoài: được tìm kiếm từ các cơ sở dữ liệu khoa học lớn và có uy tín như PubMed/Medline, Scopus, ScienceDirect, Embase. Các nghiên cứu và tài liệu tiếng Việt được tìm kiếm từ một số tạp chí khoa học như Tạp chí Y học thực hành, Tạp chí Y học dự phòng...

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm vi khuẩn gây viêm tai giữa cấp mủ

3.1.1. Các vi khuẩn thường gặp

Vi khuẩn *H.influenzae*, *S.pneumoniae* và *M.catarrhalis* là những loại vi khuẩn phổ biến nhất, liên quan đến nhiễm trùng đường hô hấp trên và thường xuyên được phân lập từ dịch tai giữa trong VTGCM [2, 7, 10, 27].

S.pneumoniae: Trước giai đoạn có vaccin phế cầu

*Tác giả liên hệ
Email: Drhongdiepnt@gmail.com
Điện thoại: (+84) 399272222

khuẩn thì *S.pneumoniae* là tác nhân gây bệnh thường xuyên nhất được phân lập từ dịch tai giữa. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc bệnh do vi khuẩn này đã giảm đáng kể từ giai đoạn vaccin liên hợp phế cầu được lưu hành. Trong vài năm gần đây, có sự cân bằng về mức độ phổ biến của *S.pneumoniae* và *H. influenzae* gây VTGCM trẻ em [15, 18, 19, 22, 28]. *S.pneumoniae* được tìm thấy là căn nguyên chính trong những trường hợp VTGCM nặng hoặc có biến chứng [23]. *S.pneumoniae* có kháng nguyên vỏ là polysaccharide phức tạp xác định loại type huyết thanh gây độc và gây bệnh. Mức độ độc tính thay đổi theo kiểu huyết thanh học do sự đa dạng di truyền. Đến nay, có hơn 90 loại huyết thanh phế cầu khác nhau đã được xác định dựa trên phản ứng với kháng huyết thanh đặc hiệu. Nhiều nghiên cứu đã phân tích tần suất xác định *S.pneumoniae* theo type huyết thanh, kết luận rằng tỷ lệ các type huyết thanh không vaccin đã tăng lên trong những năm gần đây. Trong các type huyết thanh phế cầu thì *S.pneumoniae* serotype 19A ST320 chiếm tới 2/3 căn nguyên phế cầu gây VTGCM ở trẻ em [5, 6].

H.influenzae có 6 huyết thanh vỏ khác nhau (a đến f) và rất nhiều chủng không có vỏ hay không định tuýp (non-typeable Hi, NTH). Các báo cáo gần đây cho thấy NTHi là chủng chiếm ưu thế so với các chủng *H. influenzae* khác, ở Châu Á, NTHi chiếm tới trên 80% các trường hợp VTGCM do *H. influenzae* [22]. NTHi là căn nguyên phổ biến thứ hai gây VTGCM trẻ em và chiếm tỷ lệ ngày càng tăng, đặc biệt là ở những quốc gia đã triển

khai rộng rãi vaccin liên hợp phế cầu [9].

H. influenzae thường gây VTGCM hai bên, các trường hợp tái phát, và viêm kết mạc mắt, được gọi là hội chứng viêm kết mạc tai giữa [13, 28]. VTGCM do *H. influenzae* cũng thường kèm theo viêm mũi xoang, là dấu hiệu gợi ý trong chẩn đoán căn nguyên [9]. Một số nghiên cứu đã tìm thấy ba cơ chế có khả năng làm tăng sự đề kháng kháng sinh của NTHi gây VTGCM tái diễn và thất bại điều trị ở trẻ em: hình thành màng sinh học (biofilms); sự hiện diện của các đột biến transpeptidase của PBP3; và sản xuất β -lactamase. Ba cơ chế này, đơn lẻ hoặc kết hợp, gây thách thức lớn đối với nhà lâm sàng trong việc lựa chọn kháng sinh phù hợp cho nhiễm trùng do NTHi [11, 20, 24].

M.catarrhalis là cầu khuẩn gram âm, cư trú phổ biến ở vùng họng mũi suốt thời thơ ấu của trẻ, có thể tăng lên vào mùa đông và là căn nguyên hay gặp thứ 3 gây VTGCM. *M.catarrhalis* gây VTGCM thường được coi là mầm bệnh tương đối ít độc lực, với phản ứng miễn dịch tại chỗ yếu hơn và ít thay đổi cấu trúc hơn so với *H.influenzae* và *S.pneumoniae*. *M.catarrhalis* chiếm khoảng 5 % căn nguyên vi khuẩn gây VTGCM, thường đơn thuần trong giai đoạn đầu của VTGCM hoặc kết hợp với vi khuẩn khác và 100% là sản xuất beta lactamase [21], nguy cơ gây biến chứng như thủng màng nhĩ và viêm xương chũm cấp thấp hơn đáng kể so với hai căn nguyên vi khuẩn thường gặp trên [3].

Bảng 1.1. Các căn nguyên gây VTGCM trẻ em ở các khu vực trên thế giới

(Nguồn Chinh C. Ngo [19])

Vi khuẩn	H. influenzae	S. pneumoniae	M.catarrhalis
Khu vực			
Châu Á	22,2%	26,4%	5,4%
Châu Âu	23,3%	30,2%	11,6%
Bắc Mỹ	27,8%	28,6%	13,8
Nam Mỹ	23,8%	29,1%	2,7%

3.1.2. Các vi khuẩn khác

Các vi khuẩn khác được phân lập trong dịch của tai giữa là *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* hay Group A *Streptococcus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus epidermidis* [18, 19, 22].

Báo cáo gần đây của Hulleger và cs (2021) [15], về đặc điểm vi khuẩn gây VTGCM trẻ em thời kỳ có vaccin phế cầu, cho thấy sau *H.influenzae*, *S.pneumoniae* thì *Staphylococcus aureus* và *Streptococcus pyogenes* là

những vi khuẩn phổ biến tiếp theo, được phân lập trực tiếp từ dịch mủ tai ở trẻ VTGCM.

Pseudomonas aeruginosa không phải là hiếm gặp trong các mẫu dịch mủ tai từ VTGC chảy mủ. Căn nguyên vi khuẩn thường gặp trong những VTGCM tái diễn, hoặc tiền sử đặt ống thông khí màng nhĩ trước đó. Tuy nhiên, cũng giống như *Staphylococcus aureus*, *P. aeruginosa* là vi khuẩn hoại sinh cư trú ở ống tai ngoài, do đó, mẫu cấy mủ tai ở ống tai ngoài có thể *P aeruginosa* có thể được giải thích do que cấy nhiễm bẩn từ ống tai hoặc

đồng nhiễm [1].

3.2. Tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây VTGCM

Kháng kháng sinh (KKS) trong điều trị VTGCM đang trở thành vấn đề phổ biến. Trong ba vi khuẩn thường gặp nhất liên quan đến VTGCM là *S.pneumoniae*, *H.influenzae* và *M.catarrhalis*, thì hai chủng đầu có sự gia tăng KKS đáng kể làm cho việc lựa chọn kháng sinh để điều trị ngày càng trở nên phức tạp. Hơn nữa, khả năng kháng thuốc của *S.pneumoniae* và *H.influenzae* khác nhau giữa các vùng. Do đó, điều quan trọng là phải hiểu rõ xu hướng KKS ở cấp khu vực, có giá trị để hướng dẫn các lựa chọn điều trị theo kinh nghiệm và ảnh hưởng đến thói quen kê đơn. Có mối liên hệ rõ ràng giữa việc kê đơn thuốc kháng sinh và sự phát triển của tình trạng kháng thuốc kháng sinh trong VTGC, làm tăng khả năng thất bại trong điều trị [21, 22].

Tính đề kháng kháng sinh của *S. pneumoniae*, *H.influenzae* thay đổi theo thời gian và cũng không giống nhau giữa các nghiên cứu thực hiện ở các quốc gia, khu vực khác nhau. Điều này cho thấy việc nghiên cứu đề kháng kháng sinh của *S. pneumoniae*, *H.influenzae* gây VTGCM ở trẻ em luôn là vấn đề cấp thiết để có những khuyến cáo phù hợp nhất trong lựa chọn kháng sinh, nhằm nâng hiệu quả điều trị VTGCM, giảm nguy cơ tái phát và tiến triển mạn tính.

3.2.1. Tính kháng kháng sinh của *H. influenzae*

Tính kháng kháng sinh của *H.influenzae* gây VTGCM ở trẻ em:

- Tỷ lệ *H.influenzae* kháng thuốc gặp ở trẻ nhỏ cao hơn trẻ lớn tuổi [14].
- Tỷ lệ phân lập được *H.influenzae* kháng thuốc ngày càng cao [14].
- NTHi được phân lập có tính nhạy cảm thấp với ampicillin, nhạy cảm cao với amoxicillin/clavulanate và cephalosporin thế hệ thứ hai và thứ ba [8]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Yamanaka và cs [29] kết luận HI kháng Clavulanic/amoxicillin và Ceftriaxone có xu hướng tăng.
- Nghiên cứu của Aneta Górska-Kot và cs [12] thực hiện tại Ba Lan từ 2010 - 2016, cho thấy NTHi có tỷ lệ đề kháng cao nhất với co-trimoxazole (28,8%) và ampicillin (15,7%), Cefuroxime (10,6%), nhạy cảm ở mức cao với ceftriaxone (100%) amoxicillin/clavulanate (93,9%).
- Nghiên cứu của Taha và cs [24] về tính đề kháng kháng sinh của Hi tại Pháp cho thấy: Hi đề kháng ở mức cao với amoxicillin (61,4%), amoxicillin/axit clavulanic (47,4%) và cefotaxime (39,3%) do khả năng tiết β -lactamase và/hoặc sự biến đổi của gen FTSI mã hóa protein gắn penicillin 3.
- Nghiên cứu của Ying-Chun Cho và cs [9] thực hiện

tại Đài Loan từ 2010 – 2015, độ nhạy cảm của NTHi với ampicillin thấp (19,7%), nhưng cao hơn đối với cefuroxime (77%) và amoxicillin/clavulanate (82,0%), nhạy cảm cao với cephalosporin thế hệ thứ ba (98,4% đối với cả cefotaxime và ceftriaxone).

Báo cáo của SOAR, giai đoạn 2016 -2018, *H.influenzae* phân lập được từ nhiễm khuẩn mắc phải cộng đồng tại Việt Nam có tỷ lệ nhạy cảm > 85% chỉ đối với amoxicillin/axit clavulanic (95,5%), ceftriaxone (100%) và macrolide (87,6%–89,9%). Nhạy cảm với các kháng sinh khác dao động từ 7,9% (trimethoprim/sulfamethoxazole) đến 57,3%–59,6% (fluoroquinolones) và 70,8% (cefixime) [26].

3.2.2. Tính kháng kháng sinh của *S. pneumoniae*

Tính kháng kháng sinh của *S.pneumoniae* trong VTGCM trẻ em:

- Tính kháng kháng sinh của *S.pneumoniae* đối với các thuốc kháng sinh thường dùng rất khác nhau giữa các quốc gia. Tỷ lệ kháng của *S.pneumoniae* với penicillin G là 10% (dao động từ 0% đến 65,8%) [15]
 - Ở lứa tuổi nhỏ có xu hướng phân lập được vi khuẩn kháng thuốc nhiều hơn.
 - Độ nhạy của phế cầu với kháng sinh như amoxicillin, ceftriaxone, levofloxacin có ít thay đổi, trong khi độ nhạy với nhóm macrolide, ví dụ Azithromycin và erythromycin giảm đáng kể [14]
 - Nghiên cứu của Aneta Górska-Kot và cs [12] tỷ lệ *S.pneumoniae* không nhạy cảm ở mức cao với Penicillin, Ceftriaxone, Erythromycin, Clindamycin, Co-trimoxazole (từ 35 – 53%) và tỷ lệ kháng đa kháng sinh lên tới trên 50%.
 - Nghiên cứu của Ying-Chun Cho và cs [9] chỉ có 30,8% và 32,0% *S.pneumoniae* nhạy cảm với amoxicillin và penicillin, và chỉ có 62,8% và 68,0% nhạy cảm với cefotaxime và ceftriaxone.
- Báo cáo của SOAR , giai đoạn 2016 -2018, kháng kháng sinh của *S.pneumoniae* phân lập được từ nhiễm khuẩn mắc phải cộng đồng tại Việt Nam ở mức cao nhất so với các nước Đông Nam Á trong nghiên cứu, với tỷ lệ nhạy cảm >90% đối với fluoroquinolone tính theo CLSI, khoảng 60% đối với amoxicillin, amoxicillin/clavulanic acid và ceftriaxone, nhưng <14% đối với hầu hết các thuốc khác [26].

4. KẾT LUẬN

Viêm tai giữa cấp mủ là một trong những bệnh truyền nhiễm đường hô hấp phổ biến nhất ở trẻ em, là nguyên nhân hàng đầu khiến trẻ phải được kê đơn kháng sinh, nguyên nhân chính gây suy giảm thính lực ở trẻ em.

H.influenzae, *S.pneumoniae* và *M.catarrhalis* là những vi khuẩn phổ biến nhất gây VTGC, liên quan đến nhiễm trùng đường hô hấp trên. Mô hình vi khuẩn có những thay đổi ở nhiều quốc gia nhờ tác động của vaccin PCV: tỷ lệ *S.pneumoniae* chung giảm, nhưng gia tăng các type *S.pneumoniae* không vaccin, NTHi tăng, và một vài loại vi khuẩn khác. Mức độ kháng kháng sinh của vi khuẩn *H.influenzae*, *S.pneumoniae* ngày càng gia tăng, thay đổi theo thời gian, khác nhau giữa các quốc gia.

Tại Việt Nam, còn thiếu các dữ liệu vi khuẩn và kháng kháng sinh trong VTGC trẻ em. Việc tiếp cận điều trị và sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm trong VTGC thường được tham khảo từ những hướng dẫn nước ngoài. Tuy nhiên, những tài liệu này được xây dựng dựa trên mô hình vi khuẩn có thể rất khác so với đặc điểm vi khuẩn tại Việt Nam.

Cần có những nghiên cứu về vi khuẩn và kháng kháng sinh trong VTGC trẻ em, nhằm xây dựng Hướng dẫn về chẩn đoán, điều trị và dự phòng VTGC trẻ em tại Việt Nam, với mục tiêu là nâng hiệu quả điều trị, giảm nguy cơ biến chứng, di chứng do VTGC, giảm tần suất mắc bệnh VTGC cho trẻ em Việt Nam và giảm nguy cơ kháng kháng sinh của vi khuẩn gây nhiễm khuẩn cộng đồng lưu hành tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] P. Cassano, G. Ciprandi, D. Passali, “Acute mastoiditis in children”, *Acta Biomed.* 91(1-s), tr. 54-59, 2020.
- [2] M. Cunningham et al., “Otitis media”, *Future Microbiol.* 7(6), tr. 733-53, 2012.
- [3] A. Broides et al., “Acute otitis media caused by *Moraxella catarrhalis*: epidemiologic and clinical characteristics”, *Clin Infect Dis.* 49(11), tr. 1641-7, 2009.
- [4] Y. Bulut et al., “Acute otitis media and respiratory viruses”, *Eur J Pediatr.* 166(3), tr. 223-8, 2007.
- [5] Y. J. Chen et al., “Clinical manifestations and microbiology of acute otitis media with spontaneous otorrhea in children”, *J Microbiol Immunol Infect.* 46(5), tr. 382-8, 2013.
- [6] H. Chi et al., “Acute otitis media caused by *Streptococcus pneumoniae* serotype 19A ST320 clone: epidemiological and clinical characteristics”, *J Microbiol Immunol Infect.* 51(3), tr. 337-343, 2018.
- [7] Chinh C. Ngo, Helen M. Massal, Ruth B. Thornton et al., “Predominant Bacteria Detected from the Middle Ear Fluid of Children Experiencing Otitis Media: A Systematic Review”, *PLOS ONE*, 2016
- [8] N. C. Chiu et al., “Epidemiological and microbiological characteristics of culture-proven acute otitis media in Taiwanese children”, *J Formos Med Assoc.* 111(10), tr. 536-41, 2012.
- [9] Y. C. Cho et al., “Epidemiology and antimicrobial susceptibility of non-typeable *Haemophilus influenzae* in otitis media in Taiwanese children”, *J Microbiol Immunol Infect.* 52(1), tr. 75-80, 2019.
- [10] Tumaini R Coker et al., “Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children: a systematic review”, *Jama.* 304(19), tr. 2161-2169, 2010.
- [11] Silvia García-Cobos et al., “Frequent carriage of resistance mechanisms to β -lactams and biofilm formation in *Haemophilus influenzae* causing treatment failure and recurrent otitis media in young children”, *Journal of Antimicrobial Chemotherapy.* 69(9), tr. 2394-2399, 2014.
- [12] A. Gorska-Kot et al., “Characterization of acute otitis media otopathogens before the introduction of the pneumococcal conjugated vaccine into the national immunization program in Poland”, *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 127, tr. 109666, 2019.
- [13] J. M. Gould, P. S. Matz, “Otitis media”, *Pediatr Rev.* 31(3), tr. 102-16, 2010.
- [14] T. Hayashi et al., “Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of acute otitis media in children-2018 update”, *Auris Nasus Larynx.* 47(4), tr. 493-526, 2020.
- [15] S. Hullege et al., “Prevalence and Antimicrobial Resistance of Bacteria in Children With Acute Otitis Media and Ear Discharge: A Systematic Review”, *Pediatr Infect Dis J.* 40(8), tr. 756-762, 2021.
- [16] A. Klein et al., “Increase in *Haemophilus influenzae* Detection in 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine Immunized Children With Acute Otitis Media”, *Pediatr Infect Dis J.* 41(8), tr. 678-680, 2022.
- [17] L. Monasta et al., “Burden of disease caused by otitis media: systematic review and global estimates”, *PLoS One.* 7(4), tr. e36226, 2012.
- [18] C. C. Ngo et al., “Predominant Bacterial and Viral Otopathogens Identified Within the Respiratory Tract and Middle Ear of Urban Australian Children Experiencing Otitis Media Are Diversely Distributed”, *Front Cell Infect Microbiol.* 12, tr. 775535, 2022.
- [19] C. C. Ngo et al., “Predominant Bacteria Detected from the Middle Ear Fluid of Children Experiencing Otitis Media: A Systematic Review”, *PLoS One.* 11(3), tr. e0150949, 2016.
- [20] C. Puig et al., “Increased biofilm formation by nontypeable *Haemophilus influenzae* isolates from patients with invasive disease or otitis media versus strains recovered from cases of respiratory infections”, *Applied and Environmental*

- Microbiology*. 80(22), tr. 7088-7095, 2014.
- [21] A. Qureishi et al., "Update on otitis media - prevention and treatment", *Infect Drug Resist.* 7, tr. 15-24, 2014.
 - [22] M. Salah et al., "Recurrent acute otitis media in infants: analysis of risk factors", *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 77(10), tr. 1665-9, 2013.
 - [23] G. P. Sexton et al., "Concurrent management of suppurative intracranial complications of sinusitis and acute otitis media in children", *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 156, tr. 111093, 2022.
 - [24] A. Taha et al., "Haemophilus influenzae drug resistance in France from 2017 to 2021: consideration for treatment of otitis media", *J Glob Antimicrob Resist.* 31, tr. 222-227, 2022.
 - [25] J. P. Thomas et al., "Acute otitis media--a structured approach", *Dtsch Arztebl Int.* 111(9), tr. 151-9; quiz 160, 2014.
 - [26] D Torumkuney et al., "Results from the Survey of Antibiotic Resistance (SOAR) 2016–18 in Vietnam, Cambodia, Singapore and the Philippines: data based on CLSI, EUCAST (dose-specific) and pharmacokinetic/pharmacodynamic (PK/PD) breakpoints", *Journal of Antimicrobial Chemotherapy.* 75(Supplement_1), tr. i19-i42, 2020.
 - [27] M. K. Van Dyke et al., "Etiology of Acute Otitis Media in Children Less Than 5 Years of Age: A Pooled Analysis of 10 Similarly Designed Observational Studies", *Pediatr Infect Dis J.* 36(3), tr. 274-281, 2017.
 - [28] A. Vergison, "Microbiology of otitis media: a moving target", *Vaccine.* 26 Suppl 7, tr. G5-10, 2008.
 - [29] N. Yamanaka, M. Hotomi, D. S. Billal, "Clinical bacteriology and immunology in acute otitis media in children", *J Infect Chemother.* 14(3), tr. 180-7, 2008.

IMPACTS OF THE COVID-19 PANDEMIC ON THE TREATMENT PROCESS OF HEARING LOSS IN CHILDREN AT VIET NAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Luu Thi Thuy Ngoc^{1*}, Nguyen Tuyet Xuong¹, Nguyen Xuan Nam²,
Nguyen Thi To Uyen², Nguyen Hoang Huy³, Nguyen Ngoc Ha³

¹Vietnam National Children's Hospital - 879/18 La Thanh street, Lang Thuong, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Kim Lien, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam - 78 Giai Phong, Phuong Dinh, Dong Da, Ha Noi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 08/04/2023; Accepted 05/05/2023

SUMMARY

Background: Covid 19 has caused severe consequences in all areas, including treatment of hearing loss in children at the Viet Nam National Children's Hospital.

Objective: Outline the effects of the Covid 19 pandemic on the treatment process of hearing loss in children at the National Children's Hospital in 3 years 2020, 2021 and 2022.

Methods: Determine the number of children with hearing problems going into therapy at the Viet Nam National Children's Hospital (in 2019, 2020, 2021, 2022) to compare and draw some conclusions.

Result: The number of children treating hearing loss in 2020, 2021 and 2022, decreased compared to 2019. In Vietnam, the more complicated the development of the Covid-19 pandemic is, the smaller the number of children coming to the hospital for treatment is. Covid 19 causes factors which directly affect the listening skills as well as language of children. After Covid 19, their listening skills are worse and worse.

In conclusion: Covid 19 severely affects the treatment process of hearing loss in children at the Viet Nam National Children's Hospital. When the Covid-19 pandemic continues to have complicated and unpredictable developments, the number of children who go into therapy decreases and vice versa.

Keywords: Covid 19, hearing loss, speech therapy

*Corresponding author
Email address: thuyngocluu1207@gmail.com
Phone number: (+84) 985142787



ẢNH HƯỞNG CỦA ĐẠI DỊCH COVID ĐẾN QUÁ TRÌNH TRỊ LIỆU CHO TRẺ NGHE KÉM Ở BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Lưu Thị Thúy Ngọc^{1*}, Nguyễn Tuyết Xương¹, Nguyễn Xuân Nam²,
Nguyễn Thị Tố Uyên², Nguyễn Hoàng Huy³, Nguyễn Ngọc Hà³

¹Bệnh viện Nhi trung ương - 879/18 đường La Thành, phường Láng Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, Kim Liên, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương - 78 Giải Phóng, Phương Đình, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 08/04/2023; Ngày duyệt đăng 05/05/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Covid 19 gây hậu quả nặng nề trên tất cả các lĩnh vực của đời sống xã hội, trong đó có vấn đề trị liệu cho trẻ nghe kém tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Mục tiêu: Nêu những ảnh hưởng của đại dịch Covid 19 đến quá trình trị liệu cho trẻ nghe kém tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong 3 năm 2020, 2021, 2022.

Phương pháp: thống kê số trẻ nghe kém đến trị liệu tại Bệnh viện Nhi Trung ương (trong năm 2019, 2020, 2021, 2022), so sánh, miêu tả.

Kết quả: Số lượt trẻ nghe kém đến trị liệu năm 2020, 2021, 2022, giảm so với năm 2019; với mỗi lần sóng Covid lớn tác động đến Việt Nam thì dịch bệnh càng phức tạp thì số trẻ nghe kém đến trị liệu càng giảm; Covid 19 làm giảm các kĩ năng nghe, lời nói, ngôn ngữ của trẻ nghe kém khi quay lại trị liệu tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Kết luận: Covid 19 ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình trị liệu cho trẻ nghe kém tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Khi dịch phức tạp thì số lượng trẻ đến trị liệu giảm và ngược lại khi dịch ổn định hơn và được khống chế thì số lượt trẻ đến trị liệu cũng tăng lên.

Từ khóa: Covid 19, nghe kém, trị liệu ngôn ngữ

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đã 3 năm trôi qua kể từ khi Covid-19 (bệnh viêm đường hô hấp cấp do virus SARS-COV-2 gây ra) xuất hiện và trở thành đại dịch lớn nhất trên toàn cầu. Thế giới và Việt Nam đã trải qua đại dịch với nhiều biến động và mất mát to lớn. Toàn thế giới đã có hàng trăm triệu ca mắc Covid, hàng triệu người chết vì Covid 19. Tại Việt Nam, tính đến ngày 31.12.2022 đã ghi nhận tổng cộng hơn 11,5 triệu ca nhiễm Covid-19, trong đó hơn 10,6 triệu người đã khỏi bệnh. Tổng số bệnh nhân Covid-19 tử vong ở nước ta là hơn 43.100 trường hợp. Năm 2022 khép lại, ngành Y tế đã nỗ lực vượt qua nhiều khó khăn,

thách thức để thực hiện nhiệm vụ phòng chống dịch và bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe nhân dân. ... Có thể nói, Covid-19 gây ra rất nhiều ảnh hưởng trên nhiều các lĩnh vực khác nhau, từ y tế, kinh tế, văn hóa, xã hội, khoa học, giáo dục. Ngành y tế nói chung, Bệnh viện Nhi Trung ương nói riêng cũng không tránh khỏi những ảnh hưởng đó. Lĩnh vực trị liệu cho trẻ đặc biệt tại bệnh viện Nhi, trong đó có trị liệu ngôn ngữ lời nói cho trẻ nghe kém cũng đều chịu tác động lớn bởi đại dịch.... Để thấy được mức độ ảnh hưởng của Covid 19 đến quá trình trị liệu cho trẻ nghe kém, chúng tôi thực hiện nghiên cứu báo cáo với mục tiêu đánh giá “Ảnh hưởng của đại dịch covid đến quá trình trị liệu cho trẻ

*Tác giả liên hệ

Email: thuyngocluu1207@gmail.com

Điện thoại: (+84) 985142787

nghe kém ở Bệnh viện Nhi Trung ương”

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Là các trẻ nghe kém (đeo máy trợ thính hoặc cấy điện cực ốc tai) trị liệu ngôn ngữ tại bệnh viện Nhi trung ương trong 4 năm: 2019, 2020, 2021, 2022.

Phương pháp nghiên cứu:

+ Thống kê: Tổng số lượt trị liệu ngôn ngữ cho trẻ nghe kém tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong năm 2019 (trước khi có đại dịch), và 3 năm đại dịch Covid: 2020, 2021, 2022; tổng số trẻ nghe kém đến trị liệu ngôn ngữ trong từng năm kể trên; tổng số lượt trị liệu và số trẻ nghe kém trong những lần sóng Covid lớn tác động đến Việt Nam.

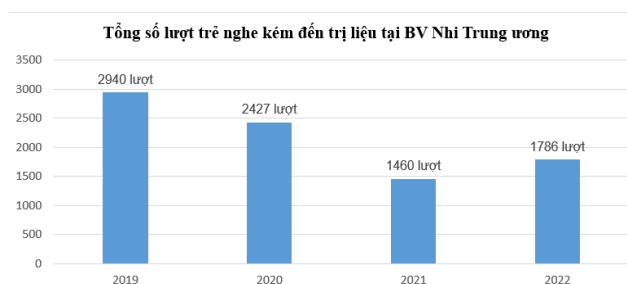
+ Miêu tả: Những dấu mốc lớn của đại dịch Covid và ảnh hưởng của nó đến quá trình trị liệu cho trẻ nghe kém ở Bệnh viện Nhi Trung ương.

+ So sánh: Số trẻ nghe kém, số lượt trị liệu cho trẻ nghe kém giữa các năm 2019, 2020, 2021, 2022 và giữa giai đoạn dịch bệnh cao điểm trong từng năm.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Covid 19 làm giảm tổng số lượt bệnh nhân nghe kém đến trị liệu tại Bệnh viện Nhi Trung ương

Mô hình trị liệu cho trẻ nghe kém tại Bệnh viện Nhi Trung ương là trị liệu cá nhân (bao gồm nhà trị liệu, trẻ nghe kém, và sự tham gia của phụ huynh trẻ) với thời lượng 45 phút được tính là một lượt can thiệp. Tùy theo từng trẻ mà sẽ có tần suất trị liệu khác nhau, có thể là 1 lượt, 2 lượt, 3 lượt hoặc nhiều hơn/ tuần. Chúng tôi tổng hợp được tổng số lượt bệnh nhân nghe kém đến trị liệu tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong năm 2019, 2020, 2021, 2022 để thấy được sự ảnh hưởng của dịch bệnh đối với quá trình trị liệu cho trẻ nghe kém. Kết quả cụ thể như sau:



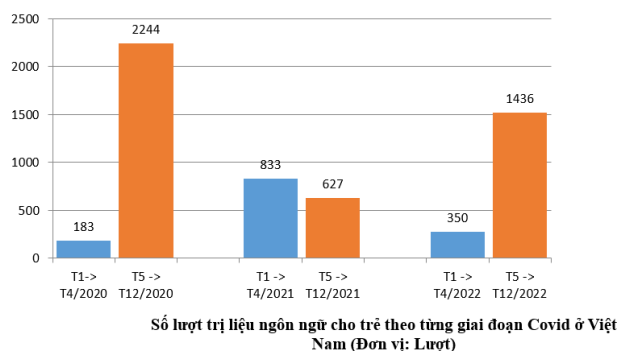
Bảng 1: Tổng số lượt trẻ nghe kém đến trị liệu ngôn ngữ trong năm 2019, 2020, 2021, 2022 tại Bệnh viện Nhi Trung ương

Từ bảng số liệu trên, ta thấy: nếu như năm 2019, giai

đoạn chưa có dịch Covid 19, tổng số lượt trẻ nghe kém đến trị liệu tại Bệnh viện Nhi Trung ương là 2940 lượt, thì đến năm 2020, khi Covid 19 xuất hiện ở Việt Nam theo từng vùng dịch thì số trẻ nghe kém đến trị liệu đã có xu hướng giảm xuống còn 2427 lượt. Năm 2021 là năm chịu ảnh hưởng nặng nề nhất của Covid 19 trên tất cả các lĩnh vực, vì vậy, đây là năm có số lượt trẻ khiếm thính đến trị liệu thấp nhất trong 4 năm, chỉ có 1460 lượt (giảm 1 nửa so với năm 2019 khi dịch chưa xuất hiện). Năm 2022, khi dịch bệnh Covid cơ bản được khống chế, đời sống kinh tế, văn hóa, xã hội dần được khôi phục, trong đó có lĩnh vực trị liệu cho trẻ nghe kém cũng có xu hướng tăng lên so với năm 2021, có tổng số 1786 lượt trẻ nghe kém đến trị liệu tại Bệnh viện Nhi Trung ương (tuy nhiên, con số này vẫn chưa thể bằng giai đoạn năm 2019 và năm 2020).

Như vậy, có thể thấy, tình hình dịch bệnh Covid 19 càng phức tạp, số ca Covid càng tăng thì số lượt trẻ nghe kém đến trị liệu tại Bệnh viện Nhi Trung ương càng giảm.

3.2. Covid 19 làm giảm số lượt trị liệu cho trẻ nghe kém ở Bệnh viện Nhi trung ương theo từng giai đoạn dịch bệnh ở Việt Nam



Bảng 2: Số lượt trị liệu cho trẻ nghe kém ở Bệnh viện Nhi Trung ương theo từng giai đoạn dịch bệnh Covid 19 ở Việt Nam

Từ bảng số liệu trên, chúng tôi đưa ra một số bàn luận như sau:

Cuối năm 2019, dịch Covid bắt đầu xuất hiện ở Trung Quốc, rồi lần lượt xuất hiện ở châu Âu, châu Á... Tháng 1 năm 2020, Việt Nam ghi nhận ca bệnh đầu tiên. Tháng 3 năm 2020, WHO công bố Covid 19 là đại dịch toàn cầu. Ngày 6/2/2020, tất cả các địa phương trên cả nước cho học sinh nghỉ học để phòng tránh Covid. Ngày 6/3/2020, Hà Nội công bố ca nhiễm Covid 19 đầu tiên trở về từ Anh. Đến ngày 31/3/2020, Thủ tướng Chính phủ ban hành chỉ thị số 16 về thực hiện cách ly toàn xã hội trong vòng 15 ngày.... Cùng nhìn lại những điều trên để thấy làn sóng Covid thứ nhất đã xuất hiện và diễn biến ở nước ta như thế nào trong 4 tháng đầu năm 2020. Nhiều lĩnh vực bị ảnh hưởng, tâm lý người dân

hoang mang, lo sợ. Điều đó đồng nghĩa với việc tổng số lượt trẻ nghe kém đến trị liệu ngôn ngữ trong năm 2020 có giảm sút trong 4 tháng đầu năm. Trong tổng số 2427 lượt trị liệu cho trẻ nghe kém trong năm 2020, thì 4 tháng đầu năm chỉ có 183 lượt (bình quân mỗi tháng có khoảng 46 lượt trẻ nghe kém đến trị liệu). Nguyên nhân của điều này hoàn toàn dễ hiểu bởi trước sự xuất hiện và lây lan của dịch bệnh Covid 19 trên thế giới, cùng với các ca Covid xuất hiện tại Việt Nam đã làm cho người dân lo lắng và cảnh giác. Cha mẹ trẻ, đặc biệt là các tỉnh ngoài Hà Nội thận trọng trong việc đưa con đi trị liệu bằng các phương tiện vận tải, rồi thận trọng với môi trường bệnh viện....

Ngày 24/4/2020, Chỉ thị 19 của Chính Phủ được ban hành, với nội dung nổi lòng, từng bước khôi phục kinh tế xã hội. Theo đó, từ tháng 5/2020 đến tháng 12 năm 2020, tổng số lượt trẻ nghe kém đến trị liệu ngôn ngữ tại Bệnh viện Nhi trung ương tăng vọt. Hơn 2244 lượt trẻ đến trị liệu trong 8 tháng (bình quân 280 lượt 1 tháng) là con số cao hơn rất nhiều so với 4 tháng đầu năm 2020 (183 lượt trẻ).

Làn sóng Covid thứ 2 từ ngày 25/7/2020- 27/1/2021 chủ yếu diễn ra ở Đà Nẵng, cùng với sự khoanh vùng, dập dịch, kiểm soát dịch rất tốt của Chính phủ cho nên ở các tỉnh phía Bắc, trong đó có Hà Nội, mọi mặt của đời sống dần dần được khôi phục. Vì thế, lĩnh vực trị liệu cho trẻ nghe kém trong giai đoạn này ở Bệnh viện Nhi Trung ương chưa chịu nhiều tác động của dịch bệnh.

Nhìn lại năm 2020, trải qua làn sóng Covid đầu tiên ở nước ta trong 4 tháng đầu năm, số lượt trẻ nghe kém đến trị liệu đã có sự giảm sút, nó ảnh hưởng đến tổng số lượt trẻ nghe kém đến trị liệu trong năm 2020.

Năm 2021 có thể nói là năm cả thế giới chịu ảnh hưởng nặng nề nhất do Covid 19 gây ra. Thế giới có hàng trăm nghìn ca mắc Covid mới mỗi ngày, và rất nhiều người tử vong. Đặc biệt, sự xuất hiện của biến chủng Delta có nguồn gốc từ Ấn Độ với tốc độ lây nhiễm cao và nguy hiểm hơn biến chủng của Anh rất nhiều lần đã làm cho số người nhiễm và tử vong trên khắp các quốc gia tăng đột biến. Sự phức tạp của dịch bệnh một lần nữa tạo ra làn sóng Covid thứ 3 ở Việt Nam, từ 27/1/2021 đến 26/4/2021. Đầu tháng 1 năm 2021, với sự xuất hiện các ca nhiễm mới ở Hải Dương, cùng với các ca mắc mới ở Quảng Ninh, Bắc Ninh, Hải Phòng, Hà Nội, Việt Nam lại một lần nữa bước vào làn sóng Covid mới. Hải Dương cách ly xã hội toàn tỉnh từ 16/2 đến 2/3/2021. Chính phủ đã tiến hành nhập khẩu Vaccine phòng Covid 19 đầu tháng 3, và Việt Nam bắt đầu tiêm chủng vào ngày 8/3/2021.

Theo thống kê cho thấy, 4 tháng đầu năm 2021, tổng số lượt trẻ nghe kém đến trị liệu tại bệnh viện có giảm hơn giai đoạn cuối năm 2020, nhưng trung bình 1 tháng vẫn có khoảng 208 tiết trị liệu.

Làn sóng Covid thứ 4 tại Việt Nam từ ngày 27/4 đến ngày 30/12/2021 gây hậu quả nặng nề trên tất cả các lĩnh vực của đời sống xã hội. Mở đầu là việc ghi nhận ca mắc biến chủng Delta của Ấn Độ đầu tiên tại Việt Nam ngày 30/4/2021. Sau đó là các ca lây nhiễm ở Bắc Giang. Ứng phó với tình hình trên, từ cuối tháng 4 năm 2021, Bệnh viện Nhi Trung ương đã tiến hành tiêm chủng vaccine ngừa Covid 19 cho cán bộ nhân viên bệnh viện. Từ tháng 5/2021, bệnh viện thực hiện xét nghiệm Covid với cán bộ nhân viên theo phương pháp RT-PCR 2 tuần/lần. Đối với các trẻ đến trị liệu ngôn ngữ tại bệnh viện được xét nghiệm PCR 2 tuần/lần hoàn toàn miễn phí. Với tình hình dịch bệnh phức tạp như trên nên tổng số lượt trẻ khiếm thính đến trị liệu ngôn ngữ trong tháng 5 và tháng 6 giảm hơn các tháng trước. Từ tháng 7/2021, trẻ trị liệu ngôn ngữ sẽ phải xét nghiệm Covid 1 lần/tuần bằng phương pháp RT-PCR. Đặc biệt, ngày 23/7/2021, Chủ tịch Ủy ban Nhân dân Thành phố Hà Nội ban hành Chỉ thị 16 về giãn cách xã hội trên địa bàn thành phố trong vòng 15 ngày và tiếp tục giãn cách đến 23/8/2021 cho nên trong tháng 8/2021, không có trẻ nghe kém nào trị liệu ở bệnh viện Nhi Trung ương. Những tháng cuối năm 2021, biến thể Delta hoành hành và cướp đi mạng sống của nhiều bệnh nhân Covid. Thành phố Hồ Chí Minh, các tỉnh phía Nam, rồi các tỉnh trong cả nước đều có người tử vong do Covid. 4 tháng cuối năm 2021, tổng số lượt trị liệu ngôn ngữ cho trẻ nghe kém tại bệnh viện thụt giảm hơn nhiều so với giai đoạn trước. Năm 2021 là năm có tổng số lượt trị liệu ngôn ngữ cho trẻ khiếm thính thấp nhất trong 3 năm: 2020, 2021 và 2022. Chỉ có tổng 1460 lượt trị liệu (trong đó 4 tháng đầu năm là 833 lượt, và 8 tháng sau chỉ có 627 lượt).

Năm 2022, tổng số lượt trị liệu ngôn ngữ cho trẻ nghe kém tăng nhiều hơn so với năm 2021. Cả năm 2022, có tổng số lượt trị liệu ngôn ngữ cho trẻ nghe kém là 1786 lượt, trong đó, số lượt trị liệu trong 4 tháng đầu năm không nhiều, chỉ có 350/1786 lượt (trung bình 87 lượt/tháng, và 4 tháng sau tăng lên 1436 lượt (trung bình 179 lượt/tháng). Điều này được lý giải như sau:

Cuối tháng 12/2021, Việt Nam ghi nhận ca mắc biến thể Omicron đầu tiên (đây là biến thể có tốc độ lây lan rất mạnh, nhưng không gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm như biến chủng Delta). Ca mắc Covid trên cả nước tăng rất mạnh, đặc biệt là 4 tháng đầu năm 2022. Với phần lớn dân số đã được tiêm phòng vaccine ngừa Covid, cùng với việc biến chủng Omicron gây ra triệu chứng nhẹ hơn, đồng thời rất nhiều người đã bị nhiễm Covid, cho nên từ tháng 5 đến tháng 12/2022, cuộc sống dần trở lại trạng thái mới, các hoạt động dần dần được khôi phục, trẻ em được đến trường, giao thông đi lại thuận lợi hơn. Vì vậy, trẻ nghe kém đã đến viện tham gia trị liệu ngôn ngữ đều đặn hơn, đặc biệt là trẻ nghe kém ở các tỉnh ngoài Hà Nội đã quay trở lại bệnh viện để tiếp tục được trị liệu...

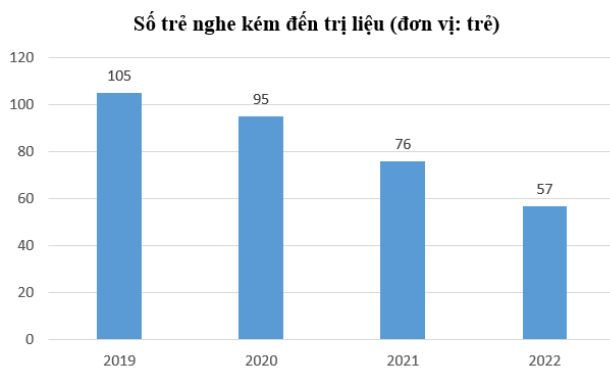
Tóm lại, Covid 19 đã ảnh hưởng đến tổng số lượt trị

liệu ngôn ngữ cho trẻ nghe kém tại Bệnh viện nhi Trung ương. Những làn sóng Covid chính diễn ra tại Việt Nam đã ảnh hưởng đến điều đó. Từ năm 2020 đến 2023, mỗi năm sẽ có vài tháng cao điểm giảm sút đáng kể số lượt trẻ nghe kém đến trị liệu ngôn ngữ. Điều này tương đồng với tình hình dịch bệnh và chính sách của Nhà nước. Trong đó, năm 2020 là năm có số lượt trị liệu cho trẻ nghe kém nhiều nhất trong 3 năm đại dịch (2427 lượt), nhưng so với năm 2019 (với 2940 lượt trị liệu), thì năm 2020 đã bị giảm đi hơn 500 lượt; năm 2021 là năm có số lượt trị liệu ít nhất (1460 lượt), và năm 2022 có xu hướng tăng trở lại (1786 lượt).

Như vậy, mỗi làn sóng Covid lớn xuất hiện ở Việt Nam đều làm giảm số lượt trẻ nghe kém đến trị liệu tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Trong đó, làn sóng Covid nào càng lớn, càng phức tạp và gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng thì số lượt trẻ nghe kém đến trị liệu càng giảm nhiều.

3.3. Covid 19 ảnh hưởng tới số lượng trẻ nghe kém đến trị liệu ngôn ngữ tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Với 4 làn sóng Covid lớn tác động mạnh đến Việt Nam trên tất cả các lĩnh vực của đời sống, với những chính sách của Chính phủ và Bệnh viện nhằm ngăn chặn, kiểm soát, hạn chế tác hại, sự lây lan của Covid 19, đảm bảo an toàn cho người dân và bệnh nhân; cùng với tâm lý lo sợ, e ngại dịch bệnh của người dân thì số lượng trẻ nghe kém đến trị liệu ngôn ngữ sụt giảm trong các năm đại dịch hoành hành là điều dễ hiểu. Kết quả cụ thể như sau:



Bảng 3: Tổng số trẻ nghe kém đến trị liệu ngôn ngữ trong năm 2019, 2020, 2021, 2022 tại Bệnh viện Nhi Trung ương

Với mỗi năm, do ảnh hưởng của dịch Covid 19 mà số lượng trẻ nghe kém đến trị liệu ngôn ngữ tại bệnh viện cũng thay đổi theo từng giai đoạn. Chẳng hạn:

Trong 4 tháng đầu năm 2020, chỉ có 19 trẻ nghe kém (gồm 8 trẻ ở Hà Nội và 11 trẻ ở các tỉnh lân cận) đến trị liệu. Từ tháng 5 đến tháng 12/2020, khi tình hình dịch bệnh ở miền Bắc ổn định, số trẻ nghe kém đến trị liệu ngôn ngữ tăng lên 80 trẻ (gồm 28 trẻ ở Hà Nội và 62 trẻ ngoài Hà Nội).

Trong 4 tháng đầu năm 2021, có 64 trẻ nghe kém đến trị liệu (29 trẻ ở Hà Nội và 35 trẻ ngoài Hà Nội). Bước sang giai đoạn từ tháng 5 đến tháng 12/2021, chỉ có 22 trẻ nghe kém đến trị liệu ngôn ngữ (Hà Nội là 10 trẻ và các tỉnh ngoài Hà Nội là 12 trẻ). Đặc biệt, từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2021 chỉ có các trẻ ở Hà Nội tham gia trị liệu ngôn ngữ (trong đó tháng 9 chỉ có 3 trẻ, tháng 10 có 10 trẻ).

Trong 4 tháng đầu năm 2022, có 11 trẻ nghe kém đến trị liệu ngôn ngữ (6 trẻ ở Hà Nội, 5 trẻ ở tỉnh ngoài Hà Nội), từ tháng 5 đến tháng 12 năm 2022, có 36 trẻ nghe kém đến trị liệu ngôn ngữ tại bệnh viện (Hà Nội có 14 trẻ và các tỉnh khác là 22 trẻ)

3.4. Covid 19 ảnh hưởng tới sự phát triển kỹ năng nghe, ngôn ngữ, lời nói của trẻ nghe kém

Đánh giá các trẻ nghe kém quay trở lại trị liệu ngôn ngữ tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong năm 2022, chúng tôi nhận thấy đa số các trẻ đều phát triển kỹ năng nghe, ngôn ngữ và lời nói chậm hơn so với mục tiêu đề ra trong giai đoạn trẻ được đi trị liệu trực tiếp. Trong giai đoạn dịch bùng phát mạnh, nhiều trẻ không được đi học, ở nhà cha mẹ trẻ ít quan tâm, dạy dỗ, trẻ xem nhiều tivi, điện thoại nên càng thoái lui so với giai đoạn được trị liệu trực tiếp tại bệnh viện. Thậm chí, nhiều trẻ có tham gia trị liệu ở địa phương nhưng nhà trị liệu không có nhiều chuyên môn trong can thiệp cho trẻ nghe kém (vốn dĩ có những chiến lược rất đặc thù) nên hiệu quả sau thời gian dài can thiệp không cao.

Một số biện pháp hỗ trợ của Bệnh viện Nhi Trung ương đối với công tác trị liệu ngôn ngữ cho trẻ nghe kém tại bệnh viện giai đoạn 2020-2022 là:

Từ tháng 5/2021, trước diễn biến phức tạp của dịch bệnh Covid 19, Bệnh viện đã tổ chức xét nghiệm Covid bằng phương pháp RT-PCR hoàn toàn miễn phí cho cán bộ nhân viên, trẻ và người nhà trẻ đến trị liệu ngôn ngữ. Điều này giúp sàng lọc, phát hiện ca bệnh Covid kịp thời, vừa đảm bảo an toàn cho nhân viên, và cũng là để bảo vệ an toàn cho chính bệnh nhân. Từ tháng 7 đến tháng 12 năm 2021, đều đặn 1 tuần 1 lần, trẻ và gia đình trẻ đến trị liệu ngôn ngữ tại bệnh viện được xét nghiệm Covid bằng phương pháp RT-PCR miễn phí.

Bệnh viện có cung cấp trang thiết bị phòng hộ cho nhân viên trong quá trình trị liệu ngôn ngữ như khẩu trang, tấm chắn giọt bắn, mũ...

Nhân viên trị liệu trao đổi, hỏi han tình hình bệnh nhân từ xa và hướng dẫn phụ huynh một số bài tập cho con ở nhà.

Một số khó khăn trong công tác trị liệu cho trẻ nghe kém tại bệnh viện Nhi Trung ương trong giai đoạn dịch bệnh Covid 19 là: trên thế giới, mô hình can thiệp trực tuyến, trị liệu từ xa cho trẻ đặc biệt trong thời gian diễn ra đại dịch đã được áp dụng thì ở Việt Nam, đặc biệt là ở các

bệnh viện công lập, mô hình này chưa được triển khai và áp dụng nhiều. Đây cũng là một đề xuất mà chúng tôi muốn nêu ra để cải thiện tốt hơn công tác trị liệu cho trẻ nghe kém trong tương lai cho các trường hợp khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng.

4. KẾT LUẬN

Với nghiên cứu: “Ảnh hưởng của đại dịch covid đến quá trình trị liệu cho trẻ nghe kém ở bệnh viện Nhi Trung ương”, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Covid 19 làm giảm tổng số lượt bệnh nhân nghe kém đến trị liệu ngôn ngữ tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2020, 2021, 2022 so với năm 2019
- Covid 19 làm giảm số lượt trị liệu cho trẻ nghe kém ở Bệnh viện Nhi trung ương theo từng giai đoạn dịch bệnh ở Việt Nam các năm 2020, 2021, 2022
- Covid 19 ảnh hưởng tới số lượng trẻ nghe kém đến trị liệu ngôn ngữ tại Bệnh viện Nhi Trung ương
- Covid 19 ảnh hưởng tới sự phát triển kỹ năng nghe, ngôn ngữ và lời nói của trẻ nghe kém.

Chúng tôi cũng đã trình bày một số nguyên nhân, đưa ra một số giải pháp để nâng cao hiệu quả của công tác trị liệu ngôn ngữ cho trẻ nghe kém tại Bệnh viện Nhi trung ương trong tương lai cho các trường hợp khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thị Hoàng Yên, Đại cương về giáo dục trẻ khiếm thính (2007), Nhà xuất bản Đại học sư phạm, Hà Nội
- [2] Báo Cáo Kết quả 02 năm triển khai công tác phòng, chống dịch COVID-19, <https://moh.gov.vn/documents/174521/1197117/4.COVID-19.pdf/e3254b2a-c902-4696-b0c7-cc4427b8f992>

- [3] Chỉ thị số 16/CT-TTg của Thủ tướng Chính phủ: Về thực hiện các biện pháp cấp bách phòng, chống dịch COVID-19, <https://vanban.chinhphu.vn/?pageid=27160&docid=199607>
- [4] Dấu mốc quan trọng 2 năm đại dịch Covid tấn công Việt Nam. <https://special.nhandan.vn/dau-moc-Covid-19/index.html>
- [5] Charney SA, Camarata SM, Chern A. Potential impact of the COVID-19 pandemic on communication and language skills in children [published online December 1, 2020]. *Otolaryngol Head Neck Surg*
- [6] Marc Marschark Patricia Elizabeth Spencer Editors, *Oxford handbook of Deaf Studies, Language, and Education* (2003), Oxford University press, London
- [7] Rafiah Patel, Elena Loraine, Mélanie Greesaux (2022), Impact of COVID-19 on digital practice in UK paediatric speech and language therapy and implications for the future: A national survey.
- [8] Pediatric Hearing Loss Management in the COVID-19 Era: Possible Consequences and Resources for the Next Future, <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/01945998211012677>
- [9] <https://www.cdc.gov/ncbddd/hearingloss/features/deaf-children-covid19-support.html>
- [10] <https://1specialplace.com/2020/10/14/speech-language-therapy-activities-for-kids-with-hearing-loss-during-covid-19>

SUBJECTIVE AND OBJECTIVE FACTORS AFFECT ON EFFECTIVE SPEECH THERAPY FOR CHILDREN WITH HEARING LOSS HAVING HEARING DEVICES

Nguyen Thi Thanh^{1*}, Nguyen Tuyet Xuong¹, Nguyen Xuan Nam²,
Nguyen Thi To Uyen², Nguyen Hoang Huy³, Nguyen Ngoc Ha³

¹Vietnam National Children's Hospital - 879/18 La Thanh street, Lang Thuong, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Kim Lien, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³National Otorhinorhynology Hospital of Vietnam - 78 Giai Phong, Phuong Dinh, Dong Da, Ha Noi, Vietnam

Received 04/03/2023

Revised 06/04/2023; Accepted 05/05/2023

ABSTRACT

Objective: Patients with hearing loss having hearing devices and speech therapy at Vietnam National Children's hospital does not achieve the expected results of auditory memory, language, speech and communication. There are subjective and objective factors that influence the effectiveness of speech therapy.

Methods: Describe retrospective study on 157 children with hearing loss from 18 months-10 years old received speech therapy at Audiology & Speech language therapy Unit, Otorhinolaryngology department, Vietnam National Children's hospital.

Results: Discovering subjective factors (hearing loss adding other diseases, hypoplastic nerve) and objective factors (distance, economy, family's attitude, power of hearing devices) affect the ability to auditory memory, language development, quality of speech.

Conclusion: Trying to find some solutions to overcome these limitations and then improve quality of speech, auditory memory and language development cause many patients are able to go to mainstream school.

Keywords: Hearing loss, speech therapy, subjective factors, objective factors

*Corresponding author
Email address: thanhlig46@yahoo.com
Phone number: (+84) 904787514



NHỮNG YẾU TỐ CHỦ QUAN VÀ KHÁCH QUAN ẢNH HƯỞNG ĐẾN HIỆU QUẢ TRỊ LIỆU NGÔN NGỮ CHO TRẺ NGHE KÉM CÓ SỬ DỤNG THIẾT BỊ TRỢ THÍNH

Nguyễn Thị Thanh^{1*}, Nguyễn Tuyết Xương¹, Nguyễn Xuân Nam²,
Nguyễn Thị Tố Uyên², Nguyễn Hoàng Huy³, Nguyễn Ngọc Hà³

¹Bệnh viện Nhi trung ương - 879/18 đường La Thành, phường Láng Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, Kim Liên, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương - 78 Giải Phóng, Phương Đình, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 06/04/2023; Ngày duyệt đăng 05/05/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu các yếu tố chủ quan và khách quan ảnh hưởng đến hiệu quả trị liệu ngôn ngữ cho trẻ nghe kém có sử dụng thiết bị trợ thính.

Phương pháp: Mô tả hồi cứu trên 157 bệnh nhân từ 18 tháng -10 tuổi được trị liệu tại đơn nguyên Thính học & Trị liệu Ngôn ngữ, khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Nhi Trung ương.

Kết quả: Yếu tố chủ quan (nghe kém kèm các bệnh khác, dây thần kinh bất thường) và khách quan (địa lý, kinh tế, thái độ gia đình, thiết bị trợ thính) dẫn đến ghi nhớ thính giác, ngôn ngữ, phát âm kém.

Kết luận: Sau khi phát hiện những hạn chế đã tìm các giải pháp để khắc phục giúp trị liệu ngôn ngữ hiệu quả hơn dẫn đến có nhiều trẻ có khả năng đi học hòa nhập.

Từ khóa: Nghe kém, trị liệu ngôn ngữ, yếu tố chủ quan, yếu tố khách quan

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ năm 2010-2022, tại bệnh viện Nhi Trung ương có khoảng 80% trẻ nghe kém sử dụng thiết bị trợ thính (máy trợ thính (MTT), ốc tai điện tử (OTDT) đã được trị liệu ngôn ngữ. Kỳ vọng của gia đình cũng như những người làm chuyên môn đều mong muốn những bệnh nhân nghe kém này có khả năng đi học hòa nhập như các trẻ có sức nghe bình thường khác. Tuy nhiên, sau khi được đeo thiết bị trợ thính, kết hợp với trị liệu ngôn ngữ, không phải bé nào cũng đạt được như kỳ vọng ban đầu. Do đó, nghiên cứu này chúng tôi đã tập trung vào việc tìm hiểu những yếu tố chủ quan và khách quan nào ảnh hưởng đến hiệu quả trị liệu ngôn ngữ cho trẻ nghe kém và từ đó chúng tôi cố gắng đi tìm những giải pháp

khắc phục, giúp trị liệu ngôn ngữ cho trẻ nghe kém đạt được hiệu quả tốt hơn về nghe hiểu, ngôn ngữ, phát âm để giúp các bé có thể đến trường hòa nhập giống như bao trẻ có sức nghe bình thường khác.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bằng phương pháp mô tả hồi cứu, chúng tôi nghiên cứu trên 157 bệnh nhân nghe kém từ 18 tháng đến 10 tuổi có đeo thiết bị trợ thính được trị liệu ngôn ngữ tại đơn nguyên Thính học & Trị liệu Ngôn ngữ, Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Nhi Trung ương từ năm 2010-2022.

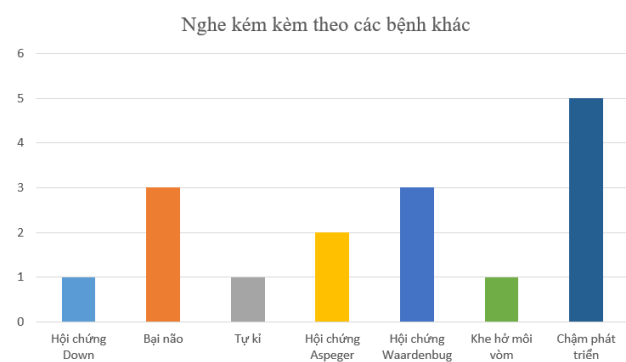
*Tác giả liên hệ
Email: thanhlig46@yahoo.com
Điện thoại: (+84) 904787514

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Sau khi được đeo máy trợ thính hoặc ốc tai điện tử, các bệnh nhi nghe kém đã đến trị liệu tại bệnh viện. Tần suất can thiệp, thời gian can thiệp của mỗi trẻ là khác nhau tùy thuộc vào mức độ nặng nhẹ, nhu cầu của gia đình và lượng bệnh nhân đến bệnh viện, chúng tôi nhận thấy rằng có rất nhiều trẻ đã không đạt được hiệu quả về nghe hiểu, ngôn ngữ, phát âm và giao tiếp theo các mốc phát triển. Có hai yếu tố chính đã ảnh hưởng đến hiệu quả trị liệu ngôn ngữ cho các nhân như này: yếu tố chủ quan (yếu tố nội tại của trẻ) và yếu tố khách quan (yếu tố bên ngoài trẻ).

Yếu tố chủ quan

Các bệnh nhân nghe kém có kèm theo các bệnh khác đã ảnh hưởng đến hiệu quả trị liệu ngôn ngữ của trẻ rất nhiều. Trong các năm qua, chúng tôi đã tiếp nhận tất cả 16 bệnh nhân nghe kém có kèm theo các bệnh và hội chứng khác nhau: hội chứng Down (D), bại não (BN), tự kỉ (TK), hội chứng Asperger (A), hội chứng Waardenburg W), khe hở môi vòm, (KHV) và chậm phát triển (CPT).

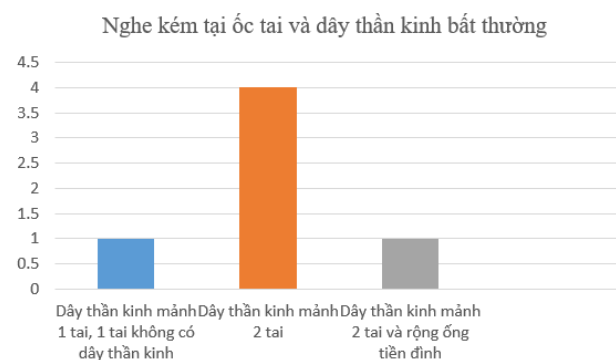


Trong 16 trẻ này, có 1 trẻ nghe kém kèm theo khe hở môi vòm toàn bộ đến tận mang tai, tai phải dị dạng vành tai, không có ống tai, tai trái nghe kém mức độ nặng sâu và đeo MTT tai trái. 15 trẻ còn lại đều được cấy OTDT (1 trẻ tự kỉ và 2 trẻ hội chứng Waardenburg được cấy OTDT hai tai, 12 trẻ với các bệnh kèm theo khác được cấy OTDT một tai). Các bé đều được trị liệu ngôn ngữ hàng tuần tại bệnh viện, mỗi trẻ lại có những ảnh hưởng khác nhau.

Bảng 1: Nghe kém kèm bệnh khác ảnh hưởng đến hiệu quả trị liệu ngôn ngữ

	Ghi nhớ thính giác	Ngôn ngữ hiểu	Ngôn ngữ diễn đạt	Phát âm	Giao tiếp
D	x	x	x	x	x
BN 1	x	x	x	x	x
BN 2			x	x	x
BN 3			x	x	x
TK					
A 1	x	x	x	x	x
A 2	x	x	x	x	x
W 1	x	x	x	x	x
W 2				x	
W 3				x	
KHV			x	x	x
CPT 1	x	x	x	x	x
CPT 2	x	x	x	x	x
CPT 3	x	x	x	x	x
CPT 4	x	x	x	x	x
CPT 5	x	x	x	x	x

Ngoài những bệnh nhân nghe kém có kèm theo các bệnh khác, còn có 6 bệnh nhân nghe kém có kèm theo dây thần kinh mảnh và rộng ống tiền đình.



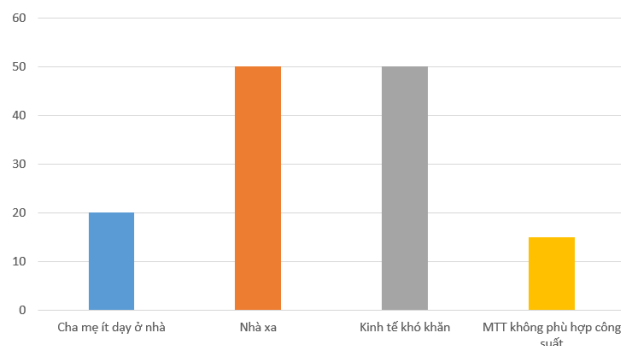
Cả 6 bệnh nhân có bất thường về dây thần kinh thính giác này đều được cấy OTDT, trong đó có 5 bé cấy OTDT 1 bên và có 1 bé cấy OTDT 2 bên. Chúng tôi nhận thấy rằng, khả năng ghi nhớ thính giác của các bé vẫn đạt được mức độ phân biệt được năm thành tố then chốt (bộ đóng lớn) ở khoảng cách sau tai diễn ra trong môi trường yên tĩnh. Nhưng khi ở khoảng cách xa, nhất là trong môi trường ồn hoặc kiểm tra thành tố then chốt bộ mở lớn thì khả năng ghi nhớ của những trẻ này chỉ có thể phân biệt được tối đa là hai thành tố then chốt. Ngôn ngữ hiểu thì lúc hiểu lúc không. Có hôm thì hiểu rất tốt nhưng có hôm lại không hiểu lời, hay phải hỏi lại và thường không tiên lượng trước được. Phát âm dễ hiểu ở mức độ âm vị và từ đơn, khi đến mức độ cụm từ

và câu thì các phụ âm phát âm sai nhiều, và đặc biệt hai thanh điệu hỏi và ngã có phần “mờ nhạt”. Do đó, xảy ra hiện tượng gián đoạn giao tiếp hai chiều của những trẻ này, nhất là trong môi trường đông người và ồn ào.

Bảng 2: Nghe kém có dây thần kinh bất thường ảnh hưởng đến hiệu quả trị liệu ngôn ngữ

	Ghi nhớ thính giác	Ngôn ngữ hiểu	Ngôn ngữ diễn đạt	Phát âm	Giao tiếp
DTKM, KDTK	x	x		x	x
DTKM2T 1	x	x	x	x	x
DTKM2T 2	x	x	x	x	x
DTKM2T 3	x	x	x	x	x
DTKM2T 4	x	x	x	x	x
DTKM2T & ROTD	x	x	x	x	x

Yếu tố khách quan



Đối với 20 trường hợp bệnh nhân nghe kém sau khi được đeo thiết bị trợ thính thì gia đình ít dạy ở nhà. Nguyên nhân không phải họ bận, không có thời gian dạy mà chủ yếu là họ đã không tương tác được với trẻ ở nhà (trẻ không chịu hợp tác để bố mẹ dạy) và cha mẹ không biết phương pháp để dạy trẻ ở nhà. Đối với 50 trường hợp nhà xa (chủ yếu là gia đình sống ở các tỉnh khác, ngoài Hà Nội), không sắp xếp được thời gian liên tục đều đặn hàng tuần trong vòng nhiều năm để đến bệnh viện trị liệu. 50 trường hợp khác là gia đình không đủ kinh tế chi trả cho trị liệu lâu dài và 15 trường hợp sức đeo MTT không phù hợp với sức nghe. Tất cả những trẻ này đều gặp khó khăn trong việc ghi nhớ thính giác, ngôn ngữ hiểu, ngôn ngữ diễn đạt, phát âm và giao tiếp, cụ thể là tuổi chức năng đều thấp hơn so với tuổi nghe và tuổi đời thực.

Bảng 3: Yếu tố khách quan ảnh hưởng đến hiệu quả trị liệu ngôn ngữ

	Ghi nhớ thính giác	Ngôn ngữ hiểu	Ngôn ngữ diễn đạt	Phát âm	Giao tiếp
Cha mẹ ít dạy ở nhà	x	x	x	x	x
Nhà xa	x	x	x	x	x
Kinh tế khó khăn	x	x	x	x	x
MTT không phù hợp công suất	x	x	x	x	x

Từ những yếu tố trên, chúng tôi đã cố gắng tìm ra một vài giải pháp để khắc phục:

Thứ nhất, đối với trường hợp bệnh nhân nghe kém có kèm theo các dị tật khác (hội chứng Down, bại não, tự kỉ, ...) chúng tôi đã phải kết hợp liên ngành. Đối với các trẻ bị bại não, chúng tôi kết hợp với chuyên khoa phục hồi chức năng để làm thêm về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu. Đối với các trẻ bị tự kỉ, chúng tôi kết hợp với chuyên khoa tâm bệnh để can thiệp về hành vi, hoạt động trị liệu và điều hòa cảm xúc. Thêm vào đó, trong quá trình trị liệu ngôn ngữ, chúng tôi đã sử dụng phương pháp giao tiếp tổng hợp để trị liệu cho các bé (phương pháp nghe-nhìn miệng, phương pháp nghe-nói, cử chỉ điệu bộ và ngôn ngữ kí hiệu).

Thứ hai, đối với trường hợp bệnh nhân ở ngoài Hà Nội, không có điều kiện về mặt thời gian, tiền bạc để đến trị liệu thường xuyên. Chúng tôi đã làm theo mô hình Sandwich. Đó là giai đoạn sau khi bắt thiết bị ốc tai điện tử, đeo máy trợ thính, chúng tôi làm lên tục trong vòng 6 tháng (gồm 1 buổi/tuần hoặc 5 buổi/tuần). Sau 6 tháng chúng tôi hướng dẫn gia đình về làm tại nhà và 6 tháng sau sẽ quay lại bệnh viện để đánh giá lại và tiếp tục trị liệu đợt mới (3 tháng hoặc 6 tháng tùy vào nhu cầu bệnh nhân). Trong quá trình gia đình tự dạy ở nhà, chúng tôi sẽ yêu cầu quay video và gửi lên bệnh viện 1 lần/tháng.

Thứ ba, đối với những gia đình không có điều kiện kinh tế duy trì việc trị liệu tại bệnh viện, chúng tôi đã xin tài trợ để hỗ trợ phần nào chi trả chi phí trị liệu tại bệnh viện.

Thứ tư, đối với những gia đình không biết tương tác, dạy con tại nhà như nào thì chúng tôi đã tổ chức mở lớp học “đào tạo phụ huynh PHNN cho trẻ nghe kém tại cộng đồng”. Hiện tại bệnh viện đã tổ chức được 4 khóa đào tạo như vậy. Mỗi khóa gồm có 5 buổi học (4 buổi học lý thuyết và 1 buổi thực hành trên chính con của họ).

Cuối cùng, đối với những trẻ đeo máy trợ thính không

đủ công suất, chúng tôi đã tiến hành tư vấn để các bé được thay MTT khác phù hợp với công suất hơn hoặc cây OTDT. Ngoài ra, có những trường hợp khó khăn, chúng tôi đã xin tài trợ được cho 5 trường hợp cây OTDT từ miễn phí và trị liệu 1 buổi/tuần trong vòng một năm miễn phí sau khi được cây OTDT cũng như bệnh viện tặng 10 MTT cho 10 cháu có hoàn cảnh khó khăn.

Để có một hiệu quả cho các trẻ bị nghe kém không hề đơn giản chỉ là đeo thiết bị trợ thính, sau đó học nói học nghe là các cháu có thể trở thành người bình thường. Có rất nhiều yếu tố khách quan cũng như chủ quan đã ảnh hưởng đến hiệu quả trị liệu ngôn ngữ cho trẻ nghe kém. Tuy có nhiều khó khăn, nhưng sau khi tìm ra những giải pháp để khắc phục, kết quả như sau:

Bảng 4: Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng đi học

Phân loại	Số lượng	Học trường hòa nhập	Học trường đặc biệt	Ở nhà
Nghe kém kèm theo bại não	3	2		1
Nghe kém kèm theo hội chứng Down	1		1	
Nghe kém kèm theo hội chứng Asperger	2	2		
Nghe kém kèm theo Tự kỉ	1		1	
Nghe kém có KHV	1	1		
Nghe kém kèm theo hội chứng Waardenburg	3	2	1	
Nghe kém kèm theo chậm phát triển	5		5	
Nghe kém có bất thường dây thần kinh thính giác	6	6		
Nghe kém không ở Hà Nội	50	40	10	
MTT không phù hợp công suất	15	10	5	
Cha mẹ ít dạy ở nhà	20	15	4	1
Không có điều kiện kinh tế	50	30	18	2

4. KẾT LUẬN

Những yếu tố chủ quan và khách quan đã ảnh hưởng đến hiệu quả trị liệu ngôn ngữ rất nhiều cho các bệnh nhân nghe kém. Mỗi yếu tố khác nhau, mức độ ảnh hưởng lại khác nhau. Có những trẻ gặp nhiều yếu tố bất lợi cùng một lúc nên ngoài việc khả năng nghe hiểu, ngôn ngữ, phát âm, và giao tiếp đều kém thì những bệnh nhân này còn không thể đi học hòa nhập như các trẻ có sức nghe bình thường được, mà chúng đã phải đến các trường đặc biệt như trường dành cho trẻ khiếm thính, hoặc trường giáo dục đặc biệt. Hơn nữa, có một vài trẻ đã phải ở nhà, và không thể đến trường học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Adrien A Eshraghi, Ronen Nazarian, Fred F Telischi et al., *Cochlear implantation in children with autism spectrum disorder*, Otol Neurotol 2015, 36(8): e 121-8 doi: 10.1097/MAO.0000000000000757
- [2] Craig A. Buchman; Holly F. B. Teagle; Patricia A. Roush et al., *Cochlear implantation in children with labyrinthine anomalies and cochlear nerve deficiency: Implications for auditory brainstem implantation*, Laryngoscope 2011, 121(9), 0–0. doi:10.1002/lary.22032
- [3] Daniel Ling. PhD, *Foundations of spoken language for hearing-impaired children*, Washington DC, AGBe 1989.
- [4] Elizabeth B. Cole, EdD, Carol Flexer, PhD, *Children with hearing loss Developing Listening and Talking*, Sandiego Oxford, Plural Publishing 2011.
- [5] Read A, Newton V, *Waardenburg syndrome*, J Med Genet 1997, Doi: 10.1136/jmg.34.8.656.
- [6] Lela Migirov, Yael Henkin, Minka Hildesheimer, Chava Muchnik & Jona Kronenberg, *Cochlear implantation in Waardenburg's syndrome*, Acta Oto-Laryngologica 2005, 125: 713-717
- [7] Mariann Gjervik heldah, Beth Eksveen, Marie Bunne, *Cochlear implants in eight children with Down Syndrome-Auditory performance and challenges in assessment*, Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2019, 126:109636 doi: 10.1016/j.ijporl.2019.109636
- [8] Warren Estabrooks, MEd, Dip.Ed.Deaf, Cert. AVT, *Auditory-Verbal Therapy and practice*, Washington DC, AGBe 2006.

THE DELIVERY MODEL AND OFFERED SERVICES OF SPEECH THERAPY FOR CHILDREN WITH HEARING LOSS AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Vu Thuy Linh^{1*}, Nguyen Tuyet Xuong¹, Nguyen Xuan Nam²,
Nguyen Thi To Uyen², Nguyen Hoang Huy³, Nguyen Ngoc Ha³

¹Vietnam National Children's Hospital - 879/18 La Thanh street, Lang Thuong, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Kim Lien, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³National Otorhinorhynology Hospital of Vietnam - 78 Giai Phong, Phuong Dinh, Dong Da, Ha Noi, Vietnam

Received 15/03/2023

Revised 08/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Introduction: There are about 34 million children with hearingloss in the world. Every in Vietnam, between 1,200 to 1,400 children are diagnosed with hearing impairment. Early detection and early intervention play a very important role.

Objective: To review the service delivery model and offered services of speech therapy for children with hearing loss at Vietnam National Children's hospital.

Methods: Observation, description.

Results: Vietnam National Children's hospital provides services of speech therapy interventions in a comprehensive, full-fledged, all-inclusive model, in line with the standard global paradigm and meeting the demand for hearing loss examination and treatment.

Conclusion: The service delivery model and offered services of speech therapy at Vietnam National Children's hospital have provided positive treatment not only to deaf children but also to their families and the society.

Keywords: Vietnam National Children's hospital, service delivery model and services of speech therapy, speech therapy, children with hearing loss, hearing loss.

*Corresponding author
Email address: linhling5510@gmail.com
Phone number: (+84) 976174389

MÔ HÌNH VÀ DỊCH VỤ TRỊ LIỆU NGÔN NGỮ CHO TRẺ NGHE KÉM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Vũ Thùy Linh^{1*}, Nguyễn Tuyết Xương¹, Nguyễn Xuân Nam², Nguyễn Thị Tố Uyên²,
Nguyễn Hoàng Huy³, Nguyễn Ngọc Hà³

¹Bệnh viện Nhi trung ương - 879/18 đường La Thành, phường Láng Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam.

²Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, Kim Liên, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương - 78 Giải Phóng, Phương Đình, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 15/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 08/04/2023; Ngày duyệt đăng 10/05/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, trên toàn cầu có khoảng 34 triệu trẻ khiếm thính. Ở Việt Nam, hàng năm có từ 1.200 đến 1.400 trẻ được phát hiện khiếm thính. Đây là một con số rất lớn. Phát hiện sớm và can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính đóng một vai trò hết sức quan trọng.

Mục tiêu: Tổng quan về mô hình và các dịch vụ trị liệu ngôn ngữ cho trẻ nghe kém tại bệnh viện Nhi trung ương.

Phương pháp: Quan sát, mô tả.

Kết quả: Bệnh viện Nhi trung ương có mô hình và dịch vụ can thiệp khiếm thính toàn diện, hoàn chỉnh, khép kín, phát triển theo mô hình chung trên thế giới, đáp ứng nhu cầu khám và điều trị dành cho trẻ khiếm thính.

Kết luận: Mô hình và dịch vụ trị liệu ngôn ngữ cho trẻ khiếm thính tại bệnh viện Nhi trung ương đã và đang mang lại những hiệu quả điều trị tích cực không chỉ đối với các trẻ khiếm thính mà còn đối với gia đình trẻ khiếm thính và toàn xã hội.

Từ khóa: Bệnh viện Nhi trung ương, mô hình và dịch vụ trị liệu ngôn ngữ, trị liệu ngôn ngữ, trẻ khiếm thính, khiếm thính.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghe kém là hiện tượng giảm một phần hay toàn bộ khả năng cảm nhận về âm thanh [1, 3]. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới, có khoảng 5% dân số, tương đương với 360 triệu người trên toàn thế giới bị nghe kém. Trong đó, khoảng 34 triệu người khiếm thính là trẻ em [6]. Ở các nước phương Tây, tỷ lệ mất thính lực vào khoảng 2/1000, và tỉ lệ cao hơn khoảng 4 lần ở các khu vực khác trên thế giới như Châu Phi, cận Sahara hoặc Nam Á, là một tỉ lệ khá cao [5]. Các biện pháp chẩn đoán và can thiệp mất thính lực ở trẻ em vì thế đóng một vai trò vô cùng quan trọng và đã có nhiều thay đổi nhanh chóng. Hiệu quả của can thiệp sớm phần lớn được quyết định bởi chất lượng của các mạng lưới y tế

quốc gia và khu vực cũng như sự tham gia tích cực của các gia đình. Sàng lọc thính lực cho trẻ sơ sinh, tiếp theo là chẩn đoán kịp thời và can thiệp bằng công nghệ trợ thính; kết hợp với trị liệu ngôn ngữ, can thiệp sớm, lấy gia đình làm trung tâm đã cho thấy những ảnh hưởng đáng kể đối với sự phát triển ngôn ngữ và tâm lý xã hội của trẻ em và đối với chất lượng cuộc sống của gia đình [5, 6]. Do đó, mất thính lực ở trẻ em đã được chứng minh là một tình trạng có thể điều chỉnh và phục hồi.

Ở nhiều nước trên thế giới như Mỹ, Úc, Ấn Độ,... can thiệp đa chiều cùng với trị liệu ngôn ngữ, can thiệp sớm lấy gia đình làm trung tâm được chứng minh là có thể hỗ trợ hiệu quả cho khả năng phục hồi của trẻ khiếm thính [7].

*Tác giả liên hệ

Email: linhling5510@gmail.com

Điện thoại: (+84) 976174389



Ở Việt Nam, tỉ lệ nghe kém thuộc mức cao trong khu vực và trên thế giới, với ước tính khoảng 1,6 triệu người bị nghe kém. Hàng năm có từ 1.200 đến 1.400 trẻ được phát hiện khiếm thính [4]. Đây là một con số rất lớn. Chính vì thế, phát hiện sớm và can thiệp sớm, đặc biệt là hoạt động trị liệu ngôn ngữ cho trẻ khiếm thính đóng một vai trò hết sức quan trọng. Tại Bệnh viện Nhi trung ương, mô hình và các dịch vụ can thiệp nghe kém nói chung, hoạt động trị liệu ngôn ngữ cho trẻ nghe kém nói riêng đã được triển khai suốt hơn hai thập kỉ qua, mang lại những hiệu quả tích cực không chỉ đối với các trẻ khiếm thính mà còn đối với gia đình trẻ khiếm thính và toàn xã hội.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Mô hình và dịch vụ trị liệu ngôn ngữ cho trẻ khiếm thính tại đơn nguyên Thính học & Trị liệu ngôn ngữ, khoa Tai mũi họng, bệnh viện Nhi Trung ương.

Các trẻ khiếm thính và phụ huynh có trẻ khiếm thính đã được can thiệp thiết bị trợ thính và trị liệu ngôn ngữ tại đơn nguyên Thính học & Trị liệu ngôn ngữ, khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Để phục vụ cho mục đích của báo cáo, chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu quan sát, mô tả về mô hình và dịch vụ trị liệu ngôn ngữ cho trẻ nghe kém tại đơn nguyên Thính học & Trị liệu ngôn ngữ, khoa Tai mũi họng, bệnh viện Nhi Trung ương.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Trải qua quá trình hình thành và phát triển, đơn nguyên Thính học & Trị liệu ngôn ngữ, khoa Tai mũi họng, bệnh viện Nhi Trung ương luôn khẳng định vị thế hàng đầu của mình trong công tác sàng lọc, chẩn đoán, can thiệp và trị liệu cho trẻ khiếm thính. Chúng tôi có mô hình và dịch vụ can thiệp toàn diện, hoàn chỉnh, khép kín, phát triển theo mô hình chung trên thế giới, đáp ứng nhu cầu khám và điều trị dành cho trẻ khiếm thính.

3.1. Mô hình trị liệu ngôn ngữ lấy trẻ và gia đình trẻ làm trung tâm

Trị liệu ngôn ngữ cho trẻ khiếm thính sau can thiệp thiết bị trợ thính là một việc vô cùng quan trọng. Nó quyết định trẻ khiếm thính có thể phát triển ngôn ngữ và giao tiếp được hay không? Kết quả trị liệu ngôn ngữ cho trẻ khiếm thính là tổng hòa của rất nhiều yếu tố ảnh hưởng khác nhau trên một trẻ. Trên thế giới, có rất nhiều phương pháp phục hồi để giúp trẻ khiếm thính có thể giao tiếp với người khác như: phương pháp audi-

tory – oral (nghe – nhìn miệng), phương pháp auditory – verbal (nghe – nói), bilingual – bicultural (hai ngôn ngữ - hai văn hóa), cued speech (lời nói dấu hiệu), total communication (giao tiếp tổng hợp). Trong đó, phương pháp auditory – verbal là phương pháp giúp trẻ khiếm thính có thể giao tiếp bằng lời nói một cách hiệu quả nhất thông qua con đường lắng nghe, áp dụng cho đối tượng trẻ nghe kém sau can thiệp thiết bị trợ thính [7, 8, 9].

Tại bệnh viện, chúng tôi cũng đã và đang áp dụng trị liệu ngôn ngữ cho trẻ khiếm thính sau can thiệp thiết bị trợ thính bằng phương pháp AVT (auditory – verbal – therapy) là phương pháp trị liệu nghe - nói, tăng cường khả năng nghe tối đa để phát triển ngôn ngữ nói, phục hồi trên hai phương diện thính giác và ngôn ngữ, lấy trẻ và gia đình là trung tâm của quá trình trị liệu. Mọi hoạt động trị liệu tuân thủ theo 10 nguyên tắc chung về trị liệu AVT như nhiều nước trên thế giới, lấy trẻ và gia đình trẻ làm trung tâm.

Trẻ khiếm thính là trung tâm

Ở bệnh viện Nhi trung ương, trung bình mỗi năm có khoảng 2000 lượt trẻ khiếm thính tham gia trị liệu ngôn ngữ (tính đến trước thời điểm đại dịch Covid 19). Nhóm trẻ này khá đa dạng bao gồm các trẻ ở nhiều lứa tuổi khác nhau, đến từ nhiều địa phương khác nhau, được can thiệp các loại thiết bị trợ thính khác nhau, có nhiều trẻ kèm theo bệnh lí khác ngoài nghe kém (Như sút môi hở hàm ếch, chậm phát triển tâm thần các mức độ, tăng động giảm chú ý, Down, rối loạn phổ tự kỉ,...), nhiều trẻ nghe kém kèm theo những dị dạng về tai (dị dạng khoang chung, dị dạng ốc tai, rộng công tiền đình,...), nhiều trẻ nghe kém kèm theo hội chứng khác (Waardenburg,...). Vì vậy, trong mô hình can thiệp lấy trẻ làm trung tâm, mỗi trẻ đều có một chương trình can thiệp và theo dõi cụ thể, khác nhau.

Mỗi trẻ khiếm thính có một kế hoạch trị liệu riêng biệt

Kế hoạch các buổi trị liệu tại bệnh viện được thiết kế phù hợp, cá nhân hóa cho từng trẻ dựa trên sức nghe, tuổi nghe, giai đoạn phát triển, mức độ phát triển, tình trạng bệnh lí khác kèm theo (nếu có), mục tiêu huấn luyện dài hạn - ngắn hạn, và sự kì vọng của gia đình.... Chương trình huấn luyện được xây dựng dựa trên năm lĩnh vực chính của chương trình huấn luyện trên thế giới, và các chương trình huấn luyện chuyên giao của Quỹ toàn cầu dành cho Trẻ khiếm thính (Global Foundation for Children with Hearing loss) tại Việt Nam nói chung, tại bệnh viện Nhi trung ương nói riêng, bao gồm các kĩ năng về:

- Nghe: Nhận biết âm thanh, ngôn ngữ nói.
- Lời nói: Sự phát triển ngữ âm, âm vị học.
- Ngôn ngữ: Bao gồm ngôn ngữ tiếp nhận (mức độ hiểu ngôn ngữ) và ngôn ngữ diễn đạt (mức độ diễn đạt ngôn ngữ).

ngữ)

- Nhận thức/ vui chơi: Các kỹ năng tương tác, vui chơi, vận động tinh, vận động thô phù hợp lứa tuổi

- Đọc/ viết: Nhận biết chữ cái, đọc và viết.

Mỗi trẻ khiếm thính có kế hoạch theo dõi phát triển dành riêng

Kế hoạch theo dõi phát triển cho trẻ khiếm thính bao gồm theo dõi, quản lý sức nghe và đánh giá sự phát triển về ngôn ngữ, lời nói và giao tiếp:

Quản lý sức nghe được thực hiện định kỳ, thường đi cùng với những mốc thời gian hiệu chỉnh thiết bị trợ thính, hoặc khi có những bất thường xảy ra. Các kết quả mỗi lần theo dõi thính lực được lưu trữ lại một bộ trong bộ hồ sơ của từng trẻ, một bộ được giao cho các trị liệu viên lưu lại trong hồ sơ bệnh án trị liệu ngôn ngữ ngoại trú. Dưới đây là bảng thống kê theo dõi về kết quả đo thính lực định kỳ của bệnh nhi Nguyễn Hải Ph. (Sinh ngày 18/10/2015, cây ốc tai điện tử tai phải, bật máy ngày 21/6/2018).

Đánh giá ngôn ngữ được tiến hành theo các mốc tuổi nghe của trẻ nhằm ghi lại kết quả của quá trình trị liệu ngôn ngữ. Thông thường, chúng tôi tiến hành đánh giá định kỳ trẻ theo các mốc tuổi nghe: 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng, 24 tháng, 36 tháng, 48 tháng,

60 tháng sau trị liệu. Quá trình đánh giá luôn tiến hành đều đặn, thường kết hợp với các đợt hiệu chỉnh thiết bị trợ thính. Ngoài ra, trẻ có những đánh giá đột xuất khi nhà thính học hoặc nhà trị liệu có những nghi ngờ về sự thay đổi thính lực của trẻ cần chú ý.

Bảng 1: Theo dõi sức nghe định kỳ của bệnh nhi Nguyễn Hải Ph. (ĐVT: dB)

Tần số Thời gian	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz	8000 Hz
8/2018	50	30	30	25	35	40
11/2018	50	30	30	25	35	40
2/2019	50	35	35	25	35	40
5/2019	40	35	35	30	35	30
8/2019	40	40	40	35	40	30
8/2020	30	25	25	25	20	25
8/2021	30	25	25	25	20	25

Bảng dưới đây là kết quả đánh giá ngôn ngữ theo các mốc của bệnh nhi Nguyễn Hải Ph. (Sinh ngày 18/10/2015, cây ốc tai điện tử tai phải, bật máy ngày 21/6/2018).

Bảng 2: Bảng theo dõi sự phát triển ngôn ngữ

Thời gian đánh giá	Tuổi thực (tháng)	Tuổi nghe (tháng)	Tuổi chức năng ngôn ngữ hiện tại (tháng)	Tốc độ phát triển	Chênh lệch tuổi ngôn ngữ và tuổi thực (tháng)
8/2018	34	01	0 – 3	Tương đương	34 – 31
11/2018	37	03	0 – 3	Tương đương	37 – 34
2/2019	40	6	4 – 6	Tương đương	36 – 34
5/2019	43	9	7 – 9	Tương đương	36 – 34
8/2019	46	12	12 – 15	Vượt 0–3 tháng	34 – 31
8/2020	58	24	31 – 36	Vượt 7–12 tháng	27 – 22
8/2021	60	36	37 – 42	Vượt 1–6 tháng	23 – 18

Phụ huynh đồng hành

Trong các buổi trị liệu, phụ huynh luôn đồng hành cùng trẻ, tham gia vào quá trình trị liệu. Phụ huynh phối hợp với nhà trị liệu để buổi học đạt hiệu quả cao nhất. Ở mỗi buổi, trị liệu viên sẽ trao đổi, giải thích rõ về các mục tiêu và chiến lược của buổi học, đồng thời hướng dẫn phụ huynh các mục tiêu họ cần thực hành với trẻ

tại nhà hoặc tại cộng đồng. Phụ huynh được yêu cầu ghi chép nội dung, đánh giá về các mục tiêu và hoạt động diễn ra trong buổi trị liệu vào một cuốn sổ cá nhân, gọi là “Sổ trị liệu” để cùng chủ động theo dõi quá trình trị liệu và phát triển của trẻ.

Ngoài ra, bệnh viện còn tổ chức những buổi hội thảo chia sẻ chuyên môn phù hợp dành cho phụ huynh;

tổ chức lớp học dành cho phụ huynh (đặc biệt là đối tượng phụ huynh ở các tỉnh xa, các phụ huynh không thể thường xuyên đưa trẻ đến trị liệu tại viện); cung cấp các tài liệu phát tay, các phiếu bài tập, phiếu theo dõi sức nghe. Bên cạnh đó, cha mẹ trẻ còn được cung cấp thêm các kiến thức và kỹ năng liên quan đến thiết bị trợ thính, cấu tạo, lợi ích, cách sử dụng, cách bảo quản, cách xử lý một số trục trặc,... Tất cả hoạt động trên nhằm mục đích nhằm nâng cao trách nhiệm, nhận thức, kỹ năng dạy trẻ và sự phối hợp với nhà chuyên môn của phụ huynh trong hành trình phục hồi ngôn ngữ cho trẻ.

3.2. Mô hình trị liệu cá nhân 1:1

Mỗi buổi trị liệu được tổ chức theo mô hình cá nhân 1-1 (1 nhà trị liệu – 1 trẻ khiếm thính, và sự tham gia của phụ huynh), kéo dài trong 45 phút.

Khi tham gia các buổi trị liệu tại bệnh viện, trẻ bắt buộc phải đi cùng cha mẹ/ người chăm sóc tới bệnh viện để trị liệu ngôn ngữ ít nhất 1 lần/ tuần, tốt nhất là trẻ được trị liệu từ 2 đến 3 lần/ 1 tuần.

Để phục vụ cho mô hình trị liệu cá nhân 1:1 đặc thù dành cho trẻ khiếm thính, chúng tôi có hệ thống phòng trị liệu ngôn ngữ đạt chuẩn:

- + Phòng riêng, rộng rãi, đảm bảo đủ khoảng cách tối thiểu cho mục đích trị liệu. Phòng sáng sủa, sạch sẽ, thoáng mát, cách âm, không dội âm, đảm bảo yên tĩnh.
- + Thiết bị phòng học thân thiện với trẻ em.
- + Mỗi phòng đều được trang bị đồ chơi, đồ dùng và học liệu phù hợp, bố trí hợp lý, phân loại theo nhóm hoạt động và có nơi cất chúng khỏi tầm mắt của trẻ khi học, giúp trẻ không bị xao nhãng.

Hình 1: Mô hình trị liệu 1:1



Hình 2: Phòng trị liệu cá nhân



3.3. Hoạt động trị liệu ngôn ngữ nằm trong mô hình can thiệp toàn diện, khép kín về nghe kém.

Mỗi trẻ khiếm thính và gia đình trẻ can thiệp và trị liệu ngôn ngữ tại bệnh viện đều nhận được sự hỗ trợ tối ưu của đội ngũ chuyên môn từ mô hình can thiệp toàn diện, khép kín về nghe kém.

Mô hình can thiệp toàn diện, khép kín về nghe kém bao gồm tất cả các dịch vụ cần thiết trong khám và điều trị nghe kém từ sàng lọc, chẩn đoán, can thiệp thiết bị trợ thính đến trị liệu ngôn ngữ. Chính vì vậy, hành trình từ khi một em bé có nghi ngờ nghe kém đến khi can thiệp thiết bị và trị liệu ngôn ngữ đều nằm trong mô hình can thiệp này. Đầu tiên, trẻ được làm các test đo sàng lọc nghe kém. Tiếp theo, bác sĩ thính học sẽ chỉ định làm các test đo thính giác chuyên sâu tùy thuộc vào tình hình thực tế của trẻ. Khi có được kết quả thính lực, các bác sĩ sẽ đưa ra chẩn đoán về nghe kém, dạng và mức độ nghe kém. Sau khi có kết quả đo thính lực liên quan đến nghe kém, gia đình sẽ tiếp tục được tư vấn những giải pháp can thiệp thiết bị trợ thính phù hợp với trẻ. Tùy theo dạng và mức độ nghe kém, các bác sĩ sẽ chỉ định sử dụng máy trợ thính, cấy điện cực ốc tai hay hệ thống FM. Đặc biệt, trong mô hình này, chúng tôi có dịch vụ phẫu thuật cấy ốc tai điện từ. Khi trẻ khiếm thính cấy ốc tai, một quy trình hoàn chỉnh sẽ được áp dụng đối với bệnh nhi để chuẩn bị các bước cần thiết trước phẫu thuật, phẫu thuật và sau phẫu thuật. Sau khi trẻ được can thiệp thiết bị trợ thính, hoạt động tiếp theo là hiệu chỉnh thiết bị. Điều này đảm bảo thiết bị trợ thính hoạt động hiệu quả, mang lại lợi ích tối ưu về nghe cho trẻ khiếm thính. Cuối cùng là dịch vụ trị liệu ngôn ngữ giúp phục hồi, phát triển ngôn ngữ, lời nói và giao tiếp cho trẻ khiếm thính.

Mô hình can thiệp toàn diện, khép kín về nghe kém tại bệnh viện có một đội ngũ nhà chuyên môn; nhiều người

có trình độ cao, giàu kinh nghiệm. Đội ngũ này hoạt động tương tác cùng nhau nhằm hỗ trợ toàn diện cho trẻ khiếm thính và gia đình trẻ từ khâu sàng lọc, chẩn đoán đến can thiệp và trị liệu ngôn ngữ. Trong đó, đội ngũ chuyên gia nòng cốt là các bác sĩ tai mũi họng, bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ thính học, kỹ thuật viên thính học, kỹ thuật viên hiệu chỉnh thiết bị trợ thính, điều dưỡng viên, trị liệu viên. Ngoài ra còn có sự tham gia khi cần thiết của các bác sĩ răng hàm mặt (hỗ trợ bệnh nhi nghe kém bị ngăn phanh lưỡi cần phẫu thuật, bị khe hở môi vòm,...), bác sĩ chỉnh hình nhi (khi bệnh nhi nghe kém bị thiếu sản vành tai, ống tai,...), các chuyên gia tâm lý (khi bệnh nhân nghe kém bị rối loạn phổ tự kỉ, tăng động giảm chú ý, chậm phát triển tâm thần các mức độ,...), các chuyên gia phục hồi chức năng, (khi bệnh nhân nghe kém bị Down, bị bại não,...).

Hình 3: Trẻ khiếm thính kiểm tra thính lực định kì tại bệnh viện.



Hình 4: Cấy ốc tai điện tử tại bệnh viện Nhi trung ương.



Có thể nói, mô hình trị liệu ngôn ngữ AVT tại bệnh viện tuân thủ nguyên tắc lấy trẻ làm trung tâm của mọi can thiệp, ưu tiên huấn luyện phụ huynh trong suốt hành trình hoàn toàn phù hợp với mô hình và những nguyên

tắc trị liệu ngôn ngữ nghe – nói cho trẻ khiếm thính trên toàn cầu, đã áp dụng thành công ở rất nhiều nước trên thế giới.

Mô hình trị liệu nghe – nói 1:1, lấy trẻ và gia đình làm trung tâm đã mang lại nhiều hiệu quả tích cực cho trẻ khiếm thính và gia đình trẻ. Sau một thời gian can thiệp và trị liệu tại bệnh viện, hầu hết trẻ khiếm thính có thể phục hồi về sức nghe, giao tiếp tốt, phát triển tốt đến gần như bình thường về ngôn ngữ, lời nói, giao tiếp; nhiều trẻ có thể đi học tại các trường hòa nhập. Phụ huynh của trẻ nghe kém dần phát triển về nhận thức, kỹ năng dạy trẻ và có sự phối hợp chặt chẽ với nhà chuyên môn. Đặc biệt, vòng khép kín của mô hình trị liệu đã giúp cho phụ huynh luôn dễ dàng tìm kiếm và nhận được các sự hỗ trợ, tư vấn kịp thời từ phía nhà chuyên môn. Ví dụ như việc xử lý các vấn đề dị ứng vết mổ trên tai, viêm nhiễm vùng tiếp xúc của điện cực, hiệu chỉnh - bảo dưỡng – bảo hành thiết bị,... Cuối cùng, cha mẹ và người chăm sóc đạt được sự tin tưởng rằng con của họ có thể tiếp cận đầy đủ các lựa chọn về y tế, học tập.

Hoạt động trị liệu ngôn ngữ nằm trong mô hình can thiệp toàn diện, khép kín về nghe kém đã mang lại lợi ích tối đa cho trẻ khiếm thính, tạo sự tin tưởng, yên tâm cho gia đình trẻ. Song song với trị liệu ngôn ngữ trẻ được đo thính giác định kì, hiệu chỉnh và bảo hành thiết bị trợ thính tại chỗ, hoặc thăm khám tai mũi họng khi cần thiết. Bên cạnh đó, mô hình can thiệp này cũng giúp cho các nhà chuyên môn có thể chăm sóc, quản lý bệnh nhân của mình một cách tốt nhất.

Đặc biệt sự phối hợp chặt chẽ giữa các nhà chuyên môn đã giúp cho hoạt động khám và điều trị nghe kém tại bệnh đạt hiệu quả tối ưu, đảm bảo sự thuận lợi, liên tục, hiệu quả trong điều trị. Những quyết định can thiệp cuối cùng trên trẻ nghe kém đều dựa trên sự tổng hợp các kết quả đo thính lực, kết quả đánh giá ngôn ngữ, kết quả đánh giá từ chuyên khoa khác (nếu có/ khi cần) và sự kì vọng của gia đình. Vì vậy, trẻ khiếm thính và gia đình trẻ luôn nhận được sự hỗ trợ, tư vấn và can thiệp tốt nhất, phù hợp nhất. Các nhà chuyên môn chủ động nắm bắt được tình hình, có cái nhìn tổng thể về trẻ, trên cơ sở đó đưa ra những mục tiêu và chiến lược can thiệp tốt nhất, phù hợp nhất dành cho trẻ. Có thể nói, đây là một mô hình can thiệp tổng thể, hiệu quả cao và là thể mạnh nổi trội, đáng tự hào của bệnh viện Nhi trung ương.

Tuy nhiên, bên cạnh đó, do nhân lực còn hạn chế, nên chúng tôi mới triển khai hoạt động can thiệp trực tiếp tại viện đối với trẻ khiếm thính và phụ huynh của trẻ, mà chưa triển khai các hoạt động hỗ trợ trị liệu hòa nhập tại cộng đồng. Nhiều gia đình trẻ ở các tỉnh xa so với bệnh viện; nhiều phụ huynh khó sắp xếp công việc; nhiều gia đình có hoàn cảnh khó khăn, không đủ điều kiện đưa trẻ đi học thường xuyên và lâu dài đã khiến cho quá trình trị liệu ngôn ngữ của nhiều trẻ không được liên tục, hoặc phải dừng giữa chừng, hiệu quả trị liệu ngôn ngữ



chưa cao. Vì thế, có nhiều trẻ đã được can thiệp thiết bị trợ thính phù hợp, nhưng vẫn chưa thể phát triển ngôn ngữ, lời nói một cách tốt nhất như kì vọng của gia đình và nhà chuyên môn.

4. KẾT LUẬN

Mô hình và dịch vụ can thiệp nói chung, trị liệu ngôn ngữ nói riêng dành cho trẻ khiếm thính tại bệnh viện Nhi trung ương là một mô hình hình khám và điều trị nghe kém toàn diện, khép kín, chất lượng cao đáp ứng khá đầy đủ nhu cầu của trẻ khiếm thính và gia đình của trẻ khiếm thính.

Đây là một mô hình trị liệu hoạt động hiệu quả, đã và đang mang lại những kết quả điều trị tích cực không chỉ đối với các trẻ khiếm thính mà còn đối với gia đình trẻ khiếm thính và toàn xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lương Sỹ Cần. Điếc và nghễnh ngãng, một số điểm lịch sử về chuyên môn kỹ thuật. Nội san Tai Mũi Họng Hà Nội, 1995.
- [2] Vũ Thị Bích Hạnh. Hướng dẫn thực hành âm ngữ trị liệu. Nhà xuất bản Y học. 2004.
- [3] Ngô Ngọc Liễn. Thính học ứng dụng. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2001.
- [4] Nguyễn Tuyết Xương. Tỷ lệ nghe kém và một số đặc điểm nghe kém ở trẻ từ 2 tuổi đến 5 tuổi ở các trường mẫu giáo công lập nội thành thành phố Hà Nội. Luận án tiến sĩ dịch tễ học. Viện vệ sinh dịch tễ trung ương. 2014.
- [5] Ninna Jakhelln Laugen. Newborn Hearing Screening and Intervention in Children with Unilateral Hearing Impairment: Clinical Practices in Three Nordic Countries. 2021.
- [6] Deepashree Joshi B, et al., Early hearing detection and intervention (EHDI) programmes for infants and young children in low-income and middle-income countries in Asia: a systematic review. 2021.
- [7] World Health Organization WHO (2012), Global Estimate on Prevalence of Hearing Loss: Mortality and Burden of Diseases and Prevention of Blindness and Deafness, WHO press, Geneve. 2012.
- [8] AG Bell Academy for Listening and Spoken Language. Certification handbook. 2012
- [9] J Clin Med. Contemporary Speech and Oral Language Care for Deaf and Hard-of-Hearing Children Using Hearing Devices. 2020.
- [10] Auditory-Verbal Therapy: Supporting Listening and Spoken Language in Young Children with Hearing Loss & Their Families (asha.org)
- [11] Roles of speech - language pathologist and teachers os children who are deaf and hard of hearing in the development of communicative and linguistics competen (asha.org)

OSTEOMA OF MASTOID; A RARE PRESENTATION: CASE REPORT

Nguyen Tai Dung

108 Military Central Hospital, 1 Tran Hung Dao, Bach Dang, Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam.

Received 08/03/2023

Revised 13/04/2023; Accepted 08/05/2023

SUMMARY

Osteomas are osteoblastic mesenchymal tumours which are more common in frontal and ethmoid sinuses. Mastoid osteoma is rare in the literature. Asymptomatic in most cases, patients may present with unacceptable disfigurement or symptoms of external auditory obstruction. Computer tomography is the gold standard for diagnosis. Surgical excision is the treatment of choice depending on its extension in the temporal bone and related structures.

Keywords: Osteoma mastoid

*Corresponding author
Email address: nguyentaidung108@gmail.com
Phone number: (+84) 332121974



U XƯƠNG CHŨM - BÁO CÁO CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP

Nguyễn Tài Dũng

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 - Số 1 Trần Hưng Đạo, Bạch Đằng, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 13/04/2023; Ngày duyệt đăng 08/05/2023

TÓM TẮT

U xương là u lành tính có nguồn gốc trung mô, hay gặp phổ biến ở xoang trán và xoang sàng. U xương chũm hiếm gặp trong y văn. Không có triệu chứng trong hầu hết các trường hợp, bệnh nhân có thể có triệu chứng biến dạng hoặc các triệu chứng của giảm thính lực. Chụp cắt lớp vi tính là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán. Phẫu thuật cắt bỏ là phương pháp điều trị triệt để tùy thuộc vào sự mở rộng của u trong xương thái dương và các cấu trúc liên quan.

Từ khóa: U xương chũm

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xương (Osteoma) lành tính là những khối u lành tính của xương giống như mô xương bình thường. Vị trí thường gặp ở xương dài của tứ chi. Ở vùng đầu cổ, u xương có thể tìm thấy chủ yếu ở xoang trán và xoang sàng. U xương thái dương hiếm gặp và thường liên quan đến ống tai ngoài, có thể gây tắc nghẽn dẫn truyền âm thanh và gây điếc. Tuy nhiên, u xương có thể gặp ở tất cả các phần của xương thái dương, bao gồm cả phần vảy, phần chũm, ống tai trong, hố ô chảo, tai giữa, vòi Eustachian, đỉnh xương đá và mỏm trâm. U xương chũm là khối u càng hiếm gặp. Trong y văn từ 1861 đến 2004 ghi nhận 130 trường hợp u xương chũm (1). Bằng chứng khảo cổ phát hiện u xương chũm từ 1390 (3). U xương bao gồm các mô xương biệt hóa thành các lớp có sắp xếp từ vỏ xương chũm và phát triển nhô ra bên ngoài bề mặt xương chũm.

Hầu hết các u xương chũm đều không có triệu chứng, nhưng chúng có thể gây đau do xâm lấn vỏ hộp sọ hoặc gây biến dạng mặt thẩm mỹ do đẩy vành tai về phía trước. Thông thường u xương chũm hay gặp có đường kính < 10 mm, với khối u > 30 mm, được gọi là u xương không lồ đã được ghi nhận (1). Các đặc điểm lâm sàng về kích thước và vị trí rất cần thiết để chẩn đoán u xương chũm. CT xương sọ có dựng hình 3D cung cấp thông tin đầy đủ về mật độ, hình thái, kích thước và độ lan rộng của tổn thương để hỗ trợ chẩn đoán u xương chũm. Trong hai năm 2021-2022, tại khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện TWQĐ 108 đã phẫu thuật thành

công 2 ca u xương chũm.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

Báo cáo ca lâm sàng 1

Bệnh nhân nữ sinh năm 1999 Địa chỉ: Tân Yên- Bắc Giang vào viện với khối u kích thước lớn sau tai bên phải, không đau, không chóng mặt, không liệt mặt, thính lực hai tai bình thường.



Hình 1: BN Dương Thị T 1999 phẫu thuật 5/3/2021

Khám khi nhập viện, sờ thấy khối cứng ở sau tai phải (Hình 1). Kích thước khối u đo được khoảng 32 mm × 22 mm. Tại chỗ bề mặt da khối u bình thường, không

*Tác giả liên hệ

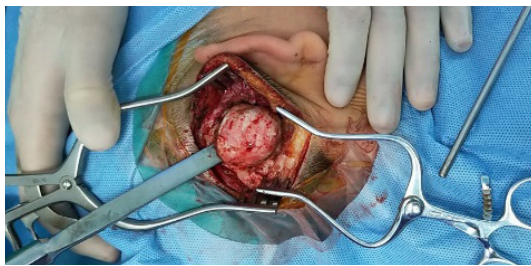
Email: nguyentaidung108@gmail.com

Điện thoại: (+84) 332121974

sưng nóng đỏ đau. Bệnh nhân tự phát hiện thấy khối u trong khi gội đầu từ năm 17 tuổi, u phát triển to nhanh sau lần sinh cháu thứ hai. Bệnh nhân cho biết không có bất kỳ triệu chứng nào, như đau đầu hay chóng mặt. Bệnh nhân có sức khỏe tốt và tiền sử không có chấn thương tại vùng đầu, chưa từng phẫu thuật vùng đầu.

Bệnh nhân được chụp CT sọ não, kết quả kích thước của khối u là 30×18×17 mm, bờ khá đều, đặc xương khá đồng nhất, phát triển gây lồi tổ chức phần mềm tương ứng, không thấy hình ảnh tiêu xương hay phản ứng màng xương. Xoang chũm sáng bình thường, không thấy đặc xương, sào bào và sào đạo không thấy bất thường.

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối u xương. Vô cảm: mê nội khí quản. Rạch da phía chân khối u trên đường chân tóc. Bộc lộ khối u và đục tách khối u nguyên một khối (Hình 2). Khoan mài nhẵn chân khối u đến sát thông bào chũm. Cắt bỏ phần da thừa và khâu đóng vết mổ. Cắt chỉ sau 8 ngày. Giải phẫu bệnh: u xương lành tính. Theo dõi thời gian 6 tháng – 12 tháng, bệnh nhân ổn định và không có dấu hiệu tái phát.



Hình 2: BN Dương Thị T 1999 trong mổ



Hình 3: BN Dương Thị T 1999 sau mổ

Báo cáo ca lâm sàng 2

Bệnh nhân nữ sinh năm 1981 vào viện với khối u sau tai bên trái, phát hiện từ lâu nhưng vài năm nay phát triển to nhanh gây mất thẩm mỹ. Bệnh nhân không đau đầu, không chóng mặt, thính lực hai tai bình thường.

Khám khi nhập viện, bệnh nhân có khối u cứng sau tai trái kích thước 23×11mm, mặt nhẵn, mật độ cứng chắc, không di động, không có mạch đập, tiền sử không viêm tai, không chấn thương vùng đầu cũng như phẫu thuật.

Các xét nghiệm trong giới hạn bình thường, CT xương thái dương: xương chũm bên trái liên tiếp bờ ngoài bản xương có khối tăng tỷ trọng dạng xương kích thước 23×11mm, xoang chũm hai bên sáng bình thường, không thấy đặc xương, sào bào và sào đạo không thấy bất thường.

Bệnh nhân được phẫu thuật 26/7/2022, rạch da và đục lấy khối u, hậu phẫu thuận lợi. Giải phẫu bệnh: u xương lành tính. Thời sau theo dõi sau mổ đến nay không thấy tái phát.

3. BÀN LUẬN

Tần suất u xương chũm

U xương thường xảy ra ở xương dài như đầu xương đùi (19%) hoặc đầu xương chày (10%). Ở đầu cổ, u xương sọ là khối u lành tính nguyên phát phổ biến nhất của xương sọ và xương hàm mặt. U xương vùng này thường thấy nhất ở xoang trán và xoang bướm, nhưng có thể xuất hiện ở ống tai ngoài, hố ổ chảo và mỏm trâm. Trong dân số nói chung, u xương sọ mặt chiếm 0,43% khối u và cũng như 1% phát hiện ngẫu nhiên trên X quang thường và 3% phát hiện ngẫu nhiên khi khám CT (1). U xương hàm được phân loại là u xương ngoại vi và thường phát sinh nhất ở hàm dưới, tiếp theo là xương hàm trên, xương thái dương và xoang hàm. U xương chũm là u xương thái dương gắn vào vỏ của xương chũm và rất hiếm gặp, khoảng 0,1% đến 1% của tất cả các khối u lành tính của hộp sọ. U xương chũm có tỷ lệ mắc cao hơn ở nữ giới, chủ yếu ở thập kỷ thứ hai và thứ ba của cuộc đời và thường gặp sau tuổi dậy thì (1,2,4). Bệnh nhân của chúng tôi cũng nằm trong những khuynh hướng này.

Căn nguyên

Nguyên nhân của u xương chũm vẫn chưa được biết rõ, nhưng các nguyên nhân được chấp nhận về u xương chũm bao gồm bẩm sinh, nhiễm trùng và chấn thương. Trong trường hợp của chúng tôi, nguồn gốc bẩm sinh được coi là có khả năng nhất bởi vì bệnh nhân không có tiền sử nhiễm trùng hoặc chấn thương trước đó. Thông thường, u xương chũm là tổn thương đơn độc. Khi có nhiều u xương, hội chứng Gardner cần phải xem xét.

Hội chứng Gardner là một bệnh di truyền trội nhiễm sắc thể thường liên quan đến nhiều u xương, u xơ dưới da và u mỡ, khối u xơ, u nang biểu bì và quan trọng nhất là polyp đường ruột. Những polyp đường ruột này có tỷ lệ cao nguy cơ biến đổi ác tính và phải được theo dõi cẩn thận. Bệnh nhân của chúng tôi chỉ có một khối u xương mà không có các dấu hiệu bổ sung hỗ trợ cho hội chứng Gardner.

Chẩn đoán

U xương chũm có thể có các dấu hiệu và triệu chứng như liệt mặt, cảm giác đầy tai, đau trong tai, giảm thính lực do tắc nghẽn dẫn truyền âm thanh, chảy tai kéo dài. Trong một báo cáo ca lâm sàng, Van Dellen (5) đã mô tả u xương chũm gây biến chứng nội sọ do khối u chèn ép các cấu trúc ở hố sọ sau. Với 2 bệnh nhân của chúng tôi, khối u xương hoàn toàn không có triệu chứng, bệnh nhân cho biết không có dấu hiệu hoặc triệu chứng khác ngoài việc khó khăn khi đeo kính hoặc vướng khi chải tóc hoặc gội đầu.

Về mặt mô học, u xương chũm có 2 dạng tùy theo tỷ lệ đặc và xốp của xương. U xương đặc ngà phổ biến hơn và có phiến xương trông bình thường với mô tủy tủy thiếu và thỉnh thoảng có hệ thống Havers.

U xương xốp hiếm gặp và chứa các bè của phiến xương trưởng thành với tủy xương và tế bào tạo xương.

CT là phương pháp chẩn đoán hình ảnh được lựa chọn để đánh giá u xương chũm và rất hữu ích để phân biệt nó với các khối u xương khác của xương thái dương. Trên phim chụp X quang, các u xương chũm xuất hiện như một phần phát triển xương có giới hạn rõ, gắn với vỏ ngoài của xương chũm và có thể có cuống hoặc không cuống. U xương nhỏ gọn xuất hiện dưới dạng xơ cứng phát triển quá mức đồng nhất với mật độ tương tự như vỏ xương và cho thấy sự tăng trưởng chậm kéo dài. U xương xốp thể hiện hình thái trung tâm mật độ thấp (có thể so sánh với tủy xương) được bao quanh bởi xương xơ cứng, có cuống và tăng trưởng nhanh hơn một chút so với u xương đặc.

Trong 2 bệnh nhân của chúng tôi, hình thái tỷ trọng dạng xương điển hình cấu trúc xương liên tiếp bờ ngoài bản xương có thể chẩn đoán u xương chũm.

Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt u xương chũm với lồi xương, u nguyên bào vỏ xương và ung thư xương. Lồi xương thường có nhiều và phát triển trên diện rộng, ngừng tiên triển sau tuổi dậy thì. Ngược lại, u xương hầu hết là đơn lẻ và có cuống và có thể tiếp tục phát triển sau tuổi dậy thì. U nguyên bào xương vỏ xương hiển thị mật độ không đồng nhất, nổi bật hơn là mật độ xương thấp hơn, gây

đau và u phát triển nhanh chóng. Sarcom xương có hình thái bờ chưa được xác định rõ ràng và có tiêu xương, gây đau và phát triển khá nhanh. 2 bệnh nhân của chúng tôi không có đặc điểm nào như các trường hợp trên.

Phẫu thuật

U xương chũm nhỏ và không triệu chứng không cần phải can thiệp. Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ bằng cách tiếp cận sau tai dưới gây mê toàn thân được chỉ định trong u xương có triệu chứng hoặc vì lý do thẩm mỹ. Xương chũm phải được khoan cho đến khi hết diện bám khối u để ngăn ngừa tái phát. Phẫu thuật mở sọ và tạo hình sọ có thể được xem xét đối với các khối u khổng lồ. Phẫu thuật cắt bỏ xương chũm nên được thực hiện nếu các tế bào khí ở xương chũm bị lộ. Tái phát sau khi phẫu thuật cắt bỏ u xương rất hiếm và không có trường hợp biến đổi ác tính nào được báo cáo. Hai ca bệnh của chúng tôi được theo dõi định kỳ đến nay đều ổn định và không có dấu hiệu tái phát sau phẫu thuật.

4. KẾT LUẬN

U xương chũm là những khối u lành tính phát triển chậm gắn với vỏ ngoài của xương thái dương và rất hiếm gặp. Khám lâm sàng có thể dễ dàng phát hiện khối cứng chắc sau tai. CT là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán u xương chũm. Phẫu thuật cắt bỏ u xương được chỉ định khi có các triệu chứng hoặc vì lý do thẩm mỹ. Tiên lượng điều trị của xương chũm u xương rất tốt vì hiếm khi tái phát và chuyển đổi ác tính đến nay chưa ghi nhận báo cáo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Giuseppe Magliulo, Gianna Pulice (2005). Mastoid Osteoma. An Otorrinolaringol Ibero Am. 32(3), 271-8.
- [2] Ioanna B. Borissova, Jaquelin S. Venturin, Wanda I. Claro-Woodruff (2020). Mastoid osteoma: A rare incidental finding in an orthodontic patient. Imaging Science in Dentistry 2020; 50:347-51
- [3] Mario Castro, Marcos Goycoolea, Marcelo Galvez (2019). Mastoid osteoma in a prehispanic cranium (1390 A.D.) from Northern Chile. International Journal of Paleopathology. 24. 141-143
- [4] Vinod T. Kandakure, Vaibhav J. Lahane1, Swati Mishra (2016). Osteoma of Mastoid Bone; A Rare Presentation: Case Report. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg (November 2019) 71(Suppl 2):S1030-S1032
- [5] Van Dellen JR (1977). A mastoid osteoma causing intracranial complications: a case report. S Afr Med J 51:597-598

SOME FEATURES AND FACTORS CAUSING HEARING IMPAIRMENT OF CHILDREN AT AUDIOLOGY CENTER – NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Nguyen Tuyet Xuong^{1*}, Nguyen Phuong Dung¹, Trinh Duy Nin¹, Nguyen Xuan Nam¹,
Nguyen Nhu Dua², Nguyen Thi To Uyen³, Nguyen Hoang Huy³,
Nguyen Ngoc Ha⁴, Tran Van Dinh⁵

¹Vietnam National Children's Hospital - 879/18 La Thanh street, Lang Thuong, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi - 144 Xuan Thuy street, Dich Vong Hau, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

³National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam - 78 Giai Phong, Phuong Dinh, Dong Da, Hanoi, Vietnam

⁴Viet Tiep Friendship Hospital - 1 Nha Thuong, Cat Dai, Le Chan, Hai Phong, Vietnam

⁵National Institute of Hygiene and Epidemiology - 1 Yecxanh, Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam

Received 04/03/2023

Revised 06/04/2023; Accepted 10/05/2023

SUMMARY

The descriptive, retrospective study of 1173 children who were diagnosed with hearing impairment at the National Hospital of Pediatrics from 1st January, 2015 to the end of 30th June, 2016.

Results: Male: Female rate was 1,6: 1. Age detected hearing impairment were: 7.6% for <6 months; 18.7% for 6 months to 1 year; 45.52% for 1 to 2 years of age; from 2 to 3 years was 9.38%, from 3- 4 years was 7.76%, and > 4 years old was 12.79%. Hearing impairment children living in urban areas were 35.98%. Rural and mountainous areas were 64.02%. Slow in speech was of 74.5%, the most reason to take examination. The degree of severe and deep hearing impairment accounted for 84.74%. Causes of hearing impairment: included the 14.74% of gestation, 11.34% of beginning labor, 24.72% of children themselves; 49.19% of unclear reason.

Keywords: Hearing impairment, children

*Corresponding author

Email address: nguyentuongnhp@yahoo.com

Phone number: (+84) 985285385



MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ ĐẾN NGHE KÉM CỦA TRẺ EM TẠI TRUNG TÂM THÍNH HỌC - BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Tuyết Xương^{1*}, Nguyễn Phương Dung¹, Trịnh Duy Nin¹, Nguyễn Xuân Nam¹,
Nguyễn Như Đua², Nguyễn Thị Tố Uyên³, Nguyễn Hoàng Huy³,
Nguyễn Ngọc Hà⁴, Trần Văn Đình⁵

¹Bệnh viện Nhi trung ương - 879/18 đường La Thành, phường Láng Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, Dịch Vọng Hậu, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương - 78 Giải Phóng, Phương Đình, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

⁴Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng - 1 Nhà Thương, Cát Dài, Lê Chân, Hải Phòng, Việt Nam

⁵Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương - 1 Yecxanh, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 06/04/2023; Ngày duyệt đăng 10/05/2023

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu, bệnh chứng, 1173 trẻ nghe kém được chẩn đoán tại bệnh viện Nhi trung ương từ 01.01. 2015 đến hết 30.6.2016.

Kết quả: Tỷ lệ Nam: Nữ là 1,6:1. Tuổi phát hiện nghe kém là: < 6 tháng 7,6%, từ 6th đến 1 tuổi là 18,07%, Từ 1 đến 2 tuổi là 45,52%, từ 2 đến 3 tuổi là 9,38%, từ 3 đến 4 tuổi là 7,76%, > 4 tuổi chiếm 12,79%. Trẻ nghe kém sống ở thành thị chiếm 35,98%. Nông thôn, miền Núi chiếm 64,02%. Chậm nói là lý do đến khám nhiều nhất chiếm 74,5%. Mức độ nghe kém nặng và sâu chiếm 84,74%. Nguyên nhân nghe kém: do quá trình mang thai chiếm 14,74%. Do quá trình chuyển dạ chiếm 11,34%. Do con chiếm 24,72%. Không rõ nguyên nhân chiếm 49,19%.

Từ khóa: Nghe kém, trẻ em

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghe kém đang là vấn đề thời sự, tỷ lệ nghe kém đang ngày càng tăng, đặc biệt là ở các nước nghèo. Hiện nay vấn đề phát hiện và can thiệp sớm đang gặp nhiều khó khăn do điều kiện kinh tế. Tại bệnh viện Nhi trung ương, việc khám và can thiệp sớm được thực hiện tại trung tâm Thính học và trị liệu ngôn ngữ trẻ em thuộc khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Nhi trung ương. Bên cạnh việc sàng lọc, phát hiện và can thiệp sớm thì vẫn còn một số đông trẻ nghe kém được phát hiện muộn, đặc biệt là ở vùng sâu, vùng nông thôn, miền núi.

Việc tìm hiểu về các đặc điểm của nghe kém, các yếu tố nguy cơ và một số yếu tố liên quan sẽ là cơ sở dữ liệu cho các nghiên cứu tiếp theo nhằm hạn chế tỷ lệ nghe kém trong tương lai, nâng cao nhận thức cộng đồng đối với phát hiện và can thiệp sớm nghe kém. Do đó nghiên cứu này nhằm mục tiêu: **Mô tả đặc điểm và các yếu**

tố nguy cơ liên quan đến nghe kém của trẻ em tại Bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 01/2015 đến hết tháng 6/2016.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân khám từ 01/01/2015 đến 30/6/2016 : 4.114 bệnh nhân

Nhóm bệnh là 1.173 trẻ nghe kém.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Nhóm bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán nghe kém thông qua các phép đo chủ quan và/hoặc khách quan tại trung tâm thính học Bệnh viện Nhi trung ương.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenvuongnhp@yahoo.com

Điện thoại: (+84) 985285385

Nhóm chứng: Chọn 1 bệnh, 2 chứng. Nhóm chứng lấy từ trẻ được khám tại trung tâm Thính học và được chẩn đoán không bị nghe kém.

Trẻ được chọn làm chứng có cùng tuổi, cùng giới với trẻ bệnh và không có tiền sử bệnh tật như trẻ bệnh.

Có bệnh án lưu ghi chép đầy đủ thông tin cần thiết.

Gia đình hoặc người nuôi dưỡng đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đủ ít nhất 1 trong các yêu cầu của tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp mô tả, hồi cứu. Kết hợp nghiên cứu bệnh chứng.

2.3. Xử lý số liệu:

- Số liệu được nhập và xử lý và phân tích kết quả bằng chương trình SPSS 12.0.

- Các thuật toán sử dụng thường dùng trong nghiên cứu y học: Tính giá trị trung bình (TB), tính tỉ lệ %, so sánh sự khác biệt giữa các chỉ số, tests χ^2 . Tính các yếu tố nguy cơ bằng tính tỷ suất chênh OR.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được hội đồng đạo đức bệnh viện Nhi trung ương thông qua.

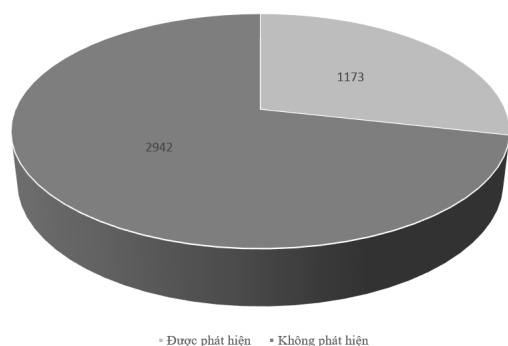
Kết quả nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu khoa học

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nghe kém

Tổng số bệnh nhân khám từ 01/01/2015 đến 30/6/2016 : 4114 bệnh nhân

Tổng số bệnh nhân nghe kém: 1173 bệnh nhân



Biểu đồ 1. Số trẻ nghe kém được phát hiện

2) Tỷ lệ theo giới tính

Nam: Nữ = 1,6: 1

$P < 0,05$

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, tỷ lệ Nam : Nữ là 1,6: 1 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

3) Tuổi phát hiện nghe kém:

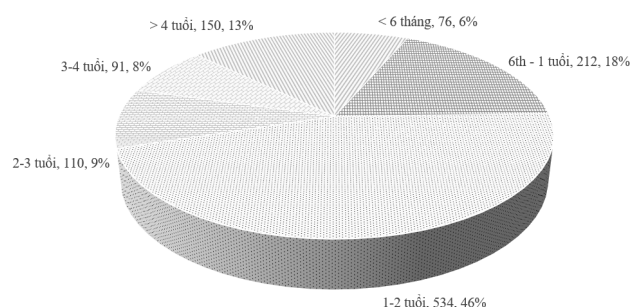
Độ tuổi	< 6 tháng	6 th - 1 tuổi	1-2 tuổi	2-3 tuổi	3-4 tuổi	> 4 tuổi	Tổng
Số trẻ	76	212	534	110	91	150	1.173
Tỷ lệ %	6,48	18,07	45,52	9,38	7,76	12,79	100
P	$P < 0,05$						

Bảng 1: Phân bố theo tuổi phát hiện nghe kém

Nhận xét:

- Độ tuổi từ 1 đến 2 tuổi được phát hiện nghe kém nhiều nhất

- Trên 80% trẻ được phát hiện nghe kém trong độ tuổi từ 06 tháng tuổi đến 4 tuổi .



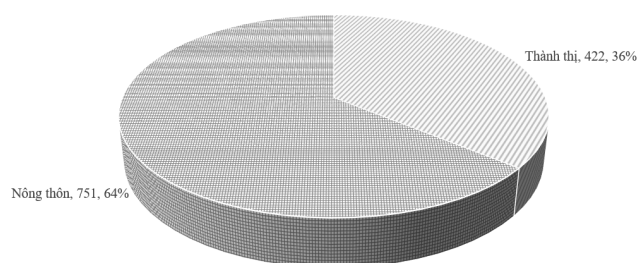
Biểu đồ 2: Phân bố tuổi phát hiện nghe kém.

4) Tỷ lệ nghe kém phân bố theo địa dư

Bảng 2: phân bố nghe kém theo địa dư

Nơi sinh sống	Số lượng	Tỷ lệ %	P
Thành thị	422	35.98 %	< 0,05
Nông thôn, miền núi	751	64.02 %	
Tổng	1,173	100 %	

64,02 % trẻ em được phát hiện nghe kém sống ở vùng nông thôn, miền núi

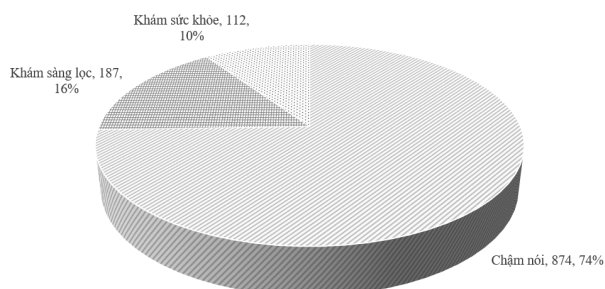


Biểu đồ 3: Phân bố nghe kém theo địa dư.

5) Các lý do đến khám.

Bảng 3: Phân bố lý do đến khám.

Lý do	Số lượng trẻ	Tỷ lệ %	p
Chậm nói	874	74,5%	< 0,05
Khám sàng lọc	187	15,9%	
Khám sức khỏe	112	9,6%	
Tổng	1173	100%	

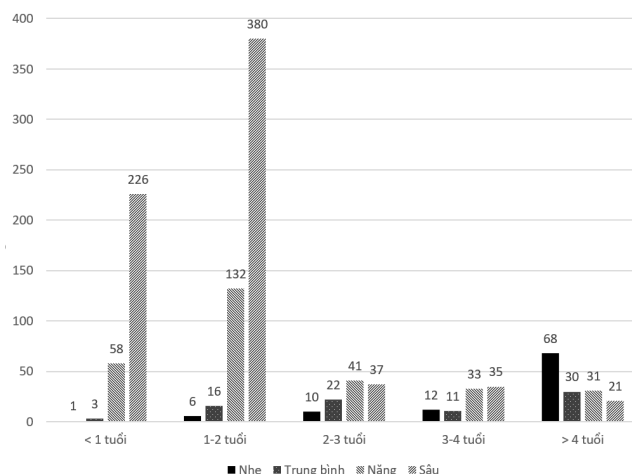


Biểu đồ 4: Phân bố lý do đến khám

6) Mức độ nghe kém phát hiện

Bảng 4: Mức độ nghe kém.

Tuổi	Mức độ nghe kém				Tổng
	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Sâu	
< 1 tuổi	1	3	58	226	288
1-2 tuổi	6	16	132	380	534
2-3 tuổi	10	22	41	37	110
3-4 tuổi	12	11	33	35	91
> 4 tuổi	68	30	31	21	150
Tổng	97	82	295	699	1173
p	< 0,05				



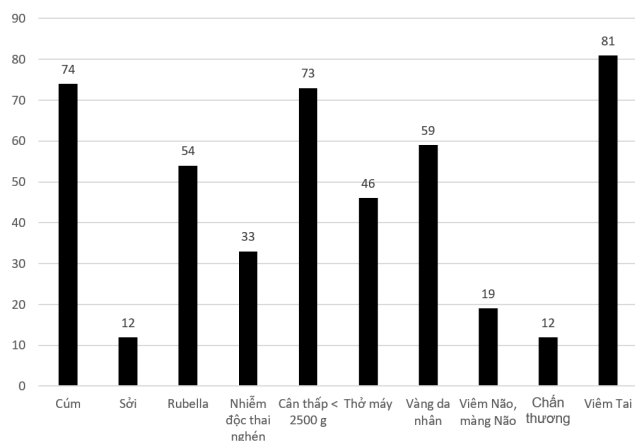
Biểu đồ 5. Mức độ nghe kém

Nhận xét: Mức độ nghe kém nặng – sâu chiếm nhiều nhất và tập trung chủ yếu ở nhóm trẻ nhỏ hơn 2 tuổi.

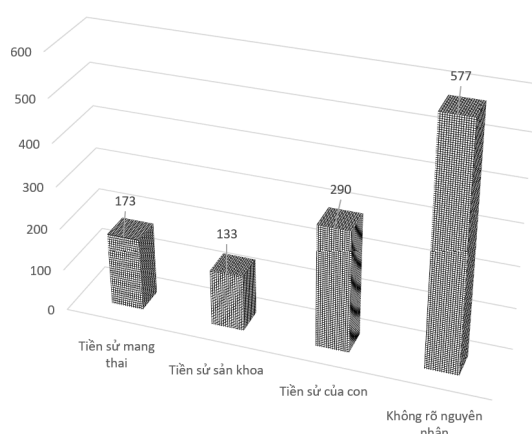
3.2. Một số yếu tố nguy cơ

Bảng 5: Các yếu tố nguy cơ

TT	Một số yếu tố liên quan	Số lượng	Tỷ lệ %	OR
I	Tiền sử mang thai	173	14.75 %	
1	Cúm	74	6.31 %	3,12
2	Sởi	12	1.02 %	—
3	Rubella	54	4.60 %	11,30
4	Nhiễm độc thai nghén	33	2.81 %	5,31
II	Tiền sử sản khoa	133	11.34 %	
1	Chuyển dạ kéo dài	89	7.59 %	—
2	Đẻ ngạt	17	1.45 %	2,98
3	Chấn thương sản khoa	27	2.30 %	—
III	Tiền sử của con	290	24.72 %	
1	Cân thấp < 2500 g	73	6.22 %	6,78
2	Thở máy	46	3.92 %	9,32
3	Vàng da nhân	59	5.03 %	9,1
4	Viêm Não, màng Não	19	1.62 %	8,62
5	Chấn thương	12	1.02 %	—
6	Viêm Tai	81	6.91 %	5,19
IV	Không rõ nguyên nhân	577	49.19 %	
	Tổng	1173	100	



Biểu đồ 6: Các yếu tố nguy cơ



Biểu đồ 7: Các nhóm nguy cơ gây nghe kém

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm

Trong nghiên cứu này, trẻ em nam chiếm tỷ lệ cao hơn trẻ em nữ, 1,6:1.

Nghiên cứu này phù hợp nhóm trẻ nghe kém từ 2 -5 tuổi tại Hà Nội với tỷ lệ Nam 52,4% so với nữ 47,6%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả sàng lọc giảm thính lực ở trẻ sơ sinh ở bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2005 với độ bao phủ 92,0% số trẻ sơ sinh được sàng lọc. Ở nghiên cứu sàng lọc trẻ sơ sinh giảm thính lực trên cho thấy số trẻ em nam và nữ được sàng lọc lần lượt là 53,2% và 46,8% . Kết quả khảo sát tình hình phản ứng thính giác trẻ sơ sinh Hà Nội của tác giả Lê Thị Lan cũng cho thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh là nam giới cao hơn tỷ lệ trẻ sơ sinh là nữ giới, 52,66% so với 47,34%. Tương tự như vậy, trong nghiên cứu tình hình suy giảm thính lực tại các trường tiểu học thành phố Hải Phòng cũng cho thấy tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (55,0% và 45,0%). Đây có thể do chênh lệch giới tính nam nữ ở nước ta

trong những năm gần đây, đặc biệt ở khu vực đồng bằng sông Hồng. Theo kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009, tỷ số giới tính nam:nữ khi sinh ở vùng đồng bằng sông Hồng năm 2008 là 115:100 trẻ .

Chậm nói là nguyên nhân chính khiến trẻ được đưa đi khám và được phát hiện khiếm thính, chiếm 74,5%. Thực tế tại Việt Nam, do chương trình sàng lọc khiếm thính chưa mở rộng đến các tỉnh xa, và vẫn chưa phải là chương trình quốc gia (như một số nước khác) nên khiếm thính thường được phát hiện muộn và đa số là do gia đình thấy chậm nói mới đưa đi khám.

Trong nghiên cứu này, 70% trẻ nghe kém được phát hiện ở nhóm trẻ < 2 tuổi, đây là một kết quả đáng mừng, tuy nhiên nếu xét một cách tổng thể thì số trẻ đến sớm thường ở thành thị, có trình độ dân trí cao hơn, trẻ được quan tâm hơn, còn ở nông thôn, miền núi thường đến muộn hoặc rất muộn khiến cho việc can thiệp gặp rất nhiều khó khăn thậm chí là không thể.

Cũng chính vì lý do này, mà nhóm tuổi từ 1 -2 tuổi là nhóm tuổi được phát hiện nghe kém nhiều nhất.

4.2. Các yếu tố nguy cơ

a) Liên quan tới quá trình thai nghén, chuyển dạ

Yếu tố tiền sử mẹ bị rubella trong khi mang thai là yếu tố nguy cơ của nghe kém ở trẻ, OR = 11,3. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả 2015 cho thấy trẻ có mẹ bị nhiễm rubella trong khi mang thai có khả năng bị nghe kém cao gấp gần 12 lần trẻ không có mẹ bị nhiễm rubella (OR=11,73 95%CI:2,90-47,33). Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu trước đây về các yếu tố nguy cơ của trẻ giảm thính lực tại nước ta. Lê Thị Thu Hà (2011) nghiên cứu trẻ sơ sinh có nguy cơ cao cho thấy trẻ có mẹ bị nhiễm vi rút (chủ yếu là rubella) trong thai kỳ có nguy cơ bị nghe kém cao gấp 7,97 lần so với những trẻ có mẹ không bị (OR=7,97, 95%CI: 3,69-17,2) . Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy nhiễm rubella trong khi mang thai là yếu tố nguy cơ quan trọng của nghe kém ở trẻ. Nghiên cứu bệnh chứng ở Bangladesh cho thấy 74,0% trẻ em bị nghe kém có kháng thể rubella (IgG), trong khi đó chỉ có 18,0% trẻ không bị nghe kém có kháng thể này. Nghiên cứu cũng cho thấy 67,0% mẹ của những trẻ bị nghe kém có kháng thể này, trong khi đó chỉ có 14,0% các bà mẹ của trẻ nghe bình thường có IgG. Kết quả nghiên cứu bệnh chứng ở Đan Mạch (1980) với trẻ từ 0-4 tuổi bị nghe kém tiếp nhận bẩm sinh đã tìm ra 60,0% trẻ nghe kém có kháng thể rubella trong máu, trong khi đó ở nhóm chứng chỉ có 23,0%. Trong 2 năm 1964-1965, đại dịch nhiễm rubella 12,5 triệu trường hợp nhiễm , gây ra 12,000 trẻ sơ sinh bị điếc ở Mỹ.

Theo TCYTTG, các yếu tố như ngạt khi sinh, cân nặng sơ sinh thấp, vàng da bất thường sau sinh là những nguyên nhân của nghe kém ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Ở nghiên cứu bệnh chứng này, các bà mẹ được hỏi về các

yếu tố nguy cơ đã được đưa ra trong y văn liên quan đến các yếu tố trong khi sinh. Kết quả cho thấy các yếu tố như tuổi thai sinh khi thai nhi dưới 37 tuần, cân nặng khi sinh dưới 2500gam, trẻ phải thở Oxy sau khi sinh và vàng da bất thường sau sinh phải điều trị là các yếu tố nguy cơ của nghe kém trong nghiên cứu này.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm trẻ có vấn đề về tai biến Sản khoa như đẻ ngạt, Thở oxy sau sinh, cân nặng thấp, sơ sinh non tháng... chỉ số Apga thấp có nguy cơ nghe kém cao gấp 2,98 lần nhóm không có yếu tố trên.. Tuy nhiên, nghiên cứu trên trẻ sơ sinh nguy cơ cao tại Hà Nội cho thấy không có sự khác biệt về nguy cơ giảm thính lực giữa nhóm trẻ đẻ non (<37 tuần) và nhóm trẻ đủ tháng (≥ 37 tuần), với $p > 0,05$

Các yếu tố trong khi sinh như đẻ non, cân nặng khi sinh thấp liên quan tới giảm thính lực đã được báo cáo trong một số nghiên cứu. Nghiên cứu thuần tập ở Na Uy cho thấy có mối tương quan giữa tỷ lệ nghe kém với cân nặng thấp khi sinh của trẻ, dao động từ 6/10000 ở những trẻ có cân nặng >4499g tới 60/10000 trong nhóm trẻ em có cân nặng sơ sinh <1500g. Nghiên cứu cũng cho thấy cân nặng khi sinh thấp là yếu tố nguy cơ của nghe kém ở trẻ sơ sinh. So với nhóm trẻ sinh ra có cân nặng từ 3000g-3499g, trẻ sinh ra có cân nặng <1500g có nguy cơ bị nghe kém cao hơn 7,55 lần (95%CI: 4,81-11,87). Nhưng nghiên cứu thuần tập tại Úc cũng cho thấy cân nặng sơ sinh thấp không phải là yếu tố nguy cơ của nghe kém.

Nghiên cứu thuần tập trong 10 năm những trẻ từ 3-10 tuổi tại Mỹ cho thấy tỷ lệ nghe kém tăng lên tỷ lệ nghịch với cân nặng sơ sinh ở trẻ. Tỷ lệ nghe kém càng cao ở những trẻ có cân nặng càng thấp.

b) Các yếu tố sau sinh

Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhóm trẻ có các yếu tố nguy cơ như: VMN. Vàng da nhân, chấn thương, viêm tai... bị nghe kém cao hơn từ 6,78 đến 9,32 lần so với nhóm trẻ không có các yếu tố nguy cơ trên

Trẻ bị viêm màng não

Kết quả nghiên cứu này cũng giống với y văn trên thế giới và tại Việt Nam. Nghiên cứu tại bệnh viện Nhiệt đới Trung ương cho thấy di chứng sớm ở bệnh nhân VMN do Streptococcus gây giảm hoặc mất thính lực xảy ra ở 41,33% bệnh nhân [3]. Nghiên cứu bệnh chứng tại Mexico cho thấy nghe kém tiếp nhận là loại nghe kém thường gặp ở trẻ phải điều trị tại các đơn vị điều trị tích cực. VMN là một yếu tố nguy cơ quan trọng của những trẻ nghe kém này, OR= 4,368, 95% CI: 1,7-10,9. Tương tự như vậy nghiên cứu bệnh chứng những trẻ phải điều trị tại đơn vị điều trị tích cực tại bệnh viện nhi Sophia, Hà Lan cho thấy viêm màng não là yếu tố nguy cơ của nghe kém tiếp nhận ở những trẻ sơ sinh này.

Trẻ bị bệnh ở tai

Theo báo cáo của TCYTTC, viêm tai mạn tính là nguyên nhân hàng đầu gây nghe kém, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Nước ta là quốc gia thuộc khu vực Đông Nam Á, nơi có tỷ lệ viêm tai mạn tính cao nhất trên toàn thế giới. Đây cũng là khu vực có tỷ lệ nghe kém ở trẻ em cao thứ 2 thế giới, sau khu vực châu Phi. Tương tự các nghiên cứu trước đây về mối liên quan giữa các bệnh ở tai như viêm tai giữa, viêm tai thanh dịch... với nghe kém, trong nghiên cứu của chúng tôi, mô hình phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy trẻ bị các bệnh ở tai có nguy cơ bị nghe kém cao hơn 5,9 lần trẻ không bị bệnh ở tai.

Các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy bệnh ở tai là bệnh thường gặp ở lứa tuổi trẻ em, đặc biệt là trẻ 2 – 5 tuổi. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài An (2003) tại một số phường của Hà Nội cho thấy tỷ lệ mắc viêm tai giữa ở dịch kéo dài là 8,9%, trong đó trẻ 2 tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất, chiếm 12,21%. Đặc biệt nghiên cứu ở miền Nam nước ta cho thấy trẻ 2 tuổi có tỷ lệ viêm tai ở dịch rất cao, 22,0%. Theo y văn, VTG ở dịch có thể tiến triển đến các bệnh lý mãn tính của tai giữa: túi cơ kéo màng nhĩ, xẹp nhĩ, viêm tai xơ dính, xơ nhĩ, viêm tai giữa mạn tính thường.. Một trong những biến chứng của VTXC là VMN, qua đó có thể gián tiếp gây giảm thính lực ở trẻ em.

5. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm nghe kém

- Tỷ lệ nghe kém theo giới tính là Nam : Nữ = 1,6 : 1
- Lứa tuổi được phát hiện nghe kém cao nhất (70%) là từ 1 – 2 tuổi
- Nghe kém mức độ Nặng, Sâu chiếm 84,74%
- Chậm nói là triệu chứng thường gặp nhất khiến trẻ đi khám 74,5%

5.2. Một số yếu tố nguy cơ

- a) Các yếu tố nguy cơ thai nghén, chuyển dạ:

Nguy cơ từ quá trình thai nghén: Trẻ có khả năng bị nghe kém cao gấp 12 lần so với nhóm chứng

Nguy cơ do tai biến Sản khoa: Nhóm trẻ có 1 trong các yếu tố nguy cơ này có nguy cơ bị nghe kém cao gấp 2,98 lần so với nhóm chứng.

- b) Các yếu tố nguy cơ sau sinh:

Nhóm trẻ có các yếu tố nguy cơ như: Viêm màng não, vàng da nhân, chấn thương, viêm tai... bị nghe kém cao

hơn từ 6,78 đến 9,32 lần so với nhóm trẻ không có các yếu tố nguy cơ trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Hoài An, “Nghiên cứu đặc điểm viêm tai giữa ứ dịch ở trẻ em một số phường tại Hà Nội”, *Nội san Tai Mũi Họng*, 3, tr. 1-9, 2005.
- [2] Nguyễn Thị Hoài An, *Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học viêm tai giữa ứ dịch ở trẻ em phường Trung Tự và một số phường khác thuộc Hà Nội*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2003.
- [3] Đỗ Tuấn Anh, Nguyễn Hồng Quảng, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và di chứng sớm ở bệnh nhân viêm màng não do Streptococcus suis”, *Tạp chí Y học Thực hành*, 860(3), tr. 8-11, 2013.
- [4] Tạ Ngọc Ân, Đoàn Thị Ngọc Diệp, Trương Hữu Khanh, “Đặc điểm của viêm màng não mủ do Haemophilus Influenzae type b tại bệnh viện Nhi đồng I từ 2005-2008”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14(1), tr. 39-43, 2010.
- [5] Nguyễn Huy Bảo, Nguyễn Công Nghĩa, “Sàng lọc mất thính lực (giảm khả năng nghe hoặc điếc) bẩm sinh ở sơ sinh”, *Tạp chí Y học*, 14(2), tr. 19-22, 2010.
- [6] Lê Thị Thu Hà, *Nghiên cứu giảm thính lực ở trẻ sơ sinh có nguy cơ cao bằng phương pháp sàng lọc điện thính giác thân não tại Bệnh viện Nhi Trung ương*, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2011.
- [7] Nguyễn Tuyết Xương, “Một số đặc điểm và yếu tố nguy cơ của nghe kém ở trẻ em từ 2 đến 5 tuổi tại các trường mẫu giáo nội thành Hà Nội”, Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương, (luận án tiến sĩ y học), 2014.
- [8] Absalan A et al., “A Prevalence Study of Hearing Loss among Primary School Children in the South East of Iran”, *Int J Otolaryngol*, 2013, tr. 138935.
- [9] Allen R. L. et al., “Preschool hearing screening: pass/refer rates for children enrolled in a head start program in eastern North Carolina”, *Am J Audiol*, 13(1), tr. 29-38, 2004.
- [10] Arnesen A. R., K. K. Osen, “The cochlear nerve in the cat: topography, cochleotopy, and fiber spectrum”, *J Comp Neurol*, 178(4), tr. 661-78, 1978.
- [11] ASHA, *Noise*, America, truy cập ngày 5 tháng 8-2013, tại trang web <http://www.asha.org/public/hearing/Noise-and-Hearing-Loss-Prevention/>, 2011.
- [12] ASHA, *Causes of Hearing Loss in Adults*, America, truy cập ngày 1 tháng 6-2013, tại trang web http://www.asha.org/public/hearing/disorders/causes_adults.htm, 2013.
- [13] ASHA, *Cochlear Implants*, New York, truy cập ngày 1 tháng 10-2013, tại trang web <http://www.asha.org/public/hearing/Cochlear-Implant/>, 2013.
- [14] ASHA, *FM systems*, New York, truy cập ngày 1 tháng 10-2013, tại trang web <http://www.asha.org/public/hearing/FM-Systems/>, 2013.
- [15] ASHA, *Hearing Aids, Cochlear Implants and Assistive Technology*, New York, truy cập ngày 5 tháng 10-2013, tại trang web <http://www.asha.org/public/hearing/Treatment/>, 2013.



COMMENTS ON GROWTH, DEVELOPMENT OF MIND - MOTOR AND BRAIN DAMAGES ON MRI IN CEREBRAL PALSY IN NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Tang Xuan Hai*, Ho Dang Muoi, Tran Minh Long

Nghe An Obstetrics and Children's Hospital - 19 Ton That Tung, Hung Dung, Vinh City, Nghe An, Vietnam.

Received 16/02/2023

Revised 22/03/2023; Accepted 21/04/2023

SUMMARY

Objectives: Description of growth, mental and movement development and brain lesions on MRI in children with spastic cerebral palsy at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital.

Subjects-methods: Cross-sectional description all pediatric patients diagnosed with spastic cerebral palsy (according to common classification) under 15 years of age at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital.

Result: 70% of children with spastic cerebral palsy are over 24 months old, the male/female ratio is 1.5/1. Children with underweight malnutrition accounted for 46.7%, of which underweight malnutrition ($< -3SD$) was 30%. Malnourished and stunted children accounted for 53.4%. Spastic hemiparesis accounted for the highest rate of 51.7%. Children with psychomotor retardation accounted for 86.7%, with similar mental retardation in all 4 areas. On MRI images, cortical atrophy was the most common lesion, 56.6%.

Conclusions: It is necessary to improve the diagnosis and early detection of the disease as well as the awareness of mothers to detect abnormal symptoms of their children early and take them to medical centers.

Keywords: Spastic cerebral palsy.

*Corresponding author
Email address: bstangxuanhai@gmail.com
Phone number: (+84) 912379583

NHẬN XÉT VỀ TĂNG TRƯỞNG, PHÁT TRIỂN TÂM – VẬN ĐỘNG VÀ TỔN THƯƠNG NÃO TRÊN MRI Ở TRẺ BẠI NÃO THỂ CO CỨNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Tăng Xuân Hải*, Hồ Đăng Mười, Trần Minh Long

Bệnh viện Sản nhi Nghệ An - 19 Tôn Thất Tùng, Hưng Dũng, thành phố Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16/02/2023

Chỉnh sửa ngày: 22/03/2023; Ngày duyệt đăng 21/04/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự tăng trưởng, phát triển tâm - vận động và tổn thương não trên MRI ở trẻ bại não thể co cứng tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

Đối tượng-Phương pháp: Mô tả cắt ngang Toàn bộ bệnh nhi được chẩn đoán bại não co cứng (theo phân loại thông thường) dưới 15 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 1/2021 đến tháng 9/2021.

Kết quả: 70% trẻ bại não thể co cứng trên 24 tháng tuổi, tỷ lệ trẻ nam/nữ là 1,5/1. Trẻ có suy dinh dưỡng nhẹ cân chiếm 46,7%, trong đó suy dinh dưỡng nhẹ cân nặng ($< -3SD$) là 30%. Trẻ suy dinh dưỡng thấp còi chiếm 53,4%. Bại não thể co cứng nửa người chiếm tỷ lệ cao nhất 51,7%. Trẻ chậm phát triển tâm vận động chiếm 86,7%, chậm vận động tinh thần tương đương ở cả 4 lĩnh vực. Trên hình ảnh MRI thấy teo vỏ não là tổn thương hay gặp nhất 56,6%.

Kết luận: Cần nâng cao công tác chẩn đoán phát hiện sớm bệnh cũng như nhận thức cho các bà mẹ để sớm phát hiện các triệu chứng bất thường của trẻ và đưa trẻ tới các trung tâm y tế.

Từ khóa: Bại não thể co cứng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bại não là một thuật ngữ dùng chỉ một nhóm tình trạng bệnh mạn tính ảnh hưởng đến sự kiểm soát các vận động cũng như tư thế, hình thành nên các mẫu cử động bất thường. Chính những điều bất thường này cản trở sự phát triển thể chất, vận động của trẻ [1].

Theo thống kê, số lượng trẻ mắc bệnh bại não ngày càng gia tăng. Theo thống kê tại các Trung tâm phục hồi chức năng tỷ lệ bại não chiếm 0,18%, chiếm 31,7% trên tổng số trẻ khuyết tật. Nhưng một điều đáng lưu tâm là khoảng hơn một nửa số trẻ bại não được phát hiện muộn trên 24 tháng [2], điều này ảnh hưởng nhiều đến kết quả phục hồi chức năng và chất lượng cuộc sống của trẻ bại não.

Tại khoa Thần kinh Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An hàng năm điều trị rất nhiều bệnh nhi bại não trong đó bại não thể co cứng chiếm chủ yếu. Chính vì thế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục đích tìm hiểu về sự tăng trưởng, phát triển tâm - vận động và tổn thương não trên MRI ở trẻ bại não thể co cứng, nhằm góp phần chẩn đoán sớm bệnh ở trẻ, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của trẻ tốt hơn.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ bệnh nhi được chẩn đoán bại não co cứng (theo phân loại thông thường) dưới 15 tuổi điều trị tại khoa Thần kinh Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 1 năm

*Tác giả liên hệ
Email: bstangxuanhai@gmail.com
Điện thoại: (+84) 912379583

2021 đến tháng 9 năm 2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Phương pháp đánh giá

Đánh giá sự phát triển thể chất: Sử dụng tham chiếu theo “Chuẩn tăng trưởng của tổ chức y tế thế giới 2006” [3], [4].

Đánh giá sự phát triển tâm lý – vận động: Đánh giá sự phát triển tâm – vận động dựa vào trắc nghiệm Denver II, Raven. Các trắc nghiệm Denver, Raven đánh giá trên bốn khả năng hoạt động của trẻ: vận động thô sơ, ngôn ngữ, vận động tinh tế - thích ứng, cá nhân – xã hội. Các trắc nghiệm do các thạc sỹ tâm lý tiến hành khi được gọi đến kiểm tra.

Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng: Các tổn thương dây thần kinh sọ não; Rối loạn trương lực cơ; Các biểu hiện bất thường ở hệ cơ quan da, hô hấp, tiêu hóa, thận, mắt, răng hàm mặt...

Khám cận lâm sàng: Công thức máu; Xét nghiệm sinh hóa máu: đánh giá chức năng gan, thận; Xét nghiệm vi sinh ELISA chẩn đoán CMV, Herpes simplex... (trong một số nghi ngờ nhiễm khuẩn bẩm sinh); Chụp cộng hưởng từ sọ não; Điện não đồ cho các trường hợp động kinh và nghi ngờ động kinh.

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu sẽ được xử lý theo các thuật toán thống kê y học trên máy vi tính có sử dụng phần mềm SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu có 30 bệnh nhi đủ điều kiện để đưa vào nghiên cứu.

3.1. Một số đặc điểm chung

Nhóm trẻ bại não thể co cứng trên 24 tháng tuổi là chủ yếu có 21/30 trường hợp chiếm 70%, 30% có độ tuổi ≤ 24 tháng.

Sự phân bố trẻ nam cao hơn so với trẻ nữ, tỷ lệ nam/nữ: 1,5/1.

Nguyên nhân gây bại não trong sinh chiếm tỷ lệ cao nhất 50%, chủ yếu do ngạt hoặc thiếu oxy não khi sinh, nhóm trước sinh chiếm 13,3%, nhóm sau sinh chiếm 36,7%.

Bệnh nhân có suy dinh dưỡng nhẹ cân là 14/30 trường hợp chiếm 46,7%, trong đó suy dinh dưỡng nhẹ cân nặng (< -3SD) là 9 trẻ, chiếm 30%.

Bệnh nhân có suy dinh dưỡng thấp còi là 16/30 trường hợp chiếm 53,4%.

Bệnh nhân có kích thước vòng đầu nhỏ có 7/30 trường hợp chiếm 23,3%, chủ yếu ở lứa tuổi < 36 tháng tuổi.

3.2. Phát triển tâm - vận động ở trẻ bại não

Bảng 3.1: Sự phát triển tâm vận động theo trắc nghiệm Denver II (DQ), Raven

Mức độ	n	Tỷ lệ %
Bình thường, DQ 70 – 100%	4	13,3
Chậm nhẹ, DQ 50 – 69%	7	23,3
Chậm vừa, DQ 30 - 49%	10	33,4
Chậm nặng, DQ < 30%	9	30
Tổng	30	100

Trẻ chậm phát triển tâm vận động vừa chiếm tỷ lệ cao nhất có 10/30 trường hợp chiếm 33,4%.

Bảng 3.2: Phát triển tâm vận động bằng trắc nghiệm Denver II, Raven ở từng khu vực riêng biệt

Lĩnh vực PTTVD	Chỉ số			
	Bình thường (70-100%)	Chậm nhẹ (50-69%)	Chậm vừa (30-49%)	Chậm nặng (<30%)
CNXH	4 (13,3%)	8 (26,7%)	10 (33,3%)	7 (23,3%)
VĐ tinh tế	4 (13,3%)	7 (23,3%)	12 (40%)	10 (33,3%)
Ngôn ngữ	4 (13,3%)	8 (26,7%)	11 (36,7%)	9 (30%)
VĐ thô	4 (13,3%)	9 (30%)	9 (30%)	8 (26,7%)

Trẻ hầu như có chậm vận động tâm thần gần như tương đương ở cả 4 lĩnh vực, về mức độ chậm vừa cao hơn chậm nhẹ và nặng.

Bảng 3.3: Biểu hiện phối hợp các di chứng lâm sàng thần kinh

Phối hợp các di chứng lâm sàng thần kinh	n	Tỷ lệ (%)
Bại não thể co cứng đơn thuần	7	23,3
Bại não + Động kinh	16	53,3
Bại não + Hẹp hộp sọ	7	23,3
Bại não + Động kinh + Hẹp hộp sọ	5	16,6

Bại não thể co cứng phối hợp với động kinh là 16 trường hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 53,3%.

Trẻ có biểu hiện dạng con toàn thể chiếm tỷ lệ chủ yếu, có 12/16 trường hợp (75%).

Trong số những trẻ bại não co cứng, số trẻ liệt nửa người co cứng chiếm tỷ lệ cao nhất có 15 trường hợp chiếm 50%, liệt tứ chi co cứng và liệt hai chi dưới co cứng có tỷ lệ gần tương đương nhau (23,3% - 26,7%).

3.3. Đánh giá tổn thương não trên phim cộng hưởng từ

Tổn thương não trên phim chụp cộng hưởng từ thấy teo vỏ não chiếm tỷ lệ cao nhất gặp ở 17 trường hợp chiếm 56,6%. Tổn thương chất trắng 40%, giãn não thất 23,3% và tổn thương đồi thị 10%.

Bảng 3.4: Phối hợp các tổn thương não trên phim chụp cộng hưởng từ

Tổn thương não	n	Tỷ lệ (%)
Vỏ não, chất trắng	6	20
Vỏ não, giãn não thất	2	6,6
Vỏ não, chất trắng, giãn não thất	3	10
Vỏ não, chất trắng, giãn não thất, đồi thị	1	3,3

Phối hợp tổn thương vỏ não và chất trắng chiếm tỷ lệ cao nhất 20%.

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ bại não ở trẻ nam/nữ là 1,5/1; tương tự các nghiên cứu khác. Trẻ có tuổi thấp nhất là 04 tháng, cao nhất 180 tháng, trong đó trẻ bại não thể co cứng trên 24 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao 70%, một mục tiêu quan trọng đặt ra là nâng cao công tác chẩn đoán phát hiện sớm bệnh. Đồng thời phải nâng cao nhận thức cho các bà mẹ để sớm phát hiện các triệu chứng bất thường của trẻ và sớm đưa trẻ tới các trung tâm y tế [1], [2], [5], [6].

Nguyên nhân gây bại não chủ yếu là trong khi sinh chiếm 50%, các nguyên nhân trong sinh trường gặp như đẻ non, đẻ ngạt, nhẹ cân, can thiệp sản khoa. Việc chăm sóc tốt sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em phòng tránh những yếu tố nguy cơ là yếu tố quan trọng, sẽ giảm đáng kể tỷ lệ trẻ mắc bại não.

Đánh giá sự thay đổi thể chất của trẻ trên 3 trị số cơ bản về trọng lượng, chiều cao, vòng đầu chúng tôi thấy nhiều thay đổi. Có đến 46,7% số trẻ có trọng lượng dưới trung bình – 2SD. Nguyên nhân khiến trẻ bại não bị suy dinh dưỡng có thể rất nhiều cơ chế. Tăng trương lực cơ toàn thân dẫn đến co cứng toàn thân, do đó tăng trương lực các cơ nhai nuốt khiến trẻ bại não khó nhai nuốt, mút, bú thức ăn. Bên cạnh đó trẻ bại não còn hay bị nhiễm trùng đường hô hấp, đường ruột nên ảnh hưởng

đến tình trạng dinh dưỡng. Một nguyên nhân nữa cũng rất quan trọng, trẻ bại não ăn uống rất khó khăn, các bà mẹ và người chăm sóc ít được tập huấn cách cho trẻ bại não ăn uống. Trẻ bại não có chiều cao trung bình thấp hơn so với tuổi chiếm tỷ lệ cao (53,4%). Điều này cho thấy hậu quả của bại não gây ra những ảnh hưởng không tốt đến phát triển chiều cao của trẻ.

Điều quan tâm trong phát triển thể chất là sự phát triển hộp sọ, vì vòng đầu nhỏ thường gặp ở trẻ bị hẹp hộp sọ ảnh hưởng nhiều đến quá trình phát triển tâm vận động, trong nghiên cứu này kích thước vòng đầu của trẻ bại não nhỏ chiếm 23,3%, chủ yếu ở trẻ < 36 tháng tuổi. Nghiên cứu của Mã Hồng Lam ở 70 trẻ bại não thể co cứng do ngạt khi sinh có 34 trẻ có vòng đầu nhỏ chiếm tỷ lệ 48,6%, sự khác biệt thống kê rõ nhất giữa nhóm bệnh với nhóm chứng là nhóm tuổi ≤ 36 tháng tuổi [7].

Đánh giá phát triển tâm vận động

Kết quả nghiên cứu cho thấy thương số phát triển vận động (DQ) có 26/30 trẻ dưới trị số bình thường. Trẻ bại não thường có tổn thương ở vỏ não, chất trắng, não thất..., các tổn thương này ảnh hưởng đến sự phát triển tâm vận động của trẻ. Hơn nữa các trẻ này thường mắc các chứng hẹp hộp sọ, động kinh làm cho trẻ chậm phát triển tâm vận động. Quá trình phát triển của trẻ em song song với sự phát triển thần kinh và quá trình myelin hóa của các tế bào thần kinh. Do đó các độ tuổi khác nhau trẻ em có sự phát triển tâm vận động khác nhau. Theo nghiên cứu, chậm phát triển tâm vận động mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất là 33,4% và có tới 9 trường hợp chậm phát triển tâm vận động mức độ nặng chiếm 30%, số trẻ này hầu như không có khả năng phát triển tâm vận động, chỉ nằm ngửa, không có phản ứng với người thân ngoài sự đáp ứng duy trì sự sống còn. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Mã Hồng Lam [7].

Kết quả đánh giá mức độ phát triển tâm vận động bằng trắc nghiệm Denver II và Raven ở từng khu vực riêng biệt bao gồm khu vực cá nhân xã hội, khu vực vận động kinh tế thích ứng, khu vực ngôn ngữ, khu vực vận động thô. Kết quả nghiên cứu này đã phản ánh phù hợp với tỷ lệ di chứng mà trẻ mắc phải.

Phối hợp các di chứng lâm sàng thần kinh gặp nhiều nhất là bại não phối hợp với động kinh (53,3%). Bại não là một di chứng nặng tiến triển của một bệnh não chu sinh, bệnh não thiếu oxy, nguyên nhân do não bị tổn thương có thể xảy ra trước, trong và sau khi sinh. Bại não kèm theo các di chứng khác như chậm phát triển, động kinh. Trẻ bại não thường có biểu hiện rối loạn tâm thần và co giật. Các trẻ này mất khả năng học tập và hạn chế vận động tùy theo mức độ tổn thương ở não.

Động kinh là một di chứng phối hợp của trẻ bại não. Chúng tôi nhận thấy động kinh có thể biểu hiện muộn nhiều năm sau.

Thống kê về dạng cơn động kinh cơ bản gặp chủ yếu

động kinh toàn thể 75%, động kinh cơn lớn ở trẻ em chỉ thấy ở từng giai đoạn đơn điệu như co cứng hoặc rung giật cơ, những dấu hiệu tiền triệu thường là triệu chứng khó ngủ, kém ăn, quấy khóc. Động kinh ở trẻ bại não thường nặng, kháng trị. Các trẻ bại não có động kinh có chỉ số phát triển tâm vận động thấp, trẻ trở nên tàn tật mất nhiều khả năng hoạt động và tâm trí. Hậu quả của động kinh gây các biến loạn tâm lý ở người bệnh rất lớn, đồng thời cũng gây nên rối loạn tâm lý của những người trong gia đình. Sự mặc cảm về bệnh tật của bản thân người bệnh cũng như những người thân đã cản trở khả năng hòa nhập cộng đồng.

Đánh giá tổn thương não trên phim chụp cộng hưởng từ

Trong nghiên cứu, các tổn thương não thường gặp ở trẻ bại não thể co cứng gồm: teo vỏ não, tổn thương chất trắng, giãn não thất và tổn thương đồi thị, trong đó teo vỏ não chiếm tỷ lệ cao nhất (56,6%). Sự kết hợp tổn thương giữa teo vỏ não và tổn thương chất trắng chiếm tỷ lệ 20%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Hậu và cộng sự [8] cũng như tác giả Mã Hồng Lâm [7].

Nghiên cứu cũng gặp 2 trường hợp teo vỏ não phối hợp với giãn não thất và 1 trường hợp có sự phối hợp bốn tổn thương gồm teo vỏ não, giãn não thất, tổn thương chất trắng, tổn thương đồi thị. Các tổn thương não gây nên các nhóm cơ của trẻ bại não thể co cứng hoạt động không bình thường, không phối hợp được với nhau, trẻ có những cử động bù trừ để vận động, từ đó hình thành nên các mẫu cử động bất thường và ảnh hưởng đến phát triển thể chất, tâm vận động của trẻ.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 30 trẻ mắc bại não thể co cứng chúng tôi thấy đa số (70%) trẻ trên 24 tháng tuổi, bệnh gặp ở trẻ nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ 1,5/1). Trẻ bại não có cân nặng cũng như chiều cao thấp hơn so với tuổi. Bại não thể co cứng nửa người chiếm tỷ lệ cao nhất 51,7%. Trẻ

chậm phát triển tâm vận động chiếm 86,7%, chậm vận động tinh thần tương đương ở cả 4 lĩnh vực. Teo vỏ não là tổn thương hay gặp nhất 56,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Thị Thu Hà, Nghiên cứu một số dịch tễ, lâm sàng và nhu cầu phục hồi chức năng ở trẻ bại não, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2002.
- [2] Trần Trọng Hải, Phát hiện sớm và can thiệp sớm một số dạng tật ở trẻ em Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, 2005.
- [3] Vietnam Pediatric Association, “Recommendations for using the 2006 growth standards of the World Health Organization”, Recommendations of the Vietnam Pediatric Association on nutritional needs for Vietnamese children and increasing standards Head of the World Health Organization 2006, Tr. 20 - 25, 2007.
- [4] Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em, Bệnh viện Nhi Trung ương, Tr. 1087 – 1092, 2018.
- [5] Hoàng Khánh Chi, Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động ở trẻ bại não thể liệt cứng dưới 3 tuổi theo thang điểm vận động thô và vận động tinh, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2014.
- [6] Stanley F.J., Blair E., Alberman E., *Cerebral Palsies: Epidemiology and Causal Pathways*, Cambridge University Press, 2002.
- [7] Mã Hồng Lâm, Nhận xét tăng trưởng, phát triển tâm thần vận động và tổn thương não ở trẻ bại não ngay khi sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2008.
- [8] Vũ Thị Hậu và cộng sự, Nghiên cứu chụp cộng hưởng từ sọ não trong bệnh bại não ở trẻ em, Hội Điện quang và Y học hạt nhân Việt Nam, 2018.

CURRENT COCHLEAR IMPLANTS, EXPECTS AND CHALLENGES

Ha Thi Kim Yen*

HearLIFE Hearing Care Centre Saigon, 5th Floor, Hoang Anh Safomec Building 3/1 Thanh Thai Street, Ward 14, District 10 Ho Chi Minh City, Vietnam.

Received 10/03/2023

Revised 08/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

In Vietnam, Cochlear Implants (CI) have made a difference in the lives of thousands of deaf children; Indications for implantation of CI have been expanded to children with multiple disabilities, complex deafness cases such as thin auditory nerves, Auditory Neurological Spectrum Disorders (ANSD), opening up hope for many families with deaf children, most have the same expectation that the child will be able to hear and speak after the implantation.

Post-implantation outcomes are a range that includes, ideally, a speech-language equivalent of a typical child to the worst outcome of no any change. Post-implantation outcome can be predicted for a candidate if relevant factors are assessed.

Usually, as an AVT specialist, participating in pre-implantation counseling, predicting post-implantation results will be provided to the family after taking into consideration all relevant factors, these are the challenges for the Hearing Rehabilitation team as well as the family of the candidate. Assessing the factors involved in predicting post-implantation outcomes is a necessary and useful step for the family to reduce unrealistic expectations, and to help the family identify the immediate challenges, be assist in accessing solutions to establish a restorative therapy plan and educate for the smoothest implantation and the best possible outcome.

Implant technology is constantly evolving, which challenges us, must be the real professionals of Hearing Rehabilitation, for being the trusted companions for parents of children with hearing loss.

We referred the case of 4-year-old pediatric patient who came to the clinic and was diagnosed with profound deafness in both ears. Assigned to wear binaural hearing aids for 3 months follow-up. Experts have consulted, supported and implemented the cochlear implant technology for patients and achieved positive results.

Keywords: Realistic expectations, related factors, multi-disability hearing loss, outcome after implantation

*Corresponding author
Email address: yen.ha@hearlifevietnam.com
Phone number: (+84) 909993347



CÔNG NGHỆ CẤY ỐC TAI ĐIỆN TỬ - GIAO LỘ KỲ VỌNG & THÁCH THỨC - BẢO CÁO CA BỆNH

Hà Thị Kim Yến*

Trung tâm Trợ thính hearLIFE Sài Gòn, Tầng 5, Tòa nhà Safomec Hoàng Anh, 3/1 Thành Thái, phường 14, quận 10, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 08/04/2023; Ngày duyệt đăng 10/05/2023

TÓM TẮT

Ở Việt Nam, cấy Ốc Tai Điện Tử (OTĐT) đã tạo được khác biệt trong cuộc sống của hàng ngàn trẻ khiếm thính; chỉ định cấy OTĐT đã mở rộng đến các trẻ đa tật, các trường hợp điếc phức tạp như thần kinh thính giác mảnh, Rối Loạn Phổ Thần Kinh Thính Giác (ANSD), mở ra hy vọng cho nhiều gia đình có trẻ khiếm thính, hầu hết có chung một kỳ vọng là trẻ sẽ nghe-nói được sau cấy.

Kết quả sau cấy là một phạm vi bao gồm kết quả lý tưởng nhất là ngôn ngữ nói tương đương với trẻ cùng tuổi bình thường đến kết quả xấu nhất là không thay đổi được gì. Kết quả sau cấy có thể dự đoán được cho một ứng viên nếu đánh giá được các yếu tố liên quan.

Thông thường, với vai trò chuyên gia AVT, tham gia tư vấn trước cấy, dự đoán kết quả sau cấy sẽ được chúng tôi cung cấp với gia đình sau khi trao đổi cân nhắc tất cả các yếu tố liên quan, đây chính là các thách thức cho đội ngũ Phục Hồi Thính Giác cũng như gia đình của trẻ cấy. Đánh giá các yếu tố liên quan đưa ra dự đoán kết quả sau cấy là bước đi cần thiết và hữu ích để gia đình giảm bớt kỳ vọng không thực tế, đồng thời giúp gia đình cũng nhận định được các thách thức trước mắt, được hỗ trợ tiếp cận các giải pháp để thiết lập kế hoạch trị liệu phục hồi và giáo dục để việc cấy diễn ra suôn sẻ và mang lại kết quả tốt nhất có thể.

Công nghệ cấy OTĐT không ngừng phát triển, điều này thách thức các nhà chuyên môn Phục Hồi Thính Giác và Ngôn Ngữ chúng ta phải ngày càng chuyên sâu hơn để trở thành người đồng hành tin cậy của các phụ huynh có trẻ khiếm thính.

Chúng tôi giới thiệu ca bệnh nhi, 4 tuổi, đến khám và được chẩn đoán điếc mức độ sâu cả hai tai. Được chỉ định mang máy trợ thính hai tai theo dõi trong 3 tháng. Các chuyên gia đã tư vấn, hỗ trợ và thực hiện công nghệ cấy OTĐT cho bệnh nhân và đạt được kết quả khả quan.

Từ khóa: kỳ vọng thực tế, yếu tố liên quan, khiếm thính đa tật, kết quả sau cấy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiên cứu trên thế giới tìm thấy gần 90% trẻ khiếm thính cấy ốc tai điện tử (OTĐT) đã được học hòa nhập, trong số đó 94% tiếp tục học lên cấp trung học phổ thông. Tại Việt Nam, tác giả Yen, Ha, năm 2019, nghiên cứu mô tả cắt ngang đánh giá kỹ năng lắng nghe của 20 trẻ khiếm thính điển hình cấy ốc tai điện tử có kết quả nghe Tốt và Rất Tốt tỷ lệ là 100%. Nghiên cứu

trên đây sử dụng bộ Kiểm Tra LEAQ “Đánh giá Kỹ Năng Lắng Nghe Bài Phỏng Vấn Dành Cho Cha Mẹ (LittleARS Auditory Questionnaire) của F. Coninx, V. Wweichbold, L. Tsiakpini. Đây là công cụ được dùng trong các nghiên cứu đánh giá kỹ năng lắng nghe đã được chuyển dịch sử dụng hơn 50 ngôn ngữ khác nhau trên thế giới. LEAQ có 35 câu hỏi dành cho phụ huynh trả lời “Có/Không”, tổng số câu trả lời “Có” và số tháng tuổi nghe sẽ được đánh dấu trên biểu đồ.

*Tác giả liên hệ

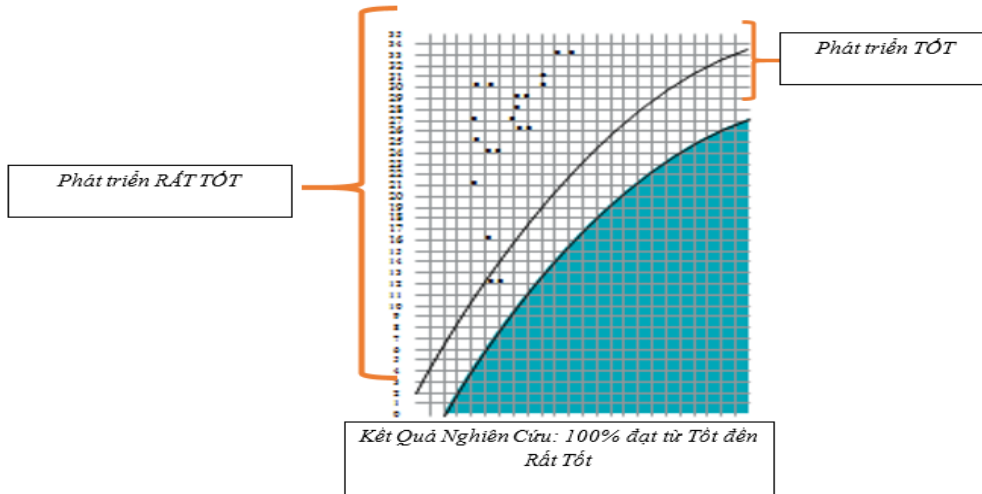
Email: yen.ha@hearlifevietnam.com

Điện thoại: (+84) 909993347

Kết quả kỹ năng lắng nghe của trẻ sẽ thể hiện đang ở vùng “Rất Tốt” hoặc “Tốt” hoặc “Kém”.

Do đó, như nhiều nơi trên thế giới, ở Việt Nam, sự thành công của cấy OTĐT phục hồi nghe – nói cho trẻ khiếm thính đã được mở rộng cho cả các trẻ khiếm thính đa tật, các tật phổ biến mà chúng tôi đã can thiệp đó là, bại não các dạng liệt cứng hai chi dưới, múa vờn đây là nhóm khuyết tật phổ biến nhất nằm trong nhóm dân số

sinh non; hiện nay khuyết tật khá phổ biến thuộc loại điếc tiếp nhận thần kinh là thần kinh thính giác mảnh có hoặc không có dị tật ốc tai, cũng nằm trong dân số này là điếc Rối Loạn Phổ Thần Kinh Thính Giác, là loại điếc phức tạp từ chẩn đoán đến can thiệp; kể đến điếc kèm theo tự kỷ, mù...



Kết quả từ tất cả các nghiên cứu đều giống nhau ở chỗ trẻ em có nhiều khuyết tật nhận được lợi ích đáng kể về thính giác sau khi cấy ghép. Tuy nhiên, trẻ đa tật tiến bộ chậm hơn, có nhận thức và kỹ năng ngôn ngữ kém hơn và kém ổn định hơn trong hoạt động so với trẻ khiếm thính không có khuyết tật nào khác. Nhưng một cách tự nhiên, hầu hết các gia đình đều có kỳ vọng là sau cấy trẻ sẽ nghe và nói được. Ở đây, công việc tư vấn trước cấy càng quan trọng hơn để giảm bớt những kỳ vọng không thực tế và dự đoán các lộ trình thay thế nếu hiệu suất sau khi cấy ghép không như mong đợi. [1-6].

2. KỖ VỌNG KẾT QUẢ SAU CẤY ỐC TAI ĐIỆN TỬ

Nhìn chung, kỳ vọng kết quả sau cấy là trẻ sẽ nghe – nói được, nhưng theo Phục Hồi Thính Giác, kết quả sau cấy là phạm vi các kết quả.

2.1. Phạm vi kết quả về Phục Hồi Ngôn Ngữ, bao gồm: (1) Ngôn ngữ nói tương đương với các trẻ đồng lứa bình thường; (2) Ngôn ngữ nói tương đương với tuổi nghe; (3) Hỗ trợ đọc môi và đọc-viết; (4) Nhận biết âm thanh môi trường; (5) Không thay đổi

2.2. Kết quả về khả năng giao tiếp: Một nghiên cứu về phát triển công cụ dự đoán dựa trên hồ sơ cấy của trẻ dùng trong đánh giá ứng viên cấy ốc tai nhi khoa của Bệnh Viện Nhi Đông Boston (Children’s Hospital Boston) đã đưa ra các dự đoán các mức độ kết quả sau

cấy của trẻ là: (1) Giao tiếp phương thức nghe-nói; (2) Nghe-nói với hỗ trợ của trực quan; (3) Giao tiếp trực quan có sự hỗ trợ của nghe-nói; (4) Không có khả năng nhận được lợi ích giao tiếp từ ốc tai điện tử.

Bảng 1. Mẫu đánh giá CHIP

The MED-EL Client Portfolio

2.4 Children's Implant Profile (CHIP)

Child's Name:

Date:

Date of Birth:

Team impressions of factors important to implant use and success	NO CONCERN	MILD TO MODERATE CONCERN	GREAT CONCERN
Chronological age			
Duration of Deafness			
Medical/Radiological			
Audiological Assessment			
Speech & Language Abilities			
Multiple handicap			
Family Structure & Support			
Educational Environment			
Availability of Support Services			
Expectations of Family/Child			
Cognitive Ability			
Learning Style			

2.3. Các yếu tố liên quan

Chúng ta có thể có dự đoán trước cấy một trong các khả năng kết quả trên, nếu các yếu tố liên quan được đánh giá đầy đủ, để phụ huynh có được các thông tin cần thiết, hữu ích, nhận định được các thách thức đang chờ đợi, giảm bớt kỳ vọng không thực tế.

a. Theo ngành Phục Hồi Thính Giác: Các yếu tố liên quan có thể chia làm hai loại là yếu tố nội tại và yếu tố bên ngoài:

Các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến kết quả sau cấy	Các yếu tố nội tại	Các yếu tố bên ngoài
	Tuổi đời	
	Mức độ nghe trước cấy	Tuân thủ đeo máy
	Kết quả y khoa	Chương trình giáo dục
	Nguyên nhân mất thính lực	Dịch vụ hỗ trợ có sẵn
	Trí thông minh phi ngôn ngữ	Hành vi hợp tác của trẻ em, sự tập trung và chú ý
	Khuyết tật kèm thêm	Động lực gia đình

b. Công cụ đánh giá CHIP

Bộ đánh giá của Bệnh viện Nhi Đồng Boston, ChIP (Children's Implant Profile) là một công cụ Dự Đoán Dựa Trên Hồ sơ Trẻ Cấy Ốc Tai dùng để đánh giá các yếu tố liên quan trước cấy, bộ công cụ này đã được sử dụng quốc tế, hỗ trợ các nhà chuyên môn dự đoán kết quả sau cấy cũng như hỗ trợ phụ huynh ra quyết định và lên kế hoạch trị liệu sau cấy.

Trong nghiên cứu này các yếu tố liên quan được đánh giá với ba mức độ “Không đáng lo”, “Khá đáng lo”, “Rất đáng lo”

Các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến kết quả sau cấy của ngành Phục Hồi Thính Giác và của Bệnh viện Nhi Đồng Boston nhìn chung là tương đồng, nhưng công cụ đánh giá ChIP thì cụ thể hơn, chúng tôi xin được tham khảo để giới thiệu một trường hợp ứng viên đa tật, minh họa một phần việc tư vấn trước cấy với những thách thức so với kỳ vọng của gia đình.

3. BÁO CÁO CA BỆNH

3.1. Mục tiêu báo cáo ca bệnh

Trị Liệu Nghe – Nói (AVT – Auditory Verbal Therapy)

được phát triển theo sự phát triển về công nghệ cấy OTĐT, đối với các ứng viên cấy OTĐT là trẻ khiếm thính đa tật, thì việc tư vấn trước cấy đặt ra rất nhiều thách thức cho các chuyên gia AVT, họ phải có khả năng cung cấp thông tin đầy đủ để hỗ trợ gia đình của ứng viên quyết định đồng thời chia sẻ những chiến lược để có kế hoạch phục hồi thính giác và các kỹ năng giao tiếp bằng lời cho trẻ sau cấy.

Trong bài báo cáo này, chúng tôi muốn được chia sẻ các thách thức hiện nay của các nhà chuyên môn Trị Liệu Nghe và Nói, giới thiệu các chiến lược giúp hòa hợp giữa kỳ vọng và thách thức, từ đó mong sự hợp tác và tiếng nói chung của đội cấy ghép OTĐT.

3.2. Báo cáo ca bệnh nghiên cứu

Trường hợp nghiên cứu My, giới tính nữ, 4 tuổi, là con duy nhất, con quý, mẹ bị vô sinh thứ phát, em thường xuyên có vấn đề sức khỏe phải nằm viện nên đến 24 tháng tuổi gia đình mới phát hiện em có vấn đề nghe. Sau đó được chẩn đoán điếc mức độ sâu cả hai tai. Được chỉ định mang máy trợ thính hai tai theo dõi trong 3 tháng. Em đeo thường xuyên, sau 6 tháng, gia đình nhận thấy em có phản ứng với âm thanh to. Em duy trì đeo máy đến 2 năm vì đại dịch Covid.

Kết quả CT scan có ốc tai 1 vòng, kết quả MRI, dây thần kinh thính giác mảnh và có chẩn đoán hội chứng CHARGE.

Ở buổi tư vấn trước cấy: Gia đình được cho biết trường hợp của em khó dự đoán, 50% có kết quả, và 50% không có kết quả, sau cấy phải tham gia thực hành AVT. Tham khảo công cụ CHIP để thấy trường hợp của My có nhiều thách thức vì rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả sau cấy ở mức độ “Khá đáng lo” và “Rất đáng lo”.

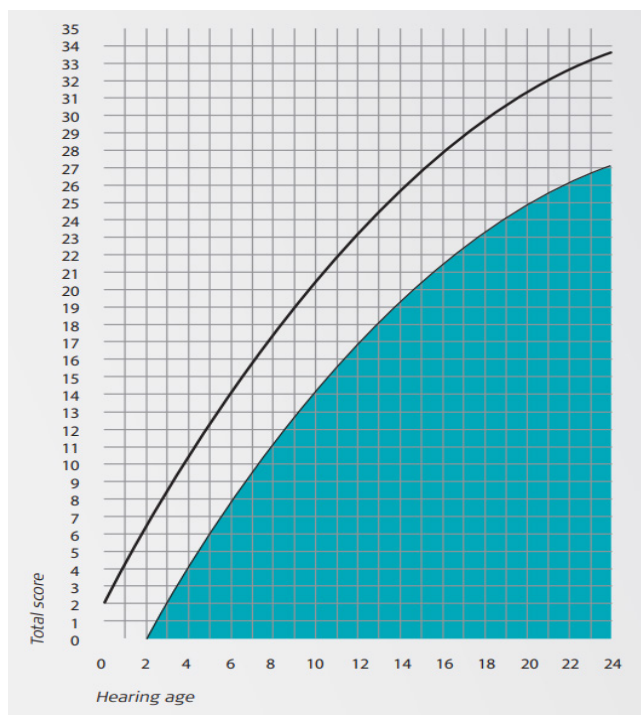
Trong buổi tư vấn trước cấy, gia đình đã xác định tất cả những thách thức và quyết định cấy cùng với kế hoạch sẽ đương đầu với các thách thức đem âm thanh đến với con.

Những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả sau cấy là những thách thức cho ứng viên và gia đình, cũng là thách thức của các nhà chuyên môn của đội Phục Hồi Thính Giác. Nhà chuyên môn phải tìm cách để gia đình hiểu và chấp nhận, để rồi hỗ trợ gia đình tập hợp một kế hoạch phục hồi chức năng và giáo dục trước khi cấy ghép giúp cho việc tích hợp cấy ghép diễn ra suôn sẻ hơn và giảm khả năng hành trình phục hồi sẽ bị cản trở, thiếu sót trong các dịch vụ phục hồi chức năng.

Bảng 2. Kết quả đánh giá các yếu tố liên quan trước cấy theo bộ công cụ CHIP trên ca bệnh

	Không đáng lo No concern	Khá đáng lo Mild to moderate concern	Rất đáng lo Great concern
Tuổi đời		√ trên 3 tuổi	
Thời gian mất thính lực		√ trên 3 tuổi	
Vấn đề Y khoa/ X-quang			√ VIII mảnh và HC CHARGE
Đánh giá về thính giác		√	
Khả năng lời nói & Ngôn ngữ			√ khả năng hiểu lời, dùng lời nói để giao tiếp?
Đa khuyết tật			√
Cấu trúc gia đình & Hỗ trợ		√ không nhiều hỗ trợ? Mẹ sẽ nỗ lực	
Môi trường giáo dục			√ các hỗ trợ giáo dục ở địa phương? Mẹ chưa đặt vấn đề
Dịch vụ hỗ trợ sẵn có			√ dịch vụ trị liệu nghe-nói ở địa phương? Tham gia thực hành AVT đến cùng
Kỳ vọng của gia đình/Trẻ	√ không quá kỳ vọng, “còn nước còn tát!”		
Khả năng nhận thức		√ tính xã hội tốt, có giao tiếp chủ ý	
Kiểu học		√ nỗ lực học bằng trực quan và âm thanh	

Kết quả sau cấy: My đã cấy một tai, tuổi nghe 6 tháng. Mẹ đã nỗ lực, mỗi tuần hai mẹ con vượt hằng trăm cây số đi và về để tham gia thực hành AVT. Kỹ năng nghe của My hiện tại phù hợp với tuổi nghe. Trên cả mong đợi của gia đình và các nhà chuyên môn.

**Biểu đồ 1. Kỹ năng nghe của My ở giai đoạn 6 tháng tuổi nghe đạt trong vùng Trên Bình Thường.**

4. BÀN LUẬN

Thính giác là một trong 5 loại giác quan giúp con người hội nhập với xã hội. Sự khiếm khuyết bất kỳ loại giác quan nào cũng làm bệnh nhân thiếu tự tin, mặc cảm, không hòa nhập dễ dàng vào cộng đồng trong đó khiếm thính là một khiếm khuyết nặng nề cho bệnh nhân. Với sự phát triển của y học thế giới thì việc hồi phục lại tổn thương nghe kém nặng nề này bằng thiết bị ốc tai điện tử là một bước tiến rất quan trọng.

Cấy OTĐT đa kênh là phẫu thuật đặt một thiết bị có khả năng biến những âm thanh thành các tín hiệu điện thông qua các điện cực đặt bên trong ốc tai, từ đó các tín hiệu này được chuyển đến các tế bào của hạch xoắn rồi theo dây thần kinh thính giác đến vỏ não. Đây là kỹ thuật giúp bệnh nhân có được cơ hội phát triển ngôn ngữ gần như bình thường, hội nhập với đời sống xã hội, giải tỏa tâm lý tự ti, mặc cảm mà những người khiếm khuyết về một giác quan nào đó thường gặp phải. Tuy nhiên những khó khăn, tai biến như nguy cơ liệt mặt, chảy dịch não tủy, thương tổn tai trong thậm chí tổn thương động mạch cảnh ... cũng như căng thẳng tâm lý khi không đặt được điện cực vào ốc tai là những áp lực lớn mà phẫu thuật viên thường phải đối mặt khi thực hiện phẫu thuật này.

Huấn luyện ngôn ngữ sau phẫu thuật cấy OTĐT rất quan trọng, giai đoạn này do các chuyên gia thính học thực hiện, đây là giai đoạn mất thời gian nhưng rất cần thiết, đòi hỏi sự kiên nhẫn, bền bỉ, đồng thời trong giai đoạn này rất cần sự hợp tác, hỗ trợ của người nhà người bệnh. Bệnh nhân sau phẫu thuật cấy OTĐT cũng giống như trẻ nhũ nhi, cần phải học cách nhận biết âm thanh, nhận biết và phát âm các âm cơ bản, sau đó là các âm đôi rồi đến cụm từ và các câu ngắn, câu dài. Trẻ sẽ nghe và tập nói với người thân, rồi giao tiếp với người lạ và nâng cao giao tiếp qua điện thoại.

Hiệu quả sau cấy ốc tai điện tử có thể không dự đoán chính xác được. Tuy nhiên trẻ sẽ có sự phát triển và đạt được kết quả ngôn ngữ nói tốt hơn nếu: Trẻ được phát hiện mất thính lực và đeo máy trợ thính sớm. Kích thích ngôn ngữ (ngôn ngữ nói hoặc ký hiệu) và được cấy trong giai đoạn 1-3 tuổi. Đối với trẻ cấy muộn: Có kinh nghiệm nghe từ trước và kỹ năng nhận thức lời nói tốt. Trẻ có kỹ năng nhận thức và chú ý tốt. Gia đình và trường học tạo điều kiện cho trẻ tiếp xúc với ngôn ngữ thường xuyên.

Hiện nay, phẫu thuật cấy OTĐT vẫn còn chưa phổ biến rộng rãi ở các quốc gia đang phát triển trong đó có Việt Nam do các khó khăn từ chi phí thiết bị cao, phẫu thuật viên phải có nhiều kinh nghiệm nhằm giảm thiểu nguy cơ tai biến phẫu thuật và sự kiên nhẫn trong huấn luyện ngôn ngữ sau cấy ốc tai điện tử [4-6].

5. KẾT LUẬN

Do công nghệ cấy ghép ốc tai điện tử không ngừng phát triển, cả về đặc tính vật lý và quy trình xử lý, thách thức cho các thành viên của đội ngũ Phục Hồi Thính Giác và Ngôn Ngữ là phải có tính chuyên nghiệp, do đó đào tạo huấn luyện liên tục phải là ưu tiên hàng đầu, nói khác đi thì học hỏi liên tục là một yêu cầu của tính chuyên nghiệp mỗi nhà chuyên môn, đặc biệt là nhà chuyên môn Phục Hồi Ngôn Ngữ, người đồng hành lâu dài nhất với trẻ khiếm thính và phụ huynh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] American Speech-Language-Hearing Association's (ASHA) Executive Board in March 2003, Technical Report Working Group on Cochlear Implants.
- [2] Donna Sperandio, 2022, Hearing Rehabilitation with AVT Seminar and Workshop
- [3] Elizabeth B. Cole, Carol Flexer, 2008, Children with Hearing Loss Developing Listening and Talking
- [4] Emily A Tobey, Communication outcomes following cochlear implantation in young children.
- [5] ENT&audiology news 2013
- [6] MED-EL Rehabilitation Seminar 2-Advanced, Paediatric and Adult Cochlear Implant Candidacy
- [7] Norman P. Erber, 2011, Auditory Communication for Deaf Children

HEARING LOSS AFTER MENINGITIS: A SYSTEMATIC REVIEW

Nguyen Ngoc Ha^{1*}, Nguyen Tuyet Xuong², Nguyen Phuong Dung², Nguyen Xuan Nam²,
Trinh Duy Nin², Nguyen Thi To Uyen³, Nguyen Hoang Huy³, Vuong Dinh Anh Tu⁴,
Pham Phuc Khanh⁴, Tran Van Dinh⁵

¹Viet Tiep Friendship Hospital - 1 Nha Thuong, Cat Dai, Le Chan, Hai Phong, Vietnam

²Vietnam National Children's Hospital - 879/18 La Thanh street, Lang Thuong, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³National Otorhinorhynology Hospital of Vietnam - 78 Giai Phong, Phuong Dinh, Dong Da, Hanoi, Vietnam

⁴Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung Street, Kim Lien, Dong Da, Hanoi, Vietnam

⁵National Institute of Hygiene and Epidemiology - 1 Yecxanh, Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam

Received 08/03/2023

Revised 06/04/2023; Accepted 08/05/2023

SUMMARY

The aim of this study is to review the research findings on hearing loss caused by meningitis. A total of 20 studies that met the inclusion criteria were analysed. The results show that the mechanism of hearing loss is not clear, but many authors believe that it is due to hair cell destruction and canxium deposition. Early use of corticosteroids reduces the incidence of hearing loss. The duration of treatment initiation as well as the length of hospital stay were related to the prevalence and severity of hearing loss. Negative correlation between age and the rate of hearing loss. Timely cochlear implantation has been suggested as a measure of hearing improvement.

Keywords: Meningitis, hearing loss, systematic review, causes of hearing loss

*Corresponding author
Email address: ha.tmhvt@gmail.com
Phone number: (+84) 912427567



TỔNG QUAN VỀ NGHE KÉM SAU VIÊM MÀNG NÃO MỦ

Nguyễn Ngọc Hà^{1*}, Nguyễn Tuyết Xương², Nguyễn Phương Dung², Nguyễn Xuân Nam²,
Trịnh Duy Nin², Nguyễn Thị Tố Uyên³, Nguyễn Hoàng Huy³, Vương Đình Anh Tú⁴,
Phạm Phúc Khánh⁴, Trần Văn Đình⁵

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng - 1 Nhà Thương, Cát Dài, Lê Chân, Hải Phòng, Việt Nam

²Bệnh Viện Nhi Trung ương, Số 879/18 đường La Thành, phường Láng Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương - 78 Giải Phóng, Phương Đình, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

⁴Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, Kim Liên, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

⁵Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương - 1 Yecxanh, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 06/04/2023; Ngày duyệt đăng 08/05/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm tổng quan một số kết quả nghiên cứu về nghe kém sau viêm màng não mủ. Sử dụng phương pháp tìm kiếm các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam đã công bố trên các cơ sở dữ liệu quốc tế và trong nước. Tổng số 20 nghiên cứu đáp ứng tiêu chí lựa chọn được đưa vào tổng quan. Kết quả cho thấy cơ chế giữa viêm màng não mủ và nghe kém chưa thực sự rõ ràng. Tuy nhiên, nhiều tác giả cho rằng sự phá hủy tế bào lông và lắng đọng Canxi là nguyên nhân dẫn đến nghe kém ở những bệnh nhân bị viêm màng não mủ. Sử dụng Corticoid sớm sẽ làm giảm tỷ lệ nghe kém. Thời gian bắt đầu điều trị cũng như thời gian nằm viện có liên quan đến tỷ lệ và mức độ nghe kém. Tuổi càng nhỏ thì tỷ lệ nghe kém càng cao. Cây ốc tai điện tử kịp thời là phương pháp có thể cải thiện thính lực.

Từ khóa: Viêm màng não mủ, nghe kém, tổng quan, nguyên nhân nghe kém

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não do vi khuẩn là tình trạng bệnh lý do các vi khuẩn có khả năng sinh mủ xâm nhập vào màng não, thường gặp ở trẻ em, tỉ lệ tử vong và di chứng cao tại một số vùng lưu hành bệnh [1], [2]. Tỷ lệ mắc bệnh viêm màng não do vi khuẩn trên thế giới là 34/10,000 trẻ. Có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh ở các khu vực khác nhau. Khu vực Tây Thái Bình Dương là 42,9/100,000. Khu vực Trung Đông là 34,3/100,000 trẻ [3].

Giải phẫu và sinh lý màng não: Màng não tủy (Meninges) gồm 3 lớp bao quanh não và tuỷ sống: màng cứng, màng nhện và màng nuôi [4]. - Sinh lý bài tiết và lưu thông dịch não tủy: Dịch não tủy được tiết ra trong các não thất bên bởi đám rối màng mạch; từ não thất bên chảy vào não thất 3 qua lỗ Monro, qua cống Sylvius vào não thất 4, chảy vào khoang dưới nhện qua lỗ Magendie và Luschka. Sau đó được hấp thu chủ yếu bởi các hạt Pacchioni (là tổ chức đặc biệt của màng nhện), lưu thông

vào hệ tuần hoàn qua các xoang tĩnh mạch, các màng bạch huyết. Thành phần một số chất trong dịch não tủy: Protein, Glucose, muối, bạch cầu. Các chất này có mặt trong dịch não tủy với hàm lượng thấp. Khi có vi khuẩn gây viêm màng não (VMN) thì sẽ có phản ứng làm thay đổi thành phần các chất như Protein, bạch cầu, Glucose [5]. Tác nhân gây bệnh thường xuất hiện trong dịch não tủy với nồng độ giảm dần từ khi được điều trị đúng và quá trình điều trị sẽ kết thúc khi dịch não tủy trở lại vô trùng. Trong quá trình đó, chúng ta có thể làm các xét nghiệm tìm sự hiện diện của căn nguyên gây bệnh trong dịch não tủy như vi khuẩn [1].

Dấu hiệu nghe kém VMN mủ: Chẩn đoán viêm màng não, Lâm sàng (hội chứng màng não), Chẩn đoán xác định dựa vào xét nghiệm tìm thấy vi khuẩn gây bệnh trong dịch não tủy [6]. Chẩn đoán nghe kém: Ở giai đoạn sớm của bệnh, đo âm ốc tai (OAE) là biện pháp sàng lọc giảm thính lực trên bệnh nhân nghe kém do viêm màng não nhiễm khuẩn. Đây là phương pháp sàng

*Tác giả liên hệ

Email: ha.tmhvt@gmail.com

Điện thoại: (+84) 912427567

lọc đơn giản, dễ tiến hành, độ nhạy cao đối với những tổn thương của tế bào lông và hệ thần kinh thính giác. Khi trẻ có nghi ngờ nghe kém, sẽ được theo dõi và tiến hành đo điện thính giác thân não sớm nhất có thể để đánh giá mức độ nghe kém. Trong một số trường hợp nghe kém mức độ sâu có nghi ngờ tổn thương ốc tai hoặc sọ não, cần được tiến hành chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ để đánh giá tổn thương và lên kế hoạch điều trị phù hợp. Trên thực tế, ở những ngày đầu tiên khi nhập viện, bệnh nhân thường đối mặt với những tình trạng nặng khác như sốt cao, co giật, thậm chí li bì, hôn mê phải thở máy. Chính vì thế, việc chẩn đoán nghe kém ở giai đoạn sớm thường được trì hoãn sau khi toàn trạng bệnh nhân ổn định hoặc chuẩn bị xuất viện.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2022

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tổng quan tài liệu có hệ thống (Systematic review)

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Là những bài báo khoa học, luận án, tài liệu nghiên cứu về vấn đề nghe kém do viêm màng não mủ (sau đây gọi chung là nghiên cứu).

2.4. Chiến lược tìm kiếm nghiên cứu

Đối với phương pháp tìm kiếm trực tuyến:

Sử dụng bộ máy tìm kiếm Google để tìm các nghiên cứu liên quan đến vấn đề nghe kém được đăng tải.

Từ khóa sử dụng để tìm kiếm: Viêm màng não mủ, nghe kém, nguyên nhân nghe kém, meningitis, hearing loss, systematic review, causes of hearing loss.

Đối với phương pháp tìm kiếm thủ công:

Tìm kiếm các nguồn dữ liệu sẵn có tại các cơ sở Đào tạo và điều trị chuyên khoa như: Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, Bệnh viện Hữu Nghị Việt - Tiệp Hải Phòng, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.5. Đánh giá các nghiên cứu:

- Xây dựng biểu mẫu sàng lọc để rà soát từng nghiên cứu.

- Điền dữ liệu của nghiên cứu tìm được vào mẫu phân tích dữ liệu. Mẫu rà soát gồm các phần chính:

+ Đặc điểm của nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu, cỡ mẫu, đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu.

+ Kết quả của nghiên cứu: Tỷ lệ mắc viêm màng não mủ, tỷ lệ nghe kém sau viêm màng não mủ, tác nhân gây bệnh, phân bố tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi, giới, mức độ nghe, một số yếu tố liên quan.

+ Đánh giá chất lượng nghiên cứu về chủ đề nghe kém sau viêm màng não mủ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Tỷ lệ mắc bệnh viêm màng não

Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc bệnh viêm màng não

Tỷ lệ mắc VMN trên thế giới		
Châu Phi	143,6/ 100.000 dân	Ivana Lukšić, Rosanda Mulić, Rachel Falconer, (2013)
Tây Thái Bình Dương	42,9/100.000 dân	
Trung Đông	34,3/100.000 dân	
Việt Nam (7 - 11 tuổi)	21,8/100.000 dân	Nguyễn Thị Thu Hương, Trần Mạnh Tùng, Nguyễn Thị Thu Yến, (2015),
Việt Nam (dưới 5 tuổi)	2,6/100.000 dân	
Hà Lan	1,58 /100.00 dân	Kornelisse RFWesterbeek CMSpoor (1995)
Mỹ	1,38- 2/ 100.000 dân	Mathij C Brower, Allan Tunkel (2010).
Thế giới	34/10.000 trẻ em	Ivana Lukšić, Rosanda Mulić, Rachel Falconer, (2013)

Bảng 3.1 cho thấy, tỷ lệ mắc viêm màng não có sự khác biệt rất lớn giữa các khu vực do khác nhau về khí hậu, điều kiện sống, tiêm chủng cũng như khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế [7], [8], [9], [2]. Ước tính chung tỷ lệ mắc viêm màng não trên thế giới là 38 trẻ trong số 100.000 trẻ. Châu Phi là khu vực mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất, theo sau là Tây Thái Bình Dương, Trung Đông. Tỷ lệ thấp nhất là Mỹ với 1,38 trẻ trong 100.000 trẻ.

Bảng 3.2. Tỷ lệ nghe kém sau viêm màng não

Năm	Tác giả	Tỷ lệ nghe kém sau VMN
1999	Audie L. Woolley, et al 1999	13,4%
2010	Lise Worsøe, Per Cayé Thomassen, Christian Thomas Brandt, Jens Thomsen	54%
2013	Benson Wahome Karanja, Herbert Ouma Oburra	26,5%
2018	Fatima Zeeshan, Attia Bari, Muben Maza Dunga	22%
2022	Filip Persson, Nora Bjar, Ann Hermansson & Marie Gisselsson-Solen	37,96%

Bảng 3.2 cho thấy, tỷ lệ nghe kém sau viêm màng não vẫn còn ở mức cao qua các thời kì [10], [11], [12], [13], [14]. Theo thống kê của Lisa Worsoe (2010), tỉ lệ nghe kém lên tới 54% ở những trẻ sau mắc viêm màng não do vi khuẩn. Đến năm 2022, tỉ lệ này vẫn ở mức cao 37,96%.

3.2. Đặc điểm mắc bệnh viêm màng não

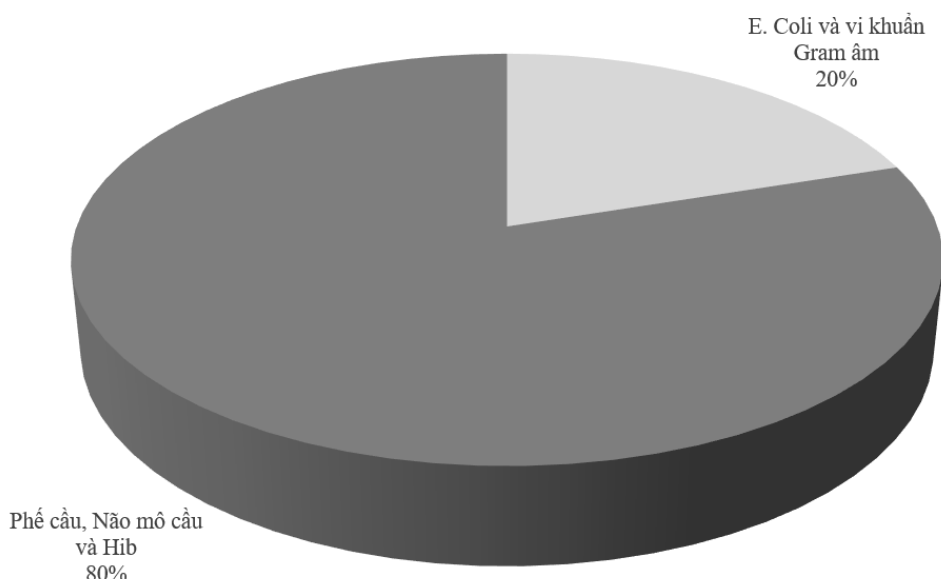
Bảng 3.3. Tuổi mắc viêm màng não

Năm	Tác giả	Tuổi VMN	Tỷ lệ mắc
2000 - 2002	Đặng Đức Anh	< 1 tháng tuổi	24%
2006	J. Walter Kutz, MD; Lawrence Mariano Simon, MD; Sri Kiran Chennupati, MD; et al	< 5 tuổi	30,6%
2009 - 2014	Phạm Nhật An	> 1 tháng đến 12 tháng	70,3 - 71,4%
2016	C. Briand ^a , C. Levy	< 2 tuổi	59%
		2 – 15 tuổi	41%

Theo bảng 3.3, viêm màng não do vi khuẩn có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp nhiều hơn ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi, đặc biệt là dưới 2 tuổi [15], [16], [17], [18]. Tỷ lệ này khác nhau ở các khu vực và chủng vi khuẩn gây bệnh. Với nhóm tuổi dưới 2 tuổi, do cơ thể trẻ chưa hoàn chỉnh cả về cấu trúc, chức năng của các cơ quan, đặc biệt là hệ thống miễn dịch thụ động từ mẹ truyền cho giảm dần nên nguy cơ mắc bệnh sẽ cao hơn lứa tuổi lớn.

Về giới tính: Các nghiên cứu về giới tính trong bệnh viêm màng não do vi khuẩn thấy rằng tỉ lệ mắc bệnh của nam cao hơn nữ [19], [29], [21]. Tuy nhiên, người ta lại không tìm thấy mối liên quan về giới khi trẻ mắc viêm não gây nghe kém [22], [23].

3.3. Tác nhân gây bệnh viêm màng não



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ vi khuẩn viêm màng não có nghe kém

Tỷ lệ vi khuẩn gây viêm màng não ở nhóm bệnh nhân nghe kém phổ biến là phế cầu, não mô cầu và Hib. Các vi khuẩn khác như E. Coli và vi khuẩn Gram âm khác như Klebsiella, Enterobacter, Pseudomonas, Seratia, Listeria Monocytogenes... và một số vi khuẩn Gram

đương như liên cầu (Streptococcus), tụ cầu (Staphylococcus) chiếm tỷ lệ 20%.

Phần lớn các nghiên cứu trước đây đều chỉ ra rằng, Hib là nguyên nhân chính gây viêm màng não biến chứng nghe kém % [24]. Tuy nhiên, từ sau khi vaccin phòng Hib ra đời và phổ biến rộng rãi, tỷ lệ viêm màng não do

Hib đã giảm đáng kể.

Bảng 3.4. Tác nhân gây viêm màng não

Tác nhân gây bệnh		
Tác giả	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ chung
Asadi-Poya và các cộng sự (2008)	3,5 đến 37%	6 đến 31%
Jamie Martine (2020)	30 – 50% Pneumococcal 10 – 30% HI 5 – 25% meningococcal	42,3%
Filip Persson , Nora Bjar , Ann Hermansson (2022)	53% do phế cầu 37% do Não mô cầu 10% do HI	37,56%

Bảng 3.4 cho thấy, các nghiên cứu gần đây đều đồng thuận rằng phế cầu là nguyên nhân chính gây viêm màng não vi khuẩn gây biến chứng nghe kém, tiếp sau đó là não mô cầu và thấp nhất là Hib. Tỷ lệ mắc bệnh của từng loại vi khuẩn thay đổi theo từng nghiên cứu và khu vực địa lý [25], [26].

Viêm màng não do vi khuẩn do một số loại vi khuẩn gây nên trong đó 3 vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là phế cầu (*Streptococcus pneumoniae*), Hib (*Hemophilus influenzae*) và não mô cầu (*Neisseria meningitidis*) chiếm tới 80% các trường hợp bệnh. Các vi khuẩn này có thể tồn tại ở niêm mạc đường hô hấp của trẻ khỏe mạnh cũng như trẻ bệnh. Ngoài ra còn có *Escherichia coli* và một số vi khuẩn Gram âm khác như *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Pseudomonas*, *Serratia*, *Listeria monocytogenes*... và một số vi khuẩn Gram dương như liên cầu (*Streptococcus*), tụ cầu (*Staphylococcus*) [14].

Phế cầu khuẩn là vi khuẩn Gram dương thuộc chi *Streptococcus*. Phế cầu có hai loại kháng nguyên là kháng nguyên vỏ và kháng nguyên thân, trong đó kháng nguyên vỏ quyết định sự khác nhau giữa các type. Có khoảng hơn 90 type huyết thanh phế cầu. Phế cầu type 23 là type phổ biến nhất gây bệnh [15], [16]. Một số nghiên cứu cho thấy 30% số trường hợp viêm màng não do phế cầu còn sống gây nghe kém ở các mức độ khác nhau.

Cơ chế nghe kém trong viêm màng não do phế cầu được tiến hành trong môi trường invitro có mối liên quan giữa việc giải phóng ngoại độc tố Pneumolysin toxicity và tổn thương đường dẫn truyền thính giác đặc biệt là ốc tai và hệ thống tiền đình. Độc tố này có ái lực cao hơn

với tế bào lông, gây phá hủy một phần hoặc hoàn toàn tế bào lông của màng đáy [17], [18], [19]. Thêm vào đó, Pneumolysin toxicity còn khởi động quá trình hoạt hóa Calci trong ngoại dịch ốc tai. Việc gia tăng quá mức calci của ngoại dịch gây lắng đọng Calci ở ốc tai gây vôi hóa và xơ hóa ốc tai. Như vậy, tổn thương tế bào lông có thể do độc tố toxicity phá hủy trực tiếp tế bào lông hoặc do calci hóa ở màng đáy [20], [21], [22]. Hoạt tính của độc tố trên dây thần kinh thính giác cũng đã được nghiên cứu và cho thấy sự giảm hoạt động rõ rệt thời gian tiềm tàng của dây VIII khi đo điện thính giác thân não và sự xuất hiện của sóng Cochlear microphonic



Hình ảnh 1: Cốt hóa vịnh nhĩ

3.4. Mức độ nghe kém sau viêm màng não

Bảng 3.5. Mức độ nghe kém sau viêm màng não

Năm	Tác giả	Nặng, sâu	Trung bình, nhẹ
1997	M P Richardsona, A Reidb, M J Tarlowc, P T Rudda	17.4%	82,6%
1999	Audie L. Woolley, et al	78%	22%
2006	J. Walter Kutz, MD; Lawrence Mariano Simon, MD; Sri Kiran Chennupati, MD; et al	58,6%	41,4%
2010	Lise Worsoe, Per Cayé-Thomassen, Christian Thomas Brandt, Jens Thomsen	14 %	86%

Bảng 3.5 cho thấy, các tác giả trên thế giới đều đồng thuận rằng nghe kém là biến chứng nặng và phức tạp sau viêm màng não do vi khuẩn ở trẻ em. Tỷ lệ các mức độ nghe kém là khác nhau giữa các nghiên cứu, trong đó nghe kém tiếp nhận thần kinh là dạng nghe kém thường gặp nhất [10],[11],[23],[27].

3.5. Một số yếu tố liên quan với tỷ lệ mắc nghe kém sau viêm màng não

Bảng 3.6: Liên quan giữa thời gian điều trị và tỷ lệ nghe kém sau VMN

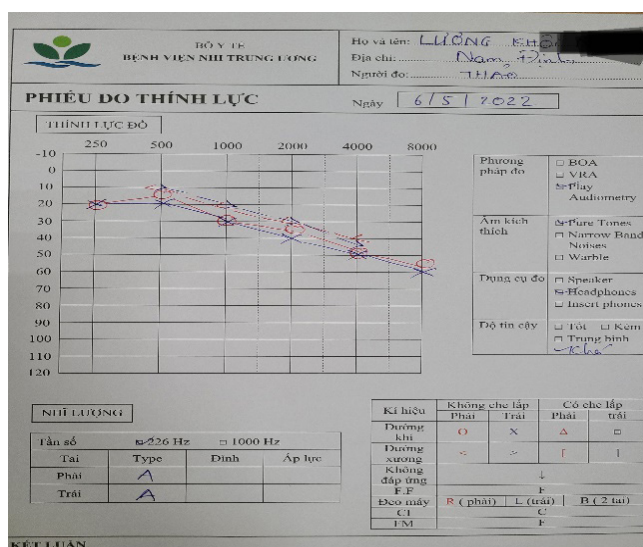
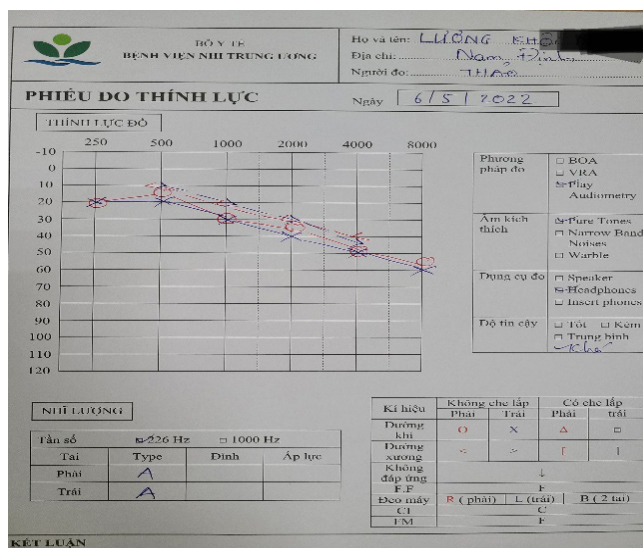
Yếu tố	Tỷ lệ nghe kém (%)
Thời gian nằm viện	
Trên 10 ngày	78,0
Dưới 10 ngày	22,0
Thời gian bắt đầu điều trị	
≥ 5 ngày	38,0
≤ 2 ngày	12,0

Kết quả bảng 3.6 cho thấy, thời gian điều trị càng kéo dài thì nguy cơ bị nghe kém càng cao. Viêm màng não kèm theo các yếu tố khác như sốt giật, thở máy kéo dài, tăng Protein, giảm đường máu trong dịch não tủy gây nguy cơ nghe kém cao hơn [17]. Nghe kém trên bệnh nhân viêm màng não do vi khuẩn được phát triển trong những giai đoạn sớm của bệnh và có thể phát hiện nghe kém trong vòng 2 ngày đầu kể từ khi nhập viện [31], [32].

Kháng sinh

Các nghiên cứu cho thấy việc sử dụng kháng sinh nhóm Aminoglycosid làm tăng nguy cơ giảm thính lực ở nhóm bệnh nhân viêm màng não [28]. Cơ chế gây nghe kém do nhóm Aminoglycosid chưa rõ ràng. Tuy nhiên người ta thấy rằng có 2 cơ chế chính gây nghe kém do nhóm Aminoglycosid bao gồm nhiễm độc ốc tai gây hủy tế bào lông và vôi hóa ốc tai do tăng nồng độ Calci ngoại bào. Nghiên cứu ngẫu nhiên thấy rằng trong nhóm Aminoglycosid, Gentamycin và Amikacin có nguy cơ gây nghe kém cao hơn.

Ngoài ra còn do đột biến gen ty thể do nhiễm độc Aminoglycosid.



Hình ảnh 2: Nghe kém do VMN

Dexamethasone

Việc sử dụng corticoid làm giảm đáng kể tỷ lệ trẻ bị nghe kém sau viêm màng não. Trong đó hiệu quả đáng

chú ý là việc sử dụng Dexamethasone trong những ngày điều trị đầu tiên khi phát hiện bệnh [29], [30]. Người ta cho rằng việc sử dụng Dexamethasone sớm làm hạn chế quá trình giải phóng các cytokine viêm, ức chế quá trình hoạt hóa thromboplastine gây rối loạn đông máu, hình thành các cục máu đông. Từ đó, làm giảm các tổn thương của ốc tai và hệ thống tiền đình.

4. KẾT LUẬN

Nghe kém trên bệnh nhân viêm màng não do vi khuẩn được phát triển trong những giai đoạn sớm của bệnh và có thể phát hiện nghe kém trong vòng 2 ngày đầu kể từ khi nhập viện. Cơ chế nghe kém chưa rõ ràng nhưng nhiều tác giả cho rằng do phá hủy tế bào lông và lắng đọng Canxi.

Dùng corticoid sớm sẽ làm giảm tỷ lệ nghe kém. Thời gian bắt đầu điều trị cũng như thời gian nằm viện có liên quan đến tỷ lệ và mức độ nghe kém.

Tuổi càng nhỏ thì tỷ lệ nghe kém càng cao. Cây ốc tai điện tử kịp thời có thể cải thiện thính lực.

5. KHUYẾN NGHỊ

Tầm soát thính lực của bệnh nhân sau viêm màng não có thể được tiến hành trong vòng 24 giờ đầu nhập viện và trước trước khi bệnh nhân ra viện. Khi có nghi ngờ vô hóa ốc tai, cần được chỉ định chụp cắt lớp vi tính để đánh giá ốc tai và hệ thống tiền đình. Nếu cần có thể chỉ định thêm chụp cộng hưởng từ sọ não để đánh giá tổn thương thần kinh và não bộ.

Các dữ liệu về việc theo dõi giảm thính lực lâu dài ở bệnh nhân sau viêm màng não còn rất hạn chế. Hiện nay, cũng chưa có Guideline chính thức về theo dõi thính lực cho bệnh nhân sau viêm màng não được chính thức thông qua. Tuy nhiên, phần lớn các tác giả đều đồng thuận với việc tiến hành sàng lọc thính lực cho bệnh nhân trong vòng 24 giờ trước khi ra viện, và việc theo dõi được tiến hành trong vòng 1 năm kể từ thời điểm bị viêm màng não kể cả với những trường hợp đã vượt qua test sàng lọc thính lực trước đó.

Bệnh nhân viêm màng não có vô hóa ốc tai cần được phẫu thuật sớm trong vòng 6 tháng kể từ khi viêm màng não khi toàn trạng của bệnh nhân cho phép phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phạm Nhật An, (2013), Viêm màng não mủ, Bài giảng Nhi khoa tập 2, Nhà xuất bản y học 2013: Trang 278-285.
- [2] Ivana Lukšić, Rosanda Mulić, Rachel Falconer, (2013), Estimating global and regional morbidity from acute bacterial meningitis in children: assessment of the evidence, Croat Med J, Vol 54(6): pp. 510– 518)
- [3] Phạm Nhật An, Lê Thị Yên, (2014), Căn nguyên, đặc điểm lâm sàng viêm màng não nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Tạp chí Truyền Nhiễm Việt Nam, Số 04(8): trang 17-22.
- [4] Hoàng Văn Cúc, Nguyễn Văn Huy, (2006), Đại cương về hệ thần kinh, màng não tủy, Giải phẫu người, Nhà xuất bản y học, Trường Đại học y Hà Nội, Trang 313-321
- [5] Michael C. Thigpen, M.D, Cynthia G. et al, (2011), Bacterial Meningitis in the United States, 1998–2007, N Engl J Med 2011, Vol 364(21): pp. 2016-2025
- [6] Phạm Nhật An, Lê Thị Yên, (2014), Căn nguyên, đặc điểm lâm sàng viêm màng não nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Tạp chí Truyền Nhiễm Việt Nam, Số 04(8): trang 17-22.
- [7] Nguyễn Thị Thu Hương, Trần Mạnh Tùng, Nguyễn Thị Thu Yến, (2015), Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng viêm não - màng não tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2011- 2014 Tạp chí YHDP, Tập XXV(số 8(168) 2015 Số đặc biệt): trang 186.
- [8] Kornelisse RF, Westerbeek CMS, Spoor AB et al. Pneumococcal meningitis in children: prognostic indicators and outcome. Clin Infect Dis. 1995;21:1390- 1397 Google Scholar Crossref
- [9] Mathij C Brower, Allan R. Tunkel (2010), Epidemiology, diagnosis, and antimicrobial treatment of acute bacterial meningitis, Clin Microbiol Rev 2010 Jul;23(3):467-92. doi: 10.1128/CMR.00070-09.
- [10] Audie L. Woolley, MD, Katharine A Kirk, Ph.D et al (1999), Risk factors for Hearing loss from Meningitis in Children, Arch Otolaryngol Head and Neck Surg. 1999; 125: 509- 514.
- [11] Lise Worsoe, Per Cayé Thomasen, Christian Thomas Brandt, Jens Thomsen, (2010), Factors associated with the occurrence of hearing loss after pneumococcal meningitis, Clin Infect Dis 2010 Oct 15;51(8):917-24. doi: 10.1086/656409.
- [12] Benson Wahome Karanja, Herbert Ouma Obura (2013), Risk Factors for Hearing Loss in Children following Bacterial Meningitis in a Tertiary Referral Hospital, Int J Otolaryngol 2013;2013:354725. doi: 10.1155/2013/354725. Epub 2013 May 15.
- [13] Fatima Zeeshan, Attia Bari (2010) Hearing impairment after acute bacterial meningitis in children, Afr J Infect Dis. 2010; 4(2): 51–60.
- [14] Filip Persson, Nora Bjar, Ann Hermansson & Marie Gisselsson-Solen (2022), Hearing loss after bacterial meningitis, a retrospective study, Acta Otolaryngol 2022 Mar-Apr;142(3-4):298-301. doi: 10.1080/00016489.2022.2058708. Epub 2022 Apr 11.
- [15] Nguyễn Văn Lâm, Đỗ Thiện Hải, Lê Thị Yên, (2009), Nghiên cứu tính nhạy cảm và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm màng não mủ ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Tạp chí nhi khoa, Tập 2(số 3 & 4): Trang 125-132.
- [16] Phan Thanh Hương, Đặng Đức Anh (2002), Haemophilus Influenzae Type b: Đặc điểm sinh học

- phân tử, yếu tố nguồn lây mang tính gia đình, Tạp chí Y học Dự Phòng, 2005, tập XV, số 5(76).
- [17] J Walter Kutz¹, Lawrence Mariano Simon et al (2007) Clinical predictors for hearing loss in children with bacterial meningitis, PMID: 16982970, DOI: 10.1001/archotol.132.9.941
- [18] Briand a, C. Levy (2016), Outcomes of bacterial meningitis in children, Med Mal Infect 2016 Jun;46(4):177-87. doi: 10.1016/j.med-mal.2016.02.009. Epub 2016 Mar 22.
- [19] Porobic-Jahic H, Dilista Piljic, Rahima Jahic, et al., (2013), Ethiology of bacterial meningitis in children in Tuzla Canton, Med Arch, Vol 67(1): pp. 13-6.
- [20] Barry B. Mook-Kanamori, Madelijn Geldhoff, Tom van der Poll, et al., (2011), Pathogenesis and Pathophysiology of Pneumococcal Meningitis, Clin Microbiol Rev, Vol 24((3):): pp. 557-91.
- [21] Pak J Med Sci. 2018 May-Jun; 34(3): 655–659. doi: 10.12669/pjms. 343.14373
- [22] Fatima Zeeshan,¹ Attia Bari (2010) Hearing impairment after acute bacterial meningitis in children, Afr J Infect Dis. 2010; 4(2): 51–60.
- [23] J Walter Kutz¹, Lawrence Mariano Simon et al (2007) Clinical predictors for hearing loss in children with bacterial meningitis, PMID: 16982970, DOI: 10.1001/archotol.132.9.941
- [24] Vienny H, Despland PA, Lütschg J, (1984) Early diagnosis and evolution of deafness in childhood bacterial meningitis: a study using brainstem auditory evoked potentials. *Pediatrics* 73:579–586.
- [25] Moxon ER, Smith AL, Averill DR, Smith DH (1974) Haemophilus influenzae meningitis in infant rats after intranasal inoculation. *J Infect Dis* 129b:154–162.
- [26] Brookhouser PE, Auslander MC, Meskan ME. The pattern and stability of postmeningitic hearing loss in children. *Laryngoscope*. 1988; 98(9): 940–948. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
- [27] M P Richardsona, A Reidb, M J Tarlowc, P T Rudda (1997), Hearing loss during bacterial meningitis, Arch Dis Child 1997 Feb;76(2):134-8, doi: 10.1136/adc.76.2.134.
- [28] Bhatt SM, Cabellos C, Nadol JB, et al. (1995) The impact of dexamethasone on hearing loss in experimental pneumococcal meningitis. *Pediatr Infect Dis J* 14:93–96.
- [29] Lebel MH, Freij BJ, Syrogiannopoulos GA, et al. (1988) Dexamethasone therapy for bacterial meningitis: results of two double-blind, placebo-controlled trials. *N Engl J Med* 319:964–971.
- [30] Kanra GY, Özen H, Seçmeer G, Ceyhan M, Ecevit Z, Belgin E (1995) Beneficial effects of dexamethasone in children with pneumococcal meningitis. *Pediatr Infect Dis J* 14:490–494.
- [31] Kanra GY, Özen H, Seçmeer G, Ceyhan M, Ecevit Z, Belgin E (1995) Beneficial effects of dexamethasone in children with pneumococcal meningitis. *Pediatr Infect Dis J* 14:490–494.
- [32] Wald ER, Kaplan SL, Mason EO, et al. (1995) Dexamethasone therapy for children with bacterial meningitis. *Pediatrics* 95:21–28.

UPDATED OVERVIEW OF SCREENING AND DIAGNOSIS OF HEARING LOSS IN CHILDREN

Dang Thanh^{1*}, Nguyen Ngoc Quang²

¹Hue University of Medicine and Pharmacy - 6D Ngo Quyen Street, Vinh Ninh, Hue city, Vietnam

²Da Nang Hoan My Hospital - 291 Nguyen Van Linh, Da Nang, Vietnam

Received 15/03/2023

Revised 13/04/2023; Accepted 05/05/2023

ABSTRACT

Hearing loss in children needs to be completely assessed by screening, diagnosis and determination of causes.

Screening includes methods: Screening questionnaires of risk of hearing loss. Simple audiologic tests as pure tone audiology, otoacoustic emission and tympanography.

Diagnosis includes methods: Medical history. Clinical exams comprising general, otologic, head and neck examinations. Simple audiologic test by diapason. Official diagnosis consists of appropriate specific audiologic tests, tympanography, acoustic stapedius reflex, otoacoustic emission and auditory brainstem response.

Causes of hearing loss are determined within each type of hearing loss: Conductive hearing loss is usually easy to determine causes. Sensorineural hearing loss is usually more difficult to determine causes, among which, important causes are genetic disorders and congenital infections.

Keywords: Conductive hearing loss, sensorineural hearing loss, genetic syndromes, congenital infections.

*Corresponding author
Email address: dthanh@huemed-univ.edu.vn
Phone number: (+84) 913490128



TỔNG QUAN CẬP NHẬT VỀ SÀNG LỌC VÀ CHẨN ĐOÁN NGHE KÉM Ở TRẺ EM

Đặng Thanh^{1*}, Nguyễn Ngọc Quang²

¹Trường Đại học Y Dược Huế, 6 Ngõ Quyền, Vinh Ninh, TP Huế, Việt Nam

²Bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng, 291 Nguyễn Văn Linh, Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 15/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 13/04/2023; Ngày duyệt đăng 05/05/2023

TÓM TẮT

Nghe kém ở trẻ em cần phải được đánh giá đầy đủ bằng sàng lọc, chẩn đoán và xác định nguyên nhân.

Sàng lọc bao gồm các biện pháp: Sử dụng bộ câu hỏi sàng lọc nguy cơ nghe kém. Các xét nghiệm thính học đơn giản như đo thính lực đơn âm, đo âm ốc tai và đo nhĩ lượng.

Chẩn đoán bao gồm các biện pháp: Hỏi bệnh sử. Khám lâm sàng bao gồm khám tổng quát, khám tai, khám đầu cổ. Đo thính lực đơn giản bằng âm thoa. Chẩn đoán nghe kém chính thức bao gồm các phương pháp đo thính lực chuyên biệt thích hợp, đo nhĩ lượng, đo phản xạ bàn đạp, đo âm ốc tai và đo điện thính giác thân não.

Nguyên nhân nghe kém được xác định trong mỗi thể loại nghe kém: Nghe kém dẫn truyền thường dễ xác định nguyên nhân. Nghe kém tiếp nhận thường khó hơn trong việc xác định nguyên nhân, trong đó các nguyên nhân quan trọng là rối loạn di truyền và nhiễm trùng bẩm sinh.

Từ khóa: Nghe kém dẫn truyền, nghe kém tiếp nhận, các hội chứng di truyền, các bệnh nhiễm trùng bẩm sinh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghe kém ở trẻ em nếu không được sàng lọc, chẩn đoán sớm để điều trị sớm sẽ ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp, ngôn ngữ và sự phát triển não bộ của trẻ. Những phương pháp hiện nay có thể phát hiện sớm và điều trị hiệu quả cho dù là nghe kém vĩnh viễn (do ốc tai) hay tạm thời (do dẫn truyền) giúp cho trẻ có thể phát triển ngôn ngữ và tư duy trong chừng mực tối đa có thể được như những trẻ em bình thường.

Thống kê cho thấy tỷ lệ nghe kém có biểu hiện lâm sàng rõ vào khoảng 1 đến 2 trên 1.000 trẻ sơ sinh và trẻ em. Trước đây để phát hiện nghe kém ở trẻ em thường đòi hỏi sự nhận thức và hợp tác từ trẻ, trong khi các phương pháp này thường là chủ quan và thiếu chính xác. Ngày nay có rất nhiều phương tiện thăm dò chức năng khách quan có thể giúp sàng lọc và chẩn đoán nghe kém sớm

nhất mà không cần sự hợp tác của đối tượng. Do đó, chúng tôi thực hiện chuyên đề này nhằm giới thiệu các phương pháp cập nhật trong sàng lọc và chẩn đoán nghe kém ở trẻ em, với 2 mục tiêu:

- Trình bày tổng quan cập nhật về sàng lọc và chẩn đoán nghe kém ở trẻ em.
- Xác định nguyên nhân nghe kém trong mỗi thể loại nghe kém ở trẻ em.

2. KHÁM SÀNG LỌC NGHE KÉM Ở TRẺ EM

2.1. Thời điểm sàng lọc

Thời điểm sàng lọc [2], [5]:

*Tác giả liên hệ

Email: dthanh@huemed-univ.edu.vn

Điện thoại: (+84) 913490128

- Tất cả trẻ sơ sinh 24-48 giờ sau sinh hoặc trước khi ra viện.

- Trẻ em có các yếu tố nguy cơ nghe kém: Sàng lọc sau giai đoạn sơ sinh hoặc ít nhất một lần trước 24-30 tháng tuổi, nhất là ở thời điểm 9-12 tháng tuổi.

- Tất cả trẻ em >30 tháng - 11 tuổi: Sàng lọc hằng năm.

- Tất cả trẻ em >11 tuổi: Sàng lọc 3 năm / 1 lần cho đến 21 tuổi.

2.2. Đánh giá nguy cơ nghe kém

Đánh giá nguy cơ nghe kém lực bao gồm giám sát khả năng thính giác, giám sát sự phát triển và đánh giá mối quan tâm của cha mẹ [5], [10].

- Đối với trẻ nhỏ (≤ 6 tuổi)

+ Người chăm sóc nghi ngờ về khả năng nghe, nói, ngôn ngữ hoặc chậm phát triển trí tuệ ở trẻ em.

+ Tiền sử gia đình của trẻ nghe kém (tuy nhiên, vì nghe kém di truyền thường có kiểu di truyền lặn trên nhiễm sắc thể thường nên nhiều trẻ bị nghe kém di truyền không có người thân mắc bệnh).

+ Thời gian nằm viện chăm sóc đặc biệt cho trẻ sơ sinh > 5 ngày.

+ Nằm ở đơn vị chăm sóc đặc biệt dành cho trẻ sơ sinh (bất kể thời gian) cần điều trị oxy qua màng ngoài cơ thể, thông khí hỗ trợ, truyền máu vì tăng bilirubin máu, hoặc tiếp xúc với thuốc gây độc cho tai hoặc thuốc lợi tiểu quai.

+ Nhiễm trùng bẩm sinh hoặc tổn thương hệ thần kinh trung ương.

+ Viêm tai giữa mạn tính hoặc tái phát có ứ dịch.

+ Tiếp xúc với thuốc gây độc cho tai, bao gồm cả hóa trị liệu.

+ Chấn thương đầu (đặc biệt là gãy xương sọ và xương thái dương).

+ Có các hội chứng liên quan đến giảm thính lực.

+ Hội chứng thoái hóa thần kinh.

+ Dị tật đầu và cổ bẩm sinh (ví dụ: dị tật loa tai hoặc xương thái dương, ống tai, lỗ rò tai ngoài).

+ Rối loạn chức năng vòi Eustach (ví dụ: phì đại VA, hở hàm ếch).

- Đối với trẻ lớn (>6 - 11 tuổi) và thanh thiếu niên (>11 - 15 tuổi):

+ Cháu có vấn đề gì khi nghe điện thoại?

+ Cháu có khó khăn gì khi theo dõi cuộc trò chuyện của hai hoặc nhiều người đang nói chuyện cùng một lúc không?

+ Những người khác có phàn nàn rằng cháu bật âm lượng tivi quá cao không?

+ Cháu có phải căng thẳng để hiểu cuộc trò chuyện không?

+ Cháu có gặp khó khăn khi nghe khi xung quanh ồn ào?

+ Cháu có yêu cầu người khác lặp lại lời họ nói không?

+ Cháu có cho rằng nhiều người mà cháu nói chuyện có vẻ lầm bầm (hoặc nói không rõ ràng) không?

+ Cháu có hiểu sai những gì người khác đang nói và trả lời không phù hợp không?

+ Cháu có gặp khó khăn trong việc hiểu lời nói của phụ nữ và trẻ em?

+ Mọi người có khó chịu vì cháu hiểu sai những gì họ nói không?

+ Đeo tai nghe nhạc với âm lượng lớn trong thời gian dài.

2.3. Các phương pháp sàng lọc nghe kém ở trẻ em

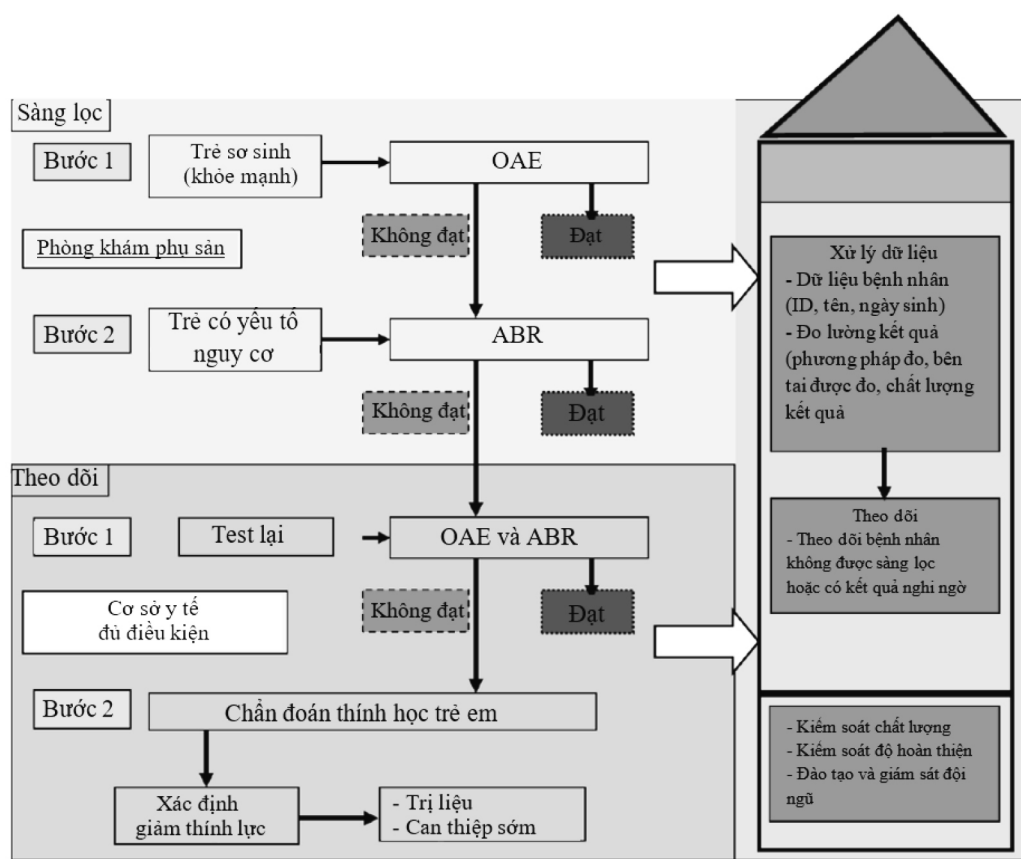
Việc sàng lọc nghe kém ở trẻ em được thực hiện bằng các phương pháp [7]:

- Đo thính lực đơn âm: Đây là phép đo thính lực chủ quan. Được áp dụng cho trẻ > 6 tuổi. Có thể thực hiện tại phòng cách âm tiêu chuẩn hoặc tại phòng khám với ít tiếng ồn (có thể chỉ đo ngưỡng nghe đường khí).

- Âm ốc tai (OAE): Đây là phép đo thính lực khách quan. Được áp dụng cho mọi lứa tuổi, kể cả trẻ sơ sinh. Chú ý trong bệnh lý thần kinh thính giác, OAE bình thường do tế bào lông ngoài bình thường, nhưng vẫn có nghe kém do tổn thương tế bào lông trong hoặc dây thần kinh thính giác.

- Đo nhĩ lượng: Đo nhĩ lượng có thể được sử dụng như một công cụ sàng lọc viêm tai giữa ứ dịch, thường liên quan đến nghe kém dẫn truyền. Đo nhĩ lượng có giá trị nhất khi kết hợp với soi tai bằng kính nén.





Hình 1. Quy trình sàng lọc phát hiện sớm giảm thính lực trẻ em [7]

3. CHẨN ĐOÁN NGHE KÉM Ở TRẺ EM

3.1. Bệnh sử và tiền sử

Bệnh sử có thể hữu ích trong việc phân biệt giữa nguyên nhân nghe kém mắc phải và di truyền. Các yếu tố quan trọng của bệnh sử bao gồm: tiền sử tiền sản của người mẹ, tiền sử bệnh lý của trẻ từ giai đoạn sơ sinh và sau sơ sinh, lịch sử phát triển của trẻ, tuổi khởi phát nghe kém, các triệu chứng liên quan về tai, các triệu chứng liên quan đến các hội chứng di truyền, tiền sử gia đình có người thân nghe kém (nếu có thì nên lấy phả hệ ba thế hệ đầy đủ để xây dựng mô hình di truyền)...[1].

3.2. Khám lâm sàng

3.2.1. Khám tổng quát

Khám thực thể nên bao gồm đo lường các thông số tăng trưởng và đánh giá ngoại hình chung, đồng thời tìm kiếm các đặc điểm lâm sàng của các hội chứng khác nhau.

3.2.2. Khám tai

Khám thực thể tai ngoài và màng nhĩ có thể xác định các bệnh lý của tai ngoài và tai giữa. Soi tai bằng khí nén được thực hiện với áp lực dương và âm để đánh giá tính di động của màng nhĩ.

3.2.3. Khám đầu cổ

Khám đầu và cổ là đặc biệt quan trọng. Kiểm tra các nang hay rò vùng cổ. Các bất thường ở đầu cổ có thể giúp xác định nguyên nhân của nghe kém do các hội chứng di truyền.

3.3. Đo thính lực đơn giản bằng âm thoa

Được áp dụng cho trẻ lớn > 6 tuổi. Có thể chẩn đoán sơ bộ thể loại và mức độ nghe kém. Nghe kém ở 256 Hz tương đương với khoảng 10 đến 15 decibel (dB) và nghe kém ở 512 Hz tương đương với 20 đến 30 dB. Các nghiệm pháp bằng âm thoa bao gồm: nghiệm pháp đo sức nghe đường khí, nghiệm pháp Schwabach đo sức nghe đường xương, nghiệm pháp Rinne so sánh sức nghe đường khí với đường xương, nghiệm pháp Weber so sánh sức nghe đường xương hai tai.

3.4. Chẩn đoán nghe kém chính thức

Chẩn đoán nghe kém chính thức dựa vào các xét nghiệm thính học sau:

3.4.1. Đo thính lực

3.4.1.1. Đo thính lực dành cho ở trẻ em hợp tác

- Đo thính lực đơn âm

Thính lực đường khí được dùng để phân loại mức độ nghe kém. Thính lực đường xương, khi kết hợp với thính lực đường khí, để chẩn đoán thể loại nghe kém. Khoảng cách giữa đường khí và đường xương được gọi là khoảng cách khí - cốt đạo. Đối với nghe kém tiếp nhận, các mẫu khác nhau của thính lực đồ có thể gợi ý các nguyên nhân khác nhau: nghe kém tiếp nhận một bên thường gợi ý bệnh lý ở tai trong; nghe kém tiếp nhận hai bên và đối xứng, mặc dù hình dạng có thể khác nhau (phẳng, dốc xuống, dốc lên, hình chữ U) thường gợi ý nghe kém di truyền không đặc hiệu; nghe kém tiếp nhận hai bên không đối xứng, thường gợi ý nghe kém có hội chứng di truyền; nghe kém tiếp nhận do tiếng ồn ban đầu biểu hiện dưới dạng nghe kém đường xương ở tần số cao.

- Đo thính lực lời nói

Đo thính lực lời nói bao gồm hai phần: ngưỡng lời nói (còn gọi là ngưỡng tiếp nhận lời nói) và điểm phân biệt từ.

Ngưỡng lời nói thường bằng với đường khí trung bình của 4 tần số 500, 1000, 2000 và 4000 Hz trong đo thính lực đơn âm ± 10 dB.

Điểm phân biệt từ phục vụ cho hai mục đích: tiên lượng cho việc đeo máy trợ thính và giúp xác định vị trí tổn thương. Điểm phân biệt từ kém thường chỉ ra sự thoái hóa thần kinh đáng kể. Những cá nhân này có thể không phải là đối tượng phù hợp để đeo máy trợ thính vì máy trợ thính sẽ khuếch đại âm thanh nhưng có thể không cho phép trẻ hiểu những gì đang được nói.

3.4.1.2. Đo thính lực dành cho trẻ nhỏ và/hoặc không hợp tác

Đây là các phương pháp đo thính lực chuyên biệt [3].

- Đo thính lực quan sát hành vi: Được áp dụng cho trẻ sơ sinh đến 8 tháng tuổi, trẻ em có nhiều khuyết tật hoặc người lớn không thể hợp tác. Thính lực được đánh giá dựa trên các phản xạ cử động và hành vi của trẻ.

- Đo thính lực tăng cường thị giác: Được áp dụng cho trẻ sơ sinh đến 2 tuổi. Thính lực được đánh giá dựa trên việc đáp ứng của trẻ quay đầu về phía nguồn âm thanh thì được thưởng bằng đồ chơi có ánh sáng và hoạt hình.

- Đo thính lực qua trò chơi: Được áp dụng cho trẻ >2 tuổi đến 6 tuổi. Thính lực được đánh giá dựa trên việc trẻ thực hiện trò chơi đơn giản mỗi khi nghe thấy âm

thanh. Phương pháp này có thể đánh giá điểm hiểu lời nói và điểm phân biệt lời nói.

3.4.2. Đo nhĩ lượng

Đã đề cập ở phần sàng lọc nghe kém.

3.4.3. Đo phản xạ bàn đạp

Kích thích âm thanh ở một bên sẽ tạo ra sự co cơ bàn đạp ở cả cùng bên và đối bên. Đo phản xạ bàn đạp giúp phân biệt các loại nghe kém khác nhau, đặc biệt là mất thính lực sau ốc tai do u bao sợi thần kinh tiền đình.

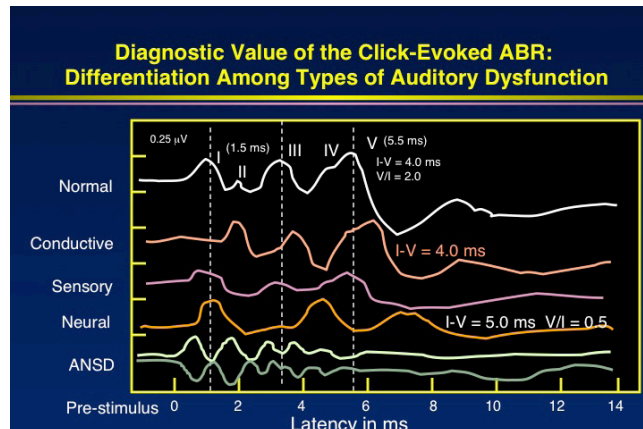
3.4.4. Đo âm ốc tai

Đã đề cập ở phần sàng lọc nghe kém.

OAE bình thường kết hợp với đo thính lực hành vi bình thường ở trẻ em từ 6 đến 30 tháng tuổi có thể loại bỏ nhu cầu đo ABR.

3.4.5. Đo điện thính giác thân não (ABR)

ABR đánh giá sự hoạt động của ốc tai, thần kinh thính giác, vùng thấp của thân não. Hai xét nghiệm thính học OAE và ABR thường được dùng để chẩn đoán sàng lọc đối với trẻ có nguy cơ nghe kém hoặc để chẩn đoán nghe kém tiếp nhận; ngoài ra có thể chẩn đoán bệnh lý thần kinh thính giác [6].



Hình 2. Giá trị chẩn đoán của ABR click phân biệt các thể loại nghe kém [4]

(Ghi chú: Normal = Bình thường, Conductive = Dẫn truyền, Sensory Neural = Tiếp nhận, ANSD = Auditory neuropathy spectrum disorder, Bệnh thần kinh thính giác, Pre-stimulus = Trước kích thích, Latency in ms = Thời gian tiềm tàng tính bằng giây)

4. NGUYÊN NHÂN NGHE KÉM

Nguyên nhân nghe kém thường được đánh giá theo thể loại nghe kém.

4.1. Nghe kém dẫn truyền

Do tổn thương tai ngoài và tai giữa. Chẩn đoán nguyên nhân thường dựa vào hỏi bệnh sử, nội soi tai, đo thính lực đơn âm, đo nhĩ lượng, một số trường hợp có thể chụp phim CT scan xương thái dương [11].

4.2. Nghe kém tiếp nhận

4.2.1. Vị trí tổn thương

Tổn thương ở tai trong (ốc tai) và/hoặc dây thần kinh thính giác (dây thần kinh sọ VIII) và/hoặc hệ thống thần kinh thính giác trung ương (các nhân thính giác ở hành não, cầu não và/hoặc trung tâm thính giác ở vỏ não thùy thái dương).

4.2.2. Nguyên nhân tổn thương

Các nguyên nhân quan trọng gây nghe kém tiếp nhận ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bao gồm các nguyên nhân di truyền và nhiễm trùng, đặc biệt là nhiễm CMV bẩm sinh [34].

Các nguyên nhân khác gây nghe kém tiếp nhận do tổn thương tai trong: chấn thương đầu, khối u dây thần kinh thính giác, các dị tật bẩm sinh ở tai trong, các thuốc gây độc tai trong (như quinine, trimethadione, retinoic acid, and maternal thyroid peroxidase autoantibodies...), lỗ rò ngoại dịch (perilymph fistula).

Bảng 1. Các hội chứng di truyền liên quan đến nghe kém bẩm sinh [9]

(Xếp theo thứ tự tương đối về tần suất giảm dần gây nghe kém bẩm sinh)

Các hội chứng di truyền	Các đặc điểm	Do đột biến	NK tiếp nhận	NK dẫn truyền	NK hỗn hợp
Waardenburg (AD)	Lông mày trắng, móng mắt dị sắc, hàm dưới rộng, điếc	×	×		
Usher (AR)	Viêm võng mạc sắc tố, thất điều, điếc	×	×		
Pendred (AR)	Bướu cổ gia đình, rối loạn chức năng tổ chức iode, điếc	×	×		
Alport (XL, AR, AD)	Viêm thận, đục thể thủy tinh, viêm võng mạc, điếc	×	×		
Dị tật sọ mặt (vd: Apert, Pfeiffer, Crouzon)	Khớp sọ kết dính giai đoạn bào thai, hàm dưới nhỏ, dính ngón, điếc		×	×	×
Charge (AD, các trường hợp cá biệt)	Hẹp cửa mũi sau, thiếu hụt mô cấu tạo mắt, bệnh tim bẩm sinh, thiếu năng trí tuệ, thiếu sản bộ phận sinh dục, dị tật ở tai, điếc	×	×		×
Teo nhỏ nửa mặt (tổn thương mắt-tai-đốt sống, hội chứng Goldenhar) (lẻ tẻ, AD)	Thiếu sản mắt, dị tật tai, tật nửa đốt sống, rối loạn chức năng tuyến mang tai, điếc	×		×	×
Bệnh mucopolysaccharide: Hurler (AR), Hunter (XL), Maroteaux-Lamy (AR)	Mặt thô, cứng khớp, thiếu năng trí tuệ, đục giác mạc, điếc	×			×
Treacher-Collins (AD)	Dị tật khuôn mặt, hở hàm ếch, điếc	×		×	
Tai – khẩu cái – ngón (XL)	Điếc, hở hàm ếch, ngón tay chân rộng			×	
Stickler (AD)	Hở hàm ếch, tật hàm nhỏ, cận thị, đục thể thủy tinh, loạn sản đốt sống – đầu xương tay chân, điếc	×		×	
Leopard (AD)	Nhiều đốm nâu đen trên da, hẹp động mạch phổi, hai nhân cầu quá xa nhau, dị tật sinh dục ngoài, chậm phát triển, rối loạn dẫn truyền điện tim, điếc	×	×		
Rối loạn vận động lông chuyển (AR)	Đảo ngược phủ tạng, lông chuyển bất động, bệnh tim bẩm sinh, dị tật lách, điếc	×			
Cockayne (AR)	Thoái hóa võng mạc, các thay đổi như người già, chậm phát triển, nhạy cảm ánh sáng, điếc	×	×		
Bất sản sụn (AD)	Chân tay ngắn, não úng thủy, điếc	×			×

Các hội chứng di truyền	Các đặc điểm	Do đột biến	NK tiếp nhận	NK dẫn truyền	NK hỗn hợp
Khe mang – tai – thận (AD)	Các bất thường khe mang, dị tật tai, các bất thường ở thận, điếc	×	×		
Klippel – Feil (lẻ tẻ, AD, AR)	Đốt sống cổ dính, cổ có màng, bệnh tim bẩm sinh, điếc		×	×	×
Duane (lẻ tẻ, AD)	Lác mắt, dị tật tai, dị tật xương, liệt thần kinh sọ, điếc	×		×	
Marfan (AD)	Thể thủy tinh bán trật, ngón tay chân nhện, phình động mạch chủ, khớp co giãn quá mức, điếc	×	×	×	×
Moebius (lẻ tẻ, AD, AR)	Liệt dây thần kinh sọ, dị tật chân tay, lưỡi nhỏ, hàm dưới nhỏ, điếc			×	
Muckle – Wells (AD)	Bệnh thận bột, nổi mề đay, điếc	×	×		
Pierre Robin (AR, XL)	Hàm dưới nhỏ, hở hàm ếch, lưỡi tụt sau, điếc			×	
Jervell và Lange – Nielsen (AR)	QT dài, nguy cơ đột tử do tim, điếc	×	×		
Bệnh u xơ thần kinh loại I (AD)	U xơ thần kinh, các nốt cà phê sữa trên da, u đệm thần kinh thị, điếc	×			
Turner (bất thường nhiễm sắc thể giới tính)	Tầm vóc thấp, suy buồng trứng, dị tật tim, dị tật thận, điếc		×	×	×
Tạo xương bất toàn (AD, AR)	Xương dễ gãy, cứng mạc xanh, điếc	×			×
Ehlers – Danlos (AD, AR)	Khớp co giãn quá mức, da mỏng manh, điếc	×			×
Konnigsmark (AD)	Giảm thính lực tần số thấp, tiểu cầu không lõ và giảm tiểu cầu, điếc	×	×		

Ghi chú: AD: autosomal dominant inheritance, di truyền nhiễm sắc thể trội; AR: autosomal recessive inheritance, di truyền nhiễm sắc thể lặn; XL: X-linked inheritance, di truyền gắn nhiễm sắc thể X

Bảng 2. Các biểu hiện lâm sàng gợi ý các bệnh nhiễm trùng bẩm sinh đặc hiệu ở trẻ sơ sinh [9]

Các bệnh nhiễm trùng bẩm sinh đặc hiệu	Các biểu hiện lâm sàng
Toxoplasmosis bẩm sinh	Vôi hóa nội sọ lan tỏa
	Não úng thủy
	Viêm hắc võng mạc
	Tăng bạch cầu đơn nhân hoặc tăng protein trong dịch não tủy
Giang mai bẩm sinh	Các bất thường về xương (viêm xương sụn và viêm màng xương)
	Giả liệt
	Viêm mũi dai dẳng
	Ban đỏ phẳng trong đó có mảng sừng lên (nhất là ở lòng bàn tay và lòng bàn chân hoặc ở vùng quần tã lót)



Các bệnh nhiễm trùng bẩm sinh đặc hiệu		Các biểu hiện lâm sàng
Rubella bẩm sinh		Đục thể thủy tinh, bệnh glôcôm bẩm sinh, bệnh vồng mạc sắc tố
		Bệnh tim bẩm sinh (thường gặp nhất là còn ống động mạch hoặc hẹp động mạch phổi)
		Bệnh xương thấu quang
		Nghe kém tiếp nhận
Cytomegalovirus bẩm sinh		Giảm tiểu cầu
		Vôi hóa nội sọ quanh não thất
		Đầu nhỏ
		Gan lách to
		Nghe kém tiếp nhận
Herpes simplex virus	Nhiễm HSV mắc phải thời kỳ chu sinh	Mụn nước ở da niêm mạc
		Tăng bạch cầu trong dịch não tủy
		Giảm tiểu cầu
		Tăng men gan
	Nhiễm HSV (trong tử cung) bẩm sinh (hiếm)	Viêm kết mạc hoặc viêm kết giác mạc
		Tổn thương da có mụn nước, loét hoặc sẹo
		Các bất thường ở mắt (ví dụ: mắt nhỏ)
		Các bất thường ở não (ví dụ: khuyết hồng bán cầu não [hydraencephaly], đầu nhỏ)
Varicella bẩm sinh		Tổn thương da có mụn nước và sẹo
		Đầu nhỏ
Hội chứng Zika bẩm sinh		Đầu nhỏ
		Vôi hóa nội sọ
		Cứng nhiều khớp và yếu cơ
		Tăng trương lực cơ / co cứng
		Các bất thường ở mắt
		Nghe kém tiếp nhận

4.2.3. Các xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân

Chẩn đoán nguyên nhân nghe kém tiếp nhận ở trẻ sơ sinh và trẻ em bao gồm những điều sau đây [1]:

- Xét nghiệm di truyền toàn diện: Xét nghiệm di truyền toàn diện bằng cách sử dụng giải trình tự thế hệ mới (NGS = Next Generation Sequencing) là phương pháp chọn lọc để chẩn đoán nghe kém tiếp nhận do di truyền. Chỉ định cho các trường hợp nghe kém tiếp nhận hai bên hoặc cho các trường hợp nghe kém tiếp nhận một bên nhưng có các đặc điểm của các hội chứng di truyền

có biểu hiện kiểu hình.

- Xét nghiệm nhiễm CMV (Cytomegalovirus) bẩm sinh: Giảm thính lực tiếp nhận do nhiễm CMV bẩm sinh có thể bị ở một bên hoặc hai bên và có thể xuất hiện khi mới sinh hoặc muộn hơn.

- Xét nghiệm các bệnh nhiễm trùng bẩm sinh khác như rubella, toxoplasmosis hoặc giang mai có thể được chỉ định nếu bệnh sử hoặc các dấu hiệu lâm sàng gợi ý.

- Chụp CT scan xương thái dương: Thường được tiến hành trong những trường hợp sau: trẻ em bị nghe kém tiếp nhận một bên, có bệnh lý thần kinh thính giác, nghe kém dao động liên quan đến các vấn đề về tiền đình, chấn thương xương thái dương, chuẩn bị phẫu thuật cấy ốc tai điện tử, viêm màng não tái phát [8].

- Chụp MRI xương thái dương: Được chỉ định khi muốn khảo sát các bất thường về đường truyền thính giác ngoại vi và đánh giá đồng thời các bất thường ở não. Chụp MRI xương thái dương có cản quang được chọn lựa nếu có nghi ngờ về tổn thương viêm hoặc ung thư.

- Xem xét bảng sàng lọc trẻ sơ sinh đầy đủ: Một số nguyên nhân gây nghe kém có thể được xác định nhờ xem xét bảng sàng lọc trẻ sơ sinh đầy đủ (ví dụ: suy giáp bẩm sinh, một số rối loạn chuyển hóa bẩm sinh).

4.3. Nghe kém hỗn hợp

Tổn thương kết hợp giữa bộ phận dẫn truyền và bộ phận tiếp nhận.

5. KẾT LUẬN

5.1. Sàng lọc nghe kém ở trẻ em

- Đánh giá nguy cơ nghe kém với bộ câu hỏi đánh giá khác nhau tùy theo độ tuổi.

- Các phương pháp sàng lọc: đo thính lực đơn âm, đo âm ốc tai và đo nhĩ lượng.

5.2. Chẩn đoán nghe kém ở trẻ em

- Đánh giá trẻ nghe kém qua hỏi bệnh sử, khám lâm sàng (khám tổng quát, khám tai, khám đầu cổ), đo thính lực đơn giản bằng âm thoa.

- Chẩn đoán nghe kém chính thức bằng các phương pháp đo thính lực chuyên biệt thích hợp, đo nhĩ lượng, đo phản xạ bàn đạp, đo âm ốc tai và đo điện thính giác thân não.

5.3. Xác định nguyên nhân của nghe kém

- Cần xác định nguyên nhân của nghe kém theo từng thể loại nghe kém. Nếu nguyên nhân không chắc chắn khi dựa vào bệnh sử, tiền sử và khám thực thể thì cần tiến hành đánh giá thêm bằng các xét nghiệm thích hợp.

- Trong thể loại nghe kém tiếp nhận, cần tiến hành các xét nghiệm thích hợp để xác định nguyên nhân di truyền và các bệnh nhiễm trùng bẩm sinh cũng như để xác định các nguyên nhân khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Alford RL, Arnos KS, Fox M et al., American College of Medical Genetics and Genomics guideline for the clinical evaluation and etiologic diagnosis of hearing loss. *Genet Med* 2014; 16:347.
- [2] Dedhia K, Kitsko D, Sabo D, Chi DH. Children with sensorineural hearing loss after passing the newborn hearing screen. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2013; 139:119.
- [3] Gerber SE. The handbook of pediatric audiology, Gallaudet University Press, Washington, DC 1996.
- [4] Hall III James W. (2016). "Update on Auditory Evoked Responses: Value of Chirp Stimuli in ABR/ASSR Measurement". *Audiology online*. <https://www.audiologyonline.com/articles/update-on-auditory-evoked-responses-17434> (accessed at 10:10 May 10, 2023).
- [5] Hearing. In: Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 4th ed, Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM (Eds), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2017.
- [6] Hill Kathleen (2018). "Evoked Potentials Part 1: Good Practice and Auditory Brainstem Response". <https://www.audiologyonline.com/articles/evoked-potentials-part-1-good-23607> (accessed at 21:50 May 11, 2023 (accessed at 11:00 May 10, 2023)).
- [7] Schade G. (2010). "Early detection of hearing loss". *GMS Current Topics in Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Early-detection-of-hearing-loss-Schade/2b95857c57ffc-2da068d708c0233a0cf56f3047b> (accessed at 10:30 May 10, 2023).
- [8] Simons JP, Mandell DL, Arjmand EM. Computed tomography and magnetic resonance imaging in pediatric unilateral and asymmetric sensorineural hearing loss. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 132:186.
- [9] Smith R. J., & Gooi, A. (2021). Hearing loss in children: Screening and evaluation. Uptodate. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc.
- [10] Ten ways to recognize hearing loss. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. NIH Publication No 01-4913. National Institutes of Health, Bethesda, MD 2006. Available at: www.nidcd.nih.gov/health/hearing/10ways.asp (Accessed on May 10, 2023).
- [11] Wilson Taylor (2021). 6 Causes of Hearing Loss. The Ear Depot. <https://www.theeardepot.com/6-causes-of-hearing-loss/> (accessed at 15:50 May 10, 2023).

CHARACTERISTICS OF MIDDLE EAR DISEASE IN PATIENTS WITH CLEFT PALATE

Khieu Huu Thanh^{1*}, Nguyen Van Ninh², Doan Trung Hieu²,
Nguyen Dinh Phuc², Luong Thi Minh Huong³

¹Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - 373 Ly Bon street, Thai Binh City, Thai Binh, Vietnam

²Vietnam Cuba Friendship Hospital - 37 Hai Ba Trung Street, Trang Tien, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung Street, Kim Lien, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 10/04/2023; Accepted 08/05/2023

SUMMARY

Object: Describing the characteristics of middle ear diseases in patients with cleft palate.

Material and method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 93 cleft palate patients who were examined and treated at the Vietnam-Cuba Friendship Hospital in Hanoi.

Results: Middle ear disease mainly occurred in both ears, with a prevalence rate of 79.6%. Among them, otitis media with effusion was the most common type, accounting for 66.1%, and it was more prevalent in the group without performed palatoplasty height than in the group that had undergone palatoplasty, with corresponding rates of 71.5% and 47.6%. There was a transition from acute otitis media to otitis media with effusion as age increased.

Conclusion: Middle ear diseases are common in cleft palate patients.

Keywords: Middle ear disease, cleft palate.

*Corresponding author
Email address: khieuthanh@tbump.edu.vn
Phone number: (+84) 983056056

ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ TẠI GIỮA TRÊN BỆNH NHÂN KHE HỞ VÒM MIỆNG

Khiếu Hữu Thanh^{1*}, Nguyễn Văn Ninh², Đoàn Trung Hiếu²,
Nguyễn Đình Phúc², Lương Thị Minh Hương³

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình, 373 phố Lý Bôn, thành phố Thái Bình, tỉnh Thái Bình, Việt Nam,

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cuba, 37 Hai Bà Trưng, Trảng Tiền, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam,

³Trường Đại học Y Hà Nội, 1 Tôn Thất Tùng, Kim Liên, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam.

Ngày nhận bài: 10/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 10/04/2023; Ngày duyệt đăng 08/05/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh lý tai giữa trên bệnh nhân khe hở vòm miệng

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 93 bệnh nhân khe hở vòm miệng được khám và điều trị tại bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cuba, Hà Nội.

Kết quả: Viêm tai giữa chủ yếu gặp ở 2 tai với tỷ lệ 79,6%. Trong đó, viêm tai giữa ứ dịch hay gặp nhất là 66,1%, gặp ở nhóm chưa tạo hình vòm miệng cao hơn nhóm đã phẫu thuật với tỷ lệ tương ứng là 71,5% và 47,6%. Có sự chuyển đổi từ viêm tai giữa cấp sang viêm tai giữa ứ dịch khi độ tuổi tăng dần.

Kết luận: Viêm tai giữa thường gặp ở bệnh nhân khe hở vòm miệng.

Từ khóa: Viêm tai giữa, khe hở vòm miệng

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở vòm miệng (KHVM) là khiếm khuyết xảy ra khi khẩu cái của trẻ không phát triển bình thường trong thời kỳ thai nhi, có thể xuất hiện ở phần xương phía trước của khẩu cái (khẩu cái cứng) hoặc ở mô mềm phía sau (khẩu cái mềm). Bất thường cơ liên quan với nhĩ kèm theo viêm nhiễm vùng mũi họng cao do thông khoang mũi – miệng dẫn đến tỷ lệ bệnh lý tai giữa ở trẻ KHVM lên đến trên 90%¹. Bệnh lý tai giữa ở trẻ KHVM chủ yếu là viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín, quá trình viêm kéo dài, hay tái phát gây ảnh hưởng đến sức nghe, giao tiếp của trẻ KHVM. Theo dõi bệnh lý tai giữa nằm trong chiến lược điều trị đa chuyên khoa với khe hở vòm miệng, đã được áp dụng ở nhiều nước trên thế giới. Tiến hành nghiên cứu về các đặc điểm bệnh lý tai giữa ở trẻ khe hở vòm miệng giúp chẩn đoán và điều trị bệnh là cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn. Tại Việt Nam, vấn đề này vẫn chưa được quan tâm đầy đủ. Do đó, nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

Mô tả đặc điểm bệnh lý tai giữa của viêm tai giữa trên bệnh nhân khe hở vòm miệng.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

93 bệnh nhân khe hở vòm miệng được khám và điều trị tại bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cuba, Hà Nội từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2016.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

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

Các bước tiến hành và chỉ số nghiên cứu:

Bệnh nhân KHVM đang được điều trị tại khoa phẫu thuật tạo hình hàm mặt được khám, đánh giá vòm miệng. Bệnh nhân chưa được tạo hình vòm miệng (THVM) được phân loại KHVM theo Kernahan và Stark: sơ

*Tác giả liên hệ
Email: khieuthanh@tbump.edu.vn
Điện thoại: (+84) 983056056

đồ chữ Y theo thang điểm 1,4: KH môi 2,5: KH cung hàm 3,6: KHV tiên phát 7: KHVM đến lỗ răng cửa 8: KHVM đến 1 phần VM cứng 9: KHVM mềm. Tỷ lệ trẻ bị khe hở không toàn bộ của VM thứ phát cao nhất là 46,4%, khe hở môi vòm toàn bộ hai bên là 33,9%, khe hở toàn bộ của VM thứ phát là 19,6%.

Bệnh nhân được khám và đánh giá bệnh lý tai giữa, với tiêu chuẩn vàng là nội soi tai. Trong đó viêm tai giữa ứ dịch (VTGƯD): màng nhĩ lõm, ứ dịch, màu vàng, trắng hoặc xanh, có thể có bọt khí/mức hơi. Viêm tai giữa cấp (VTGCT): màng nhĩ căng phồng, ứ mủ, màu trắng đục, có thể có sung huyết vùng rìa hoặc dọc theo cán xương búa. Xẹp nhĩ toàn bộ (XNTB): là xẹp cả phần màng căng và phần màng trùng. Xẹp nhĩ khu trú: là chỉ xẹp riêng phần màng căng hoặc màng chũm. Viêm tai giữa mạn tính (VTGMT): màng nhĩ có lỗ thủng phần màng căng.

Đặc điểm bệnh lý tai giữa được đối chiếu với tình trạng phẫu thuật vòm miệng. Với các bệnh nhân chưa được tạo hình vòm miệng, bệnh lý tai giữa được đối chiếu với các nhóm tuổi, đặc điểm khe hở vòm.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 23.0 theo các thuật toán thống kê y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi và giới

Nhóm tuổi >36 tháng gặp nhiều nhất là 33,3%. Nhóm tuổi từ 18-36 tháng gặp 30/93 bệnh nhân chiếm 32,3%. Tỷ lệ nam/nữ là 71/22.

Đặc điểm khe hở vòm miệng

Tỷ lệ trẻ bị khe hở không toàn bộ của VM thứ phát cao nhất là 46,4%, khe hở môi vòm toàn bộ hai bên là 33,9%, khe hở toàn bộ của VM thứ phát là 19,6%.

Có 21/93 bệnh nhân đã được tạo hình vòm miệng chiếm 22,6%. Trong 72 trường hợp chưa được THVM, KHVM không toàn bộ của vòm miệng thứ phát (dạng B) gặp 33/72 bệnh nhân chiếm 45,5%. KHVM toàn bộ của vòm miệng thứ phát (dạng C) gặp 14/72 bệnh nhân chiếm 19,4%. KHVM toàn bộ cả tiên phát và thứ phát (dạng D) gặp 25/72 bệnh nhân chiếm 34,7%.

Đặc điểm bệnh lý tai giữa

Bảng 1. Phân bố số bên tai bị bệnh

Tai	n (%)
2 tai bệnh	74 (79,6)
1 tai bệnh	14 (15,0)
2 tai bình thường	5 (5,4)
Tổng	93 (100)

Có 74/93 bệnh nhân bị bệnh cả hai bên tai với 79,6%. Có 14/93 bệnh nhân bị bệnh 1 bên tai chiếm 15,0%. Chỉ có 5/93 bệnh nhân cả 2 tai bình thường chiếm 5,4%.

Bảng 2. Phân bố bệnh lý tai giữa

Bệnh lý tai	n (%)
VTGƯD	123 (66,1)
VTGCT	28 (15,1)
Xẹp nhĩ toàn bộ	8 (4,3)
Xẹp nhĩ khu trú	1 (0,5)
VTGMT	2 (1,1)
Bình thường	24 (12,9)
Tổng	186 (100)

VTGƯD gặp nhiều nhất chiếm 123/186 tai (66,1%). VTGCT gặp 28/186 tai (15,1%). Có 24 tai không phát hiện bệnh lý tai giữa chiếm 24/186 tai (12,9%).

Bảng 3. Phân bố bệnh lý tai giữa ở nhóm chưa THVM và đã THVM

Bệnh lý tai giữa	Chưa THVM n (%)	Đã THVM n (%)
VTGƯD	103 (71,5)	20 (47,6)
VTGCT	23 (16,0)	5 (11,9)
Xẹp nhĩ toàn bộ	5 (3,5)	3 (7,1)
Xẹp nhĩ khu trú	0	1 (2,4)
VTGMT	0	2 (4,8)
Bình thường	13 (9,0)	11 (26,2)
Tổng	144 (100)	42 (100)

Tỷ lệ VTGƯD ở nhóm chưa phẫu thuật (71,5%) cao hơn so với nhóm đã phẫu thuật (47,6%). Tỷ lệ trẻ có tai bình thường ở nhóm đã phẫu thuật (26,2%) cao hơn nhóm chưa phẫu thuật (9,0%).

Bảng 4. Đối chiếu đặc điểm bệnh lý tai giữa với nhóm tuổi ở nhóm chưa THVM

Bệnh lý tai giữa	Nhóm tuổi (tháng)			
	< 12 (%)	12-18 n (%)	18-36 n (%)	> 36 n (%)
VTGƯD	22 (64,7)	20 (71,4)	40 (71,4)	21 (80,8)
VTGCT	8 (23,5)	4 (14,3)	9 (16,1)	2 (7,7)
Xẹp nhĩ toàn bộ	2 (5,8)	1 (3,6)	2 (3,6)	0

Bệnh lý tai giữa	Nhóm tuổi (tháng)			
	< 12 (%)	12-18 n (%)	18-36 n (%)	> 36 n (%)
Bình thường	2 (5,9)	3 (10,7)	5 (8,9)	3 (11,5)
Tổng	34 (100)	28 (100)	56 (100)	26 (100)

Tỷ lệ VTGUĐ của nhóm >36 tháng là cao nhất 80,8%, thấp nhất là nhóm <12 tháng (64,7%). Tỷ lệ VTGCT ở nhóm <12 tháng là cao nhất (23,5%), thấp nhất là nhóm >36 tháng (7,7%). Sự khác biệt tỷ lệ bệnh lý tai giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Đối chiếu đặc điểm bệnh lý tai giữa với các dạng KHVM ở nhóm chưa THVM, không có sự khác biệt giữa tỷ lệ các bệnh lý tai trong các dạng KHVM với $p>0,05$. Tỷ lệ VTGUĐ ở nhóm KHVM dạng B là 71,2%, dạng C là 75% và D là 70%. Tỷ lệ VTGCT ở nhóm KHVM dạng B là 15,2%, C là 14,3%, D là 18%. Tỷ lệ tai bình thường ở dạng B là 9,1%, C là 10,7%, D là 8%..

4. BÀN LUẬN

Tuổi và giới

Tổng số 93 bệnh nhân KHVM có thể kèm khe hở môi được khám từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2016. Theo khuyến cáo, độ tuổi phẫu thuật môi là trước 6-18 tháng và vòm miệng từ 18-24 tháng, 3-4 tuổi trị liệu ngôn ngữ, 8-10 tuổi chỉnh nha và ghép xương ổ răng. Vì vậy trong nghiên cứu chúng tôi chia thành 4 nhóm tuổi, nhóm > 36 tháng tuổi chiếm nhiều nhất với 33,3% và nhóm < 12 tháng tuổi chiếm 19,4%. Theo Paradise¹ nghiên cứu 50 trẻ từ 3 ngày tuổi đến 20 tháng tuổi có 20,34% từ 12 – 20 tháng. Theo Khan² trong 28 bệnh nhân thì chiếm nhiều ở nhóm 2 – 5 tuổi. Phân bố tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi có khác với các tác giả do có sự khác nhau về cỡ mẫu và độ tuổi nghiên cứu, cũng như mục đích của phẫu thuật môi, vòm miệng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 71 nam (76,3%) và 22 nữ (23,7%) kết quả này tương tự như của tác giả Zingade³ 33 nam và 17 nữ và Vũ Quang Hưng⁴ là 53,3% nam và 46,7% nữ. Nam mắc dị tật bẩm sinh thường gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái.

Đặc điểm khe hở vòm miệng

Trong nghiên cứu, có 77,4% bệnh nhân chưa được phẫu thuật tạo hình vòm miệng. Có 22,6% bệnh nhân đã được tạo hình. KHVM không toàn bộ của vòm miệng thứ phát chiếm 46,4%, KHVM toàn bộ của vòm miệng thứ phát chiếm 19,6%, KH môi vòm toàn bộ 2 bên chiếm 33,9% trong nhóm bệnh nhân chưa được phẫu thuật. Kết quả này

phù hợp với nghiên cứu của Vũ Quang Hưng⁴, KHVM toàn bộ 1 gặp với tỷ lệ 23,3%, toàn bộ là 28,6%, KHVM dạng D gặp là 16,7%.

Đặc điểm bệnh lý tai giữa

Số bên tai bị bệnh

Theo bảng 1, đa số bệnh nhân bị bệnh ở 2 tai với 74/93 bệnh nhân chiếm 79,6%. Nhóm bị một tai có 14/93 bệnh nhân chiếm 15%. Kết quả này phù hợp với Paradise¹ phần lớn bệnh nhân bị hai tai. Có thể do chức năng vòi nhĩ của trẻ em ở 2 bên là như nhau nên đa phần trẻ bị VTGUĐ ở 2 bên nhưng có sự khác nhau về giai đoạn và mức độ giữa 2 tai.

Tỷ lệ bệnh lý tai giữa

Ở trẻ nhỏ, do sự khó khăn trong khai thác triệu chứng cơ năng và thăm dò chức năng nên nội soi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh lý tai giữa. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh lý tai giữa chiếm tỷ lệ 87,1%, trong đó VTGUĐ là 66,1% và VTG cấp là 15,1%. Kết quả này tương đương hơn với các nghiên cứu trước đó: theo Khan (2006) là 87,5%². Tuy nhiên kết quả có cao hơn tác giả Zingade (2009) với 55,2% và thấp hơn Paradise là 96%^{1,3}. Bệnh lý tai giữa thường gặp thuộc nhóm viêm tai giữa màng nhĩ đóng kín. Viêm tai giữa ở bệnh nhân KHVM thường phổ biến và xuất hiện sớm ngay sau sinh. Theo một số tác giả, tỷ lệ gặp các vấn đề về tai lên tới 97%, có báo cáo từ 3 – 90%, khác nhau theo các nhóm tuổi.

VTGUĐ được coi là được giai đoạn tiếp theo của VTGCT, có thể diễn biến thành đợt cấp khi có nhiễm khuẩn trở lại. Chẩn đoán phân biệt VTGUĐ và VTGCT khi không có các triệu chứng cơ năng cấp tính (sốt, đau tai) chủ yếu dựa vào hình dạng màng nhĩ. Với VTGCT màng nhĩ phồng, còn VTGUĐ màng nhĩ lõm, có thể có mức nước hoặc bọt khí. Tỷ lệ viêm cấp trong nghiên cứu cao hơn các tác giả tại châu Âu. Có thể do điều kiện khí hậu tại Việt Nam với môi trường có nguy cơ nhiễm khuẩn cao dẫn đến tỷ lệ tiến triển viêm cấp tính cao hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi xẹp nhĩ có tỷ lệ là 3,8%, túi co kéo 0,5%, viêm tai giữa mạn tính chiếm tỷ lệ 1,1%.

Phân bố bệnh lý tai giữa ở nhóm chưa THVM và nhóm đã phẫu thuật

Tỷ lệ VTGUĐ ở nhóm đã THVM thấp hơn so với trước ở nhóm chưa phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Mặc dù vậy, tỷ lệ này ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố nhiễu như độ tuổi, đặc điểm KHVM trước phẫu thuật, loại phẫu thuật THVM và kết quả phẫu thuật. Do đó, cần có nghiên cứu theo dõi dọc hàng loạt ca để có thể đánh giá chính xác hơn ảnh hưởng của phẫu thuật THVM đến tỷ lệ viêm tai giữa nói chung hay VTGUĐ nói riêng sau phẫu thuật.

Liên quan bệnh lý tai giữa với lứa tuổi

Nhóm tuổi trẻ bị VTGUĐ >36 tháng tuổi gặp nhiều nhất là 39.7%, ít nhất là nhóm <12 tháng là 7.8% Tỷ lệ này cho thấy bệnh tăng lên theo độ tuổi. Theo Zingade³ 45% VTGUĐ trong nhóm 1- 2 tuổi, tăng lên 80% trong nhóm 4 – 5 tuổi. Tỷ lệ VTGCT thấp dần khi nhóm tuổi lớn hơn, ngược lại tỷ lệ VTGUĐ tăng tỷ lệ thuận theo nhóm tuổi. Có thể có một sự chuyển dịch giữa thể từ VTGCT trở thành VTGUĐ theo thời gian. Sự thay đổi cơ cấu bệnh lý tai giữa theo nhóm tuổi phù hợp với sự phát triển của trẻ KHVM. Khi trẻ lớn trên 5 tuổi, chức năng vòi nhĩ được cải thiện, sức đề kháng của trẻ tốt hơn giúp tỷ lệ VTGUĐ và VTGCT giảm đi. Đồng thời, ở những trẻ có rối loạn chức năng vòi nhĩ ở mức nặng nề hơn, VTGUĐ tiến triển thành bệnh lý xẹp nhĩ.

Liên quan bệnh lý tai giữa với KHVM

KHM – VM là dị tật vùng hàm mặt hay gây VTGUĐ trong đó chủ yếu là nhóm KHVM do có sự bất thường vòm miệng và các cơ chức năng vòi nhĩ. Theo Paradise (1969)¹ tỷ lệ VTGUĐ ở nhóm KHVM lên tới 96%, trong khi ở nhóm KHM chỉ gặp 22%, có sự khác biệt giữa KHVM và KHM. Tỷ lệ trẻ bị khe hở không toàn bộ của VM thứ phát trong số trẻ bị VTGUĐ, là cao nhất 46.4%, trẻ KH môi vòm toàn bộ tỷ lệ VTGUĐ 33.9%, thấp nhất là type C 19.6%. Như vậy không có sự khác biệt về tỷ lệ VTGUĐ trong các nhóm KHVM điều này lý giải các mức độ KHVM đều gây ảnh hưởng tới chức năng vòi nhĩ như nhau là nguyên nhân VTGUĐ ở bệnh nhân KHVM. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Schwarz⁵, mức độ và đặc điểm của KHVM không có liên quan tới VTG của trẻ KHVM. Có thể do rối loạn chức năng vòi nhĩ và sự bất thường của cơ vùng vòm miệng, phối hợp với các nguyên nhân khác gây VTGUĐ không phụ thuộc vào loại và phía của khe hở². Theo Yoshitomi,⁶ độ rộng của khe hở có liên quan đáng kể với tỷ lệ mắc VTGCT trước khi THVM, nhưng không liên quan đáng kể đến tỷ lệ mắc bệnh, tuổi phẫu thuật hoặc thời gian tồn tại dịch trong VTGUĐ.

5. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân KHVM, viêm tai giữa chủ yếu gặp ở 2 tai với tỷ lệ 79,6%, trong đó VTGUĐ chiếm cao nhất là 66,1%. Tỷ lệ VTGUĐ ở nhóm chưa phẫu thuật THVM là 71,5% cao hơn ở nhóm đã phẫu thuật là 47,6%. Có sự chuyển đổi từ VTGCT sang VTGUĐ theo độ tuổi của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Paradise JL, Bluestone CD, Felder H. The universality of otitis media in 50 infants with cleft palate. *Pediatrics*. 1969;44(1):35-42.
- [2] Khan S. Y., R. Paul, A. Sengupta, P. Roy. Clinical study of otological manifestations in cases of cleft palate. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery* 2006;58(1):35-37.
- [3] Zingade ND, Sanji RR. The prevalence of otological manifestations in children with cleft palate. *Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery : official publication of the Association of Otolaryngologists of India*. 2009;61(3):218-222.
- [4] Vũ Quang Hưng, Phạm Thị Nhung, Đoàn Trung Hiếu. Hình thái dị tật khe hở môi, vòm miệng bẩm sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2017. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;tập 503 - tháng 6 - số đặc biệt – phần 2:247-251.
- [5] Schwarz SJ, Brandenburg LS, Weingart JV, et al. Prevalence of Tympanostomy Tube Placement in Relation to Cleft Width and Type. *The Laryngoscope*. 2021;131(11):E2764-e2769.
- [6] Yoshitomi A, Baba S, Tamada I, Nakaya M, Ito-kawa M. Relationship between cleft palate width and otitis media. 2022;7(6):2126-2132.

ENHANCING KNOWLEDGE AND PRACTICES OF HEALTH OFFICERS FOR EFFECTIVE BACTERIOLOGICAL CONTROL: RESULTS OF AN INTERVENTION AT BAC NINH OBSTETRIC AND PEDIATRIC HOSPITAL

Dang Thi Thu Huong^{1*}, Pham Duy Hien¹, Le Nho Khue²,
Nguyen Van Dat², Phan Van Tuong³

¹Vietnam National Children's Hospital - 879/18 La Thanh street, Lang Thuong, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Bac Ninh Obstetric and Pediatric Hospital - Huyen Quang, Vo Cuong, Bac Ninh City, Bac Ninh, Vietnam

³Hanoi University of Public Health - 1A Duc Thang, Dong Ngac, Bac Tu Liem, Hanoi, Vietnam

Received 08/03/2023

Revised 06/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Objective: To assess the effectiveness of interventions in enhancing the knowledge and practice of infection control among medical staff at Bac Ninh Maternity Hospital.

Methods: A non-controlled before-after intervention design was implemented at Bac Ninh Obstetrics and Gynecology Hospital between 2022 and 2023. The study involved the evaluation of infection control knowledge and practice among 120 healthcare workers across 6 pediatric clinical departments at Bac Ninh Obstetrics and Children's Hospital. Practice procedures were also assessed.

Results: Following the intervention, there was a statistically significant increase in the knowledge and practice scores of healthcare workers regarding measures to prevent hospital-acquired infections ($p < 0.01$).

Conclusion: The intervention led to a noteworthy improvement in the knowledge and practice of healthcare workers concerning the prevention of nosocomial infections.

Keywords: knowledge, practice, infection control, hospital-acquired infections, standard preventions, central line-associated bloodstream infections (CLABSI), ventilator-associated pneumonia (VAP), ventilator-associated events (VAE)

*Corresponding author
Email address: huong.dangtt@nch.gov.vn
Phone number: (+84) 988899923



KẾT QUẢ CAN THIỆP NÂNG CAO KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CỦA CÁN BỘ Y TẾ VỀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI BẮC NINH

Đặng Thị Thu Hương^{1*}, Phạm Duy Hiền¹, Lê Nho Khuê²,
Nguyễn Văn Đạt², Phan Văn Tường³

¹Bệnh viện Nhi Trung ương, 879/18 đường La Thành, phường Láng Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam,

²Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh, Huyện Quang, Võ Cường, TP Bắc Ninh, tỉnh Bắc Ninh, Việt Nam,

³Trường Đại học Y tế Công cộng, 1A Đức Thắng, Đông Ngạc, Bắc Từ Liêm, Hà Nội, Việt Nam.

Ngày nhận bài: 08/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 06/04/2023; Ngày duyệt đăng 10/05/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức và thực hành về kiểm soát nhiễm khuẩn của cán bộ y tế Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế can thiệp trước- sau không đối chứng được thực hiện tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh từ 2022 – 2023. Nghiên cứu đánh giá kiến thức và thực hành về kiểm soát nhiễm khuẩn cho 120 cán bộ y tế tại 6 khoa lâm sàng hệ nhi của Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh và các quy trình thực hành.

Kết quả: Điểm kiến thức và thực hành của cán bộ y tế trong các nội dung về các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện tăng có ý nghĩa thống kê sau can thiệp ($p < 0,01$).

Kết luận: sau can thiệp, cán bộ y tế có sự cải thiện đáng kể kiến thức và thực hành các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện gồm: biện pháp phòng ngừa chuẩn, phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết ở trẻ có đặt catheter lòng mạch và phòng ngừa viêm phổi ở trẻ có thông khí hỗ trợ.

Từ khóa: kiến thức, thực hành, kiểm soát nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn bệnh viện, phòng ngừa chuẩn, nhiễm khuẩn huyết liên quan đến đường truyền trung tâm, viêm phổi liên quan đến thở máy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) là nhiệm vụ ưu tiên hàng đầu của các cơ sở y tế nhằm phòng ngừa các sự cố y khoa về nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) và đảm bảo chất lượng khám, chữa bệnh. Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã ban hành các hướng dẫn KSNK phòng ngừa các NKBV thường gặp trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gồm: phòng ngừa chuẩn, phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết (NKH) ở người bệnh (NB) có đặt catheter lòng mạch, phòng ngừa Viêm phổi thở máy ở NB có thông khí hỗ trợ ... và hướng dẫn KSNK trong chăm sóc trẻ sơ sinh [1, 2]. Tuy nhiên, các bằng chứng cho thấy việc triển

khai thực hiện các biện pháp KSNK này tại các CSYT còn nhiều thách thức [1]. Các nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh việc áp dụng một chương trình cải thiện KSNK có thể làm giảm tỷ lệ NKBV sau can thiệp [2]. Do vậy, chương trình cải thiện hoạt động KSNK được xem là mục tiêu ưu tiên hàng đầu trong đảm bảo chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh. Một chương trình can thiệp cải thiện KSNK tại bệnh viện theo chiến lược đa phương thức đã được xây dựng và thực hiện tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh. Trong chiến lược này hoạt động đào tạo, tập huấn nâng cao kiến thức và thực hành của CBYT về các biện pháp KSNK nói trên đã được thực hiện. Nghiên cứu này được thực hiện với

*Tác giả liên hệ

Email: huong.dangtt@nch.gov.vn

Điện thoại: (+84) 98889923

mục tiêu đánh giá hiệu quả biện pháp can thiệp nhằm nâng cao kiến thức và thực hành về kiểm soát nhiễm khuẩn của bác sỹ và điều dưỡng tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Bác sỹ và điều dưỡng làm việc tại 6 khoa lâm sàng hệ nhi của Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh có thời gian làm việc trên 6 tháng tính đến thời điểm nghiên cứu, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 4 năm 2023.

- Địa điểm: Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp trước-sau không đối chứng.

2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Do các biện pháp KSNK được thực hiện ở các khoa lâm sàng khác nhau nên nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, cụ thể:

- Đánh giá kiến thức phòng ngừa chuẩn: chọn toàn bộ 120 CBYT gồm 43 bác sỹ và 77 điều dưỡng từ các khoa Nội nhi tổng hợp, khoa Ngoại nhi, khoa Bệnh nhiệt đới - tiêu hóa nhi, khoa Liên chuyên khoa nhi, khoa Sơ sinh và khoa Hồi sức tích cực nhi do đây là biện pháp KSNK cơ bản được yêu cầu thực hiện ở tất cả các CBYT.

- Đánh giá kiến thức về phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết ở trẻ có đặt catheter mạch máu và phòng ngừa viêm phổi ở trẻ có thông khí hỗ trợ: chọn toàn bộ 48 CBYT gồm 16 bác sỹ và 32 điều dưỡng ở khoa sơ sinh và khoa hồi sức tích cực nhi do đây là biện pháp KSNK được thực hiện ở các khoa hồi sức tích cực.

- Đánh giá thực hành bằng quan sát bảng kiểm: tất cả lượt thực hành của đối tượng nghiên cứu kể trên được ghi nhận, mỗi CBYT được quan sát tối thiểu 3 lần: Số lượt thực hành vệ sinh tay: Bác sỹ 132 lượt và điều dưỡng 228 lượt. Số lượt thực hành gói phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết liên quan đến đặt catheter lòng mạch: bác sỹ 48 lượt và điều dưỡng 96 lượt. Số lượt thực hành gói phòng ngừa viêm phổi ở trẻ có thông khí hỗ trợ bác sỹ 48 lượt và điều dưỡng 96 lượt.

2.5. Công cụ thu thập thông tin và phương pháp đo lường

Công cụ được xây dựng dựa trên các Hướng dẫn KSNK của Bộ Y tế [1,2]:

* **Phần Kiến thức:** Sử dụng bảng hỏi tự trả lời. Kiến thức được tính điểm dựa trên tổng điểm các câu hỏi, điểm càng cao là kiến thức càng tốt.

* **Phần Thực hành:** Sử dụng các bảng kiểm đánh giá NVYT có thực hành/không thực hành theo các bước hoặc các nội dung được quy định. Điểm thực hành càng cao là thực hành càng tốt.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm vi tính Epi Data 3.0 và được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.7. Vấn đề y đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức nghiên cứu tại Đại học Y tế Công cộng Hà Nội phê duyệt (429/2022/YTCC-HD3) ngày 25 tháng 10 năm 2022 và được sự chấp thuận của Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh (Quyết định số 285/KHTH-BVSN ngày 9 tháng 6 năm 2022).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của cán bộ y tế

Nội dung		Phòng ngừa chuẩn N=120		Phòng ngừa NKH và Viêm phổi ở trẻ N=47	
		%	n	%	n
Thâm niên công tác	< 5 năm	55	45,8	23	48,9
	6 - 10 năm	54	45,0	17	36,2
	11 - 15 năm	11	9,2	7	14,9
Chuyên môn	Bác sỹ	43	35,8	15	31,9
	Điều dưỡng	77	64,2	32	68,1
Trình độ học vấn	Trên đại học	28	23,4	13	27,7
	Đại học	73	60,8	27	57,4
	≤ Cao Đẳng	19	15,8	7	14,9

Bảng 1 chỉ ra đối tượng nghiên cứu đa số có thâm niên công tác dưới 10 năm, là điều dưỡng và có trình độ đại học.

3.2. Hiệu quả can thiệp đối với kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn

Bảng 2. Kiến thức đúng trước và sau can thiệp (n=120)

Kiến thức	Trước		Sau		Kiến thức	Trước		Sau	
			n	%		n	%		n
Phòng ngừa chuẩn (n=120)					Phòng ngừa chuẩn (n=120)				
Nhóm người bệnh cần áp dụng	113	94,2	120	100,0	Thời điểm vệ sinh tay theo WHO	107	89,2	117	97,5
Giúp phòng ngừa lây nhiễm các bệnh nào	117	97,5	120	100,0	Dụng cụ phải tiệt khuẩn	97	80,8	115	95,8

Kiến thức	Trước		Sau		Kiến thức	Trước		Sau	
			n	%		n	%		n
Biện pháp không thuộc phòng ngừa chuẩn	80	66,7	117	97,5	Định nghĩa khử khuẩn	36	30,0	99	82,5
Phương tiện cá nhân phòng tóe máu	85	70,8	116	96,7	Định nghĩa tiết khuẩn	79	65,8	115	95,8
Chỉ định mang găng tay trong tình huống	47	39,2	104	86,7	Nội dung về biện pháp PNC	63	52,5	117	97,5
Dự phòng nhiễm khuẩn huyết ở trẻ có catheter trung tâm (n=47)					Phòng viêm phổi ở trẻ có thông khí hỗ trợ				
Định nghĩa	35	74,5	47	100,0	Định nghĩa	40	85,1	47	100,0
Can thiệp y tế làm tăng nguy cơ	36	76,6	47	100,0	Can thiệp y tế làm tăng mắc	30	63,8	47	100,0
Các biện pháp dự phòng	26	55,3	46	97,9	Biện pháp phòng ngừa, tư thế	32	68,1	46	97,9
Thực hành bơm thuốc, lấy máu...	27	57,4	47	100,0	Tần suất vệ sinh miệng bằng gạc	28	59,6	46	97,9
Thời gian sát khuẩn vị trí đặt catheter	40	85,1	47	100,0	Dung dịch vệ sinh miệng	30	63,8	46	97,9
Thời gian sát khuẩn cửa bơm thuốc qua catheter trung tâm	42	89,4	47	100,0	Biện pháp phòng ngừa viêm phổi ở trẻ có thông khí hỗ trợ	36	76,6	47	100,0
Thời gian thay băng opsit catheter	39	83,0	47	100,0	Thời gian thay dây máy thở	34	72,3	46	97,9
Thời gian thay thường quy hệ thống dây dẫn truyền dịch đường, muối và hệ thống đo áp lực mạch máu qua catheter trung tâm	38	80,9	47	100,0	Lượng nước đọng trong dây thở và bộ phận chứa nước đọng, bẫy nước khi sử dụng cho NB thở máy	42	89,4	45	100,0
Thời gian thay thường quy hệ thống dây dẫn sau khi truyền máu và các chế phẩm của máu, TPN qua catheter trung tâm	25	53,2	47	100,0	Thời gian thay thường quy bộ phận trao đổi ẩm nhiệt (bộ phận làm ẩm và ẩm không khí thở vào)	11	23,4	41	89,1
Thời gian thay hệ thống dây dẫn sau khi truyền profol qua đường truyền trung tâm	26	55,3	47	100,0	Các biện pháp phòng ngừa viêm phổi ở trẻ có thông khí hỗ trợ	18	38,3	40	85,1

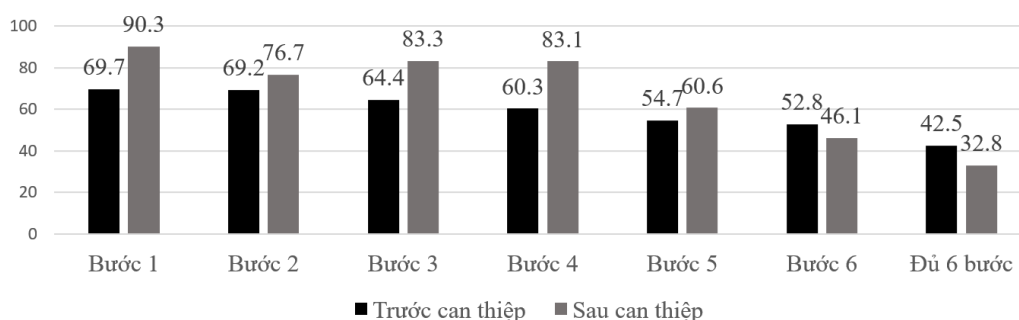
Bảng 2 cho thấy kiến thức về biện pháp phòng ngừa chuẩn tăng rõ rệt sau can thiệp, đạt từ 82,8% trở lên. Tỷ lệ có kiến thức đúng về từng nội dung phòng ngừa NKH ở trẻ có đặt catheter lòng mạch từ 53,2% - 89,4% trước can thiệp lên 97,9% - 100%. Tương tự, tỷ lệ có kiến thức đúng về các nội dung phòng viêm phổi từ 23,4% - 89,4% trước can thiệp tăng lên từ 85,1% - 100%.

Theo biểu đồ 1, chưa tới một nửa số đối tượng nghiên cứu thực hiện đúng và đủ các bước rửa tay (42,5%), đặc biệt tỷ lệ này còn giảm sau can thiệp (32,8%).

Bảng 3 cho thấy hầu hết các bước trong thực hành dự phòng nhiễm khuẩn huyết khi đặt catheter đường truyền trung tâm có tỷ lệ thực hành đạt tăng lên sau can thiệp, tuy nhiên một số bước trong chuẩn bị dụng cụ và phương tiện có tỷ lệ thực hành đạt trong các lượt quan sát giảm.

3.3. Hiệu quả can thiệp đối với thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn

3.3.1. Thực hành vệ sinh tay (trong phòng ngừa chuẩn) của cán bộ y tế



Biểu đồ 1. Tỷ lệ thực hành vệ sinh tay (n=360)

3.3.2. Thực hành biện pháp phòng ngừa NKH ở trẻ có đặt catheter lòng mạch

Bảng 3. Đánh giá thực hành biện pháp phòng ngừa NKH khi đặt catheter lòng mạch đối với bác sỹ (n=48)

Thực hành	Trước		Sau		Thực hành	Trước		Sau	
	n	%	n	n		n	%	n	%
Chuẩn bị					Chuẩn bị				
Chuẩn bị dụng cụ vô khuẩn theo gói	48	100,0	46	95,8	Vệ sinh tay	41	85,4	47	97,9
Lựa chọn vị trí đặt catheter TT tối ưu	48	100,0	44	91,7	Đội mũ và mang khẩu trang	34	70,8	48	100,0
Chuẩn bị dụng cụ theo bộ/ gói	48	100,0	45	93,8	Mặc áo choàng vô khuẩn	48	100,0	48	100,0
Bề mặt bàn dụng cụ được vệ sinh bằng dd khử khuẩn bề mặt	29	60,4	32	66,7	Mang găng tay vô khuẩn	48	100,0	48	100,0
Phủ mặt bàn dụng cụ bằng băng vô khuẩn	48	100,0	43	89,6	Che tối đa bằng băng vô khuẩn	15	31,3	21	43,8
Sát khuẩn vị trí đặt catheter mạch máu đúng kỹ thuật					Dự phòng viêm phổi ở trẻ có thông khí hỗ trợ				
Sát khuẩn lần trong 30 giây	48	100,0	42	87,5	Vệ sinh tay	41	85,4	40	83,3
Để khô trong tối thiểu 30 giây	31	64,6	38	79,2	Đánh giá test an thần giảm đau	17	35,4	39	81,2
Sát khuẩn lần 2 bằng trong vòng 15 giây	17	35,4	38	79,2	Đánh giá và theo dõi nhịp tự thở	0	0,00	44	91,6
Để khô trong tối thiểu 15 giây	10	20,8	39	81,3	Thảo luận và đánh giá cai máy thở sớm trong 24-48h	26	54,17	33	68,7
Đảm bảo vô khuẩn trong quá trình đặt catheter trung tâm	47	97,9	48	100,0	Theo dõi đánh giá MAP tối thiểu ngày theo PedVE	0	0,00	28	58,3
Sử dụng băng kiểm giám sát khi đặt catheter trung tâm	0	0,0	37	77,1	Theo dõi đánh giá FiO2 tối thiểu ngày theo Ped VAE	23	47,9	40	83,3

Bảng 4. Đánh giá thực hành biện pháp phòng ngừa NKH khi chăm sóc catheter lòng mạch trước và sau can thiệp ở điều dưỡng (n=96)

Thực hành	Trước		Sau		Thực hành	Trước		Sau	
	n	%	n	n		n	%	n	n
Thực hành lấy máu qua catheter					Thực hành thay dây dẫn				
Vệ sinh tay khi tiếp cận qua catheter	96	100	96	100	Thay dây dẫn/ hệ thống đa áp lực	49	51,0	95	99,0
Mang khẩu trang y tế và găng vô khuẩn	95	98,9	96	100	Thay dây dipid	92	95,8	95	99,0
Đảm bảo kỹ thuật và thời gian chờ khô					Thay dây truyền Profol	28	29,2	84	87,5
Sát khuẩn ngoài catheter và vị trí kết nối	82	85,4	80	83,3	Vệ sinh tay khi tiếp cận catheter	96	100,0	96	100
Chờ khô trong vòng 15 giây	54	56,2	37	38,5	Mang khẩu trang và găng	95	99,0	96	100
Sát khuẩn lại trong catheter và chạc ba	33	34,3	81	84,3	Sát khuẩn trước tháo mở catheter	61	63,5	77	80,2
Chờ khô trong 15 giây	10	10,4	47	48,9	Để khô trong 15 giây	45	46,9	65	67,7
Sát khuẩn lại cửa catheter sau lấy máu	84	87,5	89	92,7	Sát khuẩn lại chỗ cửa catheter	32	33,3	79	82,3
Chờ khô trong 15 giây và đóng nắp	48	50	32	33,3	Để khô trong vòng 15 giây	8	8,3	41	42,7
Đảm bảo vô khuẩn khi thực hiện kỹ thuật	96	100	96	100	Đảm bảo vô khuẩn	96	100	95	99,0
Dùng băng kiểm khi thực hiện kỹ thuật	96	100	81	84,3	Dùng băng kiểm	0	0	77	80,2

Thực hành thay băng/opsite đường truyền trung tâm					Thực hành thay băng/opsite đường truyền trung tâm				
Đề khô -> dán băng, opsite mới	22	22,9	52	54,2	Thay opsite	68	70,8	94	97,9
Đảm bảo vô khuẩn khi thực hiện	96	100	94	97,9	Thay băng gạc	68	70,8	94	97,9
Sử dụng băng kiểm khi thực hiện	96	100	64	66,7	Vệ sinh tay	96	100	95	99,0
Dự phòng viêm phổi					Mang khẩu trang, găng	96	100	96	100
Vệ sinh tay	92	95,8	94	97,9	Sát khuẩn bên ngoài opsite	47	49,0	71	74,0
Đảm bảo vệ sinh mũi, miệng cho người bệnh đúng quy định					Tháo gạc/opsite, sát khuẩn tay nhanh	90	93,8	67	69,8
Hút mũi miệng trước hút nội khí quản	0	0,0	93	96,9	Thay găng sạch/vô khuẩn mới	90	93,8	78	81,3
Vệ sinh miệng	0	0,0	91	94,8	Sát khuẩn vị trí đặt catheter	26	27,1	66	68,8
Đảm bảo tư thế người bệnh đúng	78	81,3	70	72,9					
Đảm bảo chăm sóc dây máy thở và bể nước đúng quy định					Đảm bảo hoạt động của hệ thống làm ấm, ẩm khí thở vào				
Dây thở ra để ở vị trí thấp hơn so với miệng của người bệnh	93	96,9	80	83,3	Đổ định kỳ nước vô khuẩn vào bình làm ấm, ẩm	91	94,8	90	93,8
Bể nước để ở vị trí thấp hơn dây máy thở ra và miệng của BN	0	0,0	93	96,9	Bộ trao đổi ẩm nhiệt hoạt động	60	62,5	64	66,7
Dẫn lưu nước đọng bể nước định kỳ	56	58,3	79	82,3	Đảm bảo nhiệt độ của bộ trao đổi ẩm nhiệt ở giới hạn quy định	58	60,4	62	64,6

Kết quả ở bảng 4 cho thấy hầu hết các bước thực hành có tỷ lệ được thực hiện tăng lên sau can thiệp trong các lượt quan sát, trừ hoạt động chờ khô sau khi “sát khuẩn bên ngoài nắp cửa catheter và vị trí kết nối chạc ba bằng dung dịch cồn 70 độ” và “sử dụng băng kiểm khi thực hiện kỹ thuật”.

3.4. Kết quả thay đổi kiến thức và thực hành trước và sau can thiệp

Bảng 5. So sánh kiến thức của CBYT về biện pháp phòng ngừa chuẩn, phòng ngừa NKH ở trẻ có catheter lòng mạch và phòng ngừa viêm phổi ở trẻ có thông khí hỗ trợ trước và sau can thiệp

So sánh trước và sau can thiệp	n	Trung bình chênh lệch	KTC97% sự chênh lệch	p*	
Kiến thức					
Dự phòng chuẩn	120	-2,63	-3,0	-2,3	<0,01
Dự phòng nhiễm khuẩn huyết ở bệnh nhi có đặt catheter lòng mạch	47	-2,9	-3,2	-2,5	<0,01
Dự phòng viêm phổi ở trẻ có thông khí hỗ trợ	47	-3,2	-3,7	-2,7	<0,01
Thực hành**					
Vệ sinh tay	120	-2,1	-3,2	-0,9	<0,01
Biện pháp thực hành phòng ngừa NKH ở trẻ có đặt catheter lòng mạch					

So sánh trước và sau can thiệp	n	Trung bình chênh lệch	KTC97% sự chênh lệch		p*
Dự phòng của bác sĩ	16	-6,5	-8,5	-4,5	<0,01
Thay dây dẫn của điều dưỡng	32	-9,8	-11,6	-7,9	<0,01
Lấy máu qua catheter của điều dưỡng	32	-4,3	-5,7	-2,9	<0,01
Thay băng/ opsite catheter điều dưỡng	32	-5,4	-6,4	-4,3	<0,01
Biện pháp dự phòng Viêm phổi ở trẻ có thông khí hỗ trợ					
Thực hành dự phòng của bác sĩ	16	-4,3	-6,4	-2,2	<0,01
Thực hành dự phòng của điều dưỡng	32	-6,0	-7,2	-4,8	<0,01

* *t-test ghép cặp*

** *Mỗi cán bộ y tế có 3 lần quan sát để tính tổng điểm thực hành*

Điểm kiến thức và thực hành của của CBYT trong các nội dung về các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện ở bảng 5 tăng có ý nghĩa thống kê sau can thiệp ($p < 0,01$)

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tại thời điểm sau can thiệp, CBYT có sự cải thiện đáng kể về kiến thức liên quan đến nội dung các biện pháp phòng ngừa NKBV

gồm: biện pháp phòng ngừa chuẩn, phòng ngừa NKH ở trẻ có đặt catheter lòng mạch và phòng ngừa viêm phổi ở trẻ có thông khí hỗ trợ.

Đánh giá kiến thức ở thời điểm sau can thiệp cho thấy điểm trung bình tăng ở cả 3 gói biện pháp phòng ngừa KSNK nói trên. Với biện pháp phòng ngừa chuẩn, điểm kiến thức của CBYT tăng trung bình 2,63 điểm (KTC 97% 2,3 – 3; $p < 0,001$). Với biện pháp phòng ngừa NKH ở trẻ có đặt catheter lòng mạch, điểm kiến thức của CBYT tăng trung bình 2,9 điểm (KTC 97% 2,5 – 3,2; $p < 0,001$), về biện pháp phòng ngừa viêm phổi ở trẻ có thông khí hỗ trợ điểm kiến thức tăng trung bình 3,2 điểm (KTC 97% 2,7 – 3,7; $p < 0,001$). Kết quả này cho thấy biện pháp can thiệp đã có hiệu quả đáng kể tăng điểm kiến thức của CBYT trong các nội dung về phòng ngừa KSNK. Nhiều tác giả khác cũng cho thấy kết quả thay đổi kiến thức tích cực sau các can thiệp về kiểm soát nhiễm khuẩn [3][4, 5].

Về thực hành, kết quả cho thấy đều có sự cải thiện thực hành đối các biện pháp phòng ngừa NKBV sau can thiệp so với trước can thiệp. Trung bình sự khác biệt điểm thực hành sau so với trước can thiệp đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nghiên cứu của Olajide và cộng sự khi so sánh về sự khác biệt về thực hành KSNK trước và sau can thiệp của điều dưỡng, kết quả nghiên cứu cho thấy tại thời điểm trước can thiệp, thực hành của điều dưỡng đa số còn thấp so với điểm trung bình là $5,08 \pm 3,6$, nhưng sau can thiệp thì đa số của người trả lời thực hành KSNK cao hơn so với điểm trung bình là $9,48 \pm 1,0$. Kết quả của nghiên cứu này cũng cho thấy có sự khác biệt đáng kể giữa điểm trung bình kỹ năng thực hành trước và sau can thiệp của điều dưỡng về kiểm soát nhiễm khuẩn $t = -12,519$, $p \leq 0,005$ [3]. Các phát hiện phù hợp với Gomarverdi cho thấy sự gia tăng tuân thủ đã được chứng minh từ $19,87 \pm 4,44$ ở trước thử nghiệm lên $29,20 \pm 5,00$ và $28,40 \pm 4,37$ sau hai và sáu tuần sau thử nghiệm, tương ứng [5].

5. KẾT LUẬN

Sau can thiệp, CBYT có sự cải thiện đáng kể kiến thức và thực hành đối với các biện pháp phòng ngừa NKBV gồm: biện pháp phòng ngừa chuẩn, phòng ngừa NKH ở trẻ có đặt catheter lòng mạch và phòng ngừa viêm phổi ở trẻ có thông khí hỗ trợ.

6. KHUYẾN NGHỊ

Cần tiếp tục duy trì hoạt động đào tạo, tập huấn hàng năm và cập nhật các biện pháp KSNK kịp thời. Đồng thời cần thường xuyên kiểm tra, giám sát và phản hồi thông tin về thực hành của CBYT để có kế hoạch điều chỉnh phù hợp và kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Ngai Kien Le, Wertheim HF, Phu Dinh Vu và cộng sự. High prevalence of hospital-acquired infections caused by gram-negative carbapenem resistant strains in Vietnamese pediatric ICUs: A multi-centre point prevalence survey. *Medicine*, 2016, 95(27): e4099, V. D. Phu, H. F. Wertheim, M. Larsson và cộng sự. Burden of Hospital Acquired Infections and Antimicrobial Use in Vietnamese Adult Intensive Care Units. *PLoS One*, 2016, 11(1): e0147544.
- [2] Indah K Murni, Trevor Duke, Sharon Kinney và cộng sự. Reducing hospital-acquired infections and improving the rational use of antibiotics in a developing country: an effectiveness study. 2015, 100(5): 454-459, I. Murni, T. Duke, R. Triasih và cộng sự. Prevention of nosocomial infections in developing countries, a systematic review. *Paediatr Int Child Health*, 2013, 33(2): 61-78.
- [3] Ezinne Arison, Rabi Popoola, Olajide Emmanuel và cộng sự. Outcome Of Nursing Intervention On Knowledge And Skill Of Infection Control Among Nurses In Ekiti State University Teaching Hospital Ado-Ekiti, Ekiti State. 2020, 21-28.
- [4] Ahmad Ayed, Imad Fashafsheh, Faeda Eqtait và cộng sự. Knowledge and Practice of Nursing Staff towards Infection Control Measures in the Palestinian Hospitals. *Journal of Education and Practice*, 2015, 6(, Nitin Ujjwala, Ujjwala Gaikwad, Silpi Basak và cộng sự. Educational Intervention to Foster Best Infection Control Practices Among Nursing Staff. *International Journal of Infection*, 2018, In Press(81531.
- [5] S. Gomarverdi, M. Khatiban, A. Bikmoradi và cộng sự. Effects of a multi-component educational intervention on nurses' knowledge and adherence to standard precautions in intensive care units. *J Infect Prev*, 2019, 20(2): 83-90.



HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE PREVENTION OF MOTHERS WITH CHILDREN BELOW 5 YEARS COME TO VINH PHUC PROVINCE'S GENERAL HOSPITAL IN 2021

Phan Van Tuong^{1*}, Nghiem Quang Huy², Le Thi Hang³

¹Institute for Training and fostering Managers of the health sector - 138 Giang Vo Street, Kim Ma, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

²Department of Health of Vinh Phuc province - 12 Hai Ba Trung, Dong Da, Vinh Yen City, Vinh Phuc Province, Vietnam,

³University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University - 144 Xuan Thuy street, Dich Vong Hau, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

Received 04/03/2023

Revised 08/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

The objective of the study was to evaluate the practice of hand-foot-and-mouth disease prevention and identify some factors related to the practice of hand-foot-and-mouth disease prevention among mothers raising children under 5 years of age.

Research Methods: Cross-sectional study combined with quantitative research methods, using self-completed questionnaires.

Time: The study was conducted from August 2020 to May 2021 at the Pediatric Department of Vinh Phuc General Hospital.

Results: Among 392 mothers, the overall correct practice rate was 77.8%. 100% of mothers wash their hands many times a day for their children, especially after changing diapers and using the toilet. Over 80% of mothers wash their hands before taking care of their babies. Sources of information have a positive relationship leading to mothers have better knowledge and practice of disease prevention.

Conclusion: The practice of mothers on HFMD prevention is quite high. Factors related to HFMD prevention practice as a source of information received by mothers.

Recommendation: Strengthening communication to mothers about CTM disease prevention through channels emphasizing mass communication channels.

Keywords: Hand-foot-and-mouth disease, knowledge, practice.

*Corresponding author
Email address: pvt@huph.edu.vn
Phone number: (+84) 913207610

PHÒNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CỦA CÁC BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI TỚI KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VĨNH PHÚC NĂM 2021

Phan Văn Tường^{1*}, Nghiêm Quang Huy², Lê Thị Hằng³

¹*Viện Đào tạo bồi dưỡng CBQL Ngành Y tế - 138 Giảng Võ, Kim Mã, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam*

²*Sở Y tế tỉnh Vĩnh Phúc - 12 Hai Bà Trưng, Đống Đa, Tp Vĩnh Yên, tỉnh Vĩnh Phúc, Việt Nam*

³*ĐH Y Dược, ĐH Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, Dịch Vọng Hậu, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 04/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 08/04/2023; Ngày duyệt đăng 10/05/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá thực hành phòng bệnh Tay-Chân-Miệng của và xác định một số yếu tố liên quan tới thực hành phòng bệnh Tay-Chân-Miệng của các bà mẹ nuôi con dưới 5 tuổi.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang kết hợp phương pháp nghiên cứu định lượng, sử dụng bộ câu hỏi tự điền.

Thời gian: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8/2020 tới tháng 5/2021 tại khoa Nhi của Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh phúc.

Kết quả: Trong số 392 bà mẹ cho thấy Tỷ lệ thực hành chung đúng là 77,8%. 100% bà mẹ đều thực hiện rửa tay nhiều lần trong ngày cho trẻ, đặc biệt là sau khi thay tã và cho bé đi vệ sinh. Trên 80% bà mẹ thực hiện rửa tay trước khi chăm sóc trẻ. Nguồn thông tin có mối liên quan dương tính làm cho bà mẹ có kiến thức và thực hành phòng bệnh tốt hơn.

Kết luận: Thực hành của các bà mẹ về phòng chống bệnh TCM khá cao. Yếu tố liên quan thực hành phòng bệnh TCM như nguồn thông tin các bà mẹ đã nhận. Khuyến nghị: Tăng cường tuyên truyền cho các bà mẹ về phòng chống bệnh CTM qua các kênh nhấn mạnh kênh thông tin đại chúng.

Từ khóa: Bệnh Tay-Chân-Miệng, kiến thức, thực hành.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỉnh Vĩnh Phúc có sự gia tăng cao về số ca mắc TCM trong năm 2020, trong 6 tháng đầu năm, toàn tỉnh ghi nhận 244 ca mắc Tay-Chân-Miệng (tăng 189 ca so với cùng kỳ), không có ca nào tử vong [4]. Tỷ lệ tử vong thấp song việc nhập viện của trẻ cũng làm tăng gánh nặng cho hệ thống y tế và gia đình. Các NC trên thế giới đều chỉ ra kiến thức, thực hành phòng bệnh CTM chưa cao [8]. Cụ thể NC của Chen Yong và cộng sự cho thấy 89,1% bà mẹ đã từng nhận thông tin về bệnh TCM và mang trẻ đi khám bác sĩ ngay khi xuất hiện có dấu hiệu bệnh, trong đó có 7,49% – 41,98% biết tới nguyên nhân gây bệnh, chỉ có 19,66% phụ huynh biết cần thiết phải

rửa tay bằng xà phòng trước khi ăn và ngay sau khi đi vệ sinh, 4,13% hộ gia đình cho rằng cần khử trùng dụng cụ đựng thức ăn [7, 8]. Tại Việt Nam các NC của Cao Thị Thủy Ngân năm 2012 nhóm bà mẹ tại Hà Nội cho kết quả: kiến thức không đúng là 58,5%. 61,2% không biết về triệu chứng, 19,1% không biết về đường lây, tỷ lệ có rửa tay bằng xà phòng là 53,3%.

Tại Vĩnh Phúc bệnh TCM có xu hướng tăng cao, tuy nhiên chưa có số liệu cơ sở về kiến thức thực hành của các bà mẹ về phòng bệnh cho các con nên nghiên cứu sẽ cung cấp số liệu giúp cho tìm ra giải pháp giải quyết tốt hơn bệnh TCM.

*Tác giả liên hệ

Email: pvt@huph.edu.vn

Điện thoại: (+84) 913207610

Mục tiêu nghiên cứu

Đánh giá thực hành phòng bệnh Tay-Chân-Miệng của các bà mẹ nuôi con dưới 5 tuổi tới khám tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2021.

Xác định một số yếu tố liên quan tới thực hành phòng bệnh Tay-Chân-Miệng của các bà mẹ nuôi con dưới 5 tuổi trên.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng:** Các bà mẹ dẫn con tới khám tại phòng khám Nhi của bệnh viện thỏa mãn các tiêu chuẩn: Bà mẹ có con < 5 tuổi tới khám và trên 18 tuổi. Tiêu chuẩn loại trừ: Bà mẹ không trực tiếp chăm sóc bé.

- **Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang

- **Thời gian NC:** 08/2020 - 05/2021; Địa điểm: Phòng khám Nhi của Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

Cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p[1-p]}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu NC. $\alpha = 0,05$ (mức ý nghĩa thống kê); $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $p_0 = 64,4\%$ tỉ lệ thực hành đạt về phòng bệnh CTM của bà mẹ có con < 5 tuổi theo kết quả NC của Hà Mạnh Tuấn tại bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2018, $d = 0,05$ (sai số mong đợi); thêm 10% dự phòng cho đối tượng NC (ĐTNC) bỏ cuộc nên cỡ mẫu là 387 người. Thực tế thu được 392 phiếu.

Phương pháp chọn mẫu:

Các bà mẹ tới khám tại khu vực chờ khám của phòng khám (mỗi ngày ngẫu nhiên 10 bệnh nhân x 7 ngày/tuần x 6 tuần).

Phương pháp thu thập số liệu: Phát vấn trực tiếp các bà mẹ nuôi con < 5 tuổi tới khám tại phòng khám Nhi trong thời gian ngồi chờ khám bằng bộ câu hỏi tự điền. Bộ câu hỏi với 3 phần: thông tin chung, thực hành phòng bệnh Tay Chân Miệng (THPB-CTM) dựa trên các tài liệu tham khảo của bộ y tế và tham khảo NC của Hà Mạnh Tuấn [5]. Bộ câu hỏi được tiến hành thử nghiệm trên 30

bà mẹ và điều chỉnh trước khi sử dụng.

Biến số độc lập: Dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, số con < 5 tuổi, bệnh hiện mắc của trẻ, khu vực sống, nguồn thông tin bà mẹ tiếp cận.

Biến phụ thuộc: Thực hành chung; rửa tay nhiều lần trong ngày cho trẻ; cách rửa tay cho trẻ; rửa tay trước khi chăm sóc trẻ; rửa tay sau khi thay tã, cho bé đi vệ sinh; cách mẹ rửa tay; vệ sinh đồ chơi.

Thước đo và tiêu chuẩn đánh giá: THPB-CTM chung của các mẹ được đánh giá qua 12 câu hỏi. Mỗi câu trả lời thể hiện thực hành đạt được 1 điểm, thể hiện thực hành chưa đạt không được tính điểm. Một bà mẹ được coi là THPB-CTM đạt nếu đạt được $\geq 80\%$ số điểm của phần thực hành. Thực hành đạt: $\geq 80\%$ số điểm của phần thực hành ($\geq 9,6$ điểm). Thực hành chưa đạt: < 80% số điểm của phần thực hành (< 9,6 điểm)

Phân tích số liệu: Số liệu định lượng từ các phiếu điều tra được làm sạch ngay tại thực địa, sau đó nhập vào phần mềm Epidata 3.1, và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0

Thống kê phân tích: Sử dụng tỉ suất chênh (OR), khoảng tin cậy (KTC) 95% để phân tích mối liên quan giữa các biến độc lập và biến phụ thuộc.

Đạo đức NC: Đề cương NC đã được thông qua HĐ đạo đức của Trường ĐHYTCC tại Quyết định số 436/2020/YTCC-HD3 ngày 17/12/2020.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tổng số có 392 bà mẹ tham gia nghiên cứu.

Nhóm tuổi: < 30 tuổi: 333 ĐT chiếm 85 (%) ; ≥ 30 tuổi 59 ĐT (15%) . **Trình độ học vấn:** $\geq$ Cấp 3: 144 ĐT (36,7%) ; < Cấp 3: 248 ĐT (63,3%) . **Nghề nghiệp:** Công nhân, viên chức: 58 ĐT (14,8%) ; Nghề tự do: 334 ĐT (85,2%) . **Khu vực sống:** Thành thị: 172 ĐT (43,9%) ; Nông thôn: 220 ĐT (56,1%) . **Số con < 5 tuổi:** ≥ 2 con: 348 ĐT (88,8%) ; 1 con: 44 ĐT (11,2%)

Nhận xét: Các bà mẹ dưới 30 tuổi, làm nghề tự do, học vấn dưới cấp 3 và trên 2 con là chủ yếu.

Bảng 3.1: Nguồn thông tin TCM bà mẹ tiếp cận và tình trạng liên quan đến CTM

Nguồn thông tin từ		Tần số (n=392)	Tỉ lệ(%)
Gia đình, bạn bè	Người thân có con từng mắc TCM	11	2,8
	Bạn bè có con từng mắc TCM	26	6,6
Nguồn thông tin	CBYT truyền thông	211	53,9
	Tại cơ quan đoàn thể địa phương	94	23,9
	Tài liệu truyền thông: sách, báo	13	3,3
	Thông qua các phương tiện truyền thông đại chúng: radio, tivi, internet	363	92,6

Nhận xét: Tỷ lệ có liên quan đến CTM có tỷ lệ thấp, sau đây đến nhân viên y tế. nguồn thông tin chủ yếu qua truyền thông đại chúng,

Bảng 3.2: Thực hành phòng bệnh TCM của bà mẹ có con < 5 tuổi

Nội dung		Tần số (n=392)	Tỉ lệ (%)
Rửa tay nhiều lần trong ngày cho trẻ	Thường xuyên	392	100
Cách rửa tay cho trẻ	Xà phòng/DDKK	356	90,8
	Nước sạch đơn thuần	36	9,2
Rửa tay trước khi chăm sóc trẻ	Thường xuyên	326	83,1
	Thỉnh thoảng	45	11,5
	Hiếm khi	21	5,4
Rửa tay sau thay tã, cho bé đi vệ sinh	Thường xuyên	392	100
Cách mẹ rửa tay	Xà phòng/DDKK	316	80,6
	Nước sạch đơn thuần	76	19,4
Vệ sinh đồ chơi cho trẻ	Thường xuyên	289	73,7
	Thỉnh thoảng	56	14,3
	Hiếm khi	32	8,2
	Không bao giờ	15	3,8
Cách vệ sinh đồ chơi cho trẻ	Lau cho sạch bụi	68	17,3
	Rửa bằng nước sạch	101	25,8
	Rửa bằng nước sạch và xà phòng/DDKK	208	53,1
Lau sàn, bàn ghế và các bề mặt trong nhà.	Thường xuyên	267	68,1
	Thỉnh thoảng	76	19,4
	Hiếm khi	49	12,5
Cách vệ sinh sàn, bàn ghế và các bề mặt trong nhà	Lau khô cho sạch bụi	42	10,7
	Lau với nước sạch đơn thuần	134	34,1
	Lau với dung dịch khử khuẩn/xà phòng	216	55,1
Xử lý phân, tã của trẻ	Bỏ trực tiếp ra môi trường: ao, bãi rác tự phát	26	6,6
	Thu gom và đổ vào nhà tiêu hợp vệ sinh	345	88
	Thu gom, bọc kĩ lại và để đúng nơi xử lý rác thải.	359	91,6

Nhận xét: Một số thực hành cơ bản khá cao như: Cách rửa tay cho trẻ, rửa tay trước khi chăm sóc trẻ, rửa tay sau thay tã, cho bé đi vệ sinh. THPB-CTM chung của

bà mẹ cho trẻ dưới 5 tuổi : Tỷ lệ đạt 28,9% và chưa đạt 72,1%



Bảng 3.3: Mối liên quan giữa yếu tố nhóm tuổi tới thực hành của bà mẹ

	Thực hành chung				OR (KTC 95%)	p
	Không đạt		Đạt			
	n	%	n	%		
Nhóm tuổi						
≥30 tuổi	19	32,2	40	67,8	1,28 (0,71 – 2,33)	0,413
<30 tuổi	90	27	243	73		
Dân tộc						
Khác	3	27,3	8	72,7	0,973 (0,25 – 3,74)	0,968
Kinh	106	27,8	3	72,2		
Trình độ học vấn						
<Cấp 3	86	34,7	162	65,3	2,79 (1,67 – 4,68)	<0,001
≥Cấp 3	23	16	121	84		
Nghề nghiệp						
Nghề tự do	98	29,3	236	70,7	1,78 (0,88 – 3,56)	0,104
Công nhân ,viên chức	11	19	47	81		
Khu vực sống						
Nông thôn	64	29,1	156	70,9	1,16 (0,74 – 1,81)	0,521
Thành Thị	45	26,2	127	73,8		
Số con < 5 tuổi						
1 con	9	20,5	35	79,5	0,64 (0,3 – 1,38)	0,25
≥2 con	100	28,7	248	71,3		

Bảng 3.3 cho thấy: Không có mối liên quan giữa nhóm tuổi, số con, dân tộc, nghề nghiệp, khu vực sống với THPB-CTM của bà mẹ ($p>0,05$). Có mối liên quan giữa

trình độ học vấn với thực hành phòng bệnh TCM của bà mẹ ($p<0,001$). Bà mẹ học hết cấp 3 có thực hành đạt cao gấp 2,8 lần so với bà mẹ chưa học hết cấp 3.

Bảng 3.4: Mối liên quan giữa nguồn thông tin tới thực hành của bà mẹ

	Thực hành chung				OR (KTC 95%)	p
	Không đạt		Đạt			
	n	%	n	%		
Người thân có con từng mắc TCM						
Không	106	27,8	275	72,2	1,03 (0,27 – 3,95)	0,97
Có	275	27,3	106	72,7		
Bạn bè có con từng mắc TCM						
Không	102	27,9	264	72,1	1,05 (0,43 – 2,57)	0,92
Có	7	26,9	19	73,1		
Nhận thông tin từ CBYT truyền thông						
Không	58	32	123	68	1,48 (0,95 – 2,31)	0,08
Có	51	24,2	160	75,8		
Nhận thông tin từ cơ quan đoàn thể địa phương (Hội phụ nữ, Đoàn thanh niên)						
Không	82	27,5	216	72,5	0,94 (0,56 – 1,58)	0,82
Có	27	28,7	67	71,3		

	Thực hành chung				OR (KTC 95%)	p
	Không đạt		Đạt			
	n	%	n	%		
Nhận thông tin từ tài liệu truyền thông: sách, báo						
Không	104	27,4	275	72,6	0,61 (0,19 – 1,89)	0,38
Có	5	38,5	8	61,5		
Thông qua các phương tiện truyền thông đại chúng: radio, tivi, internet,...						
Không	14	48,3	15	51,7	2,63 (1,23 – 5,66)	0,011
Có	95	26,2	268	73,8		

Bảng 3.4. Yếu tố phương tiện truyền thông đại chúng có mối liên quan tới thực hành phòng bệnh CTM của các bà mẹ ($p < 0,05$). Những bà mẹ nhận được truyền thông từ truyền thông đại chúng có thực hành đạt cao gấp 2,6 lần những bà mẹ không nhận được thông tin từ nguồn này.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực hành phòng bệnh Tay-Chân-Miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi

Kết quả NC cho thấy, tỉ lệ THPB-CTM chung đạt là 72,1% cao hơn của Hà Mạnh Tuấn năm 2018 (64,4%) ; của Wen-ming năm 2015 (56,25%) . Có thể tỉ lệ này thay đổi do các địa bàn nghiên cứu và các đặc điểm dân cư khác nhau và tác động giáo dục truyền thông ở các địa bàn cũng mức độ khác nhau. 100% bà mẹ đều thực hiện rửa tay nhiều lần trong ngày cho trẻ. Đây là mức tỉ lệ cao so với các nghiên cứu trước đó [6]. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Hà Mạnh Tuấn năm 2018 (90,5%) [3]. Điều này có thể giải thích do tuyên truyền rửa tay phòng Covid 19 trước đó đã có tác dụng đã tạo thành thói quen tốt cho bà mẹ. Tỉ lệ bà mẹ thực hiện vệ sinh đồ chơi bằng xà phòng hoặc DDKK, lau bàn ghế, xử lý rác thải, thu gom rác và đổ vào nhà tiêu hợp vệ sinh; xử lý đúng nơi xử lý rác thải lần lượt là 73,7% ; 68,1% . 88% ; 91,6% . Các kết quả trên tương đồng với kết quả nghiên cứu của Huỳnh Kiều Chinh năm 2014.

4.2. Các yếu tố liên quan tới THPB-CTM của bà mẹ có con dưới 5 tuổi

Không có mối liên quan giữa các yếu tố cá nhân như nhóm tuổi, dân tộc, nghề nghiệp, khu vực sống, số con < 5 tuổi tới THPB-CTM cho trẻ ($p > 0,05$) cho thấy có sự tương đồng với các nghiên cứu của Hà Mạnh Tuấn năm 2018 và Nguyễn Thị Liên năm 2015. Kết quả NC này khác với NC GAO năm 2018 dân tộc có liên quan tới thực hành phòng bệnh CTM trong nghiên cứu của. Kết quả nghiên cứu không có mối liên quan giữa nghề nghiệp với thực hành phòng chống CTM, tuy nhiên trong nghiên cứu của Mekrungruangwong năm 2020; nghiên

cứ Nguyễn Thị Liên năm 2015 chỉ ra tỉ lệ thực hành ở nhóm bà mẹ làm công nhân viên chức đạt cao gấp 3,5 lần nhóm khác và nghiên cứu của nhóm Cao Vĩnh Phúc chỉ ra tỉ lệ thực hành đạt ở nhóm cán bộ viên chức cao gấp 3,8 lần nhóm khác.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy chưa tìm thấy mối liên quan giữa khu vực sống với THPB-CTM của bà mẹ; tuy nhiên khác với kết quả của NC của nhóm Cao Vĩnh Phúc năm 2019 bà mẹ ở thành thị THPB-CTM cao gấp 3,6 lần ở nông thôn. Có kết quả NC khác trên có thể phần lớn bà mẹ trong nghiên cứu này làm nghề tự do nên phân bố nghề nghiệp cũng chưa đại diện và tương đồng với các nghiên cứu mà chúng ta so sánh nên chưa tìm ra mối liên quan giữa nghề nghiệp và thực hành phòng bệnh TCM.

Nghiên cứu này cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn với THPB-CTM của bà mẹ ($p < 0,001$) tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Kiều Chinh năm 2014. Như vậy có thể kết luận các bà mẹ học hết cấp 3 có sự nhận thức về tầm quan trọng của phòng bệnh cho trẻ là quan trọng hơn do vậy có sự chủ động thu nhận kiến thức cũng như có thực hành phòng bệnh tốt hơn.

Nhóm yếu tố người thân, bạn bè, tài liệu truyền thông, CBYT và cơ quan đoàn thể địa phương có con từng mắc CTM không có mối liên quan tới THPB-CTM của các bà mẹ ($p > 0,05$). Kết quả này khác với NC của Hà Mạnh Tuấn năm 2018 chỉ ra yếu tố liên quan giữa nguồn thông tin với THPB-CTM trong đó bà mẹ nhận thông tin từ tivi/internet thực hành đúng gấp 3,7 lần bà mẹ không được nhận. Lí giải cho sự khác biệt này có thể do trong nghiên cứu tỉ lệ bà mẹ nhận được thông tin từ các nguồn truyền thông gián tiếp còn thấp và truyền thông gián tiếp vẫn chưa đạt hiệu quả tại địa bàn nghiên cứu. Tuy nhiên, yếu tố phương tiện truyền thông đại chúng có mối liên quan tới THPB-CTM của các bà mẹ ($p < 0,05$) . Những bà mẹ nhận thông tin từ truyền thông đại chúng có THPB-CTM cao gấp 2,6 lần. Hầu hết các bà mẹ nhận được thông tin về CTM từ các nguồn này có thể lí giải cho tỉ lệ bà mẹ thực hành đúng cao khi tiếp nhận thông tin từ nguồn này. Điều này chứng minh hiệu quả của truyền thông tới THPB-CTM của bà mẹ, cần tiếp tục duy trì và phát huy.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Thực hành thực hành phòng bệnh CTM của nhóm đối tượng nghiên cứu chưa thể đại diện cho tất cả bà mẹ trong cộng đồng về độ tuổi, số con, nghề nghiệp, nơi sống...

5. KẾT LUẬN

Thực hành phòng bệnh Tay-Chân-Miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi có tỷ lệ khá cao: Tỷ lệ thực hành chung đạt là 72,1%. Tỷ lệ đạt thực hành của các bà mẹ tùy theo mức đạt từ 68,1 đến 100%.

Có mối liên quan liên quan tới thực hành phòng bệnh Tay-Chân-Miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi với trình độ bà mẹ học hết cấp 3, nguồn thông tin đại chúng (Bà mẹ học hết cấp 3 có thực hành đạt cao gấp 2,8 lần, những bà mẹ nhận thông tin từ truyền thông đại chúng có thực hành đạt cao gấp 2,6 lần). Khuyến nghị: Tăng cường các hoạt động chung về truyền thông cụ thể đối với đối tượng bà mẹ đưa con đến khám tại bệnh viện tăng cường truyền thông qua truyền thông đại chúng và chú ý đến đối tượng chưa học hết cấp 3.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO. Bệnh chân tay miệng ở Việt Nam Công thông tin của WHO (updated 2013/03/11. Available from: [https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/hand-foot-and-mouth-disease-\(h-fmd\)](https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/hand-foot-and-mouth-disease-(h-fmd)) .
- [2] Bộ Y tế, Hệ thống báo cáo truyền nhiễm. Tăng cường công tác phòng chống dịch bệnh tay-chân-miệng Công thông tin điện tử Bộ Y tế 2021 (Available from: <https://vncdc.gov.vn/tang-cuong-phong-chong-dich-benh-tay-chan-mieng-nd16032.html>).
- [3] Dao Weiangkham and et al. Study of Hand Foot Mouth Preventing behaviors among caregiver in childcare centers in Phayao province. MFUIC and KTCM. 2016.
- [4] Cox B, Levent F. Hand, Foot, and Mouth Disease. JAMA. 2018;320(23) :2492.
- [5] Esposito S, Principi N. Hand, foot and mouth disease: current knowledge on clinical manifestations, epidemiology, aetiology and prevention. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2018;37(3) :391-8.
- [6] Ruttiya Charoenchokpanit and Tepanata Pumpaibool. Knowledge attitude and preventive behavior towards hand foot and mouth disease among caregivers of children under five years old in Bangkok, Thailand. Journal of Health Research. 2013:6.
- [7] Nguyễn Ngọc Quỳnh và cộng sự. Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại Hà Nội từ năm 2011-2014. Tạp chí Y học Dự phòng. 2016:9.
- [8] Vũ Trọng Phòng. Thực trạng bệnh và kiến thức, thái độ, thực hành phòng bệnh TCM của bà mẹ có con dưới 10 tuổi tại huyện Bình Giang, Hải Dương. Thái Bình: Trường Đại học Y Thái Bình; 2013.
- [9] Bộ Y tế (2018) , Khuyến cáo của Bộ Y tế về phòng bệnh tay chân miệng 2018
- [10] Yong C. The survey on knowledge and behavior among parents of children with hand-foot-mouth disease in Xuzhou. Chinese Journal of Modern Nursing. 2013.

THE OCCUPATIONAL STRESS STATUS AND ASSOCIATED FACTORS OF MEDICAL STAFFS AT SON TAY GENERAL HOSPITAL IN 2022

Nguyen Thị Bích Thuy^{1*}, Nguyen Thi Thu Huong², Nguyen Binh Minh²,
Nguyen Hoai Linh², Ngo Van Toan^{2,3}

¹Son Tay General Hospital, 304A Le Loi Street, Le Loi Ward, Son Tay, Hanoi, Vietnam

²Institute for Medicine Pharmacy Science Technology and Community Health, 71 Phuong Mai, Dong Da, Hanoi, Vietnam,

³Hanoi Medical University, 1 Ton That Tung Street, Kim Lien, Dong Da, Hanoi, Vietnam.

Received 15/03/2023

Revised 10/04/2023; Accepted 05/05/2023

ABSTRACT

Objective: The study aimed to determine the status of occupational stress and some associated factors among 235 medical staffs at Son Tay General Hospital in 2022.

Subject and methods: The Cross-sectional descriptive design was applied using both quantitative and qualitative methods. The stress status was evaluated by using 2 questionnaires. The status of depression was measured by DASS-21.

Results: Our results showed that the percentage of stressed medical staffs in the hospital was 42.1%, in which, the rate of mild stress was 41.4%, moderate stress was 30.3%, severe stress was 18.2% and the extremely stress was 10.1%. Healthcare workers who have to take care of elderly and disable people were more likely to be stressed than others. In Imaging Diagnostic Department, the stress rate was highest (75%) and the stress rate in Pediatrics, Internal Departments and Surgery accounted for 58.8%, 43.8% and 39.1%, respectively.

Conclusions: Stress is prevalent among staffs working in Son Tay General Hospital, the stress rate accounted for 42.1%. Medical staffs being taking care of elderly and disable people were more likely to be stressed than others. This study may serve as a preference for future monitoring of workload in order to reduce stress for medical staffs.

Keywords: Stress, medical staff, Son Tay General Hospital

*Corresponding author
Email address: nbthuy.27@gmail.com
Phone number: (+84) 979766239



THỰC TRẠNG MẮC STRESS VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY NĂM 2022

Nguyễn Thị Bích Thủy^{1*}, Nguyễn Thị Thu Hương², Nguyễn Bình Minh²,
Nguyễn Hoài Linh², Ngô Văn Toàn^{2,3}

¹Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây - 304A Lê Lợi, phường Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Nội, Việt Nam

²Viện Khoa học Công nghệ Y dược và Sức khỏe Cộng đồng - 71 Phương Mai, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, Kim Liên, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 15/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 10/04/2023; Ngày duyệt đăng 05/05/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tình trạng stress và một số yếu tố liên quan của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính thực hiện trên 235 cán bộ nhân viên y tế. Tình trạng stress nghề nghiệp được xác định bằng thang đo DASS-21 với mức độ stress nhẹ (15-18 điểm), stress vừa (19-25 điểm), stress nặng (26-33 điểm) và stress rất nặng (trên 34 điểm).

Kết quả: Trong số 235 cán bộ y tế có 42,1% mắc stress trong đó tình trạng nhẹ (41,4%), vừa (30,3%), nặng (18,2%) và rất nặng (10,1%). Yếu tố công việc đòi hỏi nhiều trách nhiệm và phải nghĩ cách làm thêm để đảm bảo thu nhập có điểm trung bình stress cao nhất ($=3,41$ và $=3,40$). Những nhân viên y tế phải chăm sóc người già hoặc người tàn tật có nguy cơ mắc stress cao hơn những nhóm khác. Khoa Chẩn đoán hình ảnh có tỉ lệ nhân viên y tế gặp stress cao nhất (75%); tiếp theo là khoa Nhi, Nội và khoa Ngoại (lần lượt là 58,8%, 43,8%, 39,1%).

Kết luận: Stress là tình trạng phổ biến ở các nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây với tỉ lệ 42,1%, trong đó mức độ stress rất nặng chiếm 10,1%. Những nhân viên y tế phải chăm sóc người già và người tàn tật là đối tượng bị ảnh hưởng nhiều nhất bởi stress. Kết quả nghiên cứu sẽ giúp cho bệnh viện trong việc điều chỉnh khối lượng công việc của các nhân viên tại bệnh viện.

Từ khoá: Stress, nhân viên y tế, Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Stress là một hội chứng bao gồm những đáp ứng không đặc hiệu của cơ thể với kích thích từ môi trường [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), stress là một bệnh dịch trên toàn thế giới [7]. Rối loạn tâm lý do stress mang lại những hậu quả nghiêm trọng đến sức khỏe người lao động, thiệt hại về kinh tế, giảm năng suất lao động.

Ngày nay, nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân

ngày càng nâng cao, những nhân viên y tế (NVYT) thường xuyên tiếp xúc với người bệnh như bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên được đánh giá có nguy cơ mắc stress cao hơn các ngành nghề khác. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng 25-30% NVYT gặp tình trạng stress hoặc kiệt sức do quá tải công việc [9]. Tại Việt Nam, mức độ stress ở NVYT từ 42-66%, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hương và cộng sự tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2 cho thấy tỷ lệ stress ở điều dưỡng viên là 33,6% trong đó 55,4% stress vừa và

*Tác giả liên hệ
Email: nbthuy.27@gmail.com
Điện thoại: (+84) 979766239

44,6% stress nặng. Các yếu tố liên quan đến stress điều dưỡng là quá tải công việc, thu nhập thấp và môi trường làm việc không an toàn [8]. Nghiên cứu của Đỗ Nguyễn Nhựt Trần tại huyện Nhơn Trạch, tỉnh Đồng Nai (2008) cho thấy có 27% nhân viên y tế bị stress thường xuyên ở mức cao. Các yếu tố gây thường gây ra stress là khối lượng công việc quá nhiều (72%); thời gian nghỉ ngơi không hợp lý (50%); sự phân biệt đối xử tại cơ quan (11%) [3]. Theo công đoàn y tế Việt Nam, tính từ đầu năm 2021 đến 6 tháng đầu năm 2022, có tổng 9397 viên chức y tế xin thôi việc, nghỉ việc. Tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây, trong 6 tháng đầu năm 2022 có 03 viên chức y tế xin thôi việc đều liên quan đến stress.

Tại Việt Nam, nghiên cứu về stress nghề nghiệp trong ngành y chủ yếu là tỷ lệ mắc stress ở điều dưỡng, các nghiên cứu trên nhóm NVYT tiếp xúc với người bệnh còn hạn chế. Đồng thời các hoạt động can thiệp về kỹ năng ứng phó tình trạng này vẫn chưa được quan tâm và đầu tư thỏa đáng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng mắc stress và một số yếu tố liên quan ở NVYT tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây, (2) Mô tả một số giải pháp ứng phó với stress ở NVYT tại Bệnh viện Đa Khoa Sơn Tây.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Các bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên và các cán bộ quản lý bệnh viện đang làm việc tại bệnh viện Đa khoa Sơn Tây.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thời gian nghiên cứu tiến hành từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 2 năm 2023 tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây.

2.3. Thiết kế nghiên cứu:

Áp dụng phương pháp thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích để xác định tỷ lệ NVYT có các triệu chứng stress. Đồng thời xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng stress thông qua nghiên cứu định tính sử dụng kỹ thuật phỏng vấn sâu.

2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tất cả NVYT đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được phỏng vấn bằng bộ công cụ có sẵn về tình trạng stress và các yếu tố liên quan, và một số giải pháp ứng phó với tình trạng stress. Nghiên cứu tiến hành trên 235 NVYT, trong đó có 2 lãnh đạo bệnh viện, 16 trưởng khoa phòng chức năng, 50 bác sĩ, 136 điều dưỡng/nữ hộ sinh và 31 kỹ thuật viên tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng của Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây.

Phương pháp thu thập số liệu: Nghiên cứu sử dụng bộ

câu hỏi thiết kế sẵn có thang đo DASS-21 cho nhân viên y tế và bộ câu hỏi phỏng vấn sâu cho cán bộ quản lý bệnh viện.

2.5. Bộ công cụ và các biến số nghiên cứu:

Stress nghề nghiệp được đánh giá bằng thang đo DASS-21 bao gồm 21 câu hỏi với các mức độ từ 0 đến 3. Nghiên cứu này chỉ sử dụng phần căng thẳng gồm 7 câu hỏi của thang đo. Thang đo DASS-21 đã được chuẩn hoá sang tiếng Việt và đã được sử dụng chính thức ở Việt Nam.

2.6. Xử lý số liệu:

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.

Sử dụng mô hình hồi quy logistic để phân tích đơn biến và phân tích đa biến.

2.7. Đạo đức nghiên cứu:

Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng chăm đề cương Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây.

3. KẾT QUẢ

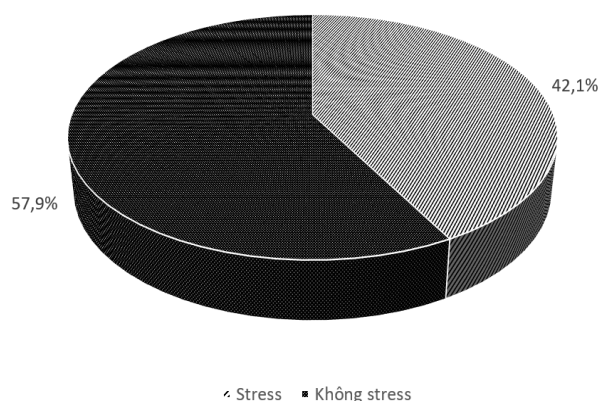
3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 3.1. Phân bố đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm cá nhân		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 30 tuổi	44	18,7
	≥ 30 tuổi	191	81,3
Giới	Nam	61	26
	Nữ	174	74
Kinh nghiệm công việc	Dưới 5 năm	35	14,9
	5-10 năm	55	23,4
	10-20 năm	102	43,4
	>20 năm	43	18,3

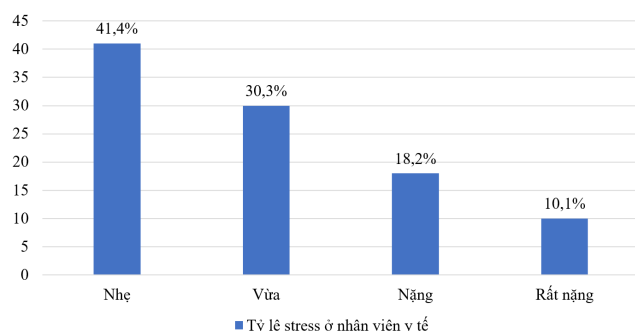
Đối tượng nghiên cứu đa số là người trên 30 tuổi (81,3%), người dưới 30 tuổi chiếm 18,7%. Trong đó, phổ biến là nữ giới (74%). Đa số đối tượng nghiên cứu có 10-20 năm kinh nghiệm công việc chiếm 43,4%, người có dưới 5 năm kinh nghiệm và 5-10 năm kinh nghiệm lần lượt là 14,9% và 23,4% và người có trên 20 năm kinh nghiệm là 18,3%.

3.2. Thực trạng stress ở nhân viên y tế



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ mắc stress ở nhân viên y tế

Trong số 235 nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, số nhân viên có biểu hiện stress chiếm 42,1%



Biểu đồ 3.2. Phân bố mức độ stress ở nhân viên y tế

Kết quả từ biểu đồ cho thấy, tỷ lệ phân bố stress nghề nghiệp với mức độ stress nhẹ, stress vừa, stress nặng và stress rất nặng lần lượt là 41,4%, 30,3%, 18,2% và 10,1%.

Bảng 3.2. Tình trạng stress theo vị trí việc làm của nhân viên y tế (n=235)

Tình trạng stress theo vị trí việc làm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí công việc	Chỉ thực hiện 1 nhiệm vụ	36	34,6
	Kiểm nhiệm 2 việc	38	44,2
	Kiểm nhiệm ≥ 3 việc	25	55,6

Tình trạng stress theo vị trí việc làm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bộ phận làm việc	Khoa Ngoại	9	39,1
	Khoa Nhi	10	58,8
	Khoa Nội	14	43,8
	Khoa Sản	2	12,5
	Khoa Gây mê hồi sức	1	11,1
	Khoa Hồi sức Cấp cứu	9	30,0
	Khoa Y học Cổ Truyền	5	35,7
	Khoa Chẩn đoán Hình ảnh	12	75,0
	Khoa Khác	37	47,4

Những NVYT chỉ làm 1 nhiệm vụ có tỷ lệ stress là 36%. Trong khi đó, những NVYT kiêm nhiệm 2 việc và từ 3 việc trở lên có tỷ lệ stress lần lượt là 44,2% và 55,6%. Trong các khoa phòng tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, khoa Chẩn đoán Hình ảnh và khoa Nhi là 2 khoa có tỷ lệ nhân viên y tế có biểu hiện stress cao nhất lần lượt là 75% và 58,8% và khoa có tỉ lệ stress thấp nhất là Khoa Hồi sức Cấp cứu (11,1%).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến stress ở nhân viên y tế

Bảng 3.4. Một số yếu tố liên quan đến stress ở nhân viên y tế

Yếu tố nguy cơ	Điểm	
	$\bar{X}$	SD
Làm việc với cường độ cao để hoàn thành công việc đúng thời gian được giao	3,07	1,10
Tình trạng thiếu nhân lực	3,06	1,13
Công việc đòi hỏi nhiều trách nhiệm	3,41	1,19
Kinh tế gia đình thiếu hụt	3,31	1,30
Phải nghĩ cách làm thêm để đảm bảo thu nhập	3,40	1,29
Làm việc trong môi trường có nguy cơ lây nhiễm bệnh từ nơi làm việc	3,21	1,15
Nơi làm việc dễ nhiễm bệnh	3,24	1,19

Kết quả bảng trên cho thấy yếu tố nguy cơ liên quan đến stress có điểm cao nhất là công việc đòi hỏi nhiều trách nhiệm ($=3,41$, $SD=1,19$), tiếp đến là yếu tố nguy cơ về nghĩ cách làm thêm để đảm bảo thu nhập ($=3,40$,

SD=1,29) và kinh tế gia đình thiếu hụt (=3,31, SD=1,30).

Bảng 3.5. Mối liên quan tình trạng stress với đặc điểm gia đình

Thông tin chung		Tình trạng stress				OR 95%CI	OR hiệu chỉnh 95% CI
		Có		Không			
		SL	%	SL	%		
Chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi	Không	57	41,9	79	58,1	1	1
	Có	42	42,4	57	57,6	1,02 (0,61-1,73)	1,13 (0,66-1,94)
Chăm sóc người cao tuổi hoặc người tàn tật	Không	54	36,2	95	63,8	1	1
	Có	45	52,3	41	47,7	1,93 (1,13-3,31)	1,80* (1,02-3,17)
Thu nhập trung bình	5 triệu trở lên	48	38,7	76	61,3	1	1
	Dưới 5 triệu	51	45,9	60	54,1	1,34 (0,80-2,26)	1,40 (0,83-2,38)
Là nguồn thu nhập chính của gia đình	Không	25	34,2	48	65,8	1	1
	Có	74	45,7	88	54,3	1,61 (0,91-2,87)	1,39 (0,76-2,57)

Mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy, việc chăm sóc người cao tuổi hoặc người tàn tật làm tăng tình trạng stress của nhân viên y tế (OR=1,80, 95% CI: 1,02-3,17), các yếu tố còn lại chưa phát hiện mối tương quan với tình trạng stress của nhân viên y tế.

4. BÀN LUẬN

Mô tả thực trạng mắc stress và một số yếu tố liên quan ở NVYT tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây.

Nghiên cứu tiến hành trên 235 nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây. Kết quả nghiên cứu dựa trên thang đo DASS 21 cho thấy có 42,1% nhân viên y tế có biểu hiện stress, trong đó mức độ stress nhẹ 41,4%, stress vừa 30,3%, stress nặng 18,2% và stress rất nặng là 10,1%. Từ kết quả nghiên cứu, tỉ lệ nhân viên y tế có biểu hiện stress tại bệnh viện Đa khoa Sơn Tây thấp hơn so với tỉ lệ này ở nghiên cứu của Nguyễn Thu Hà (48,6% trong nghiên cứu năm 2006 và 66,7% trong nghiên cứu năm 2016)[2]. Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy tỉ lệ stress thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Thanh Vân vào năm 2020. Nghiên cứu này thực hiện trên các cán bộ y tế tham gia phòng chống dịch Covid-19, kết quả cho thấy tỉ lệ stress của điều dưỡng là 71,4%. Nguyên nhân do điều dưỡng tham

gia phòng chống dịch Covid-19 có thời gian làm việc nhiều, tiếp xúc với bệnh nhân trong thời gian dài và có nguy cơ phơi nhiễm cao [5].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy những nhân viên y tế phải chăm sóc người già hoặc người tàn tật có nguy cơ cao mắc stress hơn (OR=1,80, 95% CI: 1,02-3,17). Bên cạnh khối lượng công việc lớn, việc chăm sóc người cao tuổi hoặc người tàn tật sẽ làm giảm thời gian nghỉ ngơi và gây áp lực lên cả về tinh thần và kinh tế đối với nhân viên y tế. Bên cạnh đó nghiên cứu tại huyện Nhơn Trạch tỉnh Đồng Nai cho thấy thời gian nghỉ ngơi không hợp lý là một trong những yếu tố nguy cơ cao nhất gây nên stress ở nhân viên y tế (OR=1,31, 95%CI: 1,13-1,51) [3]. Những yếu tố nguy cơ này đều cho thấy việc dành thời gian nghỉ ngơi hợp lý sau giờ làm việc là vô cùng quan trọng để cải thiện sức khỏe và tinh thần cho các nhân viên y tế tại bệnh viện.

Mô tả một số giải pháp ứng phó với stress ở NVYT tại Bệnh viện Đa Khoa Sơn Tây

Theo nghiên cứu về giải pháp giảm thiểu stress cho nhân viên y tế tại Bệnh viện Tâm thần Tiền Giang, các giải pháp được cho là hiệu quả trong việc ứng phó với stress ở nhân viên y tế là cải thiện môi trường sinh hoạt, cải thiện môi trường sống, môi trường làm việc [6]. Việc tăng cường sự hỗ trợ từ ban lãnh đạo bệnh viện

trong việc giảm thiểu stress tại các cán bộ bệnh viện là rất cần thiết. Các giải pháp góp phần làm giảm thiểu tình trạng stress cho nhân viên y tế có thể là điều chỉnh lối sống và cải thiện môi trường làm việc.

Đối với nhóm giải pháp điều chỉnh lối sống, nâng cao chất lượng cuộc sống cho nhân viên y tế, việc xây dựng mô hình làm việc giúp nhân viên có thời gian nghỉ ngơi là rất quan trọng. Một nghiên cứu cho thấy 25-30% tình trạng kiệt sức của nhân viên y tế là hậu quả của việc quá tải từ công việc [4].

Đối với nhóm giải pháp cải thiện môi trường làm việc, ban giám đốc bệnh viện có thể đưa ra các chính sách tạo cơ hội thăng tiến trong công việc cho nhân viên, tăng cường trang bị trang thiết bị y tế nhằm phục vụ cho quá trình khám và điều trị cho bệnh nhân, giúp tiết kiệm thời gian và công sức cho cán bộ y tế. Bên cạnh đó, mối quan hệ giữa các đồng nghiệp và giữa các khoa phòng cần được cải thiện bằng cách tổ chức các hoạt động chuyên môn có tính gắn kết hoặc tổ chức các hoạt động sinh hoạt tập thể, giảm khoảng cách giữa các vị trí công việc và giữa các phòng ban tại bệnh viện.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ stress tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây là 42,1%, trong đó stress nhẹ 41,4%, stress vừa 30,3%, stress nặng 18,2% và stress rất nặng là 10,1%. Những yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng stress ở nhân viên y tế là: làm việc với cường độ cao, tình trạng thiếu nhân lực, công việc đòi hỏi nhiều trách nhiệm, kinh tế gia đình thiếu hụt, phải nghỉ cách làm thêm để tăng thu nhập, nguy cơ lây nhiễm bệnh từ nơi làm việc và chăm sóc người caco tuổi hoặc người tàn tật. Kết quả nghiên cứu đã đưa ra được những yếu tố liên quan đến stress, từ đó giúp hình thành giải pháp cải thiện sức khỏe cho các nhân viên y tế tại bệnh viện, đồng thời kết quả này cung cấp những thông tin giá trị, giúp định hướng cho các nghiên cứu tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Quang Uẩn, Nguyễn Quang Luỹ, Đinh Văn Vang. Giáo trình tâm lý học đại cương. 2007
- [2] Nguyễn Thị Thanh Hương, Huỳnh Ngọc Vân Anh, Tô Gia Kiên. Stress nghề nghiệp và các yếu tố liên quan ở điều dưỡng bệnh viện tâm thần trung ương 2. 2019
- [3] Đỗ Nguyễn Nhật Trần, Nguyễn Hồng Hoa, Trần Thiện Thuần. Stress và các yếu tố liên quan ở nhân viên y tế huyện Nhơn Trạch tỉnh Đồng Nai năm 2008. 2008
- [4] Stress nghề nghiệp ở nhân viên y tế - Thông tin hoạt động - Cổng thông tin Bộ Y tế. <https://moh.gov.vn/web/phong-chong-benh-nghe-nghiep/thong-tin-hoat-dong/-/asset_publisher/xjpQsFUZRw4q/content/stress-nghe-nghiep-o-nhan-vien-y-te?inheritRedirect=false>, accessed: 04/01/2023.
- [5] Bùi Thị Thanh Vân Thực trạng sức khỏe tinh thần của nhân viên y tế tham gia công tác phòng chống dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp (Covid-19) ở một số bệnh viện tại Hà Nội năm 2020.
- [6] Nguyễn Trung Tần. Stress của nhân viên y tế tại bệnh viện Tâm thần Tiền Giang.
- [7] Zhu D., Wang J., Zhao Y. và cộng sự. The Status of Occupational Stress and Its Influence on the Health of Medical Staff in Lanzhou, China. *Int J Environ Res Public Health*, **19**(17), 10808.
- [8] Blaug Ricardo, Kenyon Amy, Lekhi Rohit. Stress at work. 2007
- [9] Grassi L. và Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. (2000). *Psychother Psychosom*, **69**(6), 329–334.

OVERVIEW OF LEGAL DOCUMENTS RELATED TO CONTINUOUS TRAINING FOR HEALTH WORKERS

Tran Thi Ly^{1*}, Le Van Nhan², Tran Quoc Thang³

¹National Lung Hospital - 463 Hoang Hoa Tham, Vinh Phu, Ba Dinh, Hanoi, Viet Nam

²Van Hien University - 613 Au Co, Phu Trung, Tan Phu, Ho Chi Minh City, Viet Nam

³Institute of Community Health - 24 Lieu Giai, Ba Dinh, Hanoi, Viet Nam.

Received 08/03/2023

Revised 13/04/2023; Accepted 08/05/2023

SUMMARY

Background: Continuing Medical Education (CME) is a form of ensuring maintenance and updating of qualifications, skills, and professional ethics of health workers (VNYT) in health facilities (CSYT) to meet the needs of healthcare services (DVYT). The role of CME in ensuring and improving the quality of the health care system is becoming increasingly important.

Objective: Synthesize and analyze the content of legal documents (QPPL) related to CME activities.

Methods: Systematic review.

Results: Searched and analyzed 15 legal documents related to CME activities including: Resolutions, Decrees, Laws, Circulars and Decisions.

Conclusion: Legal documents related to CME activities are diverse, issued by many levels (Politburo, National Assembly, Government, Ministry of Health, Ministry of Finance). The content of legal documents mentions the role, regulations, scope, objects, and forms of CME activities in a specific way, however, punishment in legal documents need to be monitored and evaluated by management agencies more often to ensure the quality and effectiveness of CME activities.

Keywords: CME, Health workers; Legal documents

*Corresponding author
Email address: ly13021984@gmail.com
Phone number: (+84) 947793568



TỔNG QUAN CÁC VĂN BẢN QUY PHẠM PHÁP LUẬT LIÊN QUAN ĐẾN CÔNG TÁC ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CHO NHÂN VIÊN Y TẾ

Trần Thị Lý^{1*}, Lê Văn Nhân², Trần Quốc Thắng³

¹Bệnh viện Phổi Trung ương, 463 Hoàng Hoa Thám, Vĩnh Phú, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam,

²Đại học Văn Hiến, 613 Âu Cơ, Phường Phú Trung, Quận Tân Phú, Tp Hồ Chí Minh, Việt Nam,

³Viện Sức khỏe cộng đồng, 24 Liễu Giai, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam.

Ngày nhận bài: 18/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 13/04/2023; Ngày duyệt đăng 08/05/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đào tạo y khoa liên tục (CME) là một hình thức bảo đảm duy trì, cập nhật trình độ, kỹ năng, đạo đức nghề nghiệp của nhân viên y tế (NVYT) trong các cơ sở y tế (CSYT) đáp ứng nhu cầu cung cấp dịch vụ y tế (DVYT). Vai trò của ĐTLT trong việc đảm bảo và nâng cao chất lượng của hệ thống chăm sóc y tế ngày càng trở nên quan trọng.

Mục tiêu: Tổng hợp và phân tích nội dung các văn bản quy phạm pháp luật (QPPL) liên quan đến công tác ĐTLT trong ngành y tế.

Phương pháp: Tổng quan tài liệu có hệ thống (Systematic review).

Kết quả: Tìm kiếm và phân tích 15 văn bản QPPL liên quan đến công tác ĐTLT trong ngành y tế, bao gồm Nghị quyết, Nghị định, Luật, Thông tư, Quyết định.

Kết luận: Văn bản QPPL liên quan đến công tác ĐTLT ngành Y tế đa dạng, do nhiều cấp ban hành (Bộ Chính trị, Quốc Hội, Chính phủ, Bộ Y tế, Bộ tài chính). Nội dung các văn bản QPPL đề cập đến vai trò của công tác ĐTLT, quy định phạm vi, đối tượng, hình thức ĐTLT một cách cụ thể, tuy nhiên chế tài áp dụng đối với các trường hợp vi phạm các quy định của văn bản QPPL cần được các cơ quan quản lý theo dõi, giám sát, đánh giá thường xuyên hơn để đảm bảo chất lượng và hiệu quả công tác ĐTLT.

Từ khóa: Đào tạo liên tục, nhân viên y tế, văn bản QPPL

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đào tạo y khoa là đào tạo đặc biệt, nghề y có đặc thù quan trọng do gắn liền với tính mạng và sức khỏe con người, việc cập nhật liên tục những kiến thức, kỹ thuật mới, hạn chế tối thiểu những sai sót chuyên môn là một nhiệm vụ bắt buộc với mọi người hành nghề.

Các nước trên thế giới đều có quy định bắt buộc thầy thuốc phải cập nhật, bổ sung kiến thức liên tục, cập nhật những thông tin mới nhất về kỹ năng lâm sàng, kiến thức chuyên môn, tổ chức quản lý công việc, về đạo đức y học, giảng dạy, nghiên cứu... không ngừng nâng cao năng lực chuyên môn, người làm trong ngành y

phải học tập suốt đời. Ở nước ta, do nhận thức được tầm quan trọng và sự cần thiết của việc ĐTLT trong ngành y tế, Bộ Y tế đã tham mưu và đề xuất chủ trương tất cả cán bộ đang hoạt động trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam phải được đào tạo cập nhật về kiến thức, kỹ năng, thái độ trong lĩnh vực chuyên môn, nghiệp vụ của mình. Trừ một số trường hợp cán bộ cao cấp thì việc học tập được quy đổi khi tham dự các hội thảo, hội nghị quốc tế hoặc tham gia tổ chức giảng dạy, nghiên cứu. Mọi cá nhân làm việc trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam đều có nghĩa vụ tham gia học tập. Thủ trưởng các cơ sở y tế có trách nhiệm xây dựng kế hoạch, tổ chức cho cán bộ của mình được học tập nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ.

*Tác giả liên hệ

Email: ly13021984@gmail.com

Điện thoại: (+84) 947793568

Để hiểu rõ hơn về những quy định trong tổ chức và quản lý công tác đào tạo liên tục cho cán bộ y tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu chuyên đề “Tổng quan về các văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến công tác đào tạo liên tục trong ngành y tế” với hai mục tiêu:

- Tổng hợp các văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến công tác đào tạo liên tục trong ngành Y tế.

- Phân tích nội dung các văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến công tác đào tạo liên tục trong ngành Y tế.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2022

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tổng quan tài liệu có hệ thống (Systematic review)

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Nghị quyết, Nghị định, Luật, Thông tư, Quyết định liên quan đến công tác đào tạo liên tục trong ngành y tế (sau đây gọi chung là văn bản quy phạm pháp luật).

2.4. Chiến lược tìm kiếm văn bản QPPL

Đối với phương pháp tìm kiếm trực tuyến:

Sử dụng bộ máy tìm kiếm Google để tìm các văn bản QPPL liên quan đến công tác ĐTLT được đăng tải.

Từ khóa sử dụng để tìm kiếm: Đào tạo liên tục, cán bộ y tế, văn bản QPPL

Đối với phương pháp tìm kiếm thủ công:

Tìm kiếm các nguồn dữ liệu sẵn có tại các cơ sở có chức năng đào tạo và quản lý hoạt động liên tục cho CBYT như: Cục KHCN&ĐT, Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyến các bệnh viện tuyến Trung ương, Trường Đại học, Sở Y tế,...

2.5. Đánh giá các văn bản QPPL:

- Xây dựng biểu mẫu sàng lọc để rà soát từng văn bản pháp lý.

- Điền dữ liệu của các văn bản QPPL tìm được vào mẫu phân tích dữ liệu. Mẫu rà soát gồm các phần chính:

+ Loại văn bản QPPL: Nghị quyết, Nghị định, Luật, Thông tư, Quyết định.

+ Các nội dung liên quan đến công tác ĐTLT: Chương trình, tài liệu, đối tượng, hình thức đào tạo, giảng viên, quy đổi số tiết đào tạo,...

+ Phân tích văn bản QPPL: Phạm vi áp dụng, đối tượng áp dụng, quy định, chế tài,...

Bảng 1. Tổng hợp việc chọn lọc, rà soát các văn bản pháp lý

Các bước	Tiêu chí	Số lượng tìm kiếm được
Tìm kiếm ban đầu	Tìm kiếm trên cơ sở dữ liệu điện tử và tìm kiếm thủ công các văn bản QPPL liên quan đến công tác ĐTLT	25
Rà soát lần 1	Văn bản QPPL đáp ứng yêu cầu: Có số/ký hiệu văn bản đúng quy định, nội dung đầy đủ.	20
Rà soát Lần 2	Loại bỏ các văn bản QPPL trùng lặp hoặc văn bản hết hiệu lực	18
Đưa vào phân tích	Các văn bản QPPL đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn	15

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân loại văn bản QPPL

Bảng 2. Phân loại các văn bản QPPL liên quan đến công tác ĐTLT ngành Y tế

TT	Ký hiệu văn bản QPPL	Tên văn bản
1	Nghị quyết số: 46-NQ/TW	Nghị quyết của Bộ Chính trị số 46-NQ/TW, ngày 23/2/2005 về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới
2	Luật số: 22/2008/QH12	Luật cán bộ, công chức, Quốc Hội thông qua ngày 13 tháng 11 năm 2008 (có hiệu lực từ ngày 01/01/2010)

TT	Ký hiệu văn bản QPPL	Tên văn bản
3	Luật KCB số: 40/2009/QH12	Luật KCB được Quốc hội thông qua năm 2009
4	Luật số: 58/2010/ QH12	Luật Viên chức được Quốc hội thông qua ngày 15 tháng 11 năm 2010
5	Luật số: 52/2019/ QH14	Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật cán bộ, công chức và viên chức, Quốc hội thông qua ngày 25/11/2019
6	Nghị định số 111/2017/NĐ-CP	Nghị định số 111/2017/NĐ-CP, ngày 05/10/2017 của Chính phủ, quy định về tổ chức đào tạo thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe
7	Quyết định số 64/ QĐ-K2ĐT	Quyết định số 64/QĐ-K2ĐT của Cục KHCN&ĐT, ngày 20/5/2014 về việc ban hành chương trình và tài liệu “Quản lý đào tạo liên tục tại bệnh viện”
8	Quyết định số 1816/ QĐ-BYT	Quyết định số 1816/QĐ-BYT, ngày 26/5/2008 của Bộ Y tế về việc phê duyệt Đề án “Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh”
9	Quyết định số 5068/ QĐ-BYT	Quyết định số 5068/QĐ-BYT, ngày 21/12/2012 của Bộ Y tế về việc quy định một số nội dung triển khai thực hiện đào tạo, chuyển giao kỹ thuật theo gói dịch vụ y tế theo Đề án 1816 từ năm 2013
10	Thông tư số 22/2013/TT-BYT	Thông tư số 22/2013/TT-BYT, ngày 09/8/2013 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn đào tạo liên tục cho cán bộ y tế
11	Thông tư số 26/2020/TT-BYT	Thông tư số 26/2020/TT-BYT, ngày 28/12/2020 của Bộ Y tế về việc sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 09/8/2013 của Bộ trưởng BYT hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho CBYT
12	Thông tư số 11/2019/TT-BYT	Thông tư số 11/2019/TT-BYT, ngày 17/6/2019 của Bộ Y tế Quy định về bồi dưỡng phương pháp dạy-học lâm sàng cho người giảng dạy thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe
13	Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT	Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT, ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế về việc ban hành quy chế bệnh viện
14	Thông tư 123/2009/ TT-BTC	Thông tư 123/2009/TT-BTC, ngày 17/6/2009 của Bộ Tài chính Quy định nội dung chi, mức chi xây dựng chương trình khung và biên soạn chương trình, giáo trình các môn học đối với các ngành đào tạo đại học, cao đẳng, trung cấp chuyên nghiệp
15	Thông tư số 139/2010/TT-BTC	Thông tư số 139/2010/TT-BTC, ngày 21/9/2010 của Bộ Tài chính Quy định việc lập dự toán, quản lý và sử dụng kinh phí từ ngân sách nhà nước dành cho công tác đào tạo, bồi dưỡng cán bộ, công chức

Nhận xét:

ngành y tế khá đa dạng, do nhiều cấp ban hành (Bộ Chính trị, Quốc hội, Chính phủ, Bộ Y tế, Bộ tài chính).

Các văn bản QPPL liên quan đến công tác ĐTLT

3.2. Phạm vi, đối tượng áp dụng của các văn bản QPPL**Bảng 3. Phạm vi, đối tượng áp dụng của các văn bản QPPL**

TT	Ký hiệu văn bản QPPL	Phạm vi điều chỉnh	Đối tượng áp dụng
2	Luật số: 22/2008/QH12	Luật này quy định về cán bộ, công chức: - Bầu cử, tuyển dụng, sử dụng, quản lý cán bộ, công chức; - Nghĩa vụ, quyền của cán bộ, công chức và điều kiện bảo đảm thi hành công vụ.	Cán bộ, công chức
3	Luật KCB số: 40/2009/QH12	Luật này quy định: - Quyền và nghĩa vụ của người bệnh, người hành nghề KCB và cơ sở KCB; - Điều kiện đối với người hành nghề KCB và cơ sở KCB; - Quy định chuyên môn kỹ thuật trong KCB; - Áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong KCB; - Sai sót chuyên môn kỹ thuật, giải quyết khiếu nại, tố cáo và tranh chấp trong KCB; - Điều kiện bảo đảm công tác KCB	- Người bệnh - Người hành nghề KCB - Cơ sở KCB
4	Luật số: 58/2010/QH12	Luật này quy định về viên chức: - Quyền nghĩa vụ của viên chức; - Tuyển dụng, sử dụng và quản lý viên chức trong đơn vị sự nghiệp công lập.	Viên chức
5	Luật số: 52/2019/QH14	Luật này sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Cán bộ, công chức số: 22/2008/QH1 và Luật Viên chức số: 58/2010/QH12	- Cán bộ, công chức - Viên chức
6	Nghị định số 111/2017/NĐ-CP	<i>Nghị định này quy định về:</i> - Chương trình, kế hoạch, hợp đồng đào tạo thực hành; - Yêu cầu trong tổ chức đào tạo thực hành; - Quyền và trách nhiệm của tổ chức, cá nhân liên quan trong tổ chức đào tạo thực hành khối ngành sức khỏe.	- Các cơ sở giáo dục đại học, cơ sở giáo dục nghề nghiệp có đào tạo khối ngành sức khỏe (sau đây viết tắt là cơ sở giáo dục). - Cơ sở thực hành của cơ sở giáo dục trong đào tạo khối ngành sức khỏe; - Các tổ chức, cá nhân có liên quan.
7	Thông tư số 22/2013/TT-BYT	<i>Thông tư này hướng dẫn:</i> - Trách nhiệm, thời gian, hình thức, chương trình, tài liệu, giảng viên ĐTLT cho CBYT. - Tổ chức, quản lý ĐTLT cho CBYT.	- Thầy thuốc, nhân viên y tế (sau đây viết tắt là CBYT) đang làm việc tại các CSYT trong toàn quốc; - Các cơ sở ĐTLT cho CBYT
8	Thông tư số 26/2020/TT-BYT	Thông tư này sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư 22/2013/TT-BYT, ngày 09/8/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn việc ĐTLT cho CBYT	- Thầy thuốc, nhân viên y tế (sau đây viết tắt là CBYT) đang làm việc tại các CSYT trong toàn quốc; - Các cơ sở ĐTLT cho CBYT
9	Thông tư số 11/2019/TT-BYT	<i>Thông tư này quy định về:</i> Nội dung, chương trình, tài liệu, thời gian, hình thức bồi dưỡng và việc cấp Chứng chỉ bồi dưỡng phương pháp dạy - học lâm sàng cho người giảng dạy thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe.	- Cục KHCN&ĐT - Cơ sở bồi dưỡng người người giảng dạy thực hành - Cơ sở thực hành



TT	Ký hiệu văn bản QPPL	Phạm vi điều chỉnh	Đối tượng áp dụng
10	Thông tư số 139/2010/TT-BTC	<i>Thông tư này quy định:</i> Việc lập dự toán, quản lý và sử dụng kinh phí từ NSNN dành cho công tác đào tạo, bồi dưỡng cán bộ, công chức	- Cán bộ, công chức
11	Quyết định số 64/QĐ-K2ĐT	<i>Quyết định này ban hành:</i> Chương trình và tài liệu “Quản lý đào tạo liên tục tại bệnh viện”	- Cục KHCN&ĐT- BYT (Phòng quản lý Đào tạo sau đại học và ĐTLT) - Các cơ sở được giao nhiệm vụ ĐTLT cho CBYT
12	Quyết định số 1816/QĐ-BYT	<i>Quyết định này phê duyệt:</i> Đề án “Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh”	- Cơ quan quản lý: + Các Vụ, Cục trực thuộc BYT + Sở Y tế các tỉnh/thành phố + Các bệnh viện tuyến TW. + Các bệnh viện hạng I
13	Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT	<i>Quyết định này ban hành Quy chế bệnh viện gồm 5 phần</i>	Các cơ sở KCB (gọi chung là bệnh viện) kể cả bệnh viện tư nhân và bệnh viện có vốn đầu tư nước ngoài.

Nhận xét:

Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng được quy định rõ ràng, cụ thể trong từng văn bản QPPL. Các văn bản mang tính bắt buộc và được nhà nước đảm bảo thực hiện.

Đối tượng áp dụng của các văn bản QPPL bao gồm: Cá nhân (cán bộ, công chức, viên chức, người bệnh) và tổ chức (Cơ quan quản lý, cơ sở khám, chữa bệnh, cơ sở giáo dục, cơ sở đào tạo).

3.3. Các quy định liên quan đến công tác đào tạo liên tục ngành y tế

Bảng 4. Các quy định liên quan đến công tác ĐTLT ngành y tế

TT	Ký hiệu văn bản QPPL	Quy định liên quan đến công tác ĐTLT
1	Nghị quyết số: 46-NQ/TW	- Quan điểm chỉ đạo: “Nghề y là một nghề đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt. Mỗi cán bộ, NVYT phải không ngừng nâng cao đạo đức nghề nghiệp, năng lực chuyên môn, ...”.
2	Luật số: 22/2008/QH12	- Điều 14: Các quyền khác của CBCC “Cán bộ, công chức được đảm bảo quyền học tập, nghiên cứu khoa học, ...”. - Điều 25: Đào tạo, bồi dưỡng đối với cán bộ - Điều 47: Chế độ đào tạo, bồi dưỡng công chức - Điều 48: Trách nhiệm của cơ quan, tổ chức, đơn vị trong đào tạo, bồi dưỡng công chức - Điều 49: Trách nhiệm và quyền lợi của công chức trong đào tạo, bồi dưỡng
3	Luật số: 58/2010/QH12	- Điều 11. Quyền của viên chức về hoạt động nghề nghiệp Mục 2: Được đào tạo, bồi dưỡng nâng cao trình độ chính trị, chuyên môn, nghiệp vụ - Điều 17: Nghĩa vụ của viên chức trong hoạt động nghề nghiệp Mục 4: Thường xuyên học tập, nâng cao trình độ, kỹ năng chuyên môn, nghề nghiệp. - Điều 33: Chế độ đào tạo, bồi dưỡng viên chức Bồi dưỡng nhằm bổ sung, cập nhật kiến thức, kỹ năng phục vụ hoạt động nghề nghiệp. - Điều 34: Trách nhiệm đào tạo, bồi dưỡng viên chức - Điều 35: Trách nhiệm và quyền lợi của viên chức trong đào tạo, bồi dưỡng.

TT	Ký hiệu văn bản QPPL	Quy định liên quan đến công tác ĐTLT
5	Luật KCB số: 40/2009/QH12	- Điều 5. Trách nhiệm quản lý nhà nước về KCB + Mục e, Khoản 2: Bộ Y tế có trách nhiệm Tổ chức đào tạo, đào tạo liên tục, bồi dưỡng phát triển nguồn nhân lực; hướng dẫn việc luân phiên người hành nghề; nghiên cứu, ứng dụng khoa học và công nghệ trong KCB; + Khoản 3,4, 5: Trách nhiệm của các Bộ ngành, UBND tỉnh: Thực hiện trong phạm vi địa phương. - Điều 20: Điều kiện cấp lại chứng chỉ hành nghề đối với trường hợp bị thu hồi chứng chỉ hành nghề - Mục 2: Có giấy chứng nhận đã cập nhật kiến thức y khoa liên tục. - Điều 24: Xác nhận quá trình thực hành (một trong những điều kiện để được cấp chứng chỉ hành nghề): từ 9-12 tháng tại BV - Điều 29: Thu hồi chứng chỉ hành nghề, đình chỉ hành nghề - Khoản đ) Người hành nghề không cập nhật kiến thức y khoa liên tục trong thời gian 02 năm liên tiếp - Điều 33: Quyền được nâng cao năng lực chuyên môn + Được đào tạo, đào tạo lại và cập nhật kiến thức y khoa liên tục phù hợp với trình độ chuyên môn hành nghề + Được tham gia bồi dưỡng, trao đổi thông tin về chuyên môn, kiến thức pháp luật về y tế. - Điều 83: Đào tạo, bồi dưỡng người hành nghề
6	Nghị định số 111/2017/NĐ-CP	- Điều 8: Yêu cầu đối với người giảng dạy thực hành - Mục d, Khoản 2: Đã được bồi dưỡng phương pháp dạy-học lâm sàng theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế. - Điều 15: Quyền và trách nhiệm của cơ sở giáo dục - Mục c, Khoản 2: Tạo điều kiện cho người giảng dạy thực hành tham gia bồi dưỡng về phương pháp dạy-học lâm sàng phù hợp với chương trình đào tạo thực hành cho người giảng dạy thực hành
7	Quyết định số 1816/ QĐ-BYT	- Mục tiêu Đề án: Chuyển giao công nghệ và đào tạo cán bộ tại chỗ nhằm nâng cao tay nghề cho CBYT tuyến dưới
8	Thông tư số 22/2013/TT-BYT	- Điều 4: Trách nhiệm trong ĐTLT + Các CBYT làm việc trong các CSYT có trách nhiệm tham gia các khóa ĐTLT nhằm đáp ứng yêu cầu chuyên môn nghiệp vụ đang đảm nhiệm + Việc thực hiện nghĩa vụ ĐTLT là một trong những tiêu chí đánh giá mức độ hoàn thành nhiệm vụ của CBYT + CBYT là người hành nghề KCB, không thực hiện nghĩa vụ ĐTLT trong 2 năm liên tiếp bị thu hồi chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về KCB + CBYT đang tham gia các khóa đào tạo dài hạn trong và ngoài nước liên quan đến chuyên môn nghiệp vụ đang đảm nhiệm không phải thực hiện nghĩa vụ ĐTLT theo Thông tư này + Người đứng đầu CSYT có trách nhiệm tạo điều kiện để CBYT được tham gia các khóa ĐTLT - Điều 5: Thời gian ĐTLT + CBYT đang hành nghề KCB: tối thiểu 48 tiết ĐTLT trong 2 năm liên tiếp + CBYT khác: tối thiểu 120 tiết ĐTLT trong 5 năm liên tiếp, trong đó mỗi năm tối thiểu 12 tiết học + CBYT tham gia các hình thức ĐTLT khác nhau được cộng dồn tính thời gian ĐTLT - Điều 6: Các hình thức ĐTLT và nguyên tắc quy đổi - Điều 10: Mã cơ sở ĐTLT (A; B; C)
9	Thông tư số 26/2020/TT-BYT	- Điều 14: Xác nhận đã tham gia ĐTL (sửa đổi như sau) + Chứng chỉ ĐTLT + Giấy chứng nhận ĐTLT
10	Thông tư số 11/2019/TT-BYT	- Điều 11: Trách nhiệm thi hành - Khoản 3: Cơ sở thực hành có trách nhiệm “Tạo điều kiện thuận lợi, hỗ trợ người giảng dạy thực hành tham gia khóa bồi dưỡng phương pháp dạy-học lâm sàng”



TT	Ký hiệu văn bản QPPL	Quy định liên quan đến công tác ĐTLT
11	Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT	- Đào tạo CBYT là 1 trong 7 nhiệm vụ quan trọng trọng của bệnh viện + Bệnh viện là cơ sở thực hành để đào tạo cán bộ y tế ở bậc trên đại học, đại học và trung học. + Tổ chức ĐTLT cho các thành viên trong bệnh viện và tuyển dưới nâng cao trình độ chuyên môn
12	Thông tư số 139/2010/TT-BTC	- Điều 2: Nội dung chi (đào tạo, bồi dưỡng CBCC trong và ngoài nước) - Điều 3: Mức chi (đào tạo, bồi dưỡng CBCC trong và ngoài nước).

Nhận xét:

Nghị quyết số 46/NQ-TW của Bộ Chính trị đã chỉ rõ “nghề Y là một nghề đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt”, đây là quan điểm chỉ đạo xuyên suốt, nêu bật tính đặc thù trong đào tạo, sử

dụng nhân lực y tế. Các văn bản QPPL liên quan đến công tác ĐTLT đều đề cập đến quyền, trách nhiệm tham gia ĐTLT của CBYT và của cơ quan quản lý ngành y tế trong công tác ĐTLT.

3.4. Chế tài về công tác ĐTLT trong các văn bản QPPL ngành y tế

Bảng 5. Chế tài về công tác ĐTLT trong các văn bản QPPL ngành y tế

TT	Ký hiệu văn bản QPPL	Chế tài về ĐTLT trong các văn bản QPPL
1	Luật KCB số: 40/2009/QH12	- Điều 29. Thu hồi chứng chỉ hành nghề, đình chỉ hành nghề 1. Chứng chỉ hành nghề bị thu hồi trong trường hợp sau đây: đ) Người hành nghề không cập nhật kiến thức y khoa liên tục trong thời gian 02 năm liên tiếp;
2	Thông tư số 22/2013/TT-BYT	- Điều 19. Chế độ báo cáo + Mỗi năm, cơ sở đào tạo liên tục định kỳ báo cáo 2 lần: 6 tháng đầu năm (trước ngày 15 tháng 7) và cả năm (trước ngày 15 tháng 01 năm sau). + Cơ sở đào tạo liên tục thuộc tỉnh báo cáo sở y tế để tổng hợp báo cáo Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và Bộ Y tế. + Y tế các Bộ, Ngành, cơ quan trực thuộc Bộ Y tế báo cáo Bộ Y tế. + Nội dung báo cáo: kết quả khóa học, số học viên, số chứng chỉ đã cấp, công tác tổ chức, quản lý, bảo đảm chất lượng đào tạo liên tục.

Nhận xét:

Trong số các văn bản QPPL liên quan đến công tác ĐTLT, chỉ có Thông tư 22/2013/TT-BYT quy định về chế độ báo cáo về kết quả ĐTLT đối với các cơ sở đào tạo và Luật Khám, chữa bệnh (mục đ, Khoản 1, Điều 19) đưa ra chế tài áp dụng đối với CBYT có chứng chỉ hành nghề và đang hành nghề khi không hoàn thành nghĩa vụ ĐTLT “Người hành nghề không cập nhật kiến thức y khoa liên tục trong thời gian 02 năm liên tiếp sẽ bị thu hồi chứng chỉ hành nghề”.

biệt quan tâm, tham gia ĐTLT được xác định là quyền lợi, nghĩa vụ, trách nhiệm của mỗi cán bộ y tế. Mặc dù hệ thống ĐTLT cán bộ y tế đã được hình thành từ trung ương đến địa phương, các văn bản pháp quy và tài liệu hướng dẫn triển khai đang dần được hoàn thiện, tuy nhiên chất lượng của các khóa học này cần được kiểm định và nâng cao hơn nữa.

Bên cạnh các quy định về việc tham gia ĐTLT của CBYT, các văn bản pháp quy cũng đề cập đến việc tổ chức, quản lý công tác ĐTLT, Điều 83, Luật Khám, chữa bệnh “Nhà nước có quy hoạch, kế hoạch đào tạo, đào tạo lại, bồi dưỡng về chuyên môn, kỹ thuật, đạo đức nghề nghiệp cho người hành nghề”. Điều 5, Luật Khám, chữa bệnh “Trách nhiệm của Bộ Y tế là phải tổ chức đào tạo, đào tạo liên tục, bồi dưỡng phát triển nguồn nhân lực (2e). Trách nhiệm của các Bộ ngành, UBND tỉnh:

4. BÀN LUẬN

Đào tạo liên tục cán bộ y tế là một trong những hoạt động được Chính phủ, Bộ Y tế và các cơ sở y tế đặc

Thực hiện trong phạm vi địa phương (khoản 3,4,5)”.
[1]

Một trong những khó khăn trong việc triển khai hoạt động ĐTLT là vấn đề kinh phí, nguồn kinh phí ở đâu? Thu như thế nào? Chi cho đào tạo liên tục thế nào? Những mục nào được chi? Mặc dù Thông tư 22/2013/TT-BYT cũng nêu rõ kinh phí cho ĐTLT cán bộ y tế bao gồm: (1) Do đóng góp của người đi học; (2) Kinh phí được kết cấu từ ngân sách nhà nước theo kế hoạch hàng năm; (3) Kinh phí đào tạo liên tục do các cơ sở y tế trả cho cán bộ y tế của mình từ kinh phí chi thường xuyên của đơn vị; (4) Kinh phí có từ nguồn thu hợp pháp khác, tuy nhiên mức chi thế nào? Những mục nào được chi? hiện nay chưa có quy định cụ thể nào đề cập đến nội dung này. Trên thực tế, một số cơ sở ĐTLT tham khảo mức chi, mục chi cho ĐTLT dựa trên thông tư số 139/2010/TT-BTC và số 123/2009/TT-BTC của Bộ Tài chính.

5. KẾT LUẬN

Các văn bản QPPL liên quan đến công tác ĐTLT đa dạng, do nhiều cấp ban hành từ trung ương đến địa phương nhằm quy định và hướng dẫn triển khai công tác ĐTLT cán bộ y tế.

Chế tài áp dụng đối với các trường hợp vi phạm các quy định của văn bản QPPL cần được các cơ quan quản lý theo dõi, giám sát, đánh giá thường xuyên hơn để đảm bảo chất lượng và hiệu quả công tác ĐTLT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Quốc hội (2009), Luật khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12.
- [2] Bộ Y tế (1997), Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT, ngày 19/9/1997 của Bộ Y tế về việc ban hành quy chế bệnh viện
- [3] Bộ Y tế (2013), Thông tư số 22/2013/TT-BYT, ngày 8/9/2013 của Bộ Y tế về hướng dẫn đào tạo liên tục cho cán bộ y tế.
- [4] Bộ Y tế (2020), Thông tư số 26/2020/TT-BYT ngày 28/12/2020 của Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 9/8/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn về đào tạo liên tục cho cán bộ y tế.
- [5] Bộ Tài chính (2010), Thông tư số 139/2010/TT-BTC, ngày 21/9/2010 của Bộ Tài chính quy định việc lập, quản lý và sử dụng kinh phí ngân sách nhà nước dành cho đào tạo, bồi dưỡng bồi dưỡng cán bộ, công chức.



KNOWLEDGE, PRACTICES ABOUT HAND, FOOT AND MOUTH DISEASES PREVENTION OF CAREGIVERS FOR CHILDREN UNDER FIVE YEARS OF AGE IN TRUNG KHANH DISTRICT, CAO BANG PROVINCE IN 2023 AND ASSOCIATED FACTORS

Mac Thi Thu Hien^{1*}, Le Thi Thanh Huong²

¹Center for Disease Control of Cao Bang Province - Song Bang ward, Cao Bang city, Cao Bang province, Vietnam

²Hanoi University of Public Health - 1A Duc Thang, Dong Ngac, Bac Tu Liem, Hanoi, Vietnam

Received 28/02/2023

Revised 01/04/2023; Accepted 27/04/2023

ABSTRACT

Objectives: Describe knowledge and practice about hand, foot and mouth disease prevention and identify some factors related to the knowledge and practice of hand, foot and mouth disease prevention of primary caregivers of children under 5 years old in Trung Khanh district, Cao Bang province in 2023.

Research method and time: The implementation period of the study was from January 2023 to the end of June 2023, with the participation of 296 people. Analytical cross-sectional research method was applied. Using descriptive statistics to show the frequency, percentage of qualitative variables whilst statistical analysis was used with χ^2 , OR (95% CI) to test some factors associated to the study participants' knowledge and practices on hand, foot and mouth disease prevention with the significance level $p < 0.05$.

Results: Subjects with knowledge achieved 22.6% and practice achieved 21.6%. Some of the factors that increase the knowledge and practice of hand, foot and mouth disease prevention are the Kinh ethnic group, high education level, occupation without farming, and non-poor household economy

Keywords: Hand, foot and mouth disease; knowledge; practice; primary caregiver; children; Trung Khanh, Cao Bang.

*Corresponding author

Email address: mph2130010@studenthuph.edu.vn

Phone number: (+84) 943922882

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN PHÒNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI HUYỆN TRÙNG KHÁNH, TỈNH CAO BẰNG NĂM 2023

Mạc Thị Thu Hiền¹, Lê Thị Thanh Hương²

¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Cao Bằng, phường Sông Bằng, thành phố Cao Bằng, tỉnh Cao Bằng, Việt Nam,

²Trường Đại học Y tế công cộng, 1A Đức Thắng, Đông Ngạc, Bắc Từ Liêm, Hà Nội, Việt Nam.

Ngày nhận bài: 28/02/2023

Chỉnh sửa ngày: 01/04/2023; Ngày duyệt đăng 27/04/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả kiến thức, thực hành phòng bệnh tay chân miệng và xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng bệnh tay chân miệng của người chăm sóc chính trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Trùng Khánh, tỉnh Cao Bằng năm 2023.

Phương pháp và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện từ tháng 01 đến hết tháng 06 năm 2023 với 296 đối tượng tham gia. Sử dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang phân tích. Áp dụng thống kê mô tả qua bảng tần số, tỷ lệ % với biến định tính, thống kê phân tích bằng tests χ^2 , OR (95%CI) nhằm xác định mối liên quan với kiến thức, thực hành phòng bệnh tay chân miệng với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

Kết quả: Đối tượng có kiến thức đạt là 22,6% và thực hành đạt 21,6%. Một số yếu tố của đối tượng làm tăng kiến thức, thực hành phòng bệnh tay chân miệng là dân tộc Kinh, trình độ học vấn cao, nghề nghiệp không làm ruộng, rẫy, kinh tế hộ gia đình không nghèo.

Từ khóa: Bệnh tay chân miệng, kiến thức, thực hành, người chăm sóc chính trẻ, trẻ em, Trùng Khánh, Cao Bằng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tay chân miệng (TCM) là bệnh truyền nhiễm cấp tính, lây qua đường tiêu hóa, gây ra do các vi rút thuộc nhóm vi rút đường ruột Cocksackies, Echo. Bệnh thường diễn biến nhẹ tuy nhiên ở một số trường hợp, bệnh có thể diễn biến nặng và gây biến chứng nguy hiểm như viêm não - màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nên cần được phát hiện sớm, điều trị kịp thời (1). Bệnh có thể gây ra vụ dịch bệnh TCM lớn và thường mắc ở trẻ em, đặc biệt là trẻ em dưới 5 tuổi (2). Bệnh chưa có vắc xin và thuốc điều trị đặc hiệu nên phòng bệnh là biện pháp tốt nhất hiện nay. Nhiều nghiên cứu cho thấy kiến thức và thực hành phòng bệnh TCM cho trẻ còn thấp. Cao Bằng là tỉnh miền núi phía Đông Bắc Việt Nam, với nghề nghiệp chính là nông

nh nghiệp và nhiều dân tộc thiểu số (DTTS) sinh sống. Trình độ dân trí không đồng đều, cuộc sống kinh tế xã hội còn khá khó khăn đặc biệt ở vùng sâu vùng xa. Huyện Trùng Khánh là tỉnh biên giới miền đông của tỉnh, thường xuyên ghi nhận các trường hợp mắc TCM cao so với các huyện khác trên địa bàn tỉnh. Đặc biệt 6 tháng đầu năm 2022, toàn huyện có 13 ca TCM, xu hướng mắc bệnh tăng gần gấp đôi so với tổng số mắc của năm 2021 (7 ca), tất cả trẻ mắc bệnh đều dưới 5 tuổi (3) (4). Nhằm tìm hiểu thực trạng và các yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành trong phòng bệnh TCM của người chăm sóc chính của trẻ (NCSCT) dưới 5 tuổi và đưa ra các giải pháp phòng bệnh TCM tốt hơn chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này, với mục tiêu là:

Mô tả kiến thức, thực hành phòng bệnh TCM và xác

*Tác giả liên hệ
Email: mph2130010@studenthuph.edu.vn
Điện thoại: (+84) 943922882

định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng bệnh TCM của người chăm sóc chính của trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Trùng Khánh, tỉnh Cao Bằng năm 2023.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Là người chăm sóc chính trẻ dưới 5 tuổi, từ 18 tuổi trở lên, dành nhiều thời gian chăm sóc trẻ nhất trong gia đình, có thể nghe hiểu và trả lời được câu hỏi phỏng vấn, thời gian sinh sống liên tục trên địa bàn từ 6 tháng trở lên tính đến thời điểm nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: huyện Trùng Khánh, tỉnh Cao Bằng

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2023 đến hết tháng 06/2023.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang phân tích.

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỷ lệ.

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2} .de$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu

Z: Hệ số tin cậy; $\alpha=0,05$; $Z (1-\alpha/2) = 1,96$

p: Tham khảo từ nghiên cứu của Lê Thị Nhật Duyên tại Khánh Hòa (2018), tỷ lệ người chăm sóc chính trẻ dưới 5 tuổi có kiến thức phòng bệnh TCM đạt là $p_1=0,206$ và thực hành đạt là $p_2=0,214$ (5).

d: Sai số cho phép $d=0,07$.

de: Hệ số thiết kế, vì nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu cụm đại diện do đó hệ số thiết kế được nhân với 2.

Giá trị n tính được là 264. Trên thực tế, nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn được 296 người NCSCT dưới 5 tuổi tại huyện Trùng Khánh.

Kỹ thuật chọn mẫu

Huyện Trùng Khánh được chia thành 03 khu vực, bốc thăm ngẫu nhiên mỗi khu vực được 01 xã để triển khai nghiên cứu. Dựa trên danh sách hộ gia đình (HGD) có

trẻ dưới 5 tuổi của mỗi xã, tiến hành phương pháp chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống, chọn được 296 hộ. Từ mỗi hộ chọn người chăm sóc chính trẻ dưới 5 tuổi tham gia phỏng vấn.

2.5. Biến số nghiên cứu

Các nhóm biến số trong nghiên cứu gồm thông tin chung của ĐTNC (thông tin cá nhân, thông tin trẻ dưới 5 tuổi, tiếp cận thông tin), kiến thức phòng bệnh TCM, thực hành phòng bệnh TCM cho trẻ của người chăm sóc chính.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn trực tiếp NCSCT bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Tất cả số liệu được nhập vào phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng thống kê mô tả: lập bảng phân bố tần số, tỷ lệ %. Sử dụng kiểm định khi bình phương (χ^2) để so sánh sự khác biệt giữa các giá trị tỷ lệ, thống kê phân tích suy luận: tính tỷ suất chênh (OR, 95%CI) để kết luận mối liên quan đến KT-TH của NCSCT với mức ý nghĩa $p<0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

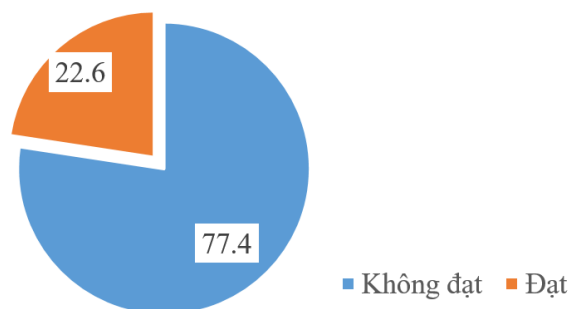
Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Trường Đại học Y tế công cộng thông qua theo Quyết định 12/2023/YTCC-HD3 ngày 09/01/2023 về việc chấp thuận các vấn đề đạo đức nghiên cứu y sinh học.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

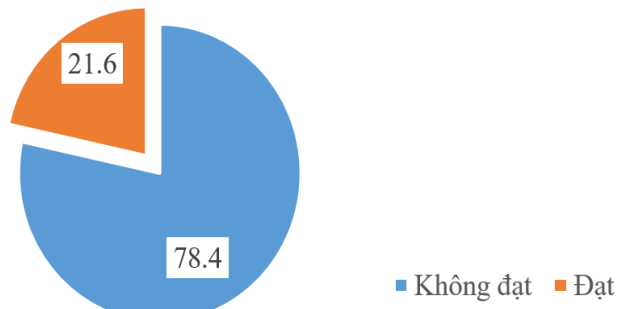
NCSCT trong gia đình chủ yếu là người mẹ chiếm 78,0% với độ tuổi ≥ 30 chiếm 56,4%, phần lớn dân tộc Tày (55,4%). Trình độ học vấn (TĐHV) đa số là Trung học phổ thông (THPT) (51,0%) với nghề nghiệp chính là làm ruộng, rẫy (72,0%). Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) có thu nhập HGD mức trung bình trở lên (61,4%), đa số các HGD có 1 trẻ dưới 5 tuổi (64,5%), trẻ chưa mắc bệnh TCM chiếm 85,1%, trẻ đi học ở trường mầm non, nhà trẻ chiếm 56,4%. ĐTNC tiếp cận thông tin bệnh TCM qua ti vi chiếm 76,0%, internet chiếm 46,6% và 45,6% từ cán bộ y tế, công tác viên. Có 93,9% người được hỏi muốn nhận thêm nhiều tin tức hơn nữa của bệnh và từ CBYT và công tác viên chiếm 75,2%; kênh loa đài truyền thanh (43,9%), sách báo tờ rơi (40,6%).

3.2. Kiến thức, thực hành phòng bệnh tay chân miệng của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố kiến thức chung của đối tượng nghiên cứu

Tổng hợp kết quả nghiên cứu về kiến thức phòng bệnh TCM bao gồm: Nguyên nhân, lứa tuổi dễ mắc, thời điểm dễ mắc, đường lây truyền, triệu chứng, biến chứng, cách phòng bệnh, biện pháp xử lý khi nghi ngờ trẻ mắc bệnh. Theo thang điểm đánh giá cho thấy có 22,6% ĐTNC có kiến thức chung về phòng bệnh TCM đạt và 77,4% ĐTNC có kiến thức chung về phòng bệnh TCM không đạt.



Biểu đồ 2. Phân bố thực hành chung của đối tượng nghiên cứu

Tổng hợp kết quả nghiên cứu về thực hành phòng bệnh TCM bao gồm: NCSC trẻ rửa tay với xà phòng, vệ sinh cho trẻ, lau rửa vệ sinh đồ chơi của trẻ, vệ sinh môi trường, vệ sinh ăn uống cho trẻ. Theo thang điểm đánh giá cho thấy có 21,6% ĐTNC có thực hành chung về phòng bệnh TCM đạt và 78,4% ĐTNC có thực hành chung về phòng bệnh TCM không đạt.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng bệnh tay chân miệng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng bệnh tay chân miệng

Đặc điểm		Kiến thức		OR (95% CI)	p
Dân tộc	Thiểu số	198(79,5)	51(20,5)	2,0 (1,0-3,9)	0,042
	Kinh	31(66,0)	16(34,0)		
Nghề nghiệp	Làm ruộng, rẫy	200(93,9)	13(6,1)	28,6 (13,9-58,9)	<0,001
	Nghề khác	29(34,9)	54(65,1)		
Trình độ học vấn	< THPT	93(87,7)	13(12,3)	2,8 (1,5-5,5)	0,001
	≥ THPT	136(71,6)	54(28,4)		
Kinh tế HGD	Nghèo, cận nghèo	102(89,5)	12(10,5)	3,7 (1,9-7,2)	<0,001
	Không nghèo	127(69,8)	55(30,2)		

Bảng 1 cho thấy có mối liên quan giữa đặc điểm dân tộc, TĐHV, nghề nghiệp, kinh tế HGD với kiến thức phòng bệnh TCM của ĐTNC ($p < 0,05$). Nhóm DTTS có kiến thức không đạt cao hơn người Kinh 2,0 lần. Người làm ruộng, rẫy có kiến thức không đạt gấp 28,6 lần nghề

khác. Người có TĐHV dưới THPT có kiến thức không đạt gấp 2,8 lần nhóm TĐHV từ THPT trở lên. Nhóm nghèo, cận nghèo có kiến thức không đạt gấp 3,7 lần nhóm không nghèo.

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng bệnh tay chân miệng

Đặc điểm		Thực hành		OR (95% CI)	p
		Đạt	Không đạt		
Nghề nghiệp	Làm ruộng, rẫy	186(87,3)	27(12,7)	5,5(3,1-10,0)	<0,001
	Nghề khác	46(55,4)	37(44,6)		
Trình độ học vấn	< THPT	97(91,5)	9(8,5)	4,4(2,1-9,3)	<0,001
	≥ THPT	135(71,1)	55(28,9)		
Kinh tế HGĐ	Nghèo, cận nghèo	99(86,8)	15(13,2)	2,4(1,3-4,6)	0,005
	Không nghèo	133(73,1)	49(26,9)		
Kiến thức chung	Không đạt	190(83,0)	39(17,0)	2,9(1,6-5,3)	< 0,001
	Đạt	42(62,7)	25(37,3)		

Bảng 2 cho thấy có mối liên quan giữa đặc điểm TĐHV, nghề nghiệp, kinh tế HGĐ, kiến thức chung với thực hành phòng bệnh TCM của ĐTNC ($p < 0,05$). Người làm ruộng, rẫy thực hành không đạt gấp 5,5 lần người nghề khác. Người có TĐHV dưới THPT thì thực hành không đạt gấp 4,4 lần người từ THPT trở lên. Người nghèo, cận nghèo thực hành không đạt gấp 2,4 lần người không nghèo. Những người kiến thức không đạt thì sẽ thực hành không cao hơn gấp 2,9 lần người có kiến thức đạt.

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức, thực hành phòng bệnh tay chân miệng của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu cho thấy NCSCT có tỷ lệ kiến thức chung đạt thấp 22,6% cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Nhật Duyên (2018) là 20,6% (5) và thấp hơn của Phạm Đông Xuân (2019) là 28% (6). Điều này có thể do ĐTNC của chúng tôi chủ yếu DTTS và họ chưa nhận được nhiều kênh truyền thông về TCM.

Tỷ lệ thực hành chung đạt thấp 21,6% tương đồng với kết quả của Lê Thị Nhật Duyên (2018) là 21,4% cũng dễ hiểu bởi chúng tôi đều triển khai tại tỉnh miền núi và ĐTNC chủ yếu là người DTTS với nghề nghiệp chính là làm ruộng, rẫy (5). Tuy nhiên kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Phạm Đông Xuân (2022) là 10,0% (6) có thể do ĐTNC tại các địa bàn khác nhau sẽ có lối sống, sinh hoạt và ý thức khác nhau. Nghiên cứu của Lê Việt Hưng tại huyện Quảng Ninh tỉnh Quảng Bình năm 2022 có tỷ lệ thực hành đúng 53,0% cao hơn

nghiên cứu của chúng tôi (7). Sự khác biệt trên có thể là do NCSCT của chúng tôi là người DTTS với TĐHV chủ yếu là THPT sinh sống bằng nghề ruộng, rẫy trong khi ĐTNC của tác giả Lê Việt Hưng chủ yếu là người Kinh có TĐHV thấp nhất là Trung cấp và chủ yếu là CBCNV, buôn bán.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng bệnh tay chân miệng của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố liên quan đến kiến thức

Kết quả cho thấy yếu tố dân tộc, TĐHV, nghề nghiệp, kinh tế HGĐ có liên quan đến kiến thức phòng bệnh TCM của ĐTNC. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Huỳnh Thị Xương Mai (2018) cũng tìm thấy mối liên quan giữa TĐHV, nghề nghiệp, thu nhập bình quân với kiến thức phòng bệnh TCM ($p < 0,05$) (8). Hay Lê Đông Nhựt (2017) cũng chỉ ra được mối liên quan của TĐHV, nghề nghiệp với kiến thức của ĐTNC ($p < 0,05$) (9).

Yếu tố liên quan đến thực hành

Chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa TĐHV, nghề nghiệp, kinh tế HGĐ, kiến thức với thực hành phòng bệnh của ĐTNC. Điều này tương đồng với kết quả của Lê Thị Nhật Duyên (2018) cũng tìm thấy mối liên quan giữa TĐHV, nghề nghiệp, kinh tế HGĐ, kiến thức với thực hành phòng bệnh ($p < 0,05$) (7). Theo Lê Việt Hưng (2022) cũng thấy TĐHV, nghề nghiệp, kiến thức có mối liên quan với thực hành ($p < 0,05$) (7). Có thể thấy những người có TĐHV từ THPT trở lên, nghề nghiệp

là CBCNV, kinh doanh, buôn bán, hộ không nghèo và có kiến thức đạt cao hơn thì thực phòng bệnh sẽ tốt hơn.

Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại một huyện nên chưa đại diện cho toàn tỉnh. Chưa quan sát thực tế nguồn nước, nhà vệ sinh và thực hành các hoạt động tránh lây nhiễm TCM của ĐTN.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ NCSCT có kiến thức đạt là 22,6%, thực hành đạt là 21,6%. Một số yếu tố như dân tộc, TĐHV, kinh tế HGD, nghề nghiệp có liên quan với kiến thức phòng tránh TCM ($p < 0,05$). Đặc điểm của ĐTN có mối liên quan với thực hành phòng bệnh là TĐHV, nghề nghiệp, kinh tế HGD, kiến thức chung ($p < 0,05$).

Lời cảm ơn: Chúng tôi chân thành cảm ơn sự hỗ trợ, tạo điều kiện của Trung tâm Y tế huyện, Trạm Y tế xã và những người tham gia nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế. Quyết định số 581/QĐ-BYT ngày 24/2/2012 về việc ban hành “Hướng dẫn giám sát và phòng, chống bệnh tay chân miệng”. Hà Nội; 2012.
- [2] WHO. A Guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease. WHO; 2011.
- [3] Trung tâm kiểm soát bệnh tật Cao Bằng. Báo cáo tình hình bệnh truyền nhiễm 6 tháng đầu năm 2022 tỉnh Cao Bằng. Cao Bằng; 2022.
- [4] Trung tâm Y tế huyện Trùng Khánh. Báo cáo tổng kết năm 2021 và phương hướng nhiệm vụ năm 2022 huyện Trùng Khánh. Cao Bằng; 2022.
- [5] Lê Thị Nhật Duyên, Lê Thị Thanh Hương, Nguyễn Thanh Hà. Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng bệnh Tay chân miệng của người chăm sóc chính trẻ dưới 5 tuổi tại xã Ba Cùm Bắc, huyện Khánh Sơn, tỉnh Khánh Hòa năm 2018. Tạp chí Y học Dự phòng. 2018;28(4):42–7.
- [6] Phạm Đông Xuân, Nguyễn Văn Tập, Võ Thị Kim Anh. Kiến thức, thực hành phòng bệnh Tay chân miệng và một số yếu tố liên quan của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại huyện Bến Lức, tỉnh Long An năm 2019. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2019;54(1):24–34.
- [7] Lê Việt Hưng, Lê Minh Thi. Kiến thức, thực hành phòng bệnh Tay chân miệng của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan tại huyện Quảng Ninh, tỉnh Quảng Bình, năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 518(1):306–11.
- [8] Huỳnh Thị Xương Mai. Kiến thức, thực hành phòng bệnh tay chân miệng và một số yếu tố liên quan của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại xã Tân Kiều, huyện Tháp Mười, tỉnh Đồng Tháp năm 2018. [Luận văn thạc sỹ y tế công cộng]: Trường Đại học y tế công cộng; 2018.
- [9] Lê Đông Nhật. Kiến thức, thực hành và phòng bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới năm tuổi và một số yếu tố liên quan tại hai phường thành phố Vĩnh Long, tỉnh Vĩnh Long năm 2017. [Luận văn thạc sỹ y tế công cộng]: Trường Đại học y tế công cộng; 2017.



STATUS OF NOSOCOMIAL INFECTIONS AT THE INTENSIVE CARE UNIT – NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2022

Nguyen Duc Phuc*, Ngo Van Thiet

Nghe An General Friendship Hospital, Km No.5, Le Nin Avenue, Vinh city, Nghe An province, Vietnam.

Received 10/03/2023

Revised 13/04/2023; Accepted 05/05/2023

ABSTRACT

Background: Determining the rate of nosocomial infections, describing some characteristics and treatment results of nosocomial infections at the Intensive Care Unit - Nghe An General Friendship Hospital in 2022.

Materials and method: Retrospective, descriptive and analytical study of 111 patients with nosocomial infections at the Intensive Care Unit-Nghe An General Friendship Hospital from January 1, 2022 to June 30, 2022.

Results: The nosocomial infections rate was 5.6%. Duration of treatment at the Intensive Care Unit is 12 ± 5 days. Respiratory tract infections 88%, urinary tract infections 6%, catheter infections 4%, sepsis 2%. Bacteria causing nosocomial infections include *A.baumannii* 42.7%; *Klebsiella* (*K.pneumoniae*, *K.aerogenes*) 25.2%; *P.aeruginosa* accounted for 9.2%; *E.coli* 6.1%; *S.aureus* 5.3%, *Candida* (*C.tropicalis*, *C.albicans*) 4.6%.

Conclusions: Pulmonary infections account for the highest rate among hospital infections. Gram-negative bacteria causing hospital-acquired infections are *A.baumannii*, *P.aeruginosa*, *K.pneumoniae* and *E.coli*.

Key words: Nosocomial infections, Intensive Care Unit, Nghe An General Friendship Hospital

*Corresponding author

Email address: nguyenducphuckhoacc@gmail.com

Phone number: (+84) 912763676

TÌNH TRẠNG NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2022

Nguyễn Đức Phúc, Ngô Văn Thiết

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, KM số 5, Đại lộ Lê Nin, Xóm 5, Xã Nghi Phú, Tp Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 13/04/2023; Ngày duyệt đăng 05/05/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện, mô tả một số đặc điểm và kết quả điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện HNĐK Nghệ An năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả, phân tích 111 bệnh nhân nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa HSTC bệnh viện HNĐK Nghệ An từ 01/01/2022 đến 30/06/2022.

Kết quả: Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 5,6%. Thời gian điều trị tại khoa HSTC 12 ± 5 ngày. Nhiễm khuẩn đường hô hấp 88%, nhiễm khuẩn tiết niệu 6%, nhiễm khuẩn catheter 4%, nhiễm khuẩn huyết 2%. Vi khuẩn gây NKBV gồm A.baumannii 42,7%; Klebsiella (K.pneumoniae, K.aerogenes) 25,2%; P.aeruginosa chiếm tỷ lệ 9,2%; E.coli 6,1%; S.aureus 5,3%, nấm Candida (C.tropicalis, C.albicans) 4.6%.

Kết luận: Nhiễm khuẩn phổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại nhiễm khuẩn bệnh viện, vi khuẩn Gram âm gây nhiễm khuẩn bệnh viện là A.baumannii, P.aeruginosa, K.pneumoniae và E.coli.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn bệnh viện, hồi sức tích cực, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện là nhiễm khuẩn mắc phải trong thời gian nằm viện, gây ra tỷ lệ tử vong cao cho các bệnh nhân tại các bệnh viện trên thế giới [1]. Đặc biệt trên những bệnh nhân có can thiệp xâm lấn, nguy cơ mắc NKBV càng cao, ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân rất nặng nề, làm tăng tỉ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện, tăng việc sử dụng kháng sinh, tăng đề kháng kháng sinh, do đó làm gia tăng chi phí điều trị. Theo tổ chức Y tế thế giới (WHO) ước tính tại các nước phát triển, khoảng 5-10% bệnh nhân nhập viện bị mắc thêm NKBV. Tỷ lệ NKBV ước tính lên đến 25% tại các nước đang phát triển [4], đặc biệt là sự xuất hiện các vi khuẩn kháng nhiều loại kháng sinh như các chủng vi khuẩn Gram âm Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa và Klebsiella pneumoniae. Chính vì vậy, điều tra về nhiễm khuẩn bệnh viện đặc

biệt là trên những khu vực, đối tượng có nguy cơ cao là một hoạt động vô cùng cần thiết nhằm đánh giá tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện hiện tại. Từ đó có những biện pháp can thiệp kịp thời nhằm nâng cao chất lượng điều trị. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện, mô tả một số đặc điểm và kết quả điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2022

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân có thời gian nằm viện ≥ 48 giờ tại khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện HNĐK Nghệ An thời gian từ 01/01/2022 đến 30/06/2022.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenducphuckhoacc@gmail.com

Điện thoại: (+84) 912763676

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có thời gian nằm viện <48 giờ, có nhiễm khuẩn trước 48 giờ sau khi nhập viện, không làm đủ các xét nghiệm cần thiết trong tiêu chuẩn chẩn đoán NKBV

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán NKBV:** áp dụng theo các tiêu chuẩn xác định ca bệnh NKBV của Bộ y tế năm 2017 [3]

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

- **Cỡ mẫu:** 1983 bệnh nhân vào khoa HSTC, có 111 bệnh nhân mắc NKBV

- **Nội dung và chỉ tiêu nghiên cứu:**

+ Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa HSTC

+ Một số đặc điểm của bệnh nhân NKBV tại khoa HSTC: tuổi, giới tính, phân bố bệnh nhân theo bệnh lý, thời gian điều trị tại khoa HSTC, kết quả điều trị, các loại thủ thuật xâm lấn, tỷ lệ NKBV theo vị trí nhiễm khuẩn, phân bố tác nhân vi khuẩn gây NKBV.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa HSTC

Tổng số bệnh nhân	Bệnh nhân NKBV	
	(n)	%
1983	111	5,6

Trong 1983 bệnh nhân vào khoa HSTC trong nghiên cứu, có 111 bệnh nhân mắc NKBV, chiếm tỷ lệ 5,6%.

Bảng 3.2. Đặc điểm chung bệnh nhân vào khoa HSTC

Tuổi	Trung bình	67 ± 17 tuổi
	> 60 tuổi	70%
Giới	Nam	60,8%
	Nữ	39,2%
Bệnh lý khi vào khoa HSTC	Hô hấp	40%
	Đột quỵ não	29%
	Tim mạch	12%
	Thần kinh	11%
	Tiêu hoá	4%
	Khác	4%

Tuổi trung bình là 68 ± 16 tuổi, bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 72%, nam chiếm tỷ lệ 65,8%. Bệnh lý hô hấp

40%, đột quỵ não 29%, tim mạch 12%, thần kinh 11%, tiêu hóa 4%, nhóm bệnh khác gồm nhiều bệnh khác nhau 4%.

Bảng 3.3. Đặc điểm của bệnh nhân NKBV

Tuổi	Trung bình	68 ± 16 tuổi
	> 60 tuổi	72%
Giới	Nam	65,8%
	Nữ	34,2%
Thời gian điều trị tại khoa HSTC		12 ± 5 ngày
Kết quả điều trị	Đỡ giảm (chuyển khoa/ra viện/chuyển tuyến dưới)	48%
	Nặng hơn (xin về/chuyển tuyến trên)	52%
Các loại thủ thuật xâm nhập thực hiện trên bệnh nhân	Thở máy xâm nhập	96,4%
	Đặt sonde bàng quang	61,2%
	Catheter tĩnh mạch trung tâm	36,9%
	Catheter lọc máu	17,1%
Vị trí NKBV	Catheter động mạch	10,8%
	Nhiễm khuẩn hô hấp	88%
	Nhiễm khuẩn tiết niệu	6%
	Nhiễm khuẩn catheter	4%
Số loại NKBV trên bệnh nhân	Nhiễm khuẩn huyết	2%
	1 loại	89%
	2 loại	10%
Tác nhân gây NKBV	3 loại	1%
	A.baumannii	42,7%
	Klebsiella spp	25,2%
	P.aeruginosa	9,2%
	E.coli	6,1%
	S.aureus	5,3%
	Candida spp	4,6%

Thời gian điều trị tại khoa HSTC trung bình 12 ± 5 ngày.

Trong 111 bệnh nhân NKBV có 53 bệnh nhân (tỷ lệ 48%) có kết quả điều trị là đỡ giảm được chuyển khoa/ra viện/chuyên tuyến dưới điều trị tiếp, có 58 bệnh nhân (tỷ lệ 52%) có kết quả điều trị là nặng hơn gia đình bệnh nhân xin về/chuyên tuyến trên điều trị tiếp, có 107 bệnh nhân thở máy xâm nhập (tỷ lệ 96,4%), 68 bệnh nhân đặt sonde bàng quang (tỷ lệ 61,2%), 41 bệnh nhân đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (tỷ lệ 36,9%), 19 bệnh nhân đặt catheter lọc máu (tỷ lệ 17,1%), 12 bệnh nhân đặt catheter động mạch (tỷ lệ 10,8%). NKBV qua đường hô hấp 88%, nhiễm khuẩn tiết niệu 6%, nhiễm khuẩn catheter 4%, nhiễm khuẩn huyết 2%.

Có 100 bệnh nhân nhiễm 1 loại NKBV 89%, có 10 bệnh nhân nhiễm 2 loại NKBV 10%, có 1 bệnh nhân bị nhiễm 3 loại NKBV 1%.

Vi khuẩn Gram âm gây NKBV thường gặp là *A.baumannii* 42,7%, họ vi khuẩn *Klebsiella* (*K.pneumoniae*, *K.aerogenes*) 25,2%; *P.aeruginosa* 9,2% và *E.coli* 6,1%. Vi khuẩn Gram dương thường gặp là *S.aureus* lệ 5,3%. Nấm *Candida* (*C.tropicalis*, *C.albicans*) 4,6%.

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa HSTC

Trong 1983 bệnh nhân vào khoa HSTC có 111 bệnh nhân mắc NKBV, chiếm tỷ lệ 5,6%; thấp hơn Lương Quốc Hùng 12,27% [4] và Nguyễn Việt Hùng 17,4 % [5]; tỷ lệ NKBV tại khoa HSTC còn đang ở mức cao do bệnh viện HNĐK Nghệ An là bệnh viện tuyến cuối khu vực bắc trung bộ, tình trạng bệnh nặng, phức tạp, sử dụng nhiều phương tiện chẩn đoán và điều trị xâm lấn.

Một số đặc điểm của bệnh nhân NKBV tại khoa HSTC

- Nam giới chiếm tỷ lệ 65,8%; tuổi trung bình 68 tuổi; có kèm theo các bệnh mạn tính như: sử dụng corticoid, suy tim, đái tháo đường làm giảm sức đề kháng cơ thể, suy dinh dưỡng, dễ mắc NKBV. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết quả tuổi trung bình ở bệnh nhân mắc NKBV từ 50-70 tuổi. Các tác giả cùng chung quan điểm cho rằng chính các yếu tố bệnh mạn tính và nặng gặp hầu hết ở bệnh nhân nam nên dễ mắc NKBV hơn nữ [6].

- Bệnh lý khi vào khoa HSTC của bệnh nhân NKBV trong nghiên cứu, bệnh lý hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất 40%, đột quỵ não 29%, tim mạch 12%, thần kinh 11%, tiêu hóa 4%, nhóm bệnh khác gồm nhiều bệnh khác nhau 4%. Điều này cũng phù hợp với kết quả của các nghiên cứu về tỷ lệ nhập viện do nhóm bệnh hô hấp ở các bệnh nhân nằm trong các đơn vị HSTC [7,8]

- Tỷ lệ NKBV cao nhất ở nhóm nằm viện kéo dài trên 10 ngày (62%), tương đồng với các tác giả trong và ngoài

nước đều cho rằng thời gian lưu trú tại bệnh viện kéo dài làm tăng nguy cơ mắc NKBV [9,10,11]. Bệnh nhân nằm viện càng lâu càng có nguy cơ tiếp xúc với các tác nhân gây NKBV, được tiến hành nhiều thủ thuật, kỹ thuật xâm lấn, thêm vào đó những bệnh nhân này cũng thường là những bệnh nhân nặng hoặc mang nhiều bệnh phối hợp, khả năng đề kháng miễn dịch suy giảm nên do đó cũng dễ bị NKBV hơn.

- Nhiễm khuẩn phổi chiếm tỉ lệ cao nhất (88%), nhiễm khuẩn tiết niệu (6%), nhiễm khuẩn huyết (2%); tương tự Lương Quốc Hùng [4] tỷ lệ các loại NKBV đứng hàng đầu là nhiễm khuẩn phổi, sau đó là nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn huyết. Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước với tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi từ 49,4% - 68,1%.

- Vi khuẩn Gram âm thường gặp nhất là *A.baumannii* 42,7%; họ vi khuẩn *Klebsiella* (*K.pneumoniae*, *K.aerogenes*) 25,2%; *P.aeruginosa* 9,2% và *E.coli* 6,1%. Vi khuẩn Gram dương thường gặp nhất là *S.aureus* 5,3%. Nấm *Candida* (*C.tropicalis*, *C.albicans*) 4,6%. Tương tự Lý Ngọc Kính cho thấy các tác nhân gây NKBV vi khuẩn Gram âm có tỷ lệ cao hơn Gram dương, trong đó 4 loại vi khuẩn Gram âm hàng đầu là *A.baumannii*, *P.aeruginosa*, *K.pneumoniae* và *E.coli* [12]. Sự gia tăng tỉ lệ người bệnh nhiễm nấm bệnh viện là một vấn đề đáng báo động hiện nay. Kết quả nghiên cứu cho thấy nấm chiếm tỷ lệ 4,6% trong các căn nguyên gây NKBV. Do vậy cần quan tâm nhiều hơn nữa tới tác nhân gây bệnh này trong điều trị và kiểm soát lan truyền NKBV.

5. KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn phổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại NKBV, cho thấy được tầm quan trọng của việc khảo sát đặc điểm, các yếu tố nguy cơ, cũng như phòng ngừa loại nhiễm khuẩn này. Vi khuẩn Gram âm hàng đầu gây NKBV là *A.baumannii*, *P.aeruginosa*, *K.pneumoniae* và *E.coli*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO (2011), Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide: a system review of the literature.
- [2] Victor Daniel Rosenthal (2016), International Nosocomial Infection Control Consortium report, data summary of 50 countries for 2010-2015, Device- associated module. American Journal of Infection Control, 44(12), pp.1495-1504
- [3] Bộ Y tế (2017), Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017, “Phê duyệt hướng dẫn giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.

- [4] Lương Quốc Hùng, Vũ Hải Vinh, Vũ Đức Định (2014), Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện E năm 2014. Tạp chí Y học Việt Nam, 2014. Số đặc biệt(435): p. 396-405
- [5] Nguyễn Việt Hùng, Trương Anh Thư, Lê Bá Nguyên (2013), Tỷ lệ, phân bố, các yếu tố liên quan và tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Bạch Mai năm 2012, Tạp chí Y học thực hành, 869(5), tr. 167-169
- [6] Bộ Y tế (2016), Quyết định số 772/QĐ-BYT, Hướng dẫn quản lý và sử dụng kháng sinh bệnh viện.
- [7] Bùi Hồng Giang (2013), Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn và điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai năm 2012, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
- [8] Giang Thục Anh (2004), Đánh giá sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa điều trị tích cực - Bệnh viện Bạch Mai năm 2003 - 2004, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội
- [9] Trương Anh Thư, Nguyễn Việt Hùng (2015), Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực-Bệnh viện Bạch Mai (2013-2014): Tỷ lệ, căn nguyên và các yếu tố nguy cơ. Tạp chí Y học lâm sàng. Số chuyên đề 11/2015
- [10] Ak, O., et al. (2011), Nosocomial infections and risk factors in the intensive care unit of a teaching and research hospital: a prospective cohort study. Med Sci Monit. 17(5): p. Ph29-34
- [11] Merzougui, L., et al. (2018), Nosocomial infections in the Intensive Care Unit: annual incidence rate and clinical aspects. Pan Afr Med J. 30: p. 143
- [12] Lý Ngọc Kính và Ngô Thị Bích Hà (2011), Tình hình kháng thuốc kháng sinh trong nhiễm khuẩn bệnh viện tại một số đơn vị điều trị tích cực ở một số cơ sở khám, chữa bệnh. Tạp chí Y dược học. 26(1): p. 2-5

THE PROCESS OF ELECTRICAL STAPEDIUS REFLEX THRESHOLD (ESRT) IN CHILDREN WITH COCHLEAR IMPLANTS

Nguyen Tuan Nhu

Children's Hospital 1 - 341 D. Su Van Hanh, Ward 10, District 10, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 06/04/2023; Accepted 08/05/2023

SUMMARY

The pedal reflex threshold evoked potential (ESRT) is an objective method that can be used for post-cochlear implantation programming. However, recent data suggest that this ESRT measurement technique is not yet in widespread use. Therefore, we made this report to describe a process for implementing and applying the ESRT method, an objective method that correlates with C/M levels of CI programming.

*Corresponding author
Email address: tuannhunguyen@yahoo.com
Phone number: (+84) 918754431



QUY TRÌNH THỰC HIỆN ĐO ĐIỆN THỂ GỢI NGƯỠNG PHẢN XẠ BÀN ĐẠP Ở TRẺ EM CẤY ỐC TAI ĐIỆN TỬ

Nguyễn Tuấn Như

Bệnh viện Nhi đồng 1 - Số 341 đường Sư Vạn Hạnh, Phường 10, Quận 10, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 06/04/2023; Ngày duyệt đăng 08/05/2023

TÓM TẮT

Điện thể gợi ngưỡng phản xạ bàn đạp (ESRT) là một phương pháp khách quan có thể được sử dụng để lập trình sau cấy ốc tai điện tử. Tuy nhiên, dữ liệu gần đây cho thấy kỹ thuật đo ESRT này chưa được sử dụng phổ biến. Do đó, chúng tôi thực hiện báo cáo này nhằm để mô tả một quy trình thực hiện và áp dụng phương pháp ESRT, một phương pháp khách quan mà tương quan với các mức độ C/M của lập trình CI.

GIỚI THIỆU

Các phương pháp đo lường khách quan, chẳng hạn như điện thể gợi ngưỡng phản xạ bàn đạp (ESRT), là một trong những bước quan trọng trong quá trình lập trình sau cấy ốc tai điện tử (CI). Tuy nhiên, dữ liệu gần đây cho thấy, các phép đo ESRT này không được các nhà thính học sử dụng phổ biến khi thực hiện lập trình sau phẫu thuật cấy ốc tai điện tử. Lý do được đưa ra để giải thích cho việc sử dụng hạn chế các phương pháp này có thể là do thiếu kiến thức về quy trình thực hiện cũng như cách áp dụng kết quả vào lập trình.

Về mặt lâm sàng, ESRT được quan sát như một sự thay đổi trong dẫn truyền tĩnh (static admittance) của ống tai, do đáp ứng với kích thích điện thông qua ốc tai điện tử, độ lệch này có thể được quan sát bằng cách sử dụng cài đặt suy thoái phản xạ (decay setting) trên cầu trở kháng (immittance bridge). ESRT được định nghĩa là lượng kích thích điện thấp nhất dẫn đến độ lệch 0,02 so với đường cơ sở (baseline) [1]. ESRT đã được tìm thấy là phù hợp chặt chẽ với các mức C/M được đo lường theo hành vi và có thể hỗ trợ xác định mức C/M thích hợp trong quá trình lập trình [2], [3].

Mục tiêu chính của lập trình sau ốc tai điện tử (CI) là thiết lập phạm vi điện động (electrical dynamic range) giúp cung cấp được cho người nghe khả năng nhận thức lời nói một cách đầy đủ, sao cho họ cảm thấy thoải mái nhất [4]. Lập trình tối ưu của CI liên quan đến sự kết hợp của cả phương pháp khách quan và phương pháp chủ quan. Các phương pháp khách quan bao gồm các

công cụ đánh giá đáp ứng không yêu cầu sự hợp tác chủ động của người được kiểm tra. Thông qua việc sử dụng các biện pháp khách quan này, ta có thể đánh giá sự phối hợp hoạt động của CIs và hệ thống thính giác của cơ thể. Các phương pháp khách quan này có thể hữu ích cho việc lập trình thiết bị cho trẻ em hoặc những cá nhân khó có được một đánh giá tiếng ồn thuộc tâm sinh lý đáng tin cậy [2] [5].

Điện thể gợi ngưỡng phản xạ bàn đạp (ESRT) là một phương pháp khách quan có thể góp phần để lập trình thiết bị. Tuy nhiên, dữ liệu gần đây cho thấy rằng ESRT không được các chuyên gia thính học sử dụng rộng rãi. Ví dụ: hơn 50% chuyên gia thính học làm việc với trẻ dùng CI báo cáo rằng không bao giờ sử dụng các biện pháp ESRT [6]

1. ESRT LÀ GÌ?

ESRT là thước đo khách quan tương tự như ngưỡng phản xạ âm (acoustic reflex thresholds), trong đó tín hiệu dẫn truyền tĩnh của ống tai (cụ thể hơn là sự phản xạ cơ cơ bàn đạp) được ghi nhận dựa trên đáp ứng với các mức âm thanh đầu vào khác nhau thông qua CI. ESRT đã được chứng minh là một công cụ hữu ích trong lập trình CI, đặc biệt trong việc tiên đoán mức kích thích trên (C/M) của bệnh nhân và đã được chứng minh là tương đối ổn định/nhất quán theo thời gian sau khi phẫu thuật [2], [3], [7-13]. Các nghiên cứu trước đây đã gợi ý rằng phương pháp ESRT nằm trong một phạm vi

*Tác giả liên hệ

Email: tuannhunguyen@yahoo.com

Điện thoại: (+84) 918754431

trương tự, hoặc cao hơn một chút so với các đánh giá đáp ứng nghe với mức C/M kích thích trên (psychophysical loudness judgments of upper stimulation (C/M) levels).

Tuy nhiên, không thể đo ESRT ở tất cả người dùng CI; người ta ước tính rằng ESRT không thể đo được ở khoảng 20%–30% bệnh nhân [8] [14] [15]. Bây giờ, không có sự hiểu biết rõ ràng về lý do tại sao bệnh nhân có thể đo ESRT được hoặc không. Một yếu tố tiềm năng góp phần vào sự không đo được ESRT là chấn thương cơ bàn đạp trong khi phẫu thuật. Các trường hợp khác mà ESRT không thể đo lường được bao gồm khi một bệnh nhân có nhĩ lượng đồ bất thường, bất thường liên quan đến dây thần kinh mặt, không thể ngồi yên hoặc không thể chịu đựng được mức độ của âm kích thích cần thiết để ghi lại đáp ứng³. Wolf và cộng sự⁴ lần đầu công bố về ảnh hưởng của tần số âm thanh thăm dò lên việc ghi lại đáp ứng ESRT. Kết quả từ Wolfe và cs [5] đề xuất rằng tần số âm đầu dò cao hơn (ví dụ: 1000 Hz) có thể ghi lại đáp ứng ESRT tốt hơn; tuy nhiên, ý nghĩa lâm sàng (nghĩa là mối quan hệ của ESRT với mức C/M) của phát hiện này vẫn chưa được biết. Mặc dù những nghiên cứu có sẵn đã trích dẫn việc xem ESRT như một yếu

tổ tiên đoán tiềm năng cho mức kích thích trên (C/M), một cuộc khảo sát ghi nhận rằng các nhà thính học hiện đang hành nghề hiếm khi sử dụng ESRT trong bối cảnh lâm sàng [6]. Thường thì họ không cảm thấy thoải mái và/hoặc không quen thuộc với các quy trình đo ESRT.

2. ESRT: Thiết bị, cách cài đặt và quy trình thực hiện

ESRT được đo lường thông qua việc theo dõi các thay đổi trong dẫn truyền tĩnh của ống tai, điều này cho thấy sự cứng lại của chuỗi xương con (và do đó, một đáp ứng phản xạ từ cơ bàn đạp) đáp lại với các kích thích điện khác nhau thông qua CI [4]. Khi ghi ESRT, yêu cầu chính là có một cửa sổ ghi để cho phép theo dõi các thay đổi trong dẫn truyền tĩnh của ống tai trong khoảng thời gian CI được kích thích. Như vậy, trên lâm sàng, sự co cơ bàn đạp có thể được theo dõi thông qua đo phản xạ suy thoái (an acoustic reflex decay measure) hoặc test chức năng vòi eustachian (eustachian tube function test - ETF). Protocol cho các đo lường này hiện diện ở hầu hết các phép đo trở kháng. Các quy trình được thảo luận ở đây sẽ bàn về ESRT được hoàn thành thông qua việc đo lường phản xạ suy thoái, không phải ETF.

Bảng 1: Thiết bị cần có và cách cài đặt để tiến hành đo ESRT

Thiết bị	Cách cài đặt
- Tất cả các thành phần bên ngoài của một CI (bộ xử lý âm thanh, dây cáp, tai nghe). - Máy tính có phần mềm của nhà sản xuất CI - Cáp lập trình CI - Phần mềm CI - Cầu trở nạp với 1 protocol suy thoái phản xạ (reflex decay protocol) - Nếu cầu trở nạp dựa trên PC (máy tính cá nhân), chúng ta cần thêm: - Cáp kết nối cầu trở nạp với máy tính - Phần mềm về cầu trở nạp của nhà sản xuất - Đầu dò cầu trở nạp có kích thước phù hợp với tai của người dùng CI	- Kết nối các thành phần bên ngoài của CI thành một để tiến hành lập trình - Bộ xử lý âm thanh CI được kết nối với cáp lập trình, giao diện lập trình và máy tính có phần mềm CI - Người bệnh đeo CI - Phần mềm CI mở tệp chương trình của BN - Vào màn hình nơi sẽ tiến hành đo mức C/M - Đầu dò gắn cầu trở nạp được lắp vào tai đối bên - Cũng có thể cùng bên - Đầu mút xỏ trên cáp kích thích đối bên không được đặt vào tai bệnh nhân - Cầu trở nạp được thiết lập một cách thích hợp: - Suy thoái đối bên - Mở rộng cửa sổ ghi lên 15-20 giây - ESRT - Chức năng vòi Eustachian

2.1. Thiết bị đo và cách cài đặt

Muốn cài đặt để đo ESRT, trước hết cần có các thiết bị (trong bảng 1). Người dùng CI có thể được thiết lập như cách đã được thực hiện trong suốt quá trình lập trình CI, trong đó bộ xử lý âm thanh CI sẽ được kết nối với phần mềm của nhà sản xuất thông qua máy tính, giao diện lập trình và (các) cáp lập trình (bao gồm cáp kết nối giao diện với máy tính và cáp kết nối giao diện với bộ xử lý âm thanh). Bộ xử lý âm thanh CI sẽ được đặt trên bệnh nhân, với phần đầu (head piece) ở vị trí thích hợp với đầu thu bên trong (internal receiver), và bộ xử lý âm thanh này sẽ được đặt trên cơ thể (tai hoặc cơ thể tùy theo kiểu của bộ xử lý âm thanh). Tất cả các

thành phần bên trong và bên ngoài của CI, cùng với các thiết bị lập trình khác của nhà sản xuất CI và cáp, nên được kiểm tra trước khi đo để đảm bảo vẫn hoạt động tốt. Các phương pháp ESRT có thể không đo được nếu thiết bị không hoạt động và nếu các đo lường thu được từ những thiết bị hư.

Một đầu dò gắn cầu trở nạp được đưa vào tai của BN. Sau khi đầu dò được đặt, sẽ đo được ESRT ở cả tai đối bên và tai cùng bên với CI. Ngưỡng phản xạ âm thanh đã được chứng minh là khác nhau khoảng 5 dB giữa tai cùng bên và đối bên khi được kích thích bằng âm thanh¹⁶. Mối liên quan giữa đo lường ESRT ở tai đối bên và các mức (C/M) đánh giá tiếng ồn theo hành vi

đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu. Bất kể vị trí của đầu dò, cùng bên, hoặc đối bên, protocol phản xạ trên cầu trở nạp nên được thiết lập cho đáp ứng ở tai đối bên. Hơn nữa, không được đặt đầu mút xốp (foam tip) và bộ chuyển đổi kích thích cho cầu trở nạp vào tai của bệnh nhân; chỉ có vỏ của đầu dò được đặt vào trong tai. Sử dụng thiết lập đối bên và sự vắng mặt của bộ chuyển đổi kích thích trên cầu trở nạp là cần thiết để kích thích không được thể hiện qua cầu trở nạp. Đối với các phương pháp ESRT, cầu trở nạp được sử dụng để đo độ co của cơ bàn đạp đối bên, kích thích được cung cấp thông qua CI và phần mềm lập trình CI.

Một điểm mạnh của bản ghi ESRT là các phương pháp có thể được thu bằng cách sử dụng các thông số kích thích giống hệt nhau trong phần mềm CI và các thông số này sẽ được sử dụng cho đánh giá tiếng ồn theo hành vi. Do đó, có thể thu được các bản ghi ESRT bằng cách sử dụng kích thích đặc hiệu kênh (ví dụ: sử dụng các xung hai pha để tạo âm nổ - tone burst) hoặc cho các nhóm điện cực (ví dụ: kích thích bùng nổ lời nói - speech burst, trong đó bốn điện cực liên kế được hiện diện đồng thời với các kích thích tiếng ồn trắng được lọc băng thông), tùy thuộc vào nhà sản xuất thiết bị và cách đo đánh giá tiếng ồn theo hành vi trong phiên lập trình.

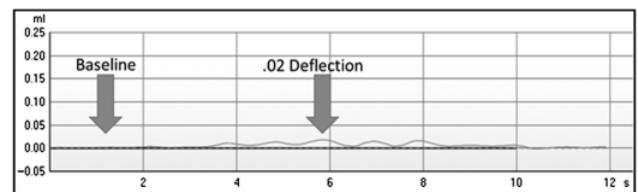
2.2. Quy trình đo

Điều kiện tiên quyết để đo phản xạ âm thanh là hệ thống tai giữa phải có chức năng bình thường. Như vậy, khả năng di động của tai giữa phải được đánh giá thông qua nhĩ lượng đồ trước khi bắt đầu đo ESRT. Nếu nhĩ lượng đồ cho thấy khả năng vận động của tai giữa bị hạn chế, phương pháp ESRT nên được ngưng vì kết quả thu được sẽ không thể giải thích. Ngoài ra, vì bản ghi ESRT là thước đo những thay đổi đối với sự dẫn truyền tĩnh của ống tai, do đó nó sẽ nhạy cảm với những chuyển động của bệnh nhân. Vì vậy, bệnh nhân phải giữ yên và im lặng trong quá trình đo. Chuyển động của bệnh nhân có thể dẫn đến sai lệch kết quả đo.

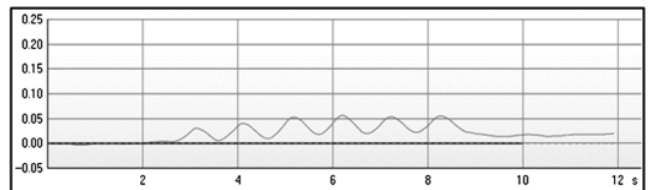
Sau khi xác nhận chức năng tai giữa bình thường và hướng dẫn người nghe giữ yên, phép đo ESRT có thể bắt đầu. Như đã nêu trước đó, điều này dựa trên việc sử dụng kiểm tra (test) suy thoái phản xạ/ ESRT trên cầu trở nạp. Test ESRT/phản xạ sẽ cho phép bác sĩ lâm sàng sử dụng cầu trở nạp để quan sát những thay đổi trong khả năng dẫn truyền tĩnh của ống tai, qua đó giúp chỉ ra sự co của cơ bàn đạp khi một kích thích điện được cung cấp cho hệ thống thính giác thông qua CI. Để quan sát sự thay đổi dẫn truyền tĩnh này, bản ghi trên cầu trở nạp phải được bắt đầu trước khi bắt đầu kích thích trong phần mềm CI.

Sau khi cửa sổ ghi bắt đầu, phải quan sát thấy một đường baseline ổn định. Một đường baseline ổn định là cần thiết để tham chiếu cho việc đánh giá độ lệch trong dẫn truyền tĩnh khi kích thích được bắt đầu trong phần mềm CI. Độ lệch thể hiện đáp ứng ESRT sẽ là một độ

lệch so với đường cơ sở được nhìn thấy trên chính cầu trở nạp hoặc trong phần mềm cầu trở nạp được khóa thời gian bắt đầu và kết thúc khi cung cấp một kích thích điện [17] Điều quan trọng cần lưu ý đó là đường baseline có thể không nằm tại điểm 0 ml trên cửa sổ ghi. Một đường baseline ổn định chỉ đơn giản là một đường dẫn truyền tĩnh tương đối bằng phẳng có thể được sử dụng làm tham chiếu cho độ lệch. Hình 1 cung cấp một ví dụ của bản ghi ESRT, thể hiện đường baseline ổn định và độ lệch của ESRT. Những thao tác trên phần mềm CI sẽ cung cấp các mức kích thích điện khác nhau cho hệ thống thính giác. Nói cách khác, độ lệch ESRT bị khóa thời gian (time-locked) sẽ thay đổi về biên độ đối với những thay đổi về mức độ kích thích trong phần mềm CI. Như vậy, một sự gia tăng ở mức độ kích thích sẽ dẫn đến sự gia tăng biên độ của độ lệch ESRT và ngược lại. Hình 2 minh họa một ví dụ về tăng biên độ của đáp ứng ESRT. Độ lệch thể hiện trong hình 2 lớn hơn độ lệch trong hình 1. Sự khác biệt về biên độ của độ lệch là kết quả của một mức kích thích CI cao hơn để tạo ra đáp ứng được ghi nhận trong hình 2 so với đáp ứng được ghi nhận trong hình 1.



Hình 1: Ví dụ minh họa điện thế gọi ngưỡng phản xạ bàn đạp



Hình 2: Ví dụ minh họa điện thế gọi ngưỡng phản xạ bàn đạp

Với mối liên quan giữa ESRT và các mức C/M theo hành vi, một mức C/M hợp lý được chọn để bắt đầu đo ESRT là mức C/M của điện cực kích thích trong MAP (bản đồ) hiện tại của bệnh nhân. Thay đổi mức hiện tại ở điện cực kích thích có thể được thực hiện tương tự như các phương pháp được sử dụng để đo ngưỡng theo hành vi (behavioral thresholds). Mức kích thích điện thấp nhất thể hiện trên phần mềm CI mà ở đó tạo ra được một độ lệch 0,02 lặp lại nhiều lần so với đường baseline, được coi là ngưỡng cho một phản xạ âm¹. Mức độ kích thích trong phần mềm CI ở ngưỡng (độ lệch 0,02 trên cầu trở nạp) sẽ được ghi lại để kích thích (các) điện cực.

Cuối cùng, vì sẽ được thực hiện cho các đánh giá tiếng ồn theo hành vi, các phương pháp ESRT nên được ghi lại tại nhiều điểm dọc theo dãy điện cực để giải thích

cho những sự thay đổi trong mức kích thích (C/M) qua các điện cực [11]. Mục tiêu của chương trình CI là cân bằng tiếng ồn (loudness) ngang qua các điện cực. Phép đo nhiều điểm dọc theo dây điện cực có thể giúp cải thiện cân bằng tiếng ồn. Hơn nữa, lập trình cụ thể cho điện cực của các mức kích thích cao hơn đã được chứng minh là dẫn đến cải thiện kết cục ở người dùng CI [18].

Như đã đề cập ở trên, ESRT bị ảnh hưởng bởi tiếng ồn, khiến việc đo lường ESRT khó khăn hơn ở trẻ em hoặc những người không thể ngồi yên trong một khoảng thời gian. Các phép đo ESRT cũng đòi hỏi chức năng tại giữa bình thường để diễn giải đáp ứng thu được một cách đáng tin cậy. Do đó, có thể cần phải thử các phép đo ESRT qua nhiều cuộc hẹn để có được thông tin đáng tin cậy trên dây điện cực.

3. ÁP DỤNG ESRT VÀO LẬP TRÌNH CI

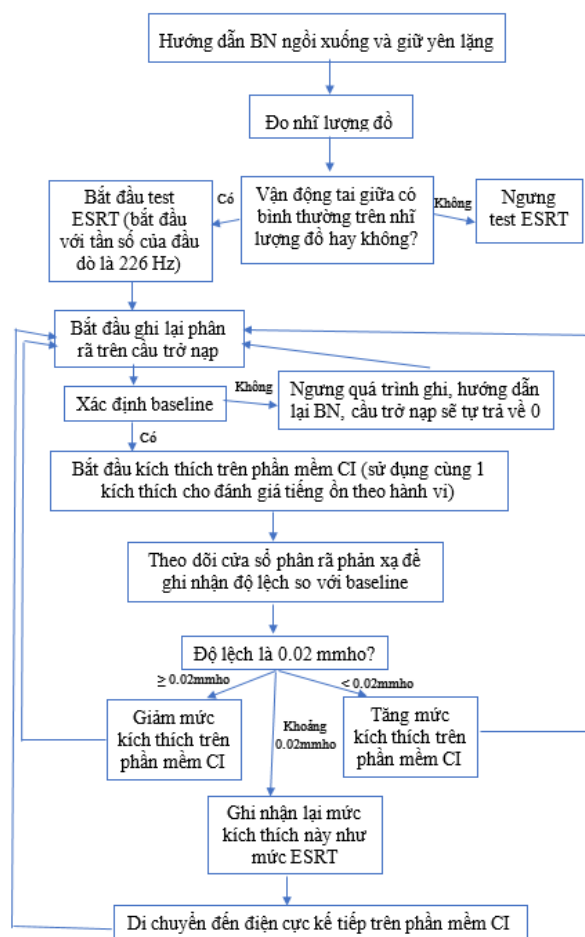
Các mức ESRT có thể hỗ trợ thiết lập các mức C/M giới hạn trên của phạm vi điện động trên dây điện cực cho bệnh nhân sử dụng CI [2], [3], [7-13], [19-20]. Đánh giá tiếng ồn theo hành vi vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng và do đó là một phần không thể thiếu khi lập trình CI. Tuy nhiên, những người bị mất thính lực có thể gặp khó khăn trong việc đưa ra đánh giá tiếng ồn hoặc khó khăn khi mô tả đầu vào âm thanh mà họ nhận được từ CI của họ [17]. Trong những trường hợp này, việc sử dụng các mức ESRT có thể có lợi để thiết lập mức kích thích (C/M) giới hạn trên, tiếp theo là điều chỉnh các mức C/M dựa trên đánh giá tiếng ồn thuộc tâm sinh lý của bệnh nhân khi thích hợp. Nghiên cứu trước đây đã cho thấy rằng các phép đo ESRT thường rơi rất gần với mức C/M thu được thông qua đánh giá tiếng ồn theo hành vi [14], [19]. Các phương pháp ESRT có thể được sử dụng như một kiểm tra chéo với các đánh giá tiếng ồn theo hành vi để xác nhận mức C/M.

Sử dụng kết hợp ESRT và các biện pháp hành vi có thể đặc biệt hữu ích khi lập trình cho trẻ em². ESRT có thể đặc biệt hữu ích cho trẻ em vẫn đang ở giai đoạn học khái niệm về tiếng ồn. Tuy nhiên, có thể có một số dân số mà phương pháp này có thể không phù hợp, ví dụ, những người bị kích thích thần kinh mặt hoặc yếu thần kinh mặt. Những người bị kích thích dây thần kinh mặt có thể không thể đạt được mức tăng tiếng ồn phù hợp và có thể không sử dụng được các mức C/M tại ESRT do bị kích thích khuôn mặt, tuy nhiên, có thể thay đổi các thông số kích thích trong CI để giải quyết sự kích thích trên khuôn mặt như khi thực hiện trong quá trình đánh giá tiếng ồn theo hành vi. BN bị suy yếu thần kinh VII có thể gặp khó khăn trong việc đánh giá mức tiếng ồn theo hành vi. Những trường hợp đặc biệt này đòi hỏi phải xem xét những sai lệch so với quy trình lập trình CI điển hình qua đó giúp tối ưu hóa việc lập trình cho nhóm bệnh nhân này. Như vậy, chuyên gia thính học nên sử dụng phán đoán lâm sàng tốt nhất của họ cho

từng trường hợp cụ thể để có những điều chỉnh phù hợp. Nghiên cứu trong tương lai là cần thiết để hiểu mối liên quan giữa ESRT và mức C/M trong các nhóm nhỏ khác nhau của dân số sử dụng CI.

4. KẾT LUẬN

ESRT là một công cụ hữu ích cho các nhà thính học CI, đặc biệt khi lập trình cho các cá nhân không thể đưa ra những đánh giá tiếng ồn thuộc tâm sinh lý một cách đáng tin cậy.



Sơ đồ 1: Quy trình thực hiện ESRT

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Gelfand. The acoustic reflex. In: J. Katz, R. F. Burkard, Medwetsky L, eds. *Handbook of clinical audiology*. 5th ed. Lippincott, Williams & Wilkins; 2002.
- [2] Andrade KC, Leal Mde C, Muniz LF, Menezes Pde L, Albuquerque KM, Carnaúba AT. The importance of electrically evoked stapedial reflex in cochlear implant. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*. Jan-Feb 2014;80(1):68-77. doi:10.5935/1808-8694.20140014
- [3] Stephan K, Welzl-Müller K. Post-operative stape-

- dius reflex tests with simultaneous loudness scaling in patients supplied with cochlear implants. *Audiology : official organ of the International Society of Audiology*. Jan-Feb 2000;39(1):13-8. doi:10.3109/00206090009073049
- [4] Shapiro WH, Bradham TS. Cochlear implant programming. *Otolaryngologic clinics of North America*. Feb 2012;45(1):111-27. doi:10.1016/j.otc.2011.08.020
- [5] Wolfe J, & Schafer EC. Programming cochlear implants in children. In: Eisenberg LS, ed. *Clinical management of children with cochlear implants* Plural; 2017:105–153.
- [6] Hemmingson C, Messersmith JJ. Cochlear Implant Practice Patterns: The U.S. Trends with Pediatric Patients. *Journal of the American Academy of Audiology*. Sep 2018;29(8):722-733. doi:10.3766/jaaa.17011
- [7] Gross AJM-EC. Fitting techniques for the pediatric cochlear implant patient. 2003;
- [8] Hodges AV, Balkany TJ, Ruth RA, Lambert PR, Dolan-Ash S, Schloffman JJ. Electrical middle ear muscle reflex: use in cochlear implant programming. *Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. Sep 1997;117(3 Pt 1):255-61. doi:10.1016/s0194-5998(97)70183-9
- [9] Jerger J, Jenkins H, Fifer R, Mecklenburg D. Stapedius reflex to electrical stimulation in a patient with a cochlear implant. *The Annals of otology, rhinology, and laryngology*. Mar-Apr 1986;95(2 Pt 1):151-7. doi:10.1177/000348948609500208
- [10] Kosaner J, Anderson I, Turan Z, Deibl MJJoIAO. The Use of ESRT in Fitting Children with Cochlear Implants. 2009;5(1)
- [11] Walkowiak A, Lorens A, Polak M, et al. Evoked stapedius reflex and compound action potential thresholds versus most comfortable loudness level: assessment of their relation for charge-based fitting strategies in implant users. *ORL; journal for oto-rhino-laryngology and its related specialties*. 2011;73(4):189-95. doi:10.1159/000326892
- [12] Polak M, Hodges AV, King JE, Payne SL, Balkany TJ. Objective methods in postlingually and prelingually deafened adults for programming cochlear implants: ESR and NRT. *Cochlear implants international*. Sep 2006;7(3):125-41. doi:10.1179/cim.2006.7.3.125
- [13] Wolfe J, Kasulis H. Relationships among objective measures and speech perception in adult users of the HiResolution Bionic Ear. *Cochlear implants international*. Jun 2008;9(2):70-81. doi:10.1179/cim.2008.9.2.70
- [14] Spivak LG, Chute PM. The relationship between electrical acoustic reflex thresholds and behavioral comfort levels in children and adult cochlear implant patients. *Ear and hearing*. Apr 1994;15(2):184-92. doi:10.1097/00003446-199404000-00008
- [15] Van Den Abbeele T, Noël-Petroff N, Akin I, et al. Multicentre investigation on electrically evoked compound action potential and stapedius reflex: how do these objective measures relate to implant programming parameters? *Cochlear implants international*. Feb 2012;13(1):26-34. doi:10.1179/1754762810y.0000000001
- [16] Wiley TL, Oviatt DL, Block MGJJoS, Language,, Research H. Acoustic-immittance measures in normal ears. 1987;30(2):161-170.
- [17] Wolfe J, & Schafer EC. *Programming cochlear implants: A volume in the core clinical concepts in audiology series*. Plural; 2010.
- [18] Plant K, Law MA, Whitford L, et al. Evaluation of streamlined programming procedures for the Nucleus cochlear implant with the Contour electrode array. *Ear and hearing*. Dec 2005;26(6):651-68. doi:10.1097/01.aud.0000188201.86799.01
- [19] Gordon KA, Papsin BC, Harrison RV. Toward a battery of behavioral and objective measures to achieve optimal cochlear implant stimulation levels in children. *Ear and hearing*. Oct 2004;25(5):447-63. doi:10.1097/01.aud.0000146178.84065.b3
- [20] Lorens A, Walkowiak A, Piotrowska A, Skarzynski H, Anderson I. ESRT and MCL correlations in experienced paediatric cochlear implant users. *Cochlear implants international*. Mar 2004;5(1):28-37. doi:10.1002/cii.121

OTITIS MEDIA DIAGNOSIS, TREATMENT AND THE ROLE OF TREATMENT COMPLIANCE

Nguyen Thanh Vu^{1*}, Ha Nguyen Anh Thu²

¹*Biomedical Research Institute - 150 Pham Hung, Ward 5, District 8, Ho Chi Minh City, Vietnam*

²*School of Medicine - Vietnam National University, HCMC - Hai Thuong Lan Ong road, Di An city, Binh Duong, Vietnam*

Received 08/03/2023

Revised 10/04/2023; Accepted 05/05/2023

ABSTRACT

Although otitis media is relatively easy to diagnose and treat, improving adherence is an important issue for all health care stakeholders. For acute diseases requiring the use of antibiotics, absolute adherence not only helps to increase the effectiveness of treatment, but also helps to reduce the risk of self-drug resistance and the development of resistance to bacteria. Currently, there are many patients with chronic otitis media that recur many times due to non-compliance with treatment, affecting hearing and greatly affecting the patient's quality of life. With patient-centered healthcare and increased assessment of patient improvement, the promotion of treatment adherence will be of greater interest. We recommend many practical strategies to improve adherence such as educating patients, providing treatment plans, shortening the interval between visits, simplifying treatment regimens, using Strategies for memorization. The goal of medical staff is to help patients improve their health optimally, so it is necessary to address issues related to treatment adherence.

Keywords: Otitis media, treatment adherence.

*Corresponding author
Email address: bsntvu@gmail.com
Phone number: (+84) 969789789



VIÊM TAI GIỮA CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ VAI TRÒ CỦA SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Thanh Vũ^{1*}, Hà Nguyễn Anh Thu²

¹Viện Nghiên cứu Y Sinh - 150 Phạm Hùng, Phường 5, Quận 8, TP Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Khoa Y, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh - Đường Hải Thượng Lãn Ông, TP. Dĩ An, Bình Dương, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 10/04/2023; Ngày duyệt đăng 05/05/2023

TÓM TẮT

Việc chẩn đoán và điều trị viêm tai giữa tương đối thuận lợi, tuy nhiên cải thiện tuân thủ điều trị là một vấn đề quan trọng đối với tất cả các bên liên quan đến chăm sóc sức khỏe. Đối với các bệnh lý cấp tính cần sử dụng kháng sinh, việc tuân thủ điều trị tuyệt đối không chỉ giúp tăng hiệu quả điều trị mà còn giúp giảm nguy cơ kháng thuốc của bản thân và giảm phát sinh đề kháng đối với vi khuẩn cộng đồng khi vứt bỏ thuốc kháng sinh không được xử lý phù hợp. Hiện tại có rất nhiều bệnh nhân bị viêm tai giữa mạn tính tái phát nhiều lần do không tuân thủ điều trị, làm ảnh hưởng đến thính lực và ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng sống của bệnh nhân. Với việc chăm sóc sức khỏe lấy bệnh nhân làm trung tâm và tăng cường đánh giá sự cải thiện của bệnh nhân, việc khuyến khích tuân thủ điều trị sẽ càng được quan tâm. Chúng tôi khuyến cáo nhiều chiến lược thiết thực để cải thiện tuân thủ điều trị như giáo dục bệnh nhân, cung cấp kế hoạch điều trị, rút ngắn khoảng cách giữa các lần thăm khám, đơn giản hóa phác đồ điều trị, sử dụng các chiến lược giúp ghi nhớ. Mục tiêu của cán bộ y tế là giúp bệnh nhân cải thiện sức khỏe một cách tối ưu nên việc giải quyết các vấn đề liên quan đến tuân thủ điều trị là cần thiết.

Từ khóa: Viêm tai giữa, tuân thủ điều trị

1. NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Thông thường, viêm tai giữa cấp là biến chứng của sự mất chức năng ống nhĩ xảy ra trong nhiễm virus đường hô hấp trên cấp. Vi khuẩn được phân lập từ mẫu cấy dịch tai giữa trong khoảng 50 – 90% trường hợp viêm tai giữa cấp và viêm tai giữa chảy dịch.

Streptococcus pneumonia, *Haemophilus influenza* và *Moraxella catarrhalis* là các vi khuẩn thường được phân lập nhiều nhất. H. influenza là vi khuẩn được phân lập nhiều nhất ở trẻ em mắc viêm tai giữa nặng hoặc viêm tai giữa tái phát. Các yếu tố nguy cơ gây viêm tai giữa được miêu tả ở bảng 1

Bảng 1: Các yếu tố nguy cơ gây viêm tai giữa

TT	Các yếu tố nguy cơ
1	Tuổi (trẻ)
2	Dị ứng
3	Bất thường xương sọ
4	Tiếp xúc với khói thuốc lá hoặc các yếu tố kích thích đường hô hấp
5	Tiền sử gia đình mắc viêm tai giữa cấp tái phát
6	Trào ngược dạ dày thực quản
7	Suy giảm miễn dịch
8	Trẻ không được bú sữa mẹ
9	Sử dụng núm vú giả
10	Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên

*Tác giả liên hệ
Email: bsntvu@gmail.com
Điện thoại: (+84) 969789789

2. CHẨN ĐOÁN

Trước đây các tiêu chí chẩn đoán viêm tai giữa cấp được dựa vào triệu chứng bệnh mà không cần soi ống tai kiểm tra viêm. Trong hướng dẫn mới cập nhật của Viện Hàn lâm Nhi khoa Hoa Kỳ (American Academy of Pediatrics) đã bổ sung thêm tiêu chí soi ống tai. Do đó, chẩn đoán viêm tai giữa cấp cần có sự phỏng lên từ trung bình tới nghiêm trọng của màng nhĩ.

Viêm tai giữa chảy dịch được định nghĩa là tình trạng chảy dịch của tai giữa nhưng không có các triệu chứng cấp. Trong trường hợp nghi ngờ có viêm tai giữa chảy dịch tuy nhiên khi soi ống tai khó phát hiện thấy dịch trong tai do màng nhĩ bị phồng, do nên sử dụng nội soi tai, đo nhĩ lượng đồ (tympanometry), hoặc cả hai.

3. ĐIỀU TRỊ

Giảm đau: Thuốc giảm đau được khuyến cáo sử dụng khi có các triệu chứng đau tai, sốt và ngứa tai. Thuốc giảm đau có vai trò đặc biệt quan trọng khi sử dụng lúc đi ngủ, vì giấc ngủ của trẻ bị gián đoạn là một triệu chứng phổ biến thúc đẩy cha mẹ tìm kiếm sự chăm sóc cho trẻ. Paracetamol và ibuprofen là hai thuốc giảm đau có tác dụng giảm đau tốt trong trường hợp này. Trong đó ibuprofen được ưu tiên lựa chọn vì thời gian tác dụng dài, độc tính thấp hơn trong trường hợp dùng quá liều. Ngoài ra, các thuốc giảm đau dùng ngoài da (benzocaine) cũng có hiệu quả tốt trong liệu pháp giảm đau.

Theo dõi và kháng sinh liệu pháp: Tình trạng kháng kháng sinh hiện nay vẫn là một thách thức lớn đối với chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Liệu pháp kháng sinh được chấp nhận sử dụng trong điều trị viêm tai giữa cấp bao gồm: tạm hoãn sử dụng kháng sinh ở những bệnh nhân ít có khả năng hưởng lợi từ việc sử dụng kháng sinh. Kháng sinh nên được kê đơn đặn ở trẻ em từ 6 tháng tuổi trở lên, mắc viêm tai giữa cấp, có các triệu chứng nặng (đau tai trung bình, nặng, đau tai trong ít nhất 48h, nhiệt độ cơ thể $\geq 39^{\circ}\text{C}$) và ở trẻ ≤ 2 tuổi có viêm tai giữa cấp ở hai bên tai, có hoặc không có các triệu chứng hoặc dấu hiệu của bệnh. Có thể lựa chọn tiếp tục theo dõi ở bệnh nhi có triệu chứng bệnh nhẹ, tuổi từ 6-23 tháng tuổi, mắc viêm tai giữa cấp một bên và trẻ ≥ 2 tuổi, mắc viêm tai giữa cấp hai bên hoặc một bên tai. Trong một nghiên cứu hồi cứu lớn, khi áp dụng

liệu pháp không sử dụng kháng sinh thì có 2 trong 3 trẻ hồi phục hoàn toàn. Gần đây, Viện Bác sĩ gia đình Hoa Kỳ khuyến cáo không nên kê kháng sinh cho viêm tai giữa ở trẻ 2-12 tuổi, không có triệu chứng nghiêm trọng, nếu có thể tiến hành theo dõi ở những đối tượng này. Nếu lựa chọn tiến hành theo dõi, phải chuẩn bị các phương án xử lý như theo dõi bệnh nhân thường xuyên và chuẩn bị kháng sinh dự phòng, nếu triệu chứng tiếp tục kéo dài sau 48-72h.

Lựa chọn kháng sinh: Bảng 2 tóm tắt các lựa chọn kháng sinh dành cho trẻ em từ mắc viêm tai giữa cấp. Amoxicillin liều cao là lựa chọn đầu tay trong điều trị viêm tai giữa cấp ở bệnh nhân không dị ứng với penicillin. Amoxicillin có một số ưu điểm như giá thành thấp, vị dễ uống, an toàn, hiệu quả, phổ kháng khuẩn hẹp. Ở trẻ em đã sử dụng amoxicillin 30 ngày trước đó, bị viêm kết mạc, hoặc cần kháng sinh kháng các vi khuẩn Gram dương sản xuất β -lactamase nên được điều trị với liều cao amoxicillin/clavulanate (Augmentin).

Một số cephalosporins đường uống, ví dụ cefuroxime (Zinnat), có thể được sử dụng ở trẻ em dị ứng penicillin. Một số nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng, mức độ phản ứng chéo giữa penicillin và các cephalosporins thế hệ 2 và 3 là khá thấp ($<10-15\%$) và việc tránh sử dụng các kháng sinh này đã không còn được khuyến cáo. Bởi vì là các kháng sinh phổ rộng, do đó cephalosporin thế hệ 3 có thể làm tăng nguy cơ gây đề kháng ở một số chủng vi khuẩn. Azithromycin liều cao (Zithromax, 30 mg/kg, liều đơn) có thể hiệu quả hơn liệu pháp sử dụng azithromycin trong 5 ngày và có hiệu quả điều trị tương đương so với amoxicillin/clavulanate liều cao. Tuy nhiên, việc sử dụng azithromycin quá nhiều có thể tăng nguy cơ đề kháng do đó không nên sử dụng thuốc này thường xuyên. Trimethoprim/sulfamethoxazole không còn hiệu quả trong điều trị viêm tai giữa cấp do tình trạng *S.pneumoniae* kháng thuốc tăng cao. Việc sử dụng kháng sinh điều trị viêm tai giữa cấp thường gây tiêu chảy. Men vi sinh và sữa chua chứa nhiều lợi khuẩn cho thấy khả năng làm giảm tần suất mắc tiêu chảy do đó được khuyến cáo sử dụng ở trẻ em đang điều trị viêm tai giữa cấp. Hiện chưa có bằng chứng thuyết phục cho việc sử dụng các phương pháp điều trị bổ sung và thay thế trong điều trị viêm tai giữa cấp.

Bảng 2: Kháng sinh cho điều trị khởi đầu hoặc dự phòng và cho bệnh nhân đã thất bại trong điều trị ban đầu

Kháng sinh điều trị ban đầu hoặc dự phòng		Kháng sinh lựa chọn sau 48-72h thất bại điều trị ban đầu	
Điều trị đầu tay	Điều trị thay thế (dị ứng với penicillin)	Điều trị đầu tay	Điều trị thay thế
Amoxicillin 80-90 mg/kg/ngày chia 2 liều	Cefdinir 14 mg/kg x 1-2 liều Cefuroxime 30 mg/kg/ngày chia 2 liều	Amoxicillin/clavulanate (90 mg/kg/ngày amoxicillin và 6,4 mg/kg/ngày clavulanate, chia 2 liều)	Ceftriaxone, 3 d clindamycin (30-40 mg/kg/ngày chia 3 liều), có hoặc không có cephalosporin thế hệ 3
Amoxicillin clavulanate (90 mg/kg/ngày amoxicillin và 6,4 mg/kg/ngày clavulanate) (amoxicillin/clavulanate tỷ lệ 14:1, chia 2 liều)	Cefpodoxime 10 mg/kg/ngày chia 2 liều Ceftriaxone 50 mg/kg IM hoặc IV trong 1-3 ngày, không quá 1g/ngày	hoặc Ceftriaxone 50 mg/kg IM hoặc IV trong 1-3 ngày, không quá 1g/ngày	Thất bại điều trị thay thế Clindamycin (30-40 mg/kg/ngày chia 3 liều + cephalosporin thế hệ 3 Tympanocentesis Trao đổi với bác sĩ chuyên khoa

Viêm tai giữa cấp tái phát kéo dài: Ở trẻ em mắc viêm tai giữa cấp có triệu chứng tiếp tục kéo dài sau 48-72 giờ điều trị kháng sinh nên được tiến hành kiểm tra lại. Nếu quan sát thấy màng nhĩ bị viêm, sưng phồng, liệu pháp điều trị nên chuyển sang các kháng sinh thay thế. Đối với trẻ em lần đầu tiên sử dụng amoxicillin, nên lựa chọn liều cao amoxicillin/clavulanate. Đối với trẻ dị ứng với amoxicillin hoặc không đáp ứng với cephalosporins đường uống, nên cân nhắc lựa chọn ceftriaxone IM, clindamycin hoặc liệu pháp tympanocentesis có thể được cân nhắc. Nếu các triệu chứng tái diễn sau hơn 1 tháng sau lần chẩn đoán viêm tai giữa cấp đầu tiên, có thể dự đoán một đợt viêm tai giữa cấp mới, không liên quan với đợt trước. Đối với trẻ mắc viêm tai giữa tái diễn (≥ 3 lần/6 tháng hoặc 4 lần/12 tháng với ít nhất một đợt viêm tai giữa cấp trong 6 tháng gần nhất) có chảy dịch từ tai giữa, nên cân nhắc đặt ống thông hơi vào màng nhĩ nhằm làm giảm việc sử dụng kháng sinh đường toàn thân rộng trường hợp đang tiến hành theo dõi bệnh nhân hoặc sử dụng kháng sinh dùng ngoài cho ống thông dịch tai. Tuy nhiên, ống thông hơi vào màng nhĩ có thể làm tăng nguy cơ gây bất thường màng nhĩ và giảm khả năng nghe so với việc sử dụng thuốc thông thường.

Men vi sinh: đặc biệt ở trẻ sơ sinh họ thấy khả năng làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn ở năm đầu đời. Mặc dù các bằng chứng hiện có không cho thấy khả năng làm giảm nhiễm khuẩn đường hô hấp của men vi sinh, tuy nhiên men vi sinh không gây ra tác dụng có hại và không bị khuyến cáo không nên sử dụng. Kháng sinh dự phòng không được khuyến cáo.

4. SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

Đối với các bệnh lý cấp tính cần sử dụng kháng sinh, việc tuân thủ điều trị tuyệt đối không chỉ giúp tăng hiệu quả điều trị mà còn giúp giảm nguy cơ kháng thuốc của bản thân và giảm phát sinh đề kháng đối với vi khuẩn cộng đồng khi vứt bỏ thuốc kháng sinh không được xử lý phù hợp. Hiện tại có rất nhiều bệnh nhân bị viêm tai giữa mạn tính tái phát nhiều lần do không tuân thủ điều trị, làm ảnh hưởng đến thính lực và ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng sống của bệnh nhân.

Các nguyên nhân dẫn đến việc thiếu tuân thủ điều trị thuốc:

Quên thuốc là một nguyên nhân vô ý thường gặp dẫn tới giảm tuân thủ điều trị. Tuy nhiên, việc quên thuốc có thể là hệ quả của tâm lý chủ quan ở người trẻ tuổi, chứng hay quên ở người lớn tuổi không được sự hỗ trợ của người thân và gia đình. Cuộc sống bận rộn và liệu pháp điều trị phức tạp so với khả năng nhận thức và hiểu biết của bệnh nhân cũng có thể ảnh hưởng dẫn tới việc quên thuốc.

Chi phí điều trị cao hoặc thuốc không có sẵn tại nơi sinh sống cũng là một trong những nguyên nhân phổ biến dẫn tới việc bỏ điều trị sau một thời gian ngắn hoặc sau khi các triệu chứng bệnh thuyên giảm.

Kiến thức và hiểu biết về thuốc chưa đầy đủ hay nhận thức về tình trạng bệnh và mức độ bệnh chưa đúng cũng là một nguyên nhân quan trọng dẫn tới việc chủ quan trong điều trị hay bỏ điều trị mà không trao đổi lại với

nhân viên y tế.

Tâm lý sợ tác dụng phụ của thuốc được củng cố bởi những lời đồn, truyền miệng trong dân gian ảnh hưởng không nhỏ tới tâm lý điều trị của người bệnh, đặc biệt là những người lớn tuổi. Không chỉ vậy, trong trường hợp gặp tác dụng bất lợi thực sự, người bệnh sẽ rất hoang mang lo lắng. Nếu không được tư vấn phù hợp hoặc thiếu tin tưởng nhân viên y tế, bệnh nhân có thể ngừng thuốc hoặc tự ý dùng các thuốc khác của các bệnh nhân có tình trạng bệnh tương tự như mình.

Các chiến lược thiết thực nhằm cải thiện sự tuân thủ của bệnh nhân đối với phác đồ điều trị:

Tuân thủ điều trị tức là dùng thuốc đúng liều và đúng khoảng cách giữa các lần dùng thuốc được kê. Việc không tuân thủ điều trị là rất phổ biến và có thể gây hậu quả đáng kể như tình trạng bệnh nặng lên, biến chứng, tăng tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong.

Tuân thủ điều trị có 3 giai đoạn: Bắt đầu dùng thuốc liều đầu tiên, tiếp tục dùng thuốc theo phác đồ và ngừng dùng thuốc khi kết thúc phác đồ. Tương tự, việc không tuân thủ điều trị có thể chia làm 3 loại: Bệnh nhân không bắt đầu dùng thuốc, bệnh nhân dùng thuốc không đúng cách và ngừng dùng thuốc khi chưa kết thúc phác đồ.

Việc tuân thủ điều trị chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố: Đặc điểm bệnh nhân, giá thuốc, số thuốc dùng đồng thời, loại hình điều trị (dùng thuốc hay các biện pháp can thiệp khác), các yếu tố tâm lý và xã hội. Đã có nhiều phương pháp được đưa ra nhằm cải thiện sự tuân thủ điều trị. Nhằm hệ thống các phương pháp đó, bài báo này đưa ra mô hình tuân thủ hành vi (adherence behavior model) và niềm tin vào sức khỏe (health belief model).

Mô hình niềm tin vào sức khỏe giải thích nguyên do của các hành vi liên quan đến sức khỏe. Mô hình này đề xuất rằng các hành vi liên quan đến sức khỏe dựa trên 5 yếu tố sau: Độ nhạy cảm của bệnh nhân/độ nghiêm trọng của bệnh, những lợi ích thấy được khi thực hiện hành vi được khuyến cáo (nguy cơ mắc bệnh giảm), niềm tin của bệnh nhân về khả năng có thể thực hiện hành vi được khuyến cáo, những khó khăn khi thực hiện hành vi (tốn thời gian và tiền bạc), những dấu hiệu nhắc nhở bệnh nhân thực hiện hành vi được khuyến cáo. Đây là 5 yếu tố chính điều khiển các hành vi liên quan đến sức khỏe. Để giải quyết hiệu quả vấn đề tuân thủ điều trị, cần phải tập trung giải quyết khó khăn của từng yếu tố và tìm các biện pháp cải thiện tuân thủ điều trị rồi sắp xếp các biện pháp này theo nguyên tắc của mô hình niềm tin vào sức khỏe.

Bảng 3: Mô hình niềm tin vào sức khỏe

Yếu tố 1: Độ nhạy cảm của bệnh nhân/độ nghiêm trọng của bệnh
Giáo dục bệnh nhân về bệnh
Yếu tố 2: Lợi ích thấy được
Giáo dục bệnh nhân về tầm quan trọng của điều trị
Khẳng định bệnh nhân hiểu về phương pháp điều trị
Mối quan hệ giữa cán bộ y tế – Bệnh nhân
Kế hoạch thực hiện được viết ra
Yếu tố 3: Niềm tin của bệnh nhân
Lập thời gian biểu bệnh nhân đến gặp cán bộ y tế
Trao đổi để tạo động lực cho bệnh nhân
Yếu tố 4: Khó khăn khi điều trị (thời gian, tiền bạc)
Lựa chọn liệu pháp bệnh nhân có thể chi trả được, giảm chi phí
Đơn giản hóa phác đồ điều trị
Yếu tố 5: Dấu hiệu nhắc nhở
Gọi điện thoại, nhắn tin nhắc nhở bệnh nhân đến gặp cán bộ y tế
Phản mềm nhắc nhở trên điện thoại thông minh
Gói nhắc nhở
Chiến lược giúp ghi nhớ

Bảng 4: Nguyên tắc của trao đổi để tạo động lực

Nguyên tắc	Mô tả
Bày tỏ sự cảm thông	Bày tỏ sự quan tâm đối với tình trạng của bệnh nhân, lắng nghe mà không ngắt lời, thỉnh thoảng tóm tắt lại lời của bệnh nhân
Làm rõ sự không nhất quán	Giúp bệnh nhân nhận ra rằng việc không tuân thủ điều trị đi ngược lại với mục đích của bệnh nhân là cảm thấy khỏe hơn
Làm rõ sự chống đối	Nhắc lại ý của bệnh nhân để làm rõ lý do chống đối, trao đổi để tìm ra giải pháp
Tăng cường niềm tin	Khẳng định khả năng thực hiện thay đổi của bệnh nhân và khen ngợi họ khi tình trạng bệnh cải thiện

Bảng 5: Dấu hiệu nhắc nhở

Nhắc nhở	Gọi điện thoại, nhắn tin nhắc nhở bệnh nhân về buổi thăm khám
	Ứng dụng nhắc nhở dùng thuốc trên điện thoại thông minh
Chia sẵn liều	Hộp hoặc bì chia sẵn liều thuốc trong 7 ngày
Vị trí dễ nhớ	Đề thuốc cố định ở vị trí dễ nhìn thấy như bàn đặt đầu giường, bàn ăn
	Đề thuốc ở vị trí đặc hiệu như ở tất đối với thuốc chống nấm da chân

Bảng 6: Chiến lược cho các bên liên quan để cải thiện tuân thủ điều trị

Y tá và chuyên gia dinh dưỡng	Giáo dục bệnh nhân
Công ty bảo hiểm y tế	Giảm chi phí ngoài bảo hiểm
	Khen thưởng việc tuân thủ điều trị
Bên sử dụng lao động	Hướng dẫn y tế nhấn mạnh tầm quan trọng của tuân thủ điều trị
	Khuyến khích cải thiện huyết áp, cân nặng, mức cholesterol máu
	Khuyến khích thăm khám định kỳ
Công ty dược phẩm	Phát triển các loại thuốc ít tác dụng không mong muốn hơn
	Thuốc có giá cả hợp lý
	Thuốc chứa nhiều hoạt chất
Dược sỹ	Đơn giản hóa chế độ liều
	Giới thiệu chương trình hỗ trợ mua thuốc
	Giáo dục bệnh nhân
	Kê đơn thuận lợi cho bệnh nhân đến mua các loại thuốc vào cùng một ngày

5. KẾT LUẬN

Việc chẩn đoán và điều trị viêm tai giữa tương đối thuận lợi, tuy nhiên cải thiện tuân thủ điều trị là một vấn đề quan trọng đối với tất cả các bên liên quan đến chăm sóc sức khỏe. Với việc chăm sóc sức khỏe lấy bệnh nhân làm trung tâm và tăng cường đánh giá sự cải thiện của bệnh nhân, việc khuyến khích tuân thủ điều trị sẽ càng được quan tâm. Chúng tôi khuyến cáo nhiều chiến lược thiết thực để cải thiện tuân thủ điều trị như giáo dục bệnh nhân, cung cấp kế hoạch điều trị, rút ngắn khoảng cách giữa các lần thăm khám, đơn giản hóa phác đồ điều trị, sử dụng các chiến lược giúp ghi nhớ.

Mục tiêu của cán bộ y tế là giúp bệnh nhân cải thiện sức khỏe một cách tối ưu nên việc giải quyết các vấn đề liên quan đến tuân thủ điều trị là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đặng Xuân Hùng (2010), “*Thỉnh học lâm sàng chẩn đoán*”, Nhà xuất bản Y học, TPHCM, tr. 26 - 42, 43 - 64, 167 - 175.
- [2] Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh (2017), “*Bài giảng Tai Mũi Họng*”, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, tr. 430 – 436.
- [3] Phạm Thế Hiền, Trần Phan Chung Thủy, Nguyễn Tuyết Xương, Nguyễn Thanh Vũ (2017), “*Bệnh lý Tai Mũi Họng thường gặp*”, NXB Y học, tr. 55 – 65.
- [4] Trần Phan Chung Thủy, Nguyễn Thanh Vũ, Nguyễn Thành Tuấn, Hà Nguyễn Anh Thư và Nguyễn Quang Minh (2019), “*Bài giảng định hướng chuyên khoa Tai Mũi Họng*”, NXB Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh, tr. 36 – 51.
- [5] Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. 3rd ed. New York, Guilford Press, 2013.
- [6] Kemp R, Kirov G, Everitt B, et al. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. Br J Psychiatry 1998;172:413–419.
- [7] Foreman KF, Stockl KM, Le LB, et al. Impact of a text messaging pilot program on patient medication adherence. Clin Ther 2012; 34:1084–1091.

STAPES SURGERY IN VIET NAM: THE PAST, PRESENT AND FUTURE

Le Cong Dinh

Bach Mai Hospital , 78 Giai Phong, Phuong Dinh, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 08/03/2023

Revised 08/04/2023; Accepted 10/05/2023

SUMMARY

Stapedectomy is a major surgery to treat hearing loss caused by otosclerosis. This technique has been refined and improved for over 100 years, aiming to restore hearing level and reduce complications. Development within the fields of science and technology, including modern equipment, have allowed new approaches to the surgery: Microscopic, Endoscopic, Microdrilling, Laser and Robotic techniques have all been used to carry out stapedectomys. Stapes prosthesis have seen many improvements in shape, design and materials, significantly improving surgical outcomes.

In Vietnam, Stapes surgery has a long history of successful implementation. Since the start of Otolaryngology field establishment, this technique has been studied and applied. Over the time, it has been rapidly improving and achieving many positive results for patients, significantly contributing to the field of Otology and general ENT.

This article provides a comprehensive overview of the stapes surgical techniques and currently applied in Vietnam. Introduction of worldwide trends and updates in surgical techniques help Vietnamese doctors in the treatment of otosclerosis patients.

Keywords: Stapes surgery, otosclerosis, microdrill, prosthesis.

*Corresponding author
Email address: lecong dinh67@yahoo.com
Phone number: (+84) 913557808



PHẪU THUẬT XƯƠNG BÀN ĐẠP TẠI VIỆT NAM: QUÁ KHỨ, HIỆN TẠI VÀ TƯƠNG LAI

Lê Công Định

Bệnh viện Bạch Mai, 78 Giải Phóng, Phường Đình, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam.

Ngày nhận bài: 08/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 08/04/2023; Ngày duyệt đăng 10/05/2023

TÓM TẮT

Phẫu thuật xương bàn đạp là phương pháp chính để điều trị bệnh xẹp xơ tai. Ra đời đã hơn 100 năm, phẫu thuật này ngày càng phát triển và hoàn thiện với mục đích phục hồi sức nghe và giảm thiểu các tai biến. Cùng với sự phát triển của khoa học công nghệ, nhiều máy móc và trang thiết bị hiện đại đã được áp dụng trong phẫu thuật như kính hiển vi, nội soi, khoan vi phẫu, Laser và Robot. Trục dẫn thay thế xương bàn đạp cũng có nhiều cải tiến và thay đổi về chất liệu và hình dáng.

Tại Việt Nam, phẫu thuật xương bàn đạp cũng có lịch sử phát triển lâu đời. Từ những ngày mới thành lập ngành Tai Mũi Họng, phẫu thuật này đã được quan tâm và nghiên cứu áp dụng. Trong thời gian qua đã liên tục phát triển và đạt được nhiều kết quả tích cực; đóng góp vào sự phát triển của chuyên ngành Tai nói riêng và Tai Mũi Họng nói chung.

Bài báo cáo tổng quan về các phương pháp phẫu thuật xương bàn đạp đã và đang áp dụng tại Việt Nam. Cập nhật các phương pháp và xu hướng phẫu thuật trên thế giới, qua đó giúp các bác sĩ có thêm kinh nghiệm trong điều trị bệnh nhân.

Từ khóa: Phẫu thuật xương bàn đạp, xẹp xơ tai, khoan vi phẫu, trục dẫn âm.

1. PHẪU THUẬT XƯƠNG BÀN ĐẠP CỦA VIỆT NAM: QUÁ KHỨ VÀ HIỆN TẠI

Các giai đoạn của phẫu thuật xương bàn đạp:

1.1. Giai đoạn đầu tiên.

Thời kỳ của phẫu thuật lay động xương bàn đạp, mở cửa sổ ống bán khuyên ngang và phương pháp Portmann.

Lịch sử trên thế giới.

Phẫu thuật lay động xương bàn đạp. Trên thế giới Kessel (1876) [1] người đầu tiên thực hiện lay động xương bàn đạp. Do có biến chứng viêm mê nhĩ và nội sọ nên tại hội nghị Tai toàn thế giới lần thứ sáu (1900) các nhà Tai học đã cho rằng phẫu thuật này nguy hiểm, không mang lại kết quả và trái với đạo đức y học. Bởi vậy phẫu thuật lay động xương bàn đạp đã ngừng lại và trong một thời

gian dài phẫu thuật xương bàn đạp không được quan tâm nghiên cứu.

Rosen (1952) làm sống lại phẫu thuật lay động xương bàn đạp theo đường trong tai. Tình cờ trước khi tiến hành mở cửa sổ ở ống bán khuyên ngang, ông thử lay động xương bàn đạp, kết quả là bệnh nhân thấy nghe rõ hơn. Thời kỳ này kính hiển vi phẫu thuật đã ra đời nên rất thuận lợi thực hiện. Từ đây phẫu thuật này nhanh chóng phổ biến trên thế giới.

Phẫu thuật mở cửa sổ ở ống bán khuyên ngang. Holmgren (1923) là người đầu tiên thực hiện. Sau đó Lempert (1938) phát triển và hoàn thiện kỹ thuật này bằng cách dùng khoan điện mở cửa sổ và che phủ bởi vật da có cuống. Nguyên lý của phẫu thuật này là mở cửa sổ qua ống bán khuyên nhằm mục đích âm thanh lọt qua phần sau của mê đạo và vào vụn tiền đình của ốc

*Tác giả liên hệ
Email: lecongding67@yahoo.com
Điện thoại: (+84) 913557808

tai. Cửa sổ này có tác dụng thay thế cửa sổ bầu dục bị bít tắc do ổ xóp xơ.

Phương pháp lấy xương bàn đạp và sử dụng lại làm trụ dẫn âm của Portmann. Portmann (1958) tiến hành cạy đế đập, cắt cảnh trước, cắt gân cơ bàn đạp, cắt cảnh sau sát đế đập. Sử dụng cảnh sau và phần còn lại của xương bàn đạp làm trụ dẫn âm. Đặt lại vào cửa sổ bầu dục qua mảnh lót trung gian là mảnh tĩnh mạch lấy ở mu tay

Lịch sử tại Việt Nam

Theo Nguyễn Văn Đức [2], ca mổ xóp xơ tai đầu tiên là vào tháng 11 năm 1958 theo phương pháp lay động xương bàn đạp của Rosen. Sau đó, áp dụng phương pháp mở cửa sổ ở ống bán khuyên ngang của Lempert.

Lương Sỹ Cần (1965) [3] đã báo cáo kết quả 56 trường hợp phẫu thuật xóp xơ tai trong đó 52 trường hợp mổ theo phương pháp của Rosen và 4 trường hợp theo phương pháp của Portmann.

Đối với phương pháp lay động xương bàn đạp của Rosen kết quả qua theo dõi thấy lúc đầu bệnh nhân nghe rõ, tuy nhiên sau đó nhanh chóng nghe kém trở lại do ổ xóp xơ làm tái dính xương bàn đạp vào cửa sổ bầu dục. Phương pháp này áp dụng tại Viện Tai Mũi Họng trung ương cho đến những năm 90 của thế kỷ trước. Ngày nay phương pháp này không còn thực hiện tại Việt Nam và trên thế giới nữa.

Phẫu thuật mở cửa sổ ở ống bán khuyên ngang của Lempert gây biến chứng chóng mặt kéo dài sau mổ nên nhanh chóng bị loại bỏ.

1.2. Giai đoạn của phẫu thuật lấy xương bàn đạp và thay thế bằng trụ dẫn âm

Phương pháp của Schuknecht (1960). Phương pháp này lấy bỏ toàn bộ xương bàn đạp. Dùng sợi kim loại Tantalum, đầu dưới buộc vào cục mỡ lấy ở dái tai, đầu trên cuốn vào ngành xuống xương đe. Cục mỡ tiếp xúc với cửa sổ bầu dục qua mảnh lót trung gian là mảnh tĩnh mạch. Phương pháp này thịnh hành ở Việt Nam vào những năm 70, 80, 90 của thế kỷ trước. Ưu điểm là vật liệu làm trụ dẫn sẵn có, dễ làm, giá thành rẻ. Nhược điểm: bệnh nhân nghe kém trở lại do cục mỡ tiêu đi sau một thời gian. Bên cạnh đó nhiều trường hợp chóng mặt kéo dài do sợi kim loại tụt vào phía trong kích thích tiền đình. Cục mỡ tạo u hạt ở cửa sổ bầu dục gây ra nghe kém tiếp âm. Ngày nay phương pháp này cũng không còn sử dụng nữa.

Phương pháp sử dụng xương đùi đồng chủng làm trụ dẫn âm: Hough (1987) sử dụng xương đùi đồng chủng đã được xử lý làm trụ dẫn âm thay thế xương bàn đạp tại Mỹ. Tại Việt Nam, Nguyễn Tấn Phong (2002) [4] sử dụng nguồn xương đùi đồng chủng của Viện J. Hough (Mỹ) làm trụ dẫn thay thế xương bàn đạp. qua theo dõi thấy kết quả phục hồi thính lực rất tốt. Hạn chế của loại

vật liệu này là không có nguồn cung ổn định. Nếu sử dụng xương đùi của người Việt Nam thì phải có qui trình xử lý đặc biệt mà chúng ta chưa làm được. Do vậy phương pháp này hiện nay cũng không còn sử dụng.

Phương pháp sử dụng gốm y sinh làm trụ dẫn âm: Gốm y sinh được sản xuất tại trường đại học bách khoa Hà Nội. Ưu điểm của vật liệu này là sẵn có, mềm, xốp nên dễ chế tác, có tính tương thích sinh học cao và giá thành hợp lý. Từ năm 2002, Trần Lê Thủy và Nguyễn Tấn Phong [5] bắt đầu nghiên cứu vật liệu này thay thế các xương con trong đó có xương bàn đạp. Lê Công Định [6] năm 2009 đã hoàn thành nghiên cứu về trụ gốm y sinh thay thế xương bàn đạp trong bệnh xóp xơ tai. Kết quả cho thấy trụ gốm mang lại kết quả phục hồi thính lực tốt, ổn định lâu dài, giá thành phù hợp. Ngày nay phương pháp này đang áp dụng tại các cơ sở Tai Mũi Họng trên toàn quốc.

Phương pháp sử dụng các trụ dẫn bằng vật liệu nhân tạo: Các trụ dẫn bằng các vật liệu nhân tạo như: nhựa có tỷ trọng cao Teflon (Causse), nhựa kết hợp Titan (McGee), Titan (Robinson) hiện đang áp dụng tại các cơ sở Tai Mũi Họng trên toàn quốc.

1.3. Giai đoạn ứng dụng phẫu thuật nội soi trong phẫu thuật xương bàn đạp

Kính hiển vi phẫu thuật là phương tiện cơ bản dùng trong phẫu thuật xương bàn đạp đã được quen dùng từ lâu. Ưu điểm của kính là hình ảnh có chiều sâu và giải phóng cả 2 tay trong quá trình phẫu thuật. Tuy nhiên dụng cụ này cũng có hạn chế là nhìn thẳng trực nên đôi khi khó đánh giá các cấu trúc xung quanh xương bàn đạp. Phẫu thuật nội soi trước đây chỉ dùng trong phẫu thuật mũi xoang. Ngày nay được áp dụng trong phẫu thuật Tai nói chung và phẫu thuật xương bàn đạp nói riêng. Các ống nội soi với các góc 0, 30, 45 độ giúp quan sát, đánh giá xương bàn đạp và các cấu trúc xung quanh, từ đó giúp thực hiện phẫu thuật thay thế xương bàn đạp thuận lợi, ít gây tổn thương các cấu trúc xung quanh. Tuy nhiên phương pháp này đòi hỏi phẫu thuật viên phải quen và thành thạo về phẫu thuật nội soi.

2. Những tiến bộ mới của phẫu thuật xương bàn đạp mà Việt Nam cần nghiên cứu áp dụng.

Máy Laser phẫu thuật. Perkins (1980) [7] lần đầu tiên sử dụng Laser Argon mở cửa sổ nhỏ ở đế đập. Sau này các loại Laser khác như KTP, CO2 cũng được áp dụng. Tia Laser giúp thực hiện mở cửa sổ trên đế đập một cách chính xác, không gây chấn động cơ học với mê nhĩ. Trong trường hợp đế đập còn di động, quá mỏng, dễ vỡ rạn, thì dùng Laser có nhiều thuận lợi.

Laser phối hợp nội soi (Laser-assisted endoscopic) [8]. Laser phối hợp nội soi giúp phẫu thuật thuận lợi, phẫu thuật rõ, chính xác, giảm thiểu các tai biến.

Kỹ thuật dùng Laser mở cửa sổ không cần trụ dẫn (Sta-

pedectomy minus prosthesis: LASER STAMP) [9]. Áp dụng đối với xẹp xơ tai giai đoạn sớm, khi mới cố định cảnh trước xương bàn đạp. Dùng Laser cắt cảnh trước, lấy 1/3 trước của đế đạp có ổ xẹp xơ. Phần còn lại bao gồm: chỏm xương bàn đạp tiếp nối với mỏm đầu ngành xuống xương đe, cảnh sau và phần còn lại của đế đạp. Cấu trúc còn lại này hoạt động như một trụ dẫn âm.

Phẫu thuật cấy ghép hệ thống trợ thính tai giữa (Vibrant Soundbridge Middle Ear Implant) [10]. Phẫu thuật này bao gồm các bước. Bệnh nhân được phẫu thuật thay thế xương bàn đạp bằng trụ dẫn Teflon. Hệ thống trợ thính được cấy ghép vào tai giữa. Loa và bộ xử lý âm thanh gắn ở da đầu. Vòng của thiết bị trợ thính được kẹp phía trên của vòng trụ dẫn Teflon ở ngành xuống xương đe. Âm thanh được tiếp nhận bởi loa chuyển đến bộ xử lý âm thanh. Ở đây âm thanh được biến đổi thành tín hiệu điện truyền đến khối rung (Floating mass transducer: FMT). Khối rung chuyển đổi tín hiệu điện thành dao động cơ học làm rung động ngành xuống xương đe và trụ dẫn Teflon; từ đó âm thanh được truyền vào tai trong. Chỉ định của phương pháp này là xẹp xơ tai gây nghe kém hỗn hợp nặng về tiếp âm hoặc nghe kém tiếp âm.

Cấy điện cực ốc tai [10]. Phẫu thuật này áp dụng cho những trường hợp nghe kém tiếp âm nặng và điếc. Trường hợp ốc tai và cửa sổ tròn bị xương hóa do ổ xẹp xơ (đánh giá qua chụp CLVT và MRI) cần thực hiện kỹ thuật khoa mài và đặt điện cực theo cách riêng.

Máy Robot hỗ trợ phẫu thuật (Robot-assisted stapedotomy) [11]. Hiện nay một số máy Robot đang nghiên cứu áp dụng trong phẫu thuật xương bàn đạp. Ưu điểm giúp phẫu thuật chính xác, thuận lợi, đặc biệt với phẫu thuật viên chưa có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật xương bàn đạp.

- [6] Lê Công Định (2009). Nghiên cứu chẩn đoán và đánh giá kết quả thay thế xương bàn đạp bằng trụ gồm y sinh trong bệnh xẹp xơ tai. Luận án tiến sỹ y khoa. Trường đại học Y Hà Nội
- [7] Perkins RC (1980): Laser stapedotomy for otosclerosis. Laryngoscope 1980; 90:228–242.
- [8] Poe DS (2000). Laser-assisted endoscopic stapedectomy: a prospective study. Laryngoscope. May, 110 (5 Pt 2 Suppl 95):1-37.
- [9] Silverstein H (1998). Laser stapedotomy minus prosthesis (laser STAMP): a minimally invasive procedure. Am J Otol. May 1998;19(3):277-82.
- [10] Alexander D. Clausse (2022). Cochlear Implantation in Advanced Otosclerosis: Pitfalls and Successes. Current Otorhinolaryngology Reports (2022) 10:49–57
- [11] Rothbaum DL et al (2002). Robot-assisted stapedotomy: micropick fenestration of the stapes footplate. Otolaryngol Head Neck Surg 2002;127(5):417-26.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Arnold.W, Hausler.R: Otosclerosis and Stapes Surgery. Adv Otorhinolaryngol, Basel, Karger, 2007;65:1-5
- [2] Nguyễn Văn Đức (1960), Mô điếc theo phương pháp Rosen và các phương pháp cải tiến. Nội san Tai Mũi Họng, (3), 36-47.
- [3] Lương Sỹ Căn (1965). Bệnh xẹp xơ tai và phẫu thuật xương bàn đạp qua 2 năm tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Bạch mai. Nội san Tai Mũi Họng, 29-52.
- [4] Nguyễn Tấn Phong (2003), Thay thế xương bàn đạp bằng xương đồng chủng trong điều trị xẹp xơ tai qua 28 bệnh nhân. Báo cáo hội nghị ngành Tai Mũi Họng tại Cần Thơ, 56-57.
- [5] Nguyễn Tấn Phong (2004), Thay thế xương bàn

SYSTEM REVIEW INDICATION OF COCHLEAR IMPLANTATION

Nguyen Xuan Nam^{1*}, Tran Thi Phuong Thao¹, Nguyen Tuyet Xuong¹,
Pham Tuan Canh², Vu Toan Manh¹, Than Huu Tiep¹

¹Vietnam National Children's Hospital - 879/18 La Thanh street, Lang Thuong, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²National Otorhinorhynology Hospital of Vietnam - 78 Giai Phong, Phuong Dinh, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 04/03/2023

Revised 06/04/2023; Accepted 05/05/2023

SUMMARY

Objective: Study about recent Indication of cochlear.

Subject and Method: Article about cochlear implant. System review about indication of cochlear implantation. Question contribute by PICO method . Using Prisma paragram.

Results: 38 article was selected. Ages for children is from 9 months. Aldult: max 76 ages. Hearing threasold is from severe to profound. There are 4 study about cochlear implatation in abnormal cochlear. 6 study in reimplant cochlear implantation.

Conclusion: Coclear implantation can be indication for children 9 month old. There is no limitation for the age of aldult. Hearing loss: severe to profound.

Key: Indication for cochlear implation

*Corressponding author
Email address: xuannamtmh@gmail.com
Phone number: (+84) 912143131



NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN CÁC CHỈ ĐỊNH CẮT ĐIỆN CỰC ỐC TAI

Nguyễn Xuân Nam^{1*}, Trần Thị Phương Thảo¹, Nguyễn Tuyết Xương¹,
Phạm Tuấn Cảnh², Vũ Toàn Mạnh¹, Thân Hữu Tiệp¹

¹Bệnh Viện Nhi Trung ương - 879/18 La Thành, Láng Thượng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương - 78 Giải Phóng, Phương Đình, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 06/04/2023; Ngày duyệt đăng 05/05/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các chỉ định cắt điện cực ốc tai đã công bố.

Đối tượng: Là những bài báo tìm được trên cơ sở dữ liệu của PubMed, google scholar, Jama, Thư viện điện tử trường ĐHYHN về chỉ định cắt ốc tai điện tử.

Phương pháp nghiên cứu: Đề tài sử dụng phương pháp tổng quan hệ thống. Xác định câu hỏi nghiên cứu: Các chỉ định của cắt ốc tai điện tử. Câu hỏi nghiên cứu được xây dựng bằng phương pháp PICO. Lựa chọn nghiên cứu: Các nghiên cứu tìm được sẽ được lựa chọn theo sơ đồ Prisma 2009 bao gồm 4 bước và sử dụng bảng kiểm CHEERS. Dữ liệu được quản lý bằng phần mềm Zotero.

Kết quả nghiên cứu: 38 nghiên cứu được lựa chọn: Thời gian nghiên cứu từ 6 th đến 30 năm. Tuổi được chỉ định cắt điện cực ốc tai của các nghiên cứu là từ 9 th tuổi nhỏ nhất cho đến người cao tuổi nhất là 76t. Ngưỡng nghe bệnh nhân nghe kém nặng đến điếc sâu. Có 6 nghiên cứu có cấy lại điện cực ốc tai từ 2 lần trở lên với các nguyên nhân cấy lại khác nhau: nhiễm trùng, di lệch điện cực, lỗi điện cực. Có 4 Nghiên cứu cho thấy có ứng viên cấy điện cực ốc tai bất thường. Hai nghiên cứu có bất thường dạng Mondini trong đó (1 cả hai tai dạng Mondini, 1 nghiên cứu dị dạng Mondini 1 bên), 2 nghiên cứu có bất thường tạo khoang chung, chiếm 1,37%, 2/54 trường hợp chiếm 1,37%. Cấy ốc tai điện tử ở người lớn: không có giới hạn tuổi cấy ghép.

Kết luận: Cấy điện cực ốc tai được chỉ định cho trẻ nhỏ từ 9 tháng tuổi, người lớn không giới hạn tuổi. Nghe kém mức độ nặng- sâu. Có thể tiến hành cấy trên Bn dị dạng ốc tai

Từ khóa: Chỉ định cấy điện cực ốc tai.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị điếc đã có những bước tiến bộ lớn trong những năm gần đây với sự ra đời của phương pháp cấy ốc tai điện tử, nhất là từ khi có điện cực đa kênh. Cấy điện cực ốc tai ngày nay đã được thực hiện rộng rãi, nhưng những hiểu biết, quan điểm phương pháp cấy điện cực ốc tai vẫn đang còn tiếp tục được cập nhật. Đã có nhiều nghiên cứu công bố kết quả của cấy điện cực ốc tai, với chỉ định cho các nhóm bệnh nhân khác nhau Hiện chưa

có nhiều nghiên cứu tổng quan về các chỉ định cấy ốc tai điện tử, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài “**Nghiên cứu tổng quan các chỉ định cấy điện cực ốc tai**” nhằm mục tiêu:

Mô tả các chỉ định cấy ốc tai điện tử đã công bố.

2. ĐỐI TƯỢNG, THỜI GIAN, ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

*Tác giả liên hệ
Email: xuannamtmh@gmail.com
Điện thoại: (+84) 912143131

Đối tượng nghiên cứu là những bài báo tìm được trên cơ sở dữ liệu của PubMed, google scholar, Jama, Thư viện điện tử trường ĐHYHN về chỉ định cấy ốc tai điện tử bằng thuật ngữ cấy điện cực ốc tai, Cochlear implant, Indication of cochlear implant.

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn các nghiên cứu * Các nghiên cứu có bài toàn văn, Các nghiên cứu có đề cập những yếu tố liên quan đến tuổi, thời gian nghe kém, nguyên nhân nghe kém, đến chỉ định cấy ốc tai điện tử, sử dụng ngôn ngữ là tiếng Anh hoặc tiếng Việt.

Địa điểm nghiên cứu: Trên toàn thế giới.

Thời gian nghiên cứu: Các nghiên cứu xuất bản từ 1999 - 2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Đề tài sử dụng phương pháp tổng quan hệ thống.

Xác định câu hỏi nghiên cứu: Các chỉ định của cấy ốc tai điện tử

Xác định từ khoá tìm kiếm: Câu hỏi nghiên cứu được xây dựng bằng phương pháp PICO:

Bảng 1. Xác định từ khoá bằng phương pháp PICO

P-Population (Đối tượng nghiên cứu)	Bệnh nhân nghe kém (bẩm sinh, mắc phải) đã được đeo máy trợ thính không có kết quả.
I-Intervention	Các đối tượng phải được cấy điện cực ốc tai để điều trị nghe kém.
C-Comparison (So sánh)	Có nhóm so sánh trong nghiên cứu.
O-Outcome (Kết quả)	Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến chỉ định của cấy điện cực ốc tai. Giá trị của các thăm dò này trong việc đưa ra chỉ định.

Bảng 2. Từ khoá tìm kiếm

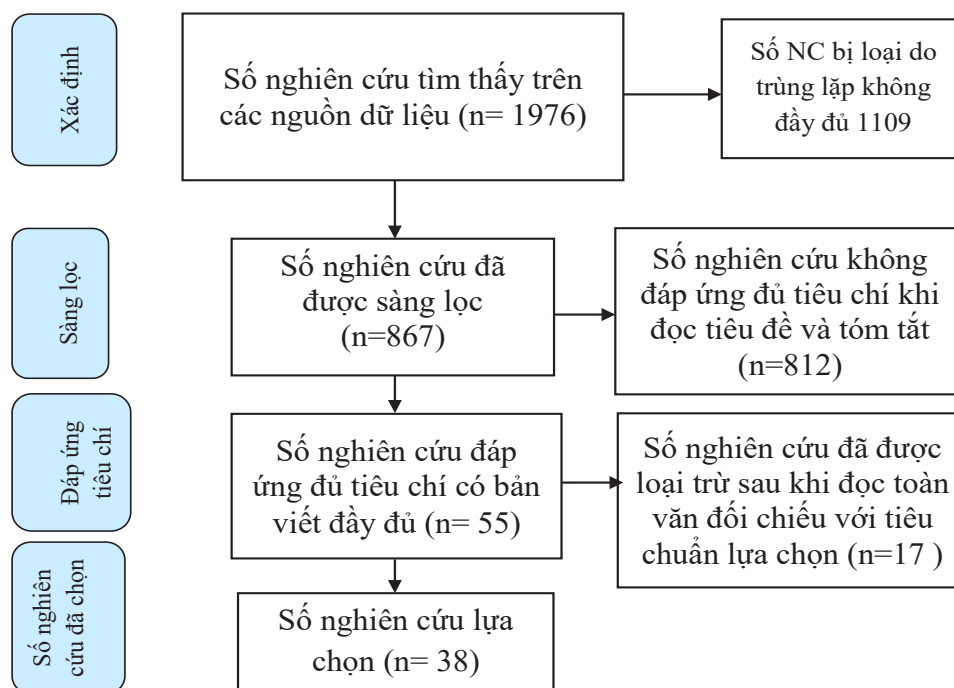
OR	AND	
	Population	Intervention
	Deafness	Indications for cochlear implantation
	Hearing loss	Cochlear implants
	Congenital deafness	
	Acquired hearing loss	

Lựa chọn nghiên cứu: Các nghiên cứu tìm được sẽ được lựa chọn theo sơ đồ Prisma 2009 bao gồm 4 bước và sử dụng bảng kiểm CHEERS. Dữ liệu được quản lý bằng phần mềm Zotero.



3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sơ đồ tóm tắt chọn và loại trừ các bài báo vào nghiên cứu như sau:



Sơ đồ1. Quy trình lựa chọn nghiên cứu để đưa vào tổng quan

* Đặc điểm các nghiên cứu được lựa chọn

Bảng 3. Đặc điểm các nghiên cứu

STT	Tên tác giả	Năm xuất bản	Thời gian NC	Số BN	Tuổi pt	Mức độ nghe kém	Phương pháp NC
1	Beck	2017	-	10	57,6th	>90	Hồi cứu
2	Deep	2020	8 năm	13	54th	108,1	Hồi cứu
3	Sangen	2019	-	6	14,4th	≥ 80	Hồi cứu
4	Távora-Vieira	2016	-	3	50,4th	>90	Hồi cứu
5	EhrmannMueller	2020	2 năm	7	103,2th	100	Hồi cứu
6	Rahne and Plontke,	2016	3 năm	4	99,6th	>90	Hồi cứu
7	Zeitler	2019	6 năm	9	103,2th	101,3	Hồi cứu
8	Taytore	2021	15 năm	9			Hồi cứu
9	Cao Minh Thành	2013	3 năm	35	41 th	97,5 -110,4	Tiến cứu
10	Nguyễn Xuân Nam	2017	4 năm	73	36 th	109,6 Max 116,2 Min 81,2	Tiến cứu
11	Phạm Tiến Dũng	2015	2 năm	30	30,5 th	Max >110,Min 70;70-90: 2 bn	Tiến cứu
12	Lê Hồng Anh	2021	4 năm	N1:53 N2:34	42th	61 đến >100 (61-80:14 BN)	Tiến cứu
13	Lê Trần Quang Minh	2015	3 năm	54	48 th	97,2% >90 2,8% 71-90	Tiến cứu
14	Andre Wedekind	2020	-	9	53,8	TB 88,7 dB	Hồi cứu
15	Bai and Stephens,	2005	8 năm	47	52	100% điếc sâu	Tiến cứu

STT	Tên tác giả	Năm xuất bản	Thời gian NC	Số BN	Tuổi pt	Mức độ nghe kém	Phương pháp NC
16	Budenz et al,	2011	2 năm	108	66	100- 104 db	Hồi cứu
17	Firszt et al,	2004	-	78	57	sau nn	Cắt ngang
18	Lenarz et al,	2012	5 năm	638	51	sau nn	Hồi cứu
19	Parkinson	2002	3th	56	60	nặng -sâu	Tiến cứu
20	RamaLopez	2006	5,8 năm	30	51	117 DB	Tiến cứu
21	Roditi et al,	2009	2,4 năm	55	62	94DB	Tiến cứu
22	UKC group	2004	9th	316	51	115dbHL	Tiến cứu
23	Buss et al,	2008	1 năm	26	48	nặng- sâu	Tiến cứu
24	Dunn et al,	2010	-	30	56	96-102db	Cắt ngang
25	Koch et al,	2009	6 th	15	51	nặng- sâu	Tiến cứu
26	Litovsky	2006	6th	37	54	>70db sau nn	Tiến cứu
27	Litovsky	2009	6th	17	53	nặng -sâu	Tiến cứu
28	Mosnier et al,	2009	1 năm	27	45	nặng-sâu sau nn	Tiến cứu
29	Laske et al,	2009	-	29	31	nặng-sâu	Cắt ngang
30	Nopp et al,	2004	-	18	44		Cắt ngang
31	Ramsden	2005	9th	31	57	103-108	Tiến cứu
32	Verschuur	2005	9th	20	61	nặng-sâu	Tiến cứu
33	Zeitler et al,	2008	-	22	46	Điếc nặng	Hồi cứu
34	Cullington Zeng	2011	-	26	56	Điếc tiến triển	Hồi cứu
35	Laszig et al	2004	6th	37	46	nặng sâu	-
36	George alexiades	-	16 năm	33/618 20 TE			Hồi cứu
37	Jeffrey T Wang	2014	30 năm	191/ 2311			Hồi cứu
38	Thomas	1999	7 năm	16/191			Hồi cứu

Thời gian nghiên cứu từ 6 th đến 30 năm, từ năm 1999- 2021. Tuổi bé nhất 9 th tuổi và cao nhất 76t. Ngưỡng nghe: nặng đến sâu.

*** Chỉ định cấy ốc tai điện tử với bệnh nhân dị dạng ốc tai**

Bảng 4. Đặc điểm bệnh nhân dị dạng ốc tai

STT	Tác giả	Số bệnh nhân	Tình trạng ốc tai	Thính lực trước PT
1	Nguyễn Xuân Nam ⁵	2/146 (1,37%)	Dị dạng kiểu tạo khoang chung	108,75 dB
		1/146 (0,68%)	Ốc tai <1,5 vòng xoắn (Mondini)	102,5 dB
2	Lê Trần Quang Minh ¹³	2/54 (3,7%)	Dị dạng kiểu tạo khoang chung	Điếc nặng -> sâu
3	Deep ²⁵	1/13 (7,7%)	Rộng ống tiền đình	Điếc nặng
4		1/13 (7,7%)	Dị dạng kiểu Mondini	
5	Taytor E ³¹	9/9 BN(100%)	Rộng ống tiền đình	63,5-100dB

Nhận xét: có 5 nghiên cứu chỉ định cấy, 2 nghiên cứu có dị dạng Mondini ,2 nghiên cứu có dị dạng kiểu khoang chung. 1 nghiên cứu rộng ống tiền đình.



4. BÀN LUẬN

Trong 38 nghiên cứu được lựa chọn: Thời gian nghiên cứu từ 6 th đến 30 năm. Các nghiên cứu được thực hiện ở nhiều Quốc gia: Hoa Kỳ chiếm 39,5%, Úc 10,5%, Đức 10,5%, Anh 13,2%, Tây Ban Nha 2,6%, Việt Nam 13,2%, Bỉ 2,6%, Thụy Sĩ 5,26%) cỡ mẫu của mỗi nghiên cứu có sự dao động từ 3-638 bệnh nhân, Năm xuất bản của các nghiên cứu từ năm 1999 đến năm 2021.

* Chỉ định cấy điện cực ốc tai:

Tuổi được chỉ định cấy điện cực ốc tai của các nghiên cứu là từ 9 th tuổi nhỏ nhất cho đến người cao tuổi nhất là 76t. Ngưỡng nghe bệnh nhân nghe kém nặng đến điếc sâu.

Tuổi là một trong những yếu tố đầu tiên và hay được bàn đến trong các nghiên cứu về điện cực ốc tai. Theo Cao Minh Thành, tuổi trung bình của điếc bẩm sinh là 41 th, tuổi nhỏ nhất là 17 th tuổi lớn nhất là 68 th/Phạm Tiến Dũng tuổi từ 12-36th chiếm đa số và 37-49 th chiếm 13,4%,³² Lê Hồng Anh tuổi từ 12-72th³³, Lê Trần Quang Minh tuổi 24th-72th chiếm 69,1%, Theo Nguyễn Xuân Nam. bệnh nhân có tuổi từ 12 tháng đến 35 tháng, bệnh nhân nhỏ nhất là 12 tháng tuổi⁵ Đây là khoảng thời gian mà ngôn ngữ phát triển mạnh nhất, là lứa tuổi tối cần thiết cho sự phát triển nhận thức và ngôn ngữ của trẻ⁷⁸, tác động đến thời điểm này là thuận nhất theo sự phát triển sinh lý, giúp đạt được kết quả tối ưu. Có thể gọi đây là thời gian vàng cho việc cấy điện cực ốc tai cho trẻ điếc.⁰ Trong độ tuổi này thì sự phát triển ngôn ngữ là tốt nhất. Hiện nay xu hướng cấy ốc tai điện tử cho trẻ dưới 12th tuổi ngày càng phát triển Baumgartner Năm 1990 Cơ quan Quản lý Thuốc và Dược phẩm Hoa Kỳ mới chấp thuận việc tiến hành cấy điện cực ốc tai cho trẻ 2 tuổi, đến năm 1998 tuổi bắt đầu xem xét cấy điện cực ốc tai từ 18 tháng tuổi và từ năm 2000 là bắt đầu từ 12 tháng tuổi⁷. Đến nay một số tác giả còn thực hiện cấy cho trẻ sớm hơn nữa, từ nhỏ hơn 12 tháng tuổi. Thomas Roland khẳng định là an toàn và hiệu quả,⁵⁹ Lesinski-Schiedat không thấy tỉ lệ tai biến lớn hơn⁸⁰; James và Papsin Colletti, Miyamoto, Waltzman đều thấy không có tai biến trong và sau mổ. Nhờ có chẩn đoán sớm và việc sàng lọc ngày càng được áp dụng ở nhiều nơi mà việc can thiệp được thực hiện kịp thời.

Có 6 nghiên cứu có cấy lại điện cực ốc tai từ 2 lần trở lên với các nguyên nhân cấy lại khác nhau: nhiễm trùng, di lệch điện cực, lỗi điện cực.

Trẻ điếc 1 bên: Cấy ốc tai điện tử cho trẻ điếc 1 bên đã được thực hiện, dữ liệu lâm sàng đánh giá kết quả ít. Cục Quản lý Thực phẩm và Thuốc phê Hoa Kỳ phê duyệt chỉ định này năm 2019. Deep, Zeitler, Beck nhận thấy hầu hết trẻ em nghe lời nói được cải thiện trong tiếng ồn sau khi cấy ốc tai điện tử. Theo Távora-Vieira, Beck có sự thiếu cải thiện ở trẻ em điếc 1 bên bẩm sinh được cấy ghép sau 4 tuổi. Sự không đồng nhất và kích thích mẫu

nhỏ của các nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết phải có các nghiên cứu lâm sàng tiếp theo chi tiết hơn.

Chỉ định cấy ốc tai điện tử ở người lớn: không có giới hạn tuổi cấy ghép song cần chú ý đến bệnh lý toàn thân, toàn trạng cho phép gây mê.

Cấy ốc tai điện tử với các trường hợp dị dạng ốc tai

Có 4 Nghiên cứu cho thấy có ứng viên cấy điện cực ốc tai bất thường. Hai nghiên cứu có bất thường dạng Mondini trong đó (1 cả hai tai dạng Mondini, 1 nghiên cứu dị dạng Mondini 1 bên), 2 nghiên cứu có bất thường tạo khoang chung, chiếm 1,37% 2/54 trường hợp chiếm 1,37%. Sử dụng phân loại của Sennaroglu được nhiều người sử dụng nhất về phân loại các hình thái bất thường ốc tai. Theo Aschendorff dị dạng kiểu Mondini là phổ biến nhất trong các ốc tai bất thường, chiếm đến 45%. CT cung cấp những thông tin quan trọng về cấu trúc ốc tai, giúp cho việc xem xét bệnh nhân có cấu trúc giải phẫu bình thường không? Có còn đặt được điện cực vào trong ốc tai hay không. CT mang lại những thông tin quan trọng về ốc tai: bình thường hay bất thường (bất thường loại gì, còn có chỉ định mổ được không và nếu mổ thì sẽ phải lựa chọn loại điện cực như thế nào). CTscan được thống nhất là một bước bắt buộc phải có trong quy trình đánh giá, lựa chọn bệnh nhân và đưa ra chỉ định cấy điện cực ốc tai.

5. KẾT LUẬN

Thông qua tìm kiếm hệ thống và phân tích tài liệu trong y văn với 38 nghiên cứu về chủ đề cấy ốc tai điện tử chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- 1) Chỉ định cấy ốc tai điện tử: được chỉ định cho Bn điếc nặng-sâu, được thực hiện cho trẻ 9 tháng tuổi đến người lớn 76 tuổi
- 2) Có thực hiện trên trẻ dị dạng ốc tai và Ct là phương tiện cần thiết
- 3) Cần nghiên cứu thêm về chỉ định cấy ốc tai trên trẻ điếc 1 bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Jackler. Congenital malformation of the inner ear, Cummings Otolaryngology Head and Neck surgery, Mosby, 2005; 2726 - 2739.
- [2] Molter DW. Cochlear implantation in the congenitally malformed ear, Otolaryngol Head Neck Surg, 1993; 108: 174 - 7.
- [3] Buchman. Cochlear Implantation in Children with Congenital Inner Ear Malformations. The Laryngoscope, 2004; 114: 309-316.
- [4] Seunaruolu. A new classification for cochle-

- ovestibular malformation, *Laryngoscope*, 2002; 112(12): 2230 - 41.
- [5] Jeffery T. Wang. Rates of Revision and Device Failure in Cochlear Implant Surgery: A30 -Year Experience, *Laryngoscope*, 2014; 124(10): 2393-2399.
- [6] Mathieu. Cochlear Reimplantation: Causes of Failure, Outcomes, and Audiologic Performance, *Laryngoscope*, 2007; 117: 1225 -1235.
- [7] Lê Trần Quang Minh. Nghiên cứu phẫu thuật cấy ốc tai điện tử đa kênh, Luận án tiến sĩ y học. 2015.
- [8] Cao Minh Thành. Bước đầu đánh giá kết quả cấy ốc tai điện tử, Kỷ yếu hội nghị Tai mũi họng toàn quốc lần thứ XVI. 2013; 415-420.
- [9] Lương Hồng Châu. Đánh giá kết quả cấy ốc tai điện tử tại Bệnh viện Tai mũi họng trung ương từ tháng 8/2012-8/2013, Kỷ yếu hội nghị Tai mũi họng toàn quốc lần thứ XVI, 2013; 430-436.
- [10] Nguyễn Xuân Nam. Nghiên cứu thăm dò chức năng nghe, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả thính lực của trẻ cấy điện cực ốc tai. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học y Hà Nội. 2017.



DESCRIPTION OF TEMPORAL BONE DISEASE CAUSED BY LCH IN CHILDREN: CASE REPORT

Nguyen Tuyet Xuong^{1*}, Pham Dang Hoang Giang¹, Nguyen Xuan Nam¹, Nguyen Khac Truong¹, Trinh Duy Nin¹, Tran Thai Son¹, Vu Toan Manh¹, Than Huu Tiep¹, Nguyen Thi Ngoc Ha¹, Do Hong Diep¹, Vu Ngoc Quy¹, Nguyen Thi Anh Hong¹, Nguyen Phuong Dung¹, Ngo Minh Thuan¹, Nguyen Dac Cu¹, Nguyen Minh Hang¹, Dao Hoa Phuong¹, Nguyen Hoang Huy², Nguyen Thi To Uyen², Vuong Dinh Anh Tu³, Pham Phuc Khanh³

¹Vietnam National Children's Hospital - 879/18 La Thanh street, Lang Thuong, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²National Otorhinorhynology Hospital of Vietnam - 78 Giai Phong, Phuong Dinh, Dong Da, Ha Noi, Vietnam

³Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 01/03/2023

Revised 06/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Langerhans cell histiocytosis (LCH) was discovered and described by Paul Langerhans in 1868 as an increase in dendritic mononuclear cells when entering localized or diffuse organs. Most cases occur in children. Manifestations may include pulmonary infiltrates; bone damage; rash; and dysfunctions of the liver, blood-forming and endocrine organs. Diagnosis is based on biopsy. Poor prognostic factors include < age 2 years and multi-organ symptoms, involving the hematopoietic system, liver, spleen, or combination. Treatments include chemotherapy or local treatment with surgery or radiation therapy based on the extent of the disease. LCH has an incidence of 1 in 50,000 to 1 in 200,000 children in children, accounting for 5 to 8 children per 1 million children.

We referred the 3 cases diagnosed with LCH with temporal bone lesions at the Department of Otolaryngology, National Hospital of Pediatrics.

Keywords: Langerhans cell histiocytosis (LCH), children.

*Corresponding author

Email address: nguyenxuongnhp@yahoo.com

Phone number: (+84) 985285385

MÔ TẢ BỆNH LÝ XƯƠNG THÁI DƯƠNG DO LCH Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH

Nguyễn Tuyết Xương^{1*}, Phạm Đăng Hoàng Giang¹, Nguyễn Xuân Nam¹, Nguyễn Khắc Trường¹, Trịnh Duy Nin¹, Trần Thái Sơn¹, Vũ Toàn Mạnh¹, Thân Hữu Tiệp¹, Nguyễn Thị Ngọc Hà¹, Đỗ Hồng Điệp¹, Vũ Ngọc Quý¹, Nguyễn Thị Ánh Hồng¹, Nguyễn Phương Dung¹, Ngô Minh Thuận¹, Nguyễn Đắc Cừ¹, Nguyễn Minh Hằng¹, Đào Hoa Phượng¹, Nguyễn Hoàng Huy², Nguyễn Thị Tố Uyên², Vương Đình Anh Tú³, Phạm Phúc Khánh³

¹Bệnh viện Nhi trung ương - 879/18 đường La Thành, phường Láng Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương - 78 Giải Phóng, Phường Đình, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Đại Học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, Kim Liên, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 06/04/2023; Ngày duyệt đăng 10/05/2023

TÓM TẮT

Bệnh mô bào Langerhans (LCH) do Paul Langerhans phát hiện và mô tả năm 1868 là sự gia tăng của các tế bào đơn nhân đuôi gai khi xâm nhập vào các cơ quan khu trú hoặc khuếch tán. Hầu hết các trường hợp xảy ra ở trẻ em. Các biểu hiện có thể bao gồm thâm nhiễm phổi, tổn thương xương, phát ban, và các rối loạn chức năng gan, cơ quan tạo máu và nội tiết. Chẩn đoán dựa trên sinh thiết. Các yếu tố tiên lượng xấu bao gồm < 2 tuổi và các triệu chứng đa cơ quan, liên quan đến hệ thống tạo máu, gan, lách, hoặc kết hợp. Các phương pháp điều trị bao gồm hóa trị liệu hoặc điều trị tại chỗ bằng phẫu thuật hoặc xạ trị dựa trên mức độ bệnh. Bệnh LCH có tỷ lệ mắc từ 1/50.000 đến 1/200.000 ở trẻ em chiếm 5 đến 8 trẻ /1 triệu trẻ em.

Chúng tôi giới thiệu 3 trường hợp được chẩn đoán LCH có tổn thương xương Thái dương tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Nhi trung ương.

Từ khóa: Bệnh mô bào Langerhans (LCH), trẻ em.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong LCH, các tế bào đuôi gai tăng sinh bất thường xâm nhập vào một hoặc nhiều cơ quan. Có thể liên quan đến xương, da, răng, lợi, tai, tuyến nội tiết, phổi, gan, lách, hạch bạch và tủy xương. Các cơ quan bị ảnh hưởng do sự thâm nhiễm, gây ra rối loạn chức năng, hoặc thu hẹp các cấu trúc lành của cơ quan. 50% bệnh nhân có tổn thương từ 2 cơ quan trở lên do đó người ta thường phân loại bệnh thành đơn hệ thống và đa hệ thống

Bảng 1. Kiểu gen và kiểu hình LCH

Đột biến	Tỷ lệ	Tiên lượng
BRAFV600E	50 – 60 %	Nặng
Đột biến Allen trội MAP2K1.	10 – 15 %	Được coi là ung thư dòng tủy

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenvuongnhp@yahoo.com

Điện thoại: (+84) 985285385

Bảng 2: Tổn thương theo vị trí

Tổn thương tại cơ quan	Tỷ lệ	Cơ quan có tiên lượng nặng
Bệnh đơn hệ thống	50%	Vd bệnh u hạt bạch cầu ưa acid
Bệnh đa hệ thống Có yếu tố nguy hiểm	50%	Gan, Lách, hệ tạo máu . vd Letterer-Siwe.
Bệnh đa hệ thống có liên lượng tốt hơn		bệnh Hand-Schüller-Christian chiếm 40% bệnh LCH

Đơn hệ thống là tổn thương một trong nhiều trong những cơ quan sau: xương, da, hạch, phổi, hệ thần kinh trung ương, hoặc các vị trí hiếm gặp khác (ví dụ tuyến giáp, tuyến ức). Một ví dụ của bệnh đơn hệ thống u hạt bạch cầu ưa axit.

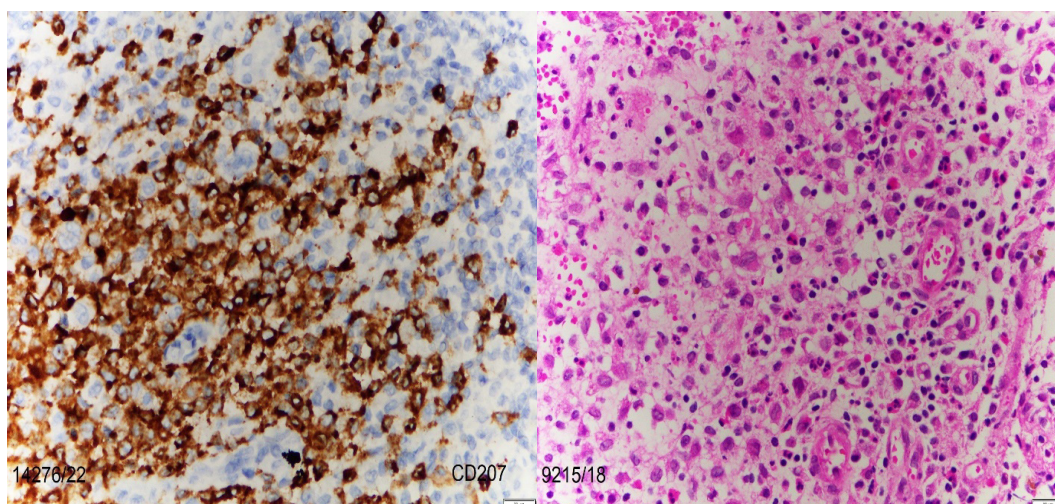
Đa hệ thống là bệnh ở hai hoặc nhiều hệ thống cơ quan. Các cơ quan có nguy cơ (các cơ quan liên quan đến bệnh có tiên lượng xấu hơn), bao gồm gan, lách và các cơ quan của hệ thống tạo máu có thể bị ảnh hưởng. Một ví dụ về bệnh đa hệ mà không có các cơ quan nguy cơ liên quan là bệnh Hand-Schüller-Christian. Một ví dụ về bệnh đa hệ có cơ quan nguy cơ là bệnh Letterer-Siwe.

Bệnh Hand-Schüller-Christian (bệnh đa hệ mà không có biểu hiện của cơ quan có nguy cơ). Hội chứng này (15 đến 40% trường hợp LCH) xảy ra ở trẻ từ 2 đến 5 tuổi và đôi khi ở một số trẻ lớn hơn và người lớn. Những dấu hiệu kinh điển trong rối loạn hệ thống này bao gồm sự liên quan đến xương dẹt: xương sọ, xương sườn, xương chậu, xương bả vai hoặc kết hợp. Ít gặp ở xương dài và cột sống thắt lưng, hiếm gặp ở: cổ tay, bàn tay, đầu gối, bàn chân, và đốt sống cổ. Trong các trường hợp kinh điển, bệnh nhân có lòi mắt do khối u to ở hốc mắt. Hiếm khi, mất thị lực hoặc lác do liên quan đến cơ vận nhãn hoặc thần kinh thị giác. Bệnh nhân lớn tuổi thường rụng răng do thâm nhiễm lợi.

Các bệnh viêm tai giữa và viêm tai mạn tính ngoài do liên quan đến các phần xương chũm và xương đá của thái dương. Đái tháo nhạt, tổn thương xương dẹt, lòi mắt là tam chứng kinh điển có ở 5 đến 50% bệnh nhân, với tỉ lệ phần trăm cao hơn ở trẻ em thể đa hệ và có tổn thương ở hốc mắt và xương sọ. Trên 40% trẻ em thể đa hệ có tầm vóc nhỏ bé. Tăng prolactin máu và suy sinh dục do thâm nhiễm vùng dưới đồi.

Cần chụp X-quang. Các tổn thương xương thường có vùng rìa sắc nét tròn hoặc bầu dục, Tuy nhiên, một số tổn thương không thể phân biệt bằng X quang với sarcoma Ewing, sarcoma xương, các tình trạng lành tính và ác tính khác, hoặc viêm tủy xương.

Chẩn đoán dựa trên sinh thiết. Các tế bào Langerhans thường nổi bật, ngoại trừ các tổn thương cũ hơn. Cần có nhiều kinh nghiệm để chẩn đoán LCH. Trên tiêu bản hóa mô miễn dịch, tế bào dương tính với CD1a bề mặt tế bào, CD207 (langerin) và S-100 (mặc dù không đặc hiệu). Cần xét nghiệm đột biến *BRAFV600E* và các đột biến đường MAPK khác. Khi đã có chẩn đoán xác định, cần đánh giá mức độ bệnh.



Hình 1. Hình ảnh GPB trong LCH

Bảng 3: Tiên lượng LCH

Tiên lượng	Tốt	Xấu
Tuổi	Tuổi > 2 năm	Tuổi < 2 năm
Cơ quan	Bệnh bị giới hạn ở da, hạch, hoặc xương	Bệnh xuất hiện ở các cơ quan nguy cơ (hệ thống tạo máu, gan, lá lách)

Bệnh nặng và tỷ lệ tử vong tăng ở những bệnh nhân có sự tham gia nhiều hệ thống, đặc biệt là những người có: Nếu có tổn thương các xương má, xương bướm, xương hốc mắt, xương sàng, xương thái dương, xương mặt có nghĩa sẽ có nguy cơ đối với hệ thống thần kinh trung ương (CNS), gây ra bệnh thoái hóa thần kinh vùng sợ mặt. Với điều trị, tỷ lệ sống của bệnh nhân đa hệ mà không có biểu hiện của cơ quan nguy cơ là 100% nhưng tỷ lệ sống LCH là khoảng 70%. Tử vong là hiếm, gặp ở những bệnh nhân có tổn thương các cơ quan, không đáp ứng với điều trị ban đầu. Bệnh tái phát là phổ biến. Bệnh có thể chuyển mạn tính, trầm trọng hơn, đặc biệt ở người lớn. Một số bằng chứng cho thấy bệnh nhân có đột biến *BRAFV600E* dễ bị tái phát hơn.

2. ĐIỀU TRỊ

Đôi khi có thể dùng hormon thay thế nếu suy tuyến yên, đái tháo nhạt. Có thể điều trị hóa chất dạng đa hệ, đơn hệ có tổn thương nhiều vị trí như là các tổn thương ở nền sọ. Có thể phẫu thuật, tiêm corticoid, tia xạ (nếu tổn thương xương đơn độc). Chăm sóc hỗ trợ

Hóa trị được chỉ định cho bệnh nhân đa hệ, đơn hệ có tổn thương nhiều vị trí như nền sọ (xương má, xương bướm, xương thái dương, xương sàng – 1, 2). Các phác đồ điều trị dựa trên hướng dẫn của Hội mô bào với những nguy cơ tùy loại. Các nghiên cứu hình ảnh được lặp lại sau 6 và 12 tuần để đánh giá đáp ứng với liệu pháp. Những bệnh nhân có đáp ứng tốt sẽ tiếp tục điều trị (3). Những bệnh nhân có đáp ứng kém hoặc tiến triển trong quá trình điều trị nên được điều trị chuyên sâu hơn. Các phác đồ cho những người đáp ứng kém đang được nghiên cứu.

Phẫu thuật tại chỗ, tiêm corticosteroid, phẫu thuật, hoặc đôi khi xạ trị được sử dụng nếu có tổn thương xương đơn độc. Các phương pháp điều trị này nên được thực

hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa có kinh nghiệm trong việc điều trị bệnh mất tế bào gốc của tế bào Langerhans. Có thể phẫu thuật ở những vị trí dễ tiếp cận. Nên tránh phẫu thuật nếu để lại các di chứng về thẩm mỹ và chức năng.

Xạ trị đôi khi được dùng cho bệnh nhân có nguy cơ biến dạng xương, mất thị lực thứ phát do lỗi mắt, gãy xương bệnh lý, sập đốt sống, và tổn thương tủy sống hoặc cho bệnh nhân đau nặng. Tuy nhiên, với việc sử dụng hóa chất và các loại thuốc nhắm mục tiêu, hiếm khi cần thiết.

Bệnh nhân có LCH tiến triển nên sử dụng hóa trị liệu tích cực hơn. Bệnh nhân không đáp ứng với hóa trị liệu cứu vớt có thể trải qua ghép tế bào gốc tạo máu giảm cường độ, hóa trị thực nghiệm, liệu pháp ức chế miễn dịch hoặc điều hòa miễn dịch khác. Bệnh nhân có đột biến *BRAFV600E* trong đó nhiều dòng điều trị thất bại có thể là ứng cử viên cho thuốc ức chế BRAF (ví dụ: vemurafenib, dabrafenib) một mình hoặc kết hợp với chất ức chế MEK (ví dụ: trametinib) và những người có đột biến khác có thể được xem xét cho RAS-RAF-Liệu pháp ức chế MEK-ERK (ví dụ: trametinib, cobimetinib 4).

3. BÁO CÁO CA BỆNH

3.1. Ca bệnh 1:

Bệnh nhân L M D (Nam) 4 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, đẻ thường, con thứ 2 trong gia đình, có chị 7 tuổi khỏe mạnh, chưa có em.

Vào viện ngày 15 tháng 3 năm 2023 với chẩn đoán viêm xương chũm bên phải, biến chứng xuất ngoại sau tai.

Khám lâm sàng: bệnh diễn biến 2 tuần, toàn trạng tốt, 14 kg, tim phổi bình thường, các cơ quan khác không có gì đặc biệt.

Khám TMH: Tai trái bình thường, tai phải sưng nề sau tai, rãnh sau tai mất, đau nhiều.

Nội soi TMH: Mũi họng và tai trái không có bất thường, tai Phải: ống tai hẹp nhiều mủ, thành sau ống tai sập.

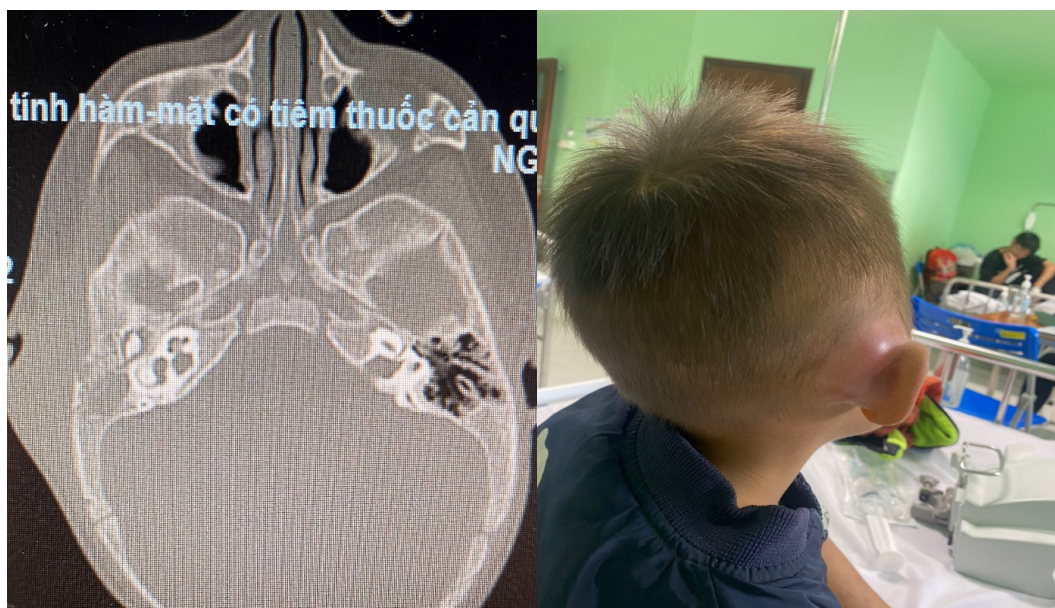
CT: VTXC P, mặt ngoài xương chũm không liên tục, có hình ảnh áp xe sau tai phải.

SA có ổ mủ sau tai, mặt ngoài xương chũm.

Xét nghiệm cơ bản: Tình trạng nhiễm trùng toàn thân nặng

Chỉ định: Mổ cấp cứu

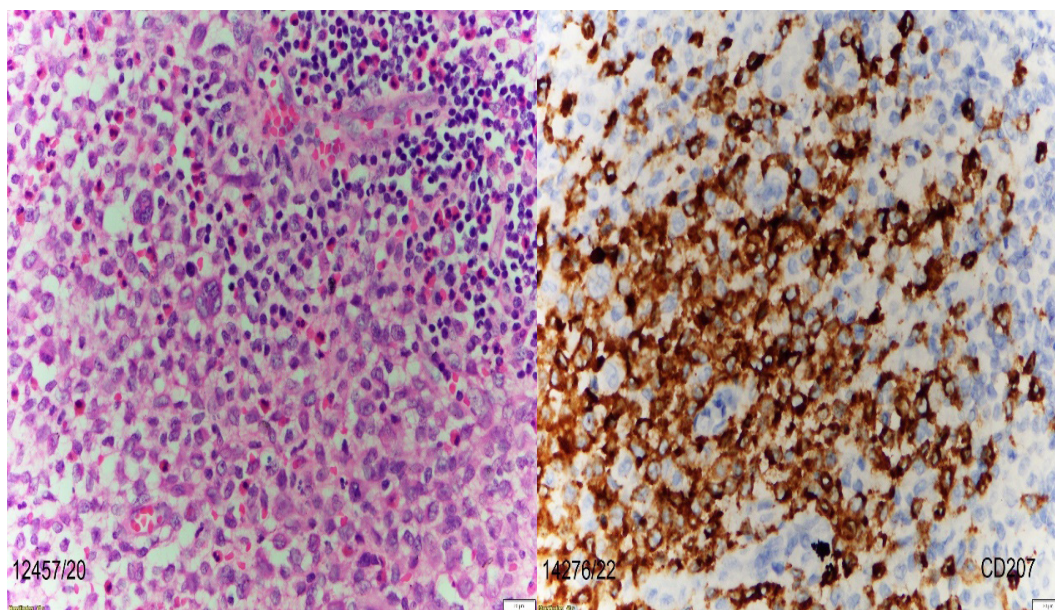
Quá trình phẫu thuật: Gây mê NKQ



Hình 2. Hình ảnh CT và nội soi TMH

Kết quả GPB: CD1a dương tính

Nuôi cấy vi khuẩn: âm tính



Hình 3. Hình ảnh GPB

CD lâm sàng: Viêm xương chũm P, Chỉ định phẫu thuật
XN trước phẫu thuật: trong giới hạn bình thường.

Diễn biến cuộc mổ: Rạch da sau tai đến sát xương chũm, bóc lộ mặt ngoài xương chũm thấy khuyết rộng mặt ngoài xương chũm, nhiều mủ đặc thối chảy ra, lấy mủ nuôi cấy, KSD kết quả âm tính với vi khuẩn.

Hút hết mủ rồi khoan vào xương chũm thấy nhiều tổ chức hoại tử, lấy tổ chức gửi GPB, đặt dẫn lưu và đóng vết mổ.

Hậu phẫu kháng sinh, corticoid, dinh dưỡng...

Sau 3 ngày có kết quả GPB, chẩn đoán xác định LCH chuyển ung bướu điều trị.

BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG
KHOA GIẢI PHẪU BỆNH

Mã y tế: 220782263
Mã số GPB: 1391/23
10028377

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM SINH THIẾT

Họ Tên: [Redacted]
Ngày sinh: [Redacted]
Đối tượng: [Redacted]
Địa chỉ: [Redacted]
Khoa: Khoa Tai - Mũi - Họng
Chẩn đoán: Viêm tai giữa không nang mủ viêm tai giữa không mủ
Bác sĩ chỉ định: Nguyễn Tuyết Xương
Vị trí lấy BP: Xương/Sụn
Thời gian lấy: 13:48 03/02/2023
Thời gian nhận: 14:19 06/02/2023
Người nhận: KTVXN, Mai Thị Oanh
Người thực hiện: [Redacted]
Thời gian duyệt: 09:11 09/02/2023
Người duyệt: BS. Trần Thị Thủy
Số block: 1

ĐẠI THỂ
Trong u: 01 mảnh bệnh phẩm kích thước 0,8x0,4x0,2 cm, nâu dai.

VI THỂ
Các mảnh sinh thiết thấy hình ảnh một số lá xương và mô mềm xâm nhập viêm đa dạng tế bào, trong đó nổi bật hình ảnh mô bào nhân tròn/oval, có khía, bào tương hồng xen kẽ bạch cầu ưa axít, bạch cầu đa nhân trung tính và rải rác tế bào khổng lồ nhiều nhân. Có chỗ chảy máu hoạt tử và mảnh xương chết.

CÁC PHƯƠNG PHÁP NHUỘM

STT	Mã số phiếu	Phương pháp nhuộm	SL	QTXN	Đánh giá
1	23010436220835	HE trên mô	1	QTXN.GP.14.1	

CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH
Hình ảnh u mô bào Langerhans (LCH)

BẢN LUẬN
Đề nghị chỉ định HMMĐ với 03 dấu ấn: CD207, CD1a, S100

Giờ 09:11, 09/ 02/ 2023
BÁC SĨ ĐỌC KẾT QUẢ

BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG
KHOA GIẢI PHẪU BỆNH

Mã y tế: 220782263
Mã số GPB: 1391/23
54000135

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM SINH THIẾT

Họ Tên: [Redacted]
Ngày sinh: [Redacted]
Đối tượng: [Redacted]
Địa chỉ: [Redacted]
Khoa: Khoa Tai - Mũi - Họng
Chẩn đoán: Viêm tai giữa không nang mủ viêm tai giữa không mủ
Bác sĩ chỉ định: Nguyễn Tuyết Xương
Vị trí lấy BP: Xương/Sụn
Thời gian lấy: 11:43 09/02/2023
Thời gian nhận: 14:44 09/02/2023
Người nhận: KTVXN, Mai Thị Oanh
Người thực hiện: [Redacted]
Thời gian duyệt: 16:51 10/02/2023
Người duyệt: BS. Hoàng Ngọc Thạch
Số block: 1

ĐẠI THỂ
Tổn thương xương đầu nhiều nơi: nhuộm hóa mô miễn dịch

VI THỂ
Tổn thương xương đầu nhiều nơi: nhuộm hóa mô miễn dịch
CD1a++, CD207++, S100+

CÁC PHƯƠNG PHÁP NHUỘM

STT	Mã số phiếu	Phương pháp nhuộm	SL	QTXN	Đánh giá
1	23010436220835	HE trên mô	1	QTXN.GP.14.1	
2	23010436312421	HMMĐ trên mô	3	QTXN.GP.16.1	CD1a++, CD207++, S100+

CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH
LCH - U mô bào Langerhan's

Giờ 16:51, 10/ 02/ 2023
BÁC SĨ ĐỌC KẾT QUẢ

Hình 4. Kết quả sinh thiết

3.2. Ca bệnh 2:

Bệnh nhân N. B L, bé trai 23 tháng tuổi

BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG
KHOA GIẢI PHẪU BỆNH

Mã y tế: 220782263
Mã số GPB: 1391/23
54000135

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM SINH THIẾT

Họ Tên: [Redacted]
Ngày sinh: [Redacted]
Đối tượng: [Redacted]
Địa chỉ: [Redacted]
Khoa: Khoa Tai - Mũi - Họng
Chẩn đoán: Viêm tai giữa không nang mủ viêm tai giữa không mủ
Bác sĩ chỉ định: Nguyễn Tuyết Xương
Vị trí lấy BP: Xương/Sụn
Thời gian lấy: 11:43 09/02/2023
Thời gian nhận: 14:44 09/02/2023
Người nhận: KTVXN, Mai Thị Oanh
Người thực hiện: [Redacted]
Thời gian duyệt: 16:51 10/02/2023
Người duyệt: BS. Hoàng Ngọc Thạch
Số block: 1

ĐẠI THỂ
Tổn thương xương đầu nhiều nơi: nhuộm hóa mô miễn dịch

VI THỂ
Tổn thương xương đầu nhiều nơi: nhuộm hóa mô miễn dịch
CD1a++, CD207++, S100+

CÁC PHƯƠNG PHÁP NHUỘM

STT	Mã số phiếu	Phương pháp nhuộm	SL	QTXN	Đánh giá
1	23010436220835	HE trên mô	1	QTXN.GP.14.1	
2	23010436312421	HMMĐ trên mô	3	QTXN.GP.16.1	CD1a++, CD207++, S100+

CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH
LCH - U mô bào Langerhan's

Giờ 16:51, 10/ 02/ 2023
BÁC SĨ ĐỌC KẾT QUẢ

Hình 5. Kết quả sinh thiết

Tiền sử khỏe mạnh

Trẻ bị bệnh 10 ngày nay, khám tại tuyến tỉnh chẩn đoán VTG trái cấp, điều trị kháng sinh không đỡ

Bệnh tiến triển nặng hơn, sưng đau sau tai gia đình đưa cháu đến bv Nhi trung ương

Khám lúc vào: trẻ tỉnh, không sốt

Sưng đau sau tai T, rãnh sau tai mắt, nội soi TMH thành sau ống tai sập, màng nhĩ phồng

Chụp CT khuyết xương mặt ngoài xương chũm T

Chẩn đoán ban đầu VTXC trái

CĐ phẫu thuật:

Các XN trước mổ: Tình trạng nhiễm trùng

Cách thức mổ: Rạch da sau tai vào mặt ngoài xương chũm lấy mũ gửi nuôi cấy kết quả âm tính

Lấy tổ chức hoại tử gửi GPB

Kết quả LCH

3.3. Ca bệnh 3:

Bệnh nhân B T D, 2 tuổi (sinh tháng 8 năm 2020)

Trẻ có tiền sử khỏe mạnh, vào viện năm 2022

Lý do liệt mặt ngoại biên T

Bệnh sử: trẻ bị bệnh 1 tuần, đau tai và chảy mũ tai P, được khám và điều trị VTG T nhưng không đỡ, xuất hiện liệt VII NB T

Khám lâm sàng: Tỉnh, không sốt, toàn trạng khỏe mạnh

Sưng đau sau tai P, rãnh sau tai P mất,

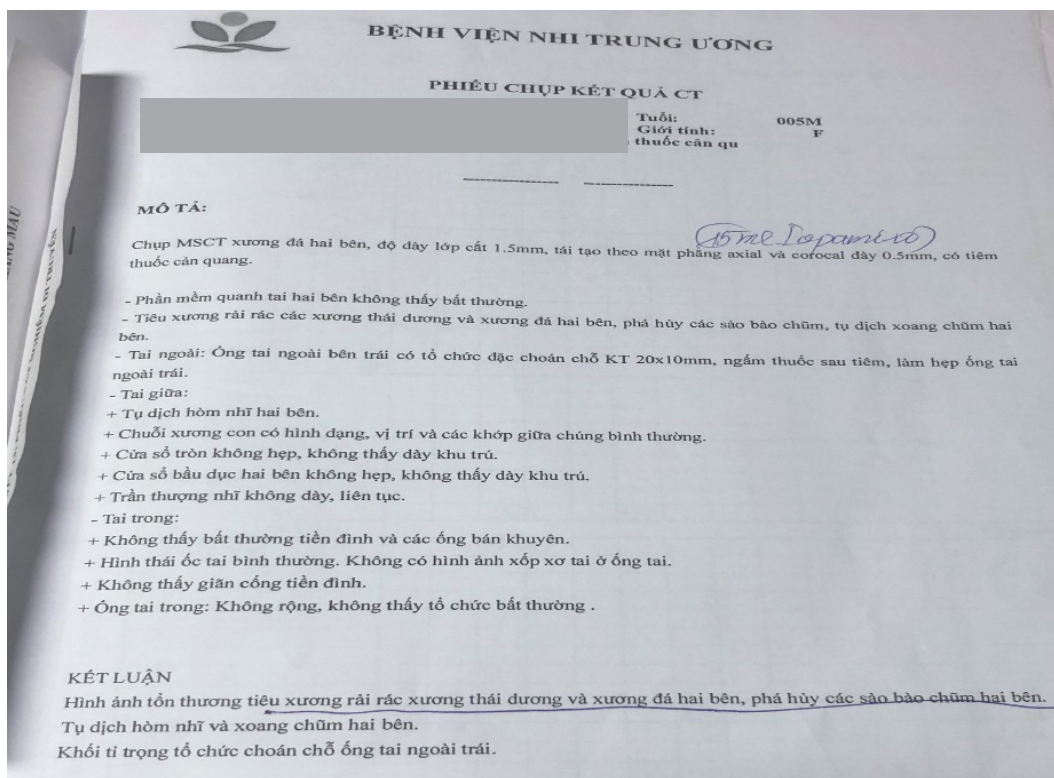
Nội soi TMH: Ống tai P chảy mũ thối, sập thành sau ống tai

Chụp CT: khuyết xương chũm, P, có khối giảm âm mặt ngoài xương chũm, thông bảo chũm P mờ,

Chẩn đoán: Viêm xương chũm cấp xuất ngoại, P, Liệt VII NB T

CD Phẫu thuật

XN trước mổ: Trong giới hạn bình thường.



Hình 6: Kết quả CT

Cách thức phẫu thuật: Mê toàn thân

Rạch da sau tai, vào sát mặt ngoài xương chũm, hút sạch mũ thối, thấy ổ khuyết xương lớn, nhiều tổ chức hoại tử, lấy tổ chức gửi GPB

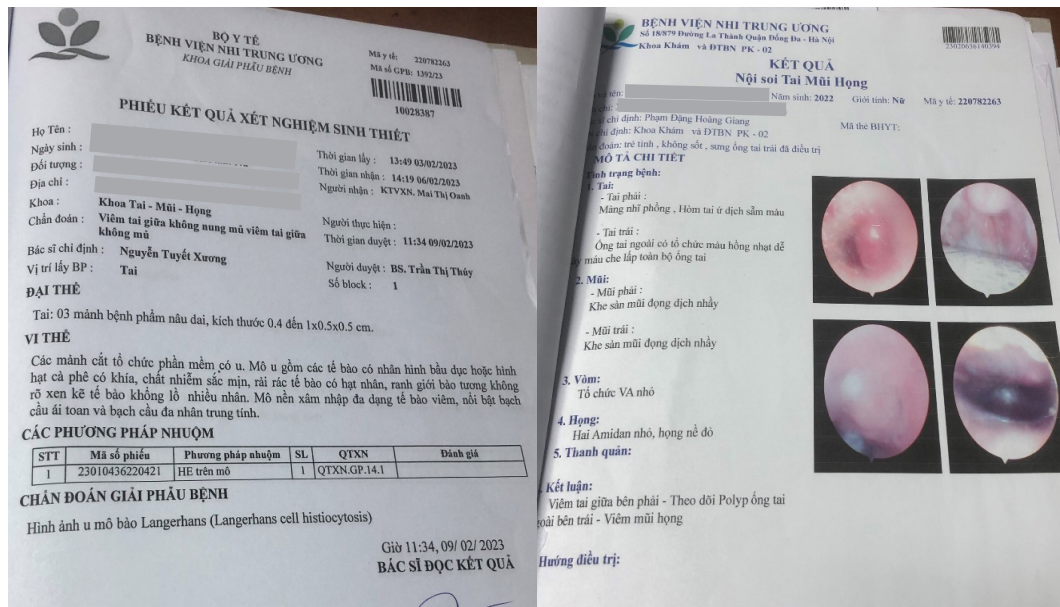
Hốc mổ chảy máu nhiều, tiến hành lấy bỏ tổ chức hoại

tử đến sát xương lành, cầm máu

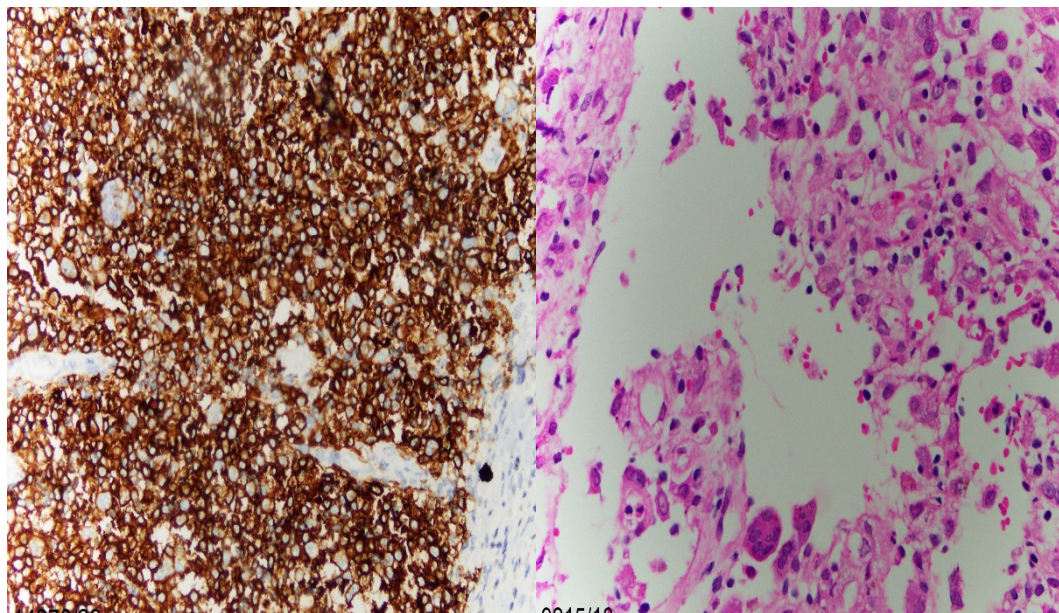
Đặt dẫn lưu

Sau mổ trẻ hết liệt mặt, không sốt, hậu phẫu ngày thứ 3 trẻ liệt mặt trở lại

Kết quả GPB CD1a Dương tính



Hình 7: Kết quả sinh thiết và nội soi TMH



Hình 8: Hình ảnh GPB

4. KẾT LUẬN

Cần nghĩ đến bệnh mô bào Langerhans ở bệnh nhân (đặc biệt là người trẻ) khi có thâm nhiễm phổi không lý giải, tổn thương xương, hoặc các bất thường trên mắt hoặc sọ mặt; và ở trẻ em < 2 tuổi có phát ban điển hình hoặc tổn thương đa cơ quan không lý giải. Một số bệnh lý về viêm xương chũm xuất ngoại sau tai cần chẩn đoán phân biệt với LCH. Giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định.

Điều trị bằng phẫu thuật, hóa chất, xạ trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Minkov M, Grois N, McClain K, et al: Langerhans cell histiocytosis Histocyte Society evaluation and treatment guidelines. April 2009.
- [2] Haupt R, Minkov M, Astigarraga I, et al: Langerhans cell histiocytosis (LCH): guidelines for diagnosis, clinical work-up, and treatment for patients till the age of 18 years. *Pediatr Blood Cancer* 60(2):175–184, 2013. doi: 10.1002/pbc.24367
- [3] Gadner H, Minkov M, Grois N, et al: Therapy prolongation improves outcome in

- multisystem Langerhans cell histiocytosis. *Blood* 121(25):5006–5014, 2013. doi: 10.1182/blood-2012-09-455774
- [4] Suh JK, Kang S, Kim H, et al: Recent advances in the understanding of the molecular pathogenesis and targeted therapy options in Langerhans cell histiocytosis. *Blood Res* 56(S1):S65–S69, 2021. doi: 10.5045/br.2021.2021013

A REVIEW OF THE SYSTEM FOR PROVIDING EARLY INTERVENTION SERVICES FOR CHILDREN WITH HEARING LOSS

Nguyen Ngoc Ha^{1*}, Nguyen Huy Hoang², Tran Van Dinh³, Nguyen Tuyet Xuong⁴

¹*Viet Tiep Friendship Hospital - 1 Nha Thuong, Cat Dai, Le Chan, Hai Phong, Vietnam*

²*Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh city, Nghe An, Vietnam*

³*National Institute of Hygiene and Epidemiology - 1 Yecxanh, Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam*

⁴*Vietnam National Children's Hospital - 879/18 La Thanh street, Lang Thuong, Dong Da, Hanoi, Vietnam*

Received 01/03/2023

Revised 15/04/2023; Accepted 12/05/2023

ABSTRACT

The aim of this systematic review is to identify the various models of EHDI (early hearing detection and intervention) using in developed and developing countries globally. Research was conducted from February to May 2023, by searching the Scopus, PubMed, Web of Science, Vietnamese journal databases for the period 1993–2022 for eligible studies and references. The article provides a summary of the EHDI model in the world and in Vietnam by generalizing the structures of the EHDI system: basic concepts, components of the EHDI system, resources for the EHDI system and EHDI system in the world and in Vietnam.

Keywords: Early hearing detection and intervention, EHDI, early intervention services, children with hearing loss, hearing screening.

*Corresponding author
Email address: ha.tmhvt@gmail.com
Phone number: (+84) 912427567



TỔNG QUAN VỀ HỆ THỐNG CUNG ỨNG DỊCH VỤ CAN THIỆP SỚM CHO TRẺ KHIẾM THÍNH

Nguyễn Ngọc Hà^{1*}, Nguyễn Huy Hoàng², Trần Văn Đình³, Nguyễn Tuyết Xương⁴

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp, Hải Phòng - 1 Nhà Thương, Cát Dài, Lê Chân, Hải Phòng, Việt Nam

²Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An, Việt Nam

³Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương - 1 Yecxanh, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

⁴Bệnh viện Nhi trung ương - 879/18 đường La Thành, phường Láng Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 15/04/2023; Ngày duyệt đăng 12/05/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm tổng quan các mô hình can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính hay dịch vụ EHDI (early hearing detection and intervention) đã và đang được triển khai ở các nước trên thế giới. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 02-05/2023, bằng cách tìm các tài liệu phù hợp trong các cơ sở dữ liệu Scopus, PubMed, Web of Science và Tạp chí tiếng Việt trong giai đoạn 1993–2022. Nghiên cứu đã cung cấp thông tin chi tiết và đầy đủ các mô hình EHDI trên thế giới và ở Việt Nam thông qua việc khái quát các cấu trúc của hệ thống EHDI: khái niệm cơ bản, các thành tố của hệ thống EHDI, nguồn lực cho hệ thống EHDI và hệ thống EHDI trên thế giới và ở Việt Nam.

Từ khóa: Phát hiện và can thiệp sớm, EHDI, dịch vụ can thiệp sớm, trẻ khiếm thính, sàng lọc thính lực, khiếm thính

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Can thiệp sớm (CTS) là những chỉ dẫn ban đầu dành cho trẻ và gia đình trẻ khuyết tật trước tuổi tiểu học nhằm kích thích và huy động nguồn lực cho sự phát triển tối đa ở trẻ, giúp trẻ có thể tham gia vào hệ thống giáo dục bình thường cũng như trong cuộc sống sau này [1, 2]. Can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính (KT) là những can thiệp nhằm cung cấp các dịch vụ cho trẻ và gia đình, giúp trẻ có thể phát triển khả năng nhận thức âm thanh và phát triển ngôn ngữ từ sớm. Can thiệp sớm là một quá trình bao gồm phát hiện, chẩn đoán sớm và CTS; có liên quan đến cả trẻ, cha mẹ, gia đình và cả xã hội [2, 3]. Can thiệp sớm không chỉ làm thay đổi tương lai của trẻ KT, mà còn làm giảm gánh nặng của gia đình và xã hội [2]. Khái niệm can thiệp sớm ở đây mang ý nghĩa nội hàm rộng hơn nội dung CTS sau khi đã có chẩn đoán xác định. Như vậy, CTS khiếm thính cần được tiến hành theo cách tiếp cận đa ngành và có hệ thống.

Can thiệp sớm cho trẻ KT có thể chia thành 3 nội dung chính như sau [2, 3]:

- Can thiệp về thính học: Bao gồm: sàng lọc, chẩn đoán và chăm sóc thính học.

- Hướng dẫn cha mẹ trẻ KT: tập trung chính vào giai đoạn trẻ từ 0 - 3 tuổi.

- Hỗ trợ trẻ trong môi trường hoà nhập: tập trung chính vào giai đoạn trẻ từ 3 - 6 tuổi ở trong trường mẫu giáo hoà nhập.

Khi trẻ được xác định KT thì công việc của người làm CTS là hướng dẫn cha mẹ cách giúp trẻ tiếp nhận ngôn ngữ và phát triển khả năng giao tiếp. Công việc này có thể thực hiện được ở nhà, ở trung tâm CTS hay ở cả hai nơi. Tùy theo đặc điểm của từng trẻ và gia đình mà có kế hoạch hỗ trợ cho thích hợp.

Khái niệm hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm

Hệ thống cung ứng dịch vụ phát hiện và CTS cho trẻ KT (Early Hearing Detection and Intervention (EHDI) systems) được hiểu là một hệ thống dịch vụ phối hợp đa ngành làm nhiệm vụ phát hiện sớm trẻ KT và cung

*Tác giả liên hệ
Email: ha.tmhvt@gmail.com
Điện thoại: (+84) 912427567

cấp các dịch vụ can thiệp thính học, y tế và giáo dục thích hợp [4].

Có thể hiểu hệ thống cung ứng dịch vụ phát hiện và CTS cho trẻ KT ở Việt Nam gồm các cơ sở thuộc hệ thống Y tế, Giáo dục và Bảo trợ xã hội, cung cấp các dịch vụ liên quan đến việc phát hiện và CTS cho trẻ KT [2].

Do lịch sử phát triển, do các điều kiện kinh tế, văn hóa xã hội và khoa học công nghệ khác nhau nên hệ thống EHDI có sự khác nhau rất lớn giữa các nước trên thế giới. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm tổng quan các mô hình EHDI đã và đang được triển khai trên thế giới.

2. PHƯƠNG PHÁP

Tổng quan tài liệu từ tháng 02-05/2023, tìm các tài liệu phù hợp trong các cơ sở dữ liệu Scopus, PubMed và Web of Science và các Tạp chí chuyên ngành tiếng Việt, tài liệu liên quan trong Thư viện quốc gia..... trong giai đoạn 1993–2022. Các cụm từ tiếng Việt tìm kiếm là “can thiệp sớm”, “nghe kém”, “giảm thính lực”, “khuyết tật thính”, “sàng lọc thính lực”, các cụm từ tiếng Anh tìm kiếm là “Early Hearing Detection and Intervention Systems”, “EHDI”, “hearing loss”, “deaf”, “early intervention”, “hearing screening”.

3. KẾT QUẢ

Các thành tố của hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm

Theo Trung tâm Quốc gia về Đánh giá và Quản lý Thính lực Mỹ (National Center for Hearing Assessment and Management - NCHAM) thì Hệ thống cung ứng dịch vụ CTS cho trẻ KT gồm có các thành tố chính sau [4]:

- 1) Sàng lọc thính lực sơ sinh
- 2) Sàng lọc thính lực tuổi mầm non
- 3) Chẩn đoán thính học
- 4) Can thiệp sớm
- 5) Hỗ trợ gia đình
- 6) Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà (Medical Home)
- 7) Quản lý dữ liệu
- 8) Tài chính và tiền bồi hoàn
- 9) Đánh giá chương trình

Các thành tố này là các khâu trong một quy trình liên tục và liên quan chặt chẽ với nhau. Trong đó, sàng lọc thính lực sơ sinh (SLTLSS) là bước quan trọng đầu tiên, là tiền đề để trẻ KT được chẩn đoán sớm và CTS. Các

thành tố còn lại là không thể thiếu để tạo ra một hệ thống dịch vụ EHDI bền vững, chất lượng.

Các nguồn lực cho hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm

Hệ thống cung ứng dịch vụ can thiệp sớm KT là một hệ thống dịch vụ phối hợp đa ngành, do vậy các nguồn lực phục vụ cho hệ thống cũng rất đa dạng. Thông thường, các nguồn lực chính được đề cập đến là: nhân lực, cơ sở hạ tầng và trang thiết bị, kinh phí và các kỹ thuật dịch vụ... Tuy nhiên, do hệ thống EHDI ở các nước khác nhau nên các tiêu chí về nguồn lực cũng có những sự khác nhau.

Tại Mỹ, Trung tâm Quốc gia về Đánh giá và Quản lý Thính lực Mỹ (NCHAM) hoạt động như một trung tâm nguồn lực quốc gia cho CTS. Bên cạnh đó còn có nhiều cơ quan, tổ chức cùng tham gia thực hiện [5]: Viện Sức khỏe Quốc gia, Viện Hàn lâm Nhi khoa, Viện Hàn lâm Thính học, Cục Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em, Ủy ban Hợp nhất về Thính lực trẻ sơ sinh, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa dịch bệnh, Hiệp hội Thính học - Ngôn ngữ - Lời nói, Hiệp hội Quốc gia của người Điếc.

Mỗi bang và vùng lãnh thổ đều có một hệ thống EHDI riêng, có hỗ trợ kinh phí của Chính phủ. Các chương trình được vận hành theo các phương thức hoạt động riêng với tiêu chuẩn và quy trình chất lượng đảm bảo, hướng tới mục tiêu chung quốc gia.

Dịch vụ phát hiện, CTS ở nước ta được thực hiện thông qua hệ thống Y tế - Giáo dục - Bảo trợ xã hội [2]. Trực tiếp tác động đến sự phát triển của trẻ là cha mẹ, người nuôi dưỡng, giáo viên, nhân viên y tế. Đứng sau đó là cả hệ thống Y tế - PHCN, hệ thống Giáo dục và các chính sách xã hội. Về phương diện lý thuyết, những nguyên tắc để CTS thành công là: theo nhu cầu, can thiệp toàn diện, có hệ thống và phối hợp đa ngành. Các dịch vụ CTS phải được cung cấp cho trẻ một cách đồng bộ, có sự phối hợp hài hòa và sự phân công trách nhiệm của các ngành Y tế và Giáo dục và vai trò điều phối của ủy ban nhân dân các cấp. Ngành Y tế đóng vai trò chủ đạo, quản lý, điều phối tập huấn chuyển giao chuyên môn kỹ thuật. Ngành Giáo dục thông qua giáo viên là người thực hiện CTS về giáo dục tại nhà trường, phối hợp cán bộ y tế theo dõi, giám sát việc tập luyện và sự tiên bộ của trẻ tại nhà.

Tổ chức dịch vụ phát hiện, can thiệp sớm khiếm thính

Mặc dù các chương trình phát hiện và CTS có sự khác biệt nhưng lại có chung một trình tự các bước triển khai thực hiện. Các bước này thường được đề cập một cách tổng quát là: Phát hiện - Chẩn đoán - Can thiệp. Việc hiểu được các khía cạnh quan trọng của từng bước nhằm giúp phát triển chương trình hiệu quả, hài hòa được tất cả các bên liên quan và cơ bản thỏa mãn các nhu cầu của trẻ KT và gia đình.

3.1. Hệ thống cung cấp dịch vụ can thiệp sớm trên thế giới

Hệ thống cung cấp dịch vụ CTS của các nước tiên tiến đã có quá trình phát triển lâu dài và đạt được nhiều thành tựu to lớn cả trong thực tiễn lẫn nghiên cứu ứng dụng. Trên cơ sở kết quả của các nghiên cứu khoa học cùng với lợi ích thu được từ các chương trình SLTLSS, Ủy ban Hợp nhất về Thính lực trẻ sơ sinh của Mỹ (JCIH-2007) đã thiết lập mục tiêu quốc gia về phát hiện và CTS khiếm thính với 3 khuyến cáo quan trọng, đã trở thành hướng dẫn tiêu chuẩn quốc tế: tất cả trẻ sơ sinh nên được sàng lọc thính lực trong vòng 1 tháng tuổi, những trẻ không qua được sàng lọc nên được đánh giá chẩn đoán thính học trước 3 tháng tuổi và những trẻ được chẩn đoán KT nên nhận được can thiệp trước 6 tháng tuổi [6, 7]. Thực tế cho thấy những nước triển khai tốt việc SLTLSS toàn bộ là những nước có hệ thống EHDI phát triển, có hiệu quả [8], và cũng còn những thách thức trong thực hiện hoạt động này ở tất cả các nước [9, 10]. Báo cáo cho thấy ngay cả những nước đang phát triển đều rất quan tâm đến chương trình SLTLSS và CTS [11].

a) Hệ thống cung cấp dịch vụ ở khu vực châu Âu

Việc phát hiện sớm KT và CTS đã trở thành tâm điểm của chương trình chăm sóc y tế ở phần lớn các nước châu Âu. Tuy nhiên, mức độ thực hiện và độ bao phủ của các chương trình EHDI khác nhau rất nhiều giữa các quốc gia, và có thể khác nhau giữa các vùng trong cùng một nước. Chương trình EHDI được luật pháp bắt buộc trong khoảng một nửa số nước và được khuyến khích mạnh mẽ trong nửa còn lại; Khoảng 50% các nước thực hiện chương trình EHDI trên toàn quốc, 30% các nước thực hiện theo khu vực, và 20% các nước thực hiện theo các sáng kiến của địa phương. Trong 60% các nước có chương trình quốc gia, các quy trình được chuẩn hóa, thống nhất.

Trong khoảng 80% các nước có chương trình quốc gia, tỷ lệ SLTLSS đạt hơn 80%. Tuy nhiên, chỉ một nửa các nước này, trẻ nhận được đánh giá thính học thích hợp trong vòng 3 tháng tuổi. Trong số đó, chỉ có bốn quốc gia đảm bảo rằng dịch vụ CTS được cung cấp tới tất cả những trẻ KT trong vòng 6 tháng tuổi [8].

b) Hệ thống cung cấp dịch vụ trong khu vực Đông và Nam Á

Rất ít nước có chương trình EHDI quốc gia về SLTLSS (Ấn Độ, Singapo, Philipine...) nhưng có nhiều tổ chức thực hiện hoạt động này và có nhiều trung tâm tư nhân cung cấp điện cực ốc tai (Bangladesh, Indonesia, Myanmar, Thái Lan...). Một số nước có chương trình hỗ trợ máy trợ thính miễn phí (Bhutan, Thái Lan, Ấn Độ...) nhưng còn có nhiều nước đang phải đối mặt với sự thiếu hụt chuyên gia thính học, trang thiết bị và nguồn lực vật chất khác (Maldives, Myanmar, Nepal...).

Các rào cản để thực hiện chương trình là: Ưu tiên y tế cấp bách khác; thiếu hụt nguồn lực thính học, đặc biệt nguồn nhân lực; khó tiếp cận cơ sở dịch vụ đối với người dân nói chung; không sẵn có các dịch vụ PHCN; thiếu sự phối hợp liên ngành. Đây cũng là thực trạng chung gặp ở các nước đang phát triển [9, 10, 12].

Các kết quả nghiên cứu cũng cho thấy xu hướng hiện nay KT được phát hiện sớm hơn nhờ SLTLSS toàn bộ [13, 14]. Tuy nhiên tuổi xác định và đeo máy trợ thính ở các nước đang phát triển vẫn còn muộn [6, 15-17].

c) Hệ thống cung cấp dịch vụ ở Mỹ

Mỹ là một trong những nước đi đầu trong việc xây dựng, nghiên cứu và phát triển hệ thống cung cấp dịch vụ CTS. Ở Mỹ, khoảng 4 triệu trẻ sơ sinh được sinh ra mỗi năm, 98% trong số đó được sinh ra tại bệnh viện. Vào tháng Ba năm 1993, Viện Sức khỏe Quốc gia khuyến cáo rằng tất cả trẻ sơ sinh nên được sàng lọc thính lực trước khi xuất viện. Kể từ đó, tỷ lệ SLTLSS đã tăng từ dưới 5% lên hơn 95% [8, 18].

Mỗi tiểu bang và vùng lãnh thổ thành lập một chương trình phát hiện và CTS khiếm thính (EHDI) [19]. Chương trình tự nguyện ở 4 bang, bắt buộc ở 46 bang và vùng lãnh thổ. Tất cả trẻ sơ sinh được sàng lọc thính lực trước khi xuất viện. Nếu trẻ không qua được sàng lọc lần 2 sẽ tiếp tục được gửi đánh giá chẩn đoán thính học. Những trẻ xuất viện sớm, chưa được SLTLSS vì một lý do nào đó sẽ được thông báo cho Medical Home là điều phối viên chương trình tại địa phương. Điều phối viên sẽ tiếp cận, tư vấn và giới thiệu cho gia đình đưa trẻ tới các cơ sở cung cấp dịch vụ tại nơi cư trú. Nếu trẻ được sinh ra tại nhà hoặc trung tâm bảo sanh thì cũng dễ dàng tiếp cận dịch vụ trên địa bàn, thậm chí có thể sàng lọc tại phòng mạch tư hoặc cơ sở thính học tư nhân. Những trẻ có nguy cơ cao KT nếu vượt qua được sàng lọc thì vẫn được hẹn tiếp tục kiểm tra thính lực thường xuyên nhằm phát hiện KT khởi phát muộn [20, 21]. Thời gian từ khi trẻ KT được xác định đến khi ghi danh vào dịch vụ can thiệp thường trong vòng một tháng [4, 8].

Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa dịch bệnh đã thiết lập một hệ thống dữ liệu điện tử khảo sát và theo dõi EHDI. Trong đó, các bang được yêu cầu gửi thông tin báo cáo về số lượng trẻ được sàng lọc, chẩn đoán và nhận được CTS. Ba hoạt động quản lý thông tin luôn được mô tả trong thiết kế chương trình là sàng lọc thính lực, chẩn đoán và can thiệp [22]. Trong năm 2011 tỷ lệ SLTLSS là hơn 97% [4, 23].

Tuy nhiên, vẫn còn những rào cản trong việc liên kết các gia đình có trẻ không qua được sàng lọc để tiếp tục theo dõi [14, 24].

3.2. Tại Việt Nam

Ở nước ta, chương trình CTS mới hình thành cùng với quá trình xây dựng và phát triển của ngành Giáo dục

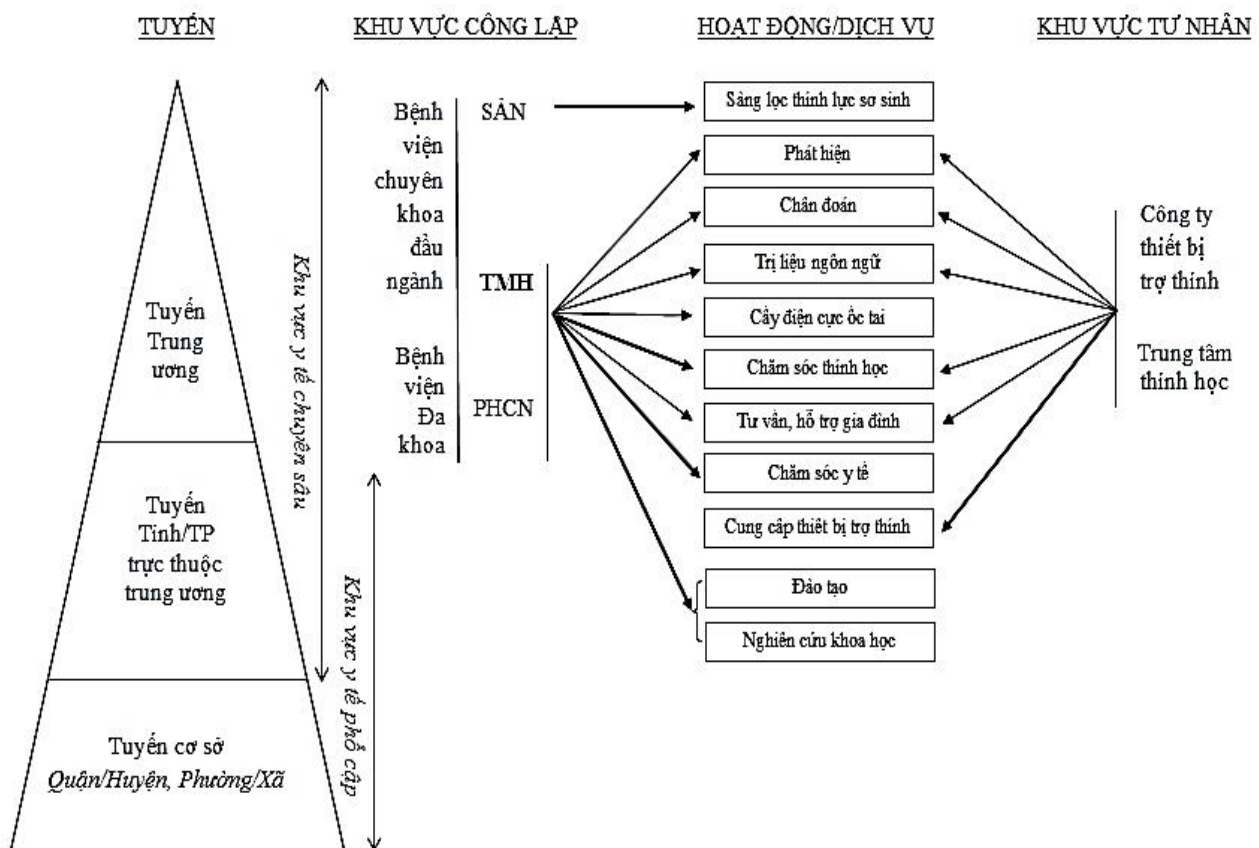
đặc biệt cho trẻ khuyết tật trong khoảng hơn 2 thập kỉ trở lại đây và đã đạt được một số kết quả nhất định. Tuy nhiên, so với nhu cầu của thực tiễn CTS ở trong nước cũng như so với các nước phát triển vẫn tồn tại những khoảng cách đáng kể, đòi hỏi nỗ lực cập nhật [2, 25]. Đến nay, đã có nhiều cơ sở trên toàn quốc thực hiện CTS cho trẻ KT. Nhưng do chưa có chương trình quốc gia thống nhất về hoạt động này nên vẫn còn thiếu sự gắn kết và phối hợp đồng bộ giữa các ngành liên quan, giữa chương trình CTS với các chính sách giáo dục của quốc gia và của địa phương [1, 25].

Các nhà chuyên môn đã nỗ lực tiến hành CTS dựa trên những kinh nghiệm thực tế, kết hợp tham khảo tài liệu, kiến thức từ nước ngoài nhưng hiệu quả chưa thực sự cao do việc SLTLSS chưa được quan tâm đúng mức. Vì vậy, chúng ta có rất ít công trình nghiên cứu về CTS cho trẻ KT, và còn rất nhiều khoảng trống trong bức tranh toàn cảnh về CTS tại Việt Nam. Mặt khác, trong việc tổ chức thực hiện CTS, nhiều nhà nghiên cứu và cung cấp dịch vụ chưa có cái nhìn toàn diện và sâu sắc cũng như cách tiếp cận phù hợp với nhu cầu thực tiễn. Các loại hình dịch vụ mới chỉ cung cấp ở phạm vi tại chỗ mà chưa đạt được qui mô cộng đồng. Ngoài ra, sự phát triển gần đây của chuyên ngành ngôn ngữ trị liệu

trong lĩnh vực Y tế - PHCN ở nước ta dường như độc lập và có những góc nhìn khác với các nhà chuyên môn trong giáo dục đặc biệt đòi hỏi cần tìm hiểu, đối chiếu và thống nhất nội dung thực hiện cần thiết [26].

a) Mô hình cung cấp dịch vụ thuộc hệ thống y tế:

Hiện nay ở nước ta vẫn tồn tại nhiều mô hình cung cấp dịch vụ thuộc hệ thống Y tế, hệ thống Giáo dục và hệ thống Bảo trợ xã hội. Các mô hình này hoạt động tương đối độc lập. Dựa theo sơ đồ “Mô hình chung tổ chức bộ máy y tế Việt Nam” [27] có thể mô tả Mô hình cung cấp dịch vụ CTS thuộc hệ thống Y tế và Giáo dục như trong Hình 1, Hình 2. Hệ thống Y tế có rất ít cơ sở có khả năng cung cấp đầy đủ dịch vụ khép kín từ sàng lọc phát hiện tới can thiệp. Các cơ sở thuộc hệ thống Giáo dục thường không có dịch vụ can thiệp thính học. Do vậy bị hạn chế về việc chủ động phát hiện sớm trẻ KT. Dịch vụ cung cấp chủ yếu là trị liệu ngôn ngữ và tư vấn, hỗ trợ gia đình. Việc tiếp cận dịch vụ cũng rất khó khăn đối với những gia đình ở vùng xa trung tâm. Nghiên cứu (2012) về tuổi phát hiện, chẩn đoán và đeo máy của học sinh KT cho tuổi tương ứng là 21,3; 30,4 và 30 tháng [28]; nghiên cứu trước đó (2004) cho kết quả là 25; 38 và 35 tháng [25], rất muộn so với khuyến cáo 1-3-6 của JCIH.

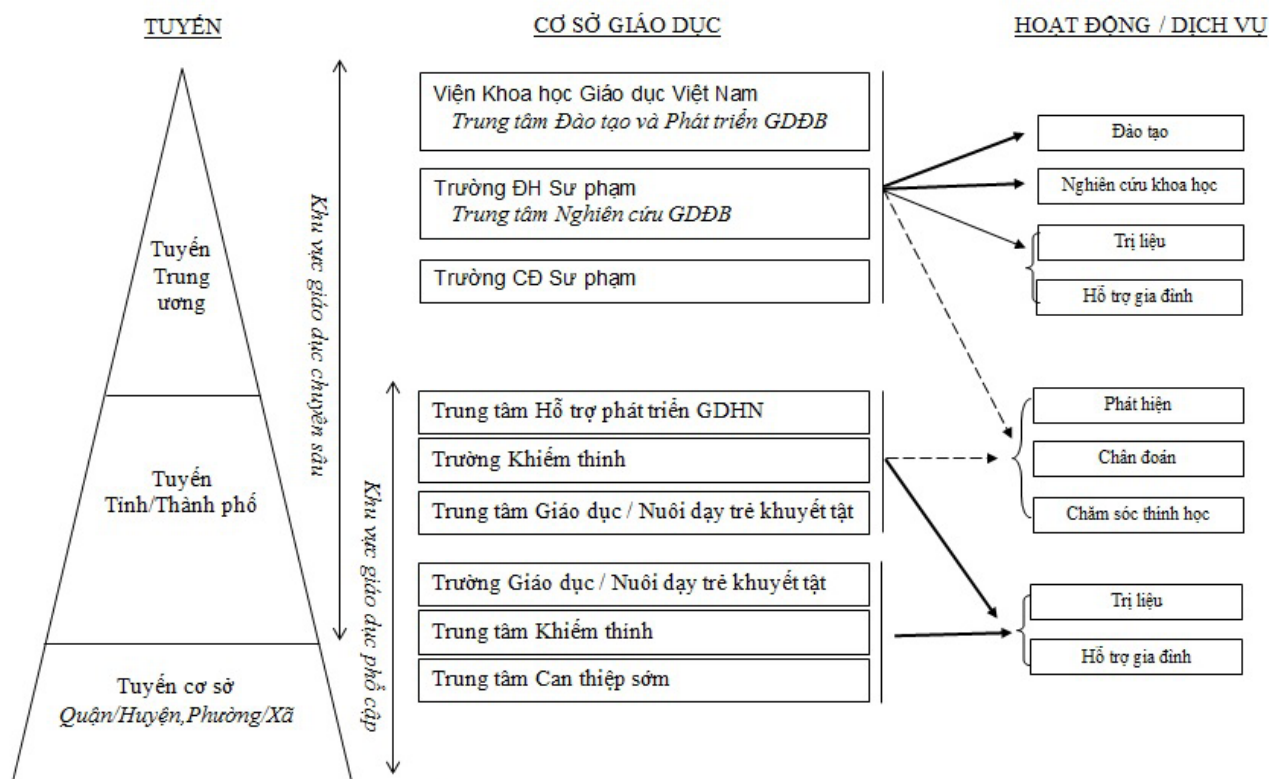


Hình 1. Mô hình cung cấp dịch vụ CTS thuộc hệ thống thống Y tế

Chú thích: Nguồn: Tác giả tự tổng hợp.

Mũi tên đậm chỉ ưu thế về mặt hoạt động/dịch vụ giữa khu vực công lập và tư nhân.

b) Mô hình cung cấp dịch vụ thuộc hệ thống giáo dục:



Hình 2. Mô hình cung cấp dịch vụ CTS thuộc hệ thống Giáo dục

Chú thích: Nguồn: Tác giả tự tổng hợp.

Mũi tên đậm chỉ ưu thế về mặt hoạt động/dịch vụ giữa các tuyến.

Có một số trung tâm nuôi dạy trẻ khuyết tật, nhà tình thương thuộc quản lý của Sở LĐ-TB & XH với chủ yếu là các dịch vụ hướng nghiệp dạy nghề, ít có dịch vụ CTS.

Một số trung tâm thính học và thiết bị máy trợ thính cung cấp dịch vụ sàng lọc phát hiện sớm, cung cấp thiết bị trợ thính, chăm sóc thính học, tư vấn hỗ trợ gia đình. Đây là một nguồn lực cung cấp dịch vụ đáng kể có vai trò tích cực trong khi các cơ sở công lập còn hạn chế về trang thiết bị, nhân lực. Tuy nhiên việc tiếp cận dịch vụ cũng khó khăn do mới chỉ có ở một số tỉnh/thành lớn.

Một điều quan trọng nữa về mặt tổ chức là hệ thống, mạng lưới, cơ sở PHCN cho trẻ KT chưa được thống nhất. Nơi thì do Sở Giáo dục quản lý, nơi khác thì do Sở LĐ-TB & XH hay Y tế quản lý, thậm chí có nơi lại thuộc chính quyền các cấp trực tiếp điều hành. Tình trạng này gây trở ngại cho việc chỉ đạo, thống nhất hướng đi, nội dung chương trình, triển khai công tác can thiệp, nhất là việc SLTLSS [2, 25].

Các Bộ, ban ngành liên quan đến lĩnh vực khuyết tật chưa có sự phối hợp chặt chẽ, chưa đồng bộ, thiếu sự chỉ đạo thống nhất chung. Các nguồn thông tin được thu thập, tổng hợp chủ yếu qua hệ thống báo cáo hành

chính...” [31]. Điều này cho thấy để tăng cường việc tổ chức và chất lượng của hệ thống cung ứng dịch vụ CTS cho trẻ KT tại Việt Nam, rất cần sự tham gia đồng bộ của tất cả các cấp, ngành liên quan cùng toàn thể xã hội theo chủ trương xã hội hóa y tế và xã hội hóa giáo dục của Đảng.

4. KẾT LUẬN

Ở các quốc gia phát triển, CTS cho trẻ KT đã trở thành tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe trẻ em và là Chương trình mục tiêu quốc gia. Mô hình phát hiện và CTS khiếm thính được thiết lập và vận hành một cách hệ thống, khoa học và hiệu quả.

Ở Việt Nam, và các nước đang phát triển, CTS cho trẻ KT còn là một lĩnh vực non trẻ, những thành tựu đạt được trong cả 3 khía cạnh hoạt động nghiên cứu, đào tạo và cung cấp dịch vụ đã đáp ứng bước đầu nhu cầu thực tiễn. Tuy nhiên, đa số các nước chưa có chương trình quốc gia SLTLSS, mô hình hoạt động vẫn còn rất nhiều khó khăn và thách thức về: cơ sở hạ tầng, các nguồn lực, tính hệ thống và sự tổ chức, phối hợp liên ngành...

5. KHUYẾN NGHỊ

Trong xu thế hội nhập và phát triển hiện nay, trong lĩnh vực phát hiện và CTS khiếm thính ở Việt Nam, việc học hỏi kinh nghiệm quý báu ở các quốc gia phát triển và nỗ lực thu hẹp khoảng cách trong nước với quốc tế là yêu cầu cấp thiết. Đặc biệt, cần ưu tiên triển khai chương trình quốc gia SLTLSS toàn bộ.

Các ngành, các đơn vị cung cấp dịch vụ, các nhà chuyên môn cần chủ động, tích cực hơn nữa trong hoạt động của mình cũng như tăng cường phối hợp trong hệ thống để tăng cường khả năng đáp ứng và cải thiện nhu cầu tiếp cận, sử dụng dịch vụ của gia đình và trẻ KT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Thị Thiệp, Hoàng Thị Nho, Trần Thị Minh Thành. Giáo trình Can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật. Hà Nội: Nhà xuất bản Đại học Sư phạm 2014.
- [2] Nguyễn Thị Hoàng Yến. Đại cương về giáo dục trẻ khiếm thính. Nhà xuất bản Đại học Sư phạm. 2007.
- [3] Trần Thị Thiệp, Bùi Thị Lâm, Hoàng Thị Nho, Trần Thị Minh Thành. Giáo trình Can thiệp sớm và Giáo dục hòa nhập cho trẻ khuyết tật. Hà nội: Nhà xuất bản Giáo dục; 2006.
- [4] National Center for Hearing Assessment and Management. EHDI Components 2015 [Available from: at <http://infantheating.org/>].
- [5] Karl R. White. The current status of EHDI programs in the United States. Mental retardation and developmental disabilities. 2003;9:79–88.
- [6] 6. Low W. K và các cộng sự. Universal newborn hearing screening in Singapore: the need, implementation and challenges. Ann Acad Med Singapore. 2005;34(4):6-301.
- [7] Muse C, Harrison J, Yoshinaga-Itano C, Grimes A, Brookhouser PE, Epstein S, et al. Supplement to the JCIH 2007 position statement: principles and guidelines for early intervention after confirmation that a child is deaf or hard of hearing. Pediatrics. 2013;131(4):e1324-49.
- [8] WHO. Newborn and infant hearing screening: current issues and guiding principles for action. Geneva: WHO press; 2010.
- [9] Naidoo N, Khan NB. Analysis of barriers and facilitators to early hearing detection and intervention in KwaZulu-Natal, South Africa. The South African journal of communication disorders = Die Suid-Afrikaanse tydskrif vir Kommunikasieafwykings. 2022;69(1):e1-e12.
- [10] Nguyễn Ngọc Hà, Nguyễn Tuyết Xương, Nguyễn Anh Dũng, Võ Thanh Quang. Thực trạng khả năng cung ứng của các cơ sở cung cấp dịch vụ can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính tại Hải Phòng. Tạp chí Y học cộng đồng. 2017;37(tháng 3+4/2017):157-64.
- [11] Huang L. H, Zhang L, G TRY, Qi F. H, Sun L, Teng Y. Cost-effectiveness analysis of neonatal hearing screening program in china: should universal screening be prioritized? BMC Health Services Research. 2012;12:97.
- [12] Prasansuk S. Incidence/prevalence of sensorineural hearing impairment in Thailand and Southeast Asia. Audiology. 2000;39(4):11-207.
- [13] Harrison M, Roush J, Wallace J. Trends in age of identification and intervention in infants with hearing loss. Ear Hear 2003;24(1):89-95.
- [14] Hutt N, Rhodes C, T F. Post-natal hearing loss in universal neonatal hearing screening communities: Current limitations and future directions. Journal of Paediatrics and Child Health. 2008;44(3):87– 91.
- [15] Abdullah A, Hazim M.Y, Almyzan A, Jamilah A.G, Roslin S, Ann M.T, et al. Newborn hearing screening: Experience in a Malaysian hospital. Singapore Med Journal. 2006;47(1):60 - 4.
- [16] Chen G và các cộng sự. Screening of delayed-onset hearing loss in preschool children in the mid-south of China. Int J Audiol. 2013;52(8):71-568.
- [17] Jafari Z, Malayeri S, Ashayeri H. The ages of suspicion, diagnosis, amplification, and intervention in deaf children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2007;71(1):35-40.
- [18] Williams TR, Alam S, Gaffney M. Progress in identifying infants with hearing loss—United States, 2006-2012. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2015;64(13):351-6.
- [19] Chung W, Beauchaine KL, Grimes A, O’Hollearn T, Mason C, Ringwalt S. Reporting Newborn Audiologic Results to State EHDI Programs. Ear Hear. 2017;38(5):638-42.
- [20] Beswick R, Driscoll C, Kei J, S G. Targeted surveillance for postnatal hearing loss: A program evaluation. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2012;76(7):1046–56.
- [21] Dedhia K, Kitsko D, Sabo D, DH C. Children With Sensorineural Hearing Loss After Passing the Newborn Hearing Screening. JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery. 2013;139(2):119–23.
- [22] Schmeltz L. R, J F. Chapter 31: EHDI Information Management: National Center for Hearing Assessment and Management - eBook 2015; 2015 [Available from: at http://www.infantheating.org/ehdi-ebook/2015_ebook/31-Chapter-31InfoManagement2015.pdf].
- [23] Williams T.R, Alam S, M G. Progress in Identifying Infants with Hearing Loss — United States, 2006–2012. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2015;64(13):351-6.
- [24] Alam S, Satterfield A, Maso C. A, Deng X. Prog-

ress in Standardization of Reporting and Analysis of Data from Early Hearing Detection and Intervention (EHDI) Programs. Journal of early hearing detection and intervention. 2016;1(2):2-7.

- [25] Trần Thị Thiệp. Một số biện pháp tổ chức thực hiện can thiệp sớm cho trẻ khiếm thính. Hà Nội: Đại học Sư phạm Hà Nội; 2004.
- [26] Lê Thị Tố Uyên, Bùi Thế Hợp, Nguyễn Thị Lan Anh. Nghiên cứu tổng quan về phát triển chuyên ngành giáo dục sửa tật ngôn ngữ. Hà Nội: Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam; 2013.
- [27] Trương Việt Dũng, Nguyễn Duy Luật. Tổ chức và quản lý Y tế - Sách đào tạo bác sĩ đa khoa. Hà Nội, tr 21-41; 191-202: Bộ Y tế; 2007.
- [28] Nguyễn Ngọc Hà, Nguyễn Anh Dũng, Võ Thanh Quang. Tuổi phát hiện, chẩn đoán và đeo máy của học sinh Trường Khiếm thính Hải Phòng. Tạp chí Y học dự phòng. 2015;Tập XXV, số 8(168):420-5.
- [29] Bộ Giáo dục và Đào tạo. Quyết định số 23/2006/QĐ-BGDĐT Ban hành Quy định về giáo dục hòa nhập dành cho người tàn tật, khuyết tật. 2006.
- [30] Lê Văn Tạc. Xây dựng mô hình Trung tâm Hỗ trợ phát triển giáo dục hòa nhập trẻ khuyết tật. Hà Nội: Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam; 2008.
- [31] Ban điều phối các hoạt động hỗ trợ người tàn tật Việt Nam (NCCD). Báo cáo 2010 về hoạt động hỗ trợ người khuyết tật Việt Nam. Hà Nội; 2010.

INITIAL RESULTS OF COCHLEAR IMPLANTATION AT NGHE AN OBSTETRIC AND PEDIATRICS HOSPITAL: CASE REPORT

Tang Xuan Hai^{1*}, Dinh Xuan Huong¹, Phan Quang Trung¹, Nguyen Tuyet Xuong², Nguyen Xuan Nam², Nguyen Hoang Huy³, Nguyen Thi To Uyen³, Trinh Duy Nin²

¹Nghe An Obstetrics and Children's Hospital - 19 Ton That Tung, Hung Dung, Vinh City, Nghe An, Vietnam

²Vietnam National Children's Hospital - 879/18 La Thanh street, Lang Thuong, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³National Otorhinorhynology Hospital of Vietnam - 78 Giai Phong, Phuong Dinh, Dong Da, Ha Noi, Vietnam

Received 28/02/2023

Revised 30/03/2023; Accepted 06/05/2023

ABSTRACT

Cochlear implants (CI) is a highly technical surgery aimed at restoring hearing loss to people with severe, profound hearing loss for whom hearing aids are ineffective. Cochlear implants have been practiced in Vietnam for more than 20 years but have only been developed in large centers such as Hanoi and Ho Chi Minh City. Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital has been performing cochlear implants for 2 years and initially brought very positive results.

We introduced 2 cases of cochlear implants at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital that helped children hearing and developing language better. This is a very positive initial result to help Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital continue to develop a cochlear implants plan for children.

Keywords: Cochlear implants (CI), children, outcome after implantation

*Corresponding author

Email address: bstangxuanhai@gmail.com

Phone number: (+84) 912379583



KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CẤY ỐC TẠI ĐIỆN TỬ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN: BÁO CÁO CA BỆNH

Tăng Xuân Hải^{1*}, Đinh Xuân Hương¹, Phan Quang Trung¹, Nguyễn Tuyết Xương², Nguyễn Xuân Nam², Nguyễn Hoàng Huy³, Nguyễn Thị Tố Uyên³, Trịnh Duy Nin²

¹Bệnh viện Sản nhi Nghệ An - 19 Tôn Thất Tùng, Hưng Dũng, thành phố Vinh, Nghệ An, Việt Nam

²Bệnh viện Nhi trung ương - 879/18 đường La Thành, phường Láng Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương - 78 Giải Phóng, Phương Đình, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 28/02/2023

Chỉnh sửa ngày: 30/03/2023; Ngày duyệt đăng 06/05/2023

TÓM TẮT

Cấy ốc tai điện tử là một phẫu thuật đòi hỏi kỹ thuật cao nhằm phục hồi sức nghe cho người nghe kém mức độ nặng, sâu mà máy trợ thính không có hiệu quả. Cấy ốc tai điện tử được thực hiện ở Việt Nam trên 20 năm nay nhưng cũng chỉ phát triển ở các trung tâm lớn như Hà Nội và TP Hồ Chí Minh. Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An thực hiện cấy ốc tai điện tử được 2 năm và bước đầu đem lại kết quả rất tích cực.

Chúng tôi giới thiệu 2 ca bệnh cấy ốc tai điện tử tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An đã giúp trẻ nghe và phát triển ngôn ngữ. Đây là kết quả bước đầu rất tích cực giúp cho bệnh viện Sản Nhi Nghệ An tiếp tục phát triển kế hoạch cấy ốc tai điện tử cho trẻ em.

Từ khóa: Cấy ốc tai điện tử, trẻ em, kết quả sau cấy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghe kém là tình trạng suy giảm thính lực (nghe không rõ, không nghe được) ở một hoặc hai bên tai, có thể xuất hiện khi vừa mới sinh ra hay ở bất kỳ lứa tuổi nào. Ở trẻ em, nghe kém làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến quá trình tiếp thu ngôn ngữ, dẫn đến mặc cảm, thiếu tự tin... Ở người lớn, bệnh lý này làm cản trở quá trình làm việc hay giao tiếp xã hội. Với sự phát triển của y học ngày nay, tình trạng nghe kém có thể được phục hồi nhờ vào nhiều phương pháp, trong đó cấy ốc tai điện tử là phương pháp hiện đại nhất.

Cấy ốc tai điện tử là phương pháp cấy ghép bao gồm thiết bị điện tử đặt vào ốc tai, hỗ trợ phục hồi thính lực cho trẻ em và người lớn. Bộ phận cấy ghép bao gồm một bộ phận xử lý âm thanh nằm sau tai và một bộ phận được cấy trong tai nhằm thay thế các tế bào thần kinh thính giác bị tê liệt. Khi đó, các xung động thần kinh được tạo ra sẽ truyền đến não, giúp người nghe kém cảm nhận được âm thanh.

Ưu điểm của cấy ốc tai điện tử

Cải thiện thính giác: giúp nghe được nhiều âm thanh khác nhau bao gồm tiếng ồn ào xung quanh, giọng nói trên điện thoại, âm thanh từ tivi hay thậm chí là tiếng bước chân. Bên cạnh đó, phương pháp này cũng giúp người nghe kém có thể nghe hiểu được người bên cạnh nói gì mà không cần phải đọc khẩu hình.

Dem lại cơ hội học tập và nghề nghiệp: cấy điện cực ốc tai giúp trẻ nhỏ dễ dàng học ngôn ngữ khi tiếp xúc với âm thanh từ sớm, giúp trẻ tiếp thu ngôn ngữ dễ dàng hơn cũng như giao tiếp với bạn bè trong tương lai. Đồng thời, ốc tai điện tử cũng mang đến cơ hội phục hồi thính lực cho người lớn, giúp họ dễ dàng quay lại cuộc sống và công việc như trước.

Đảm bảo an toàn: sử dụng ốc tai điện tử giúp người bệnh có khả năng nghe thấy những cảnh báo nguy hiểm như còi báo cháy, còi xe lửa.

*Tác giả liên hệ

Email: bstangxuanhai@gmail.com

Điện thoại: (+84) 912379583

Hạn chế của cấy ốc tai điện tử

Không thể khôi phục hoàn toàn thính giác: nhìn chung, cấy ốc tai điện tử là một phương pháp an toàn giúp cải thiện khả năng tiếp nhận và xử lý âm thanh nhưng không thể khôi phục 100% như thính giác của một người bình thường.

Kết quả và mức độ hồi phục của từng người sẽ khác nhau: mỗi người sẽ dần dần tập luyện để đạt được hiệu quả của phương pháp cấy điện cực ốc tai khác nhau chứ không phải ai cũng như nhau.

Bất tiện khi tham gia một số hoạt động: những người sử dụng ốc tai điện tử đều có thể tham gia tất cả các hoạt động chung nhưng để bảo vệ thiết bị khỏi hư hại, người bệnh nên tháo bộ phận bên ngoài của ốc tai điện tử ra khi đội mũ bảo hiểm kín tai hay bơi lội.

Chi phí phẫu thuật: chi phí cấy điện cực ốc tai khá cao so với những người có thu nhập trung bình, nên nhiều người có chỉ định cấy điện cực ốc tai nhưng vẫn chưa thực hiện được.

Phẫu thuật: tương tự như bất kỳ quy trình phẫu thuật nào, cấy điện cực ốc tai cũng có những hạn chế và rủi

ro. Vì thế, trước khi tiến hành phẫu thuật, người bệnh nên tìm kiếm và lựa chọn bệnh viện có chuyên khoa sâu về tai thần kinh và bác sĩ phẫu thuật có kinh nghiệm cấy điện cực ốc tai.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

2.1. Ca bệnh 1

Người bệnh: Bé trai N G H sinh tháng 4 năm 2020. Phát hiện nghe kém khi 1 tuổi,

Tiền sử gia đình bình thường. Khám TMH Không phát hiện bệnh lý gì khác

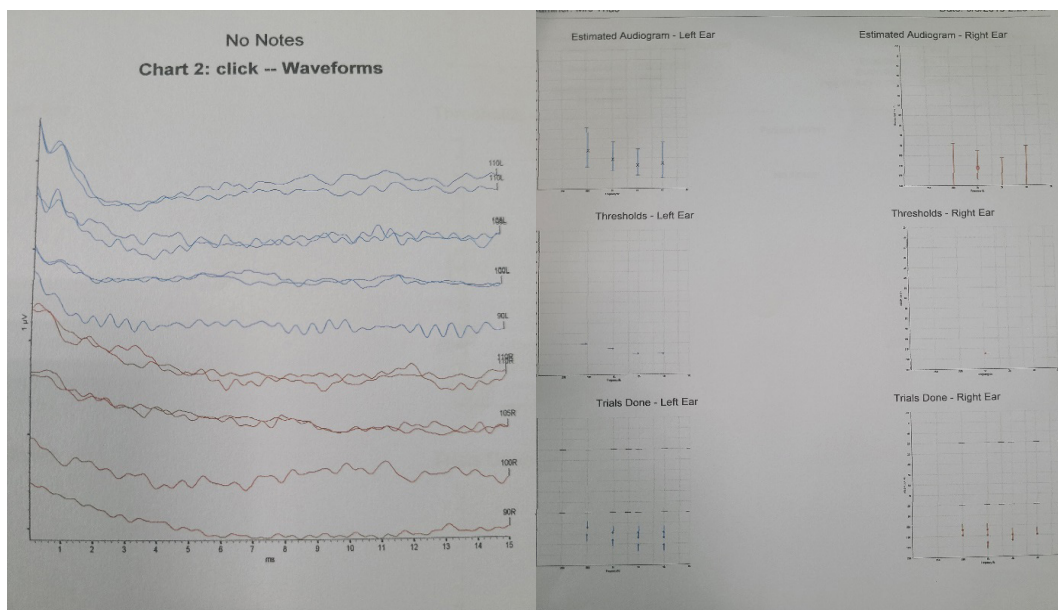
Toàn thân: không có gì đặc biệt

Khám Thính học: Nhĩ lương type A 2 tai

Phản xạ cơ bản đáp : (-) 2 bên

OAE Refer 2 bên

ABR, ASSR nghe kém mức độ sâu 2 tai



Hình 1. Kết quả test thính giác trước phẫu thuật

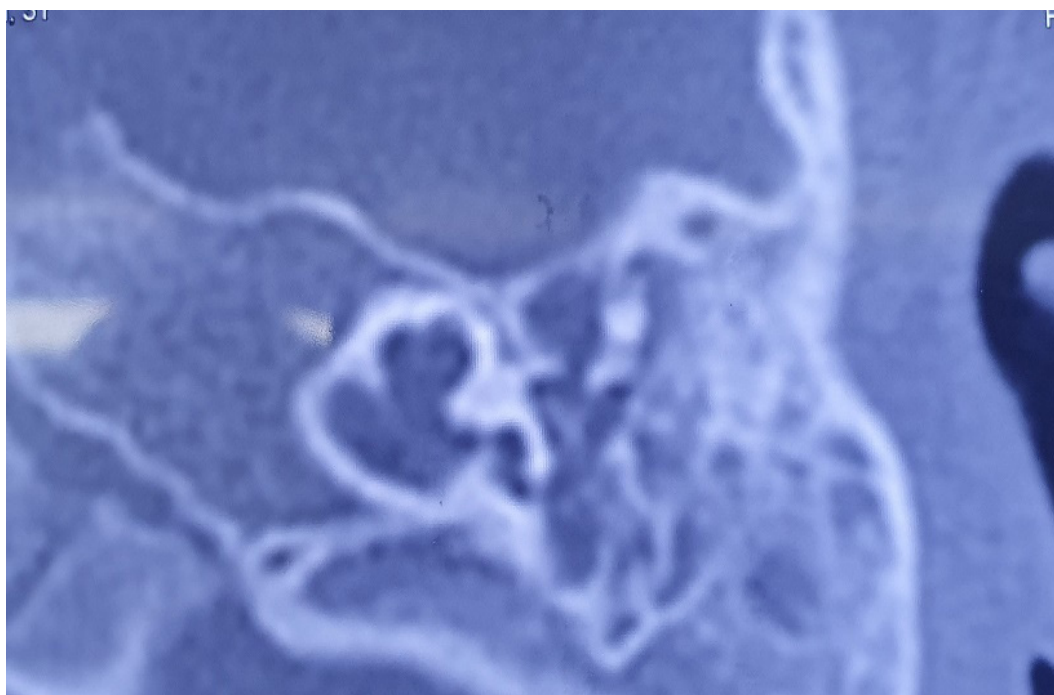
Test tâm lý: trong giới hạn bình thường

CD Máy trợ thính:

Kết quả máy trợ thính có đáp ứng nhưng không đủ để phát triển ngôn ngữ

CD Cấy ốc tai điện tử:

Thông tin về cấy ghép ốc tai điện tử cũng được cung cấp để giúp cha mẹ hiểu thêm để gia đình quyết định. Chuyên gia tai mũi họng giới thiệu gia đình đến Nhà trị liệu ngôn ngữ chuyên về nghe kém và là thành viên của nhóm cấy ghép.



Hình 2. Hình ảnh CT

Hình ảnh CT: Ốc tai dị dạng kiểu khoang chung (Common Cavity) cả 2 bên, kèm VTG.

Chọn bên cấy : Bên trái, sau khi điều trị ổn định VTG

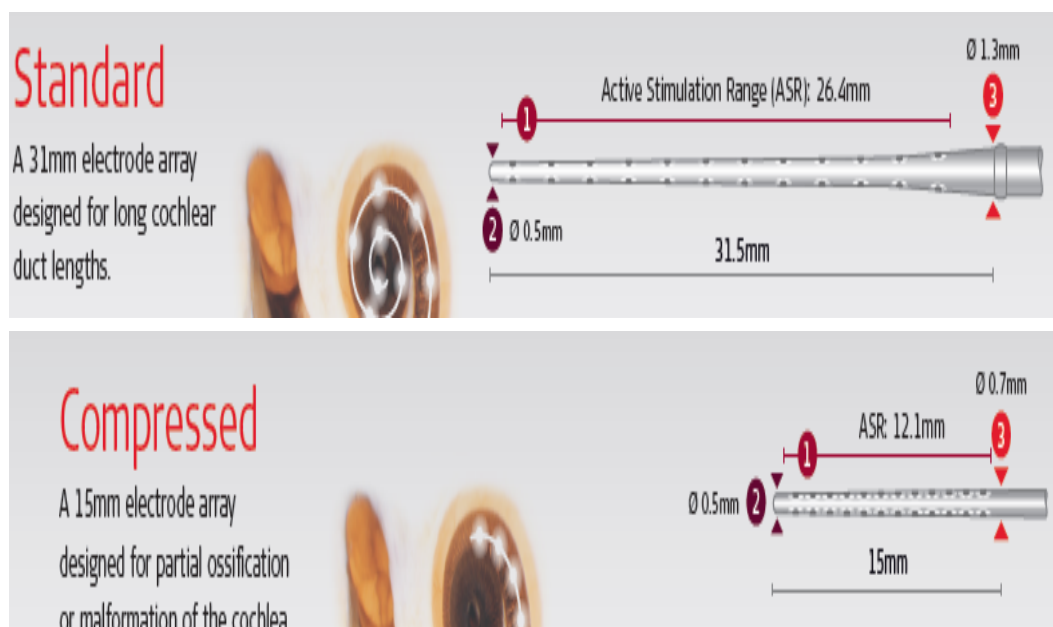
Lựa chọn điện cực:

Do ốc tai dị dạng kiểu cấu tạo không hoàn chỉnh loại I, II (IP I; IPII - ốc tai có <1,5 vòng xoắn): Lựa chọn điện cực

loại ngắn (compress)- hoặc trung bình.

Nếu ốc tai dị dạng loại Common cavity- Tạo khoang rỗng: Đo đặc kích thước vòng đáy ốc tai trên các chiều trước - sau; chiều ngang; và gửi thông tin đến hãng để đặt loại điện cực phù hợp - điện cực vòng dành cho Common cavity với kích thước dành riêng cho BN đó. ở đây chúng tôi chọn điện cực ngắn

Điện cực Medel:

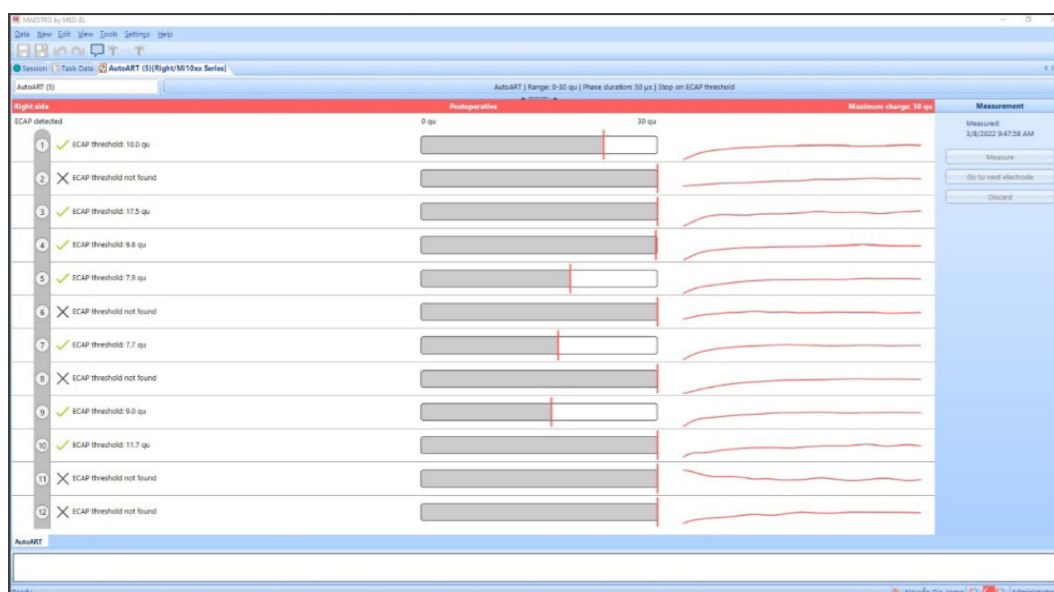


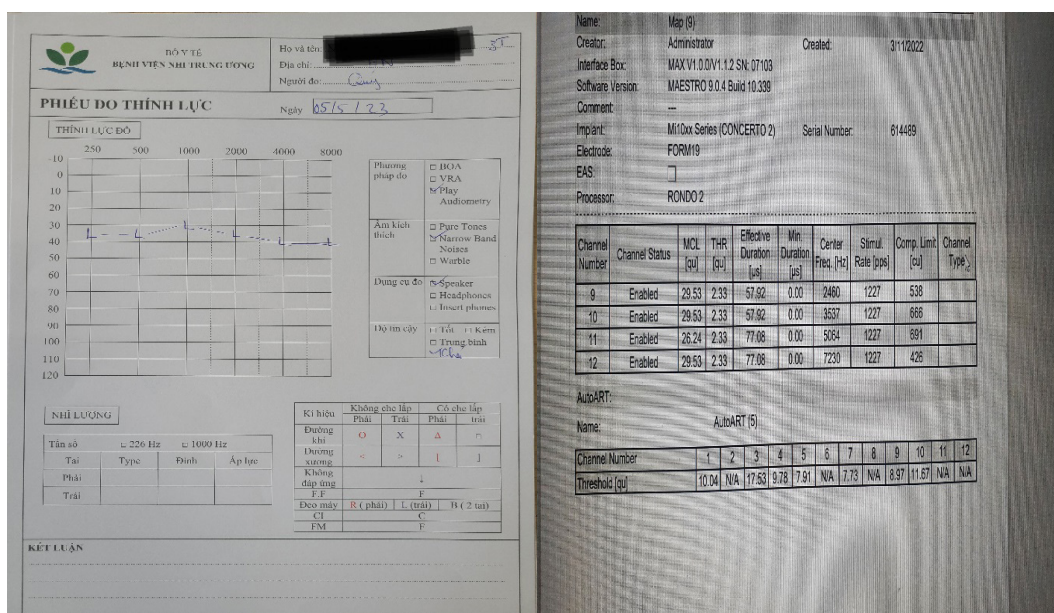
Hình 3. Điện cực nén

Phẫu thuật đặt điện cực qua cửa sổ tròn, toàn bộ điện cực được đặt vào khoang chung. Hình ảnh CT sau cấy cũng cho kết quả tương tự

AutoART Report

First Name:		Birth Date:	9/4/2020					
Last Name:		Gender:	Male					
Comment:	- Phẫu thuật tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An- PTV PGS TS BS Nguyễn Tuyết Xương							
Side:	Right	Surgical Date:	17/11/2022					
Implant:	MI10xx Series (CONCERTO 2)	Serial Number:	614489					
Electrode:	FORM19							
Processors:								
In Use:	☒	Type:	RONDO 2					
Serial Number:	43567	Added:	3/8/2022					
Coil Magnet:	Unknown magnet	Options:	DL-Coil Fine Tuner					
Name:	AutoART (7)							
Creator:	Administrator	Created:	3/11/2022					
Interface Box:	MAX V1.0.0/V1.1.2 SN: 07103	Coil:	DL-Coil					
Software Version:	MAESTRO 9.0.4 Build 10.339	Processor:	RONDO 2					
Comment:								
Implant:	MI10xx Series (CONCERTO 2)	Serial Number:	614489					
Electrode:	FORM19							
EAS:	☐							
Globally disabled channels:								
Channel Number:	6	Reason:	Disabled because of HI impedance					
Channel Number:	7	Reason:	Disabled because of HI impedance					
Setup:	AutoART							
Type:	0-30 qu	Measured:	3/11/2022 9:37:00 AM					
Charge:	185 μ s	Stimulation rate:	60 Hz					
Measurement delay:	2.1 μ s	Minimum iterations:	1					
Inter-phase gap:	1.5 qu/s	Pre-check:	☐					
Stop at ECAP threshold:	☒							
Maximum number of recording channels:	4							
Result:								
Channel	Preferred Recording Channel	Stop Charge [qu]	Auto Stop	Threshold [qu]	Slope [μ V/qu]	First ECAP [qu]	Maximum ECAP [μ V]	Phase Duration [μ s]
1	2	24.30	☒	7.94	18.79	6.10	297.2	60
2	1	23.10	☒	8.74	12.60	6.30	179.6	60
3	5	30.00	☒	---	---	---	---	60
4	2	30.00	☒	---	---	---	---	60
5	4	24.90	☒	14.86	13.34	14.50	136	60
8	9	30.00	☒	---	---	---	---	60
9	8	30.00	☒	---	---	---	---	60
10	9	30.00	☒	---	---	---	---	60
11	12	30.00	☒	---	---	---	---	60
12	10	30.00	☒	---	---	---	---	60





Hình 4. Kết quả đo lần 1 sau cấy OTDT

Kết quả sau cấy 1 tháng.

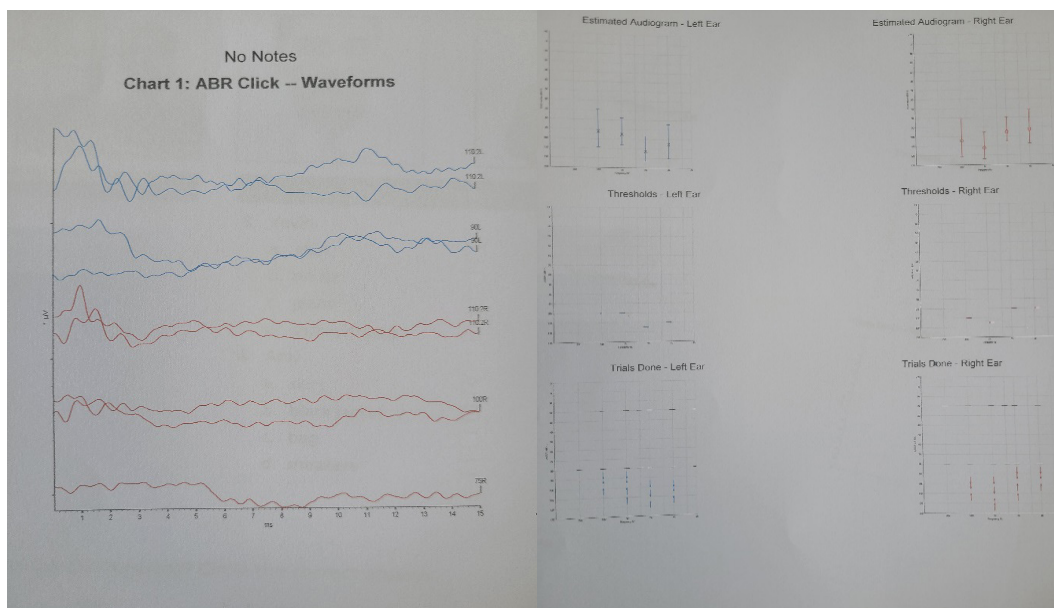
Hiện tại đang trị liệu ngôn ngữ. Chuyên gia Âm ngữ trị liệu thu thập tất cả thông tin được cung cấp bởi cuộc phỏng vấn của chuyên gia tai mũi họng với gia đình. Trẻ phát triển ngôn ngữ tốt.

2.2. Ca bệnh 2

Người bệnh: N.B T. N. 3 tuổi (Nữ)

Trẻ sinh thường, có tiền sử gia đình và tiền sử bệnh tật bình thường

Phát hiện nghe kém khi 1 tuổi và đã được đeo máy trợ thính nhưng không có kết quả



Hình 5. Kết quả test trước phẫu thuật

Trẻ chậm phát triển ngôn ngữ

Đánh giá chỉ số IQ, EQ trong giới hạn bình thường

Trẻ được CĐ cấy ốc tai điện tử bên P

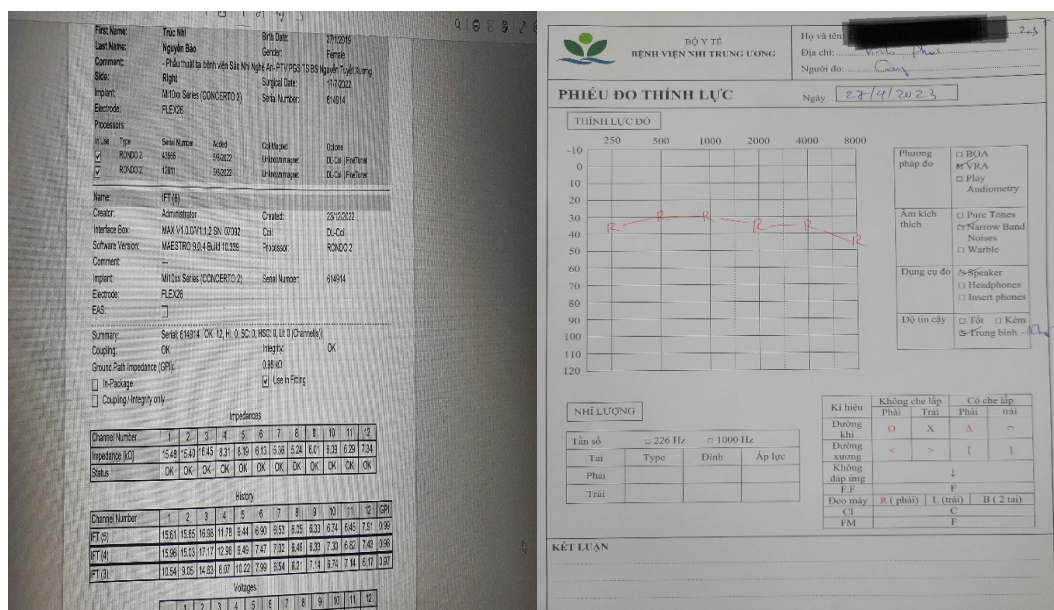
Hình ảnh CT và MRI không có bất thường

Các XN và tiêm chủng không có gì đặc biệt.

Bệnh nhân được phẫu thuật năm 2022 tại bệnh viện Sản Nhi nghệ An.

Điện cực được chọn: Thông thường

Quá trình phẫu thuật kéo dài 02 giờ, đặt điện cực qua cửa sổ tròn, toàn bộ điện cực nằm trong vịnh Nhĩ.



Hình 6. Kết quả ngưỡng nghe sau phẫu thuật

Kết quả: Hiện tại trẻ nghe và học AVT phát triển ngôn ngữ tốt

3. BÀN LUẬN

Đây là 2 ca cấy ốc tai điện tử được thực hiện tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An và cho kết quả tốt. Kết quả này đánh dấu một bước phát triển mới của chuyên khoa TMH không chỉ ở bệnh viện Sản Nhi, mà còn của cả tỉnh Nghệ An. Các bệnh nhân được khám sàng lọc, chẩn đoán, phẫu thuật và trị liệu ngôn ngữ tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An thể hiện sự quan tâm đầy đủ của Teamwork cùng nhau phát triển.

Cần phân biệt giữa ốc tai điện tử và máy trợ thính: Mặc dù máy trợ thính và ốc tai điện tử đều giúp cải thiện và tăng cường thính lực cho người bệnh nhưng mỗi loại đều có những khác biệt riêng, nhất là khi nói đến chức năng của chúng.

Điểm giống nhau: Máy trợ thính và ốc tai điện tử đều có bộ phận tiếp nhận âm thanh nằm trong bộ phận sau tai của người bệnh và được điều chỉnh sao cho phù hợp với sức nghe của mỗi người. Ngoài ra, cả 2 thiết bị đều giúp người bệnh cải thiện kỹ năng nghe mà không thể can thiệp bằng phương pháp điều trị nội khoa hay phẫu thuật khác.

Sự khác biệt: Máy trợ thính sử dụng micro, bộ khuếch đại và loa được đeo bên ngoài tai hay trong ống tai, giúp

khuyếch tán âm thanh to hơn rồi truyền chúng đến não bộ và hoạt động dựa vào chức năng của tế bào lông còn sót lại trong ốc tai. Đối tượng thích hợp để sử dụng máy trợ thính là những người bị mất thính lực từ nhẹ đến trung bình, giúp người bệnh dễ dàng hơn trong quá trình giao tiếp, sinh hoạt. Ngoài ra, người bệnh không cần phải can thiệp phẫu thuật khi sử dụng máy trợ thính mà chỉ cần gắn bộ phận khuếch tán âm thanh trong và sau tai, có thể tháo hoàn toàn thiết bị khỏi tai khi đi ngủ.

Ốc tai điện tử có cả bộ phận bên trong và bên ngoài tai, trong đó bộ phận bên trong được cấy dưới da và kết nối với dây điện cực cây trong ốc tai. Âm thanh sẽ được 2 bộ phận này tiếp nhận và xử lý làm kích thích trực tiếp dây thần kinh thính giác và truyền đến não bộ. Đối tượng nên sử dụng kỹ thuật cấy điện cực ốc tai này là những người bị nghe kém hay điếc sâu ở tai. Cấy ghép thiết bị điện tử vào trong tai đồng nghĩa với việc người bệnh sẽ mang theo một bộ phận cố định trong cơ thể nên người bệnh chỉ có thể tháo bộ phận bên ngoài khi đi ngủ.

4. KẾT LUẬN

Cây ốc tai điện tử cho bệnh nhân nghe kém mức độ sâu giúp cho trẻ phục hồi sức nghe và phát triển ngôn ngữ, phù hợp với lứa tuổi.

Phẫu thuật cấy ốc tai điện tử hoàn toàn có thể phẫu thuật tại tuyến tỉnh. Cần xây dựng Teamwork cho phẫu thuật

CI bao gồm sàng lọc nghe kém, chẩn đoán và phẫu thuật cũng như trị liệu ngôn ngữ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Tuyết Xương “Ốc tai điện tử ở trẻ em” 2020 NXB y học
- [2] Nguyễn Thị Ngọc Dung (2009), Cây điện cực ốc tai: 10 năm thực hiện tại Bệnh viện Tai mũi họng tp Hồ chí minh.
- [3] Aschendorff (2009), “Cochlear implant for malformation of the inner ear, Otolarygol Head Neck Surg, 57 (6), pp. 533 - 41.
- [4] Seunaroglu (2002), “A new classification for cochleoves tibular malformation”, Laryngoscope, 112 (12), pp. 2230 - 41.
- [5] Nguyễn Xuân Nam, Nguyễn Tuyết Xương và CS “Kết quả phục hồi sức nghe sau cấy điện cực ốc tai tại bệnh viện Nhi trung ương”

SOME FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE OF THE FAMILY OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AT THE NATIONAL CHILDREN HOSPITAL, IN 2023

Dao Thi Mai Huong^{1*}, Do Manh Hung¹, Tran Quoc Thang², Dao Xuan Vinh³

¹National Children's Hospital - 18/879 De La Thanh, Lang Thuong, Dong Da, Hanoi, Vietnam

²Institute of Community Health, 24 Lieu Giai, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

³Thang Long University - Nghiem Xuan Yem, Dai Kim, Hoang Mai, Hanoi, Vietnam

Received 10/03/2023

Revised 31/03/2023; Accepted 27/04/2023

ABSTRACT

Background: Attention deficit hyperactivity disorder is a neurodevelopmental disorder, characterized by frequent manifestations of attention deficit, appearing in many environments and affecting the life function of pediatric patients and quality of life of families with pediatric patients.

Research objective: To analyze some factors related to the quality of life of families with children with attention deficit hyperactivity disorder at the National Children's Hospital in 2023.

Methods: A cross-sectional descriptive study with analysis.

Results: Seven factors related to the low quality of life of families with children with ADHD have been identified: The main caregiver factor for the child is dad, grandpa, grandma; The patient is the eldest child in the family; Children with dominant and combined attention deficit hyperactivity disorder; Parents with less than high school education; Parents' income is less than 10 million VND/month; Parents have disagreements in marriage and life; No medical services available.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, families with pediatric patients, quality of life.

*Corresponding author
Email address: mhuong112@gmail.com
Phone number: (+84) 904971994



MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA GIA ĐÌNH CÓ TRẺ RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG, NĂM 2023

Đào Thị Mai Hương^{1*}, Đỗ Mạnh Hùng¹, Trần Quốc Thắng², Đào Xuân Vinh³

¹Bệnh viện Nhi trung ương - 879/18 đường La Thành, phường Láng Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

²Viện Sức khỏe cộng đồng - 24 Liễu Giai, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Thăng Long - Nghiêm Xuân Yêm, Đại Kim, Hoàng Mai, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/03/2023

Chỉnh sửa ngày: 31/03/2023; Ngày duyệt đăng 27/04/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn tăng động giảm chú ý là một rối loạn phát triển thần kinh, đặc trưng bởi biểu hiện giảm chú ý diễn ra thường xuyên, xuất hiện ở nhiều môi trường và gây ảnh hưởng đến chức năng sống của bệnh nhi và chất lượng cuộc sống của các gia đình có bệnh nhi.

Mục tiêu nghiên cứu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của gia đình có trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2023.

Phương pháp: Nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang có phân tích.

Kết quả: Đã xác định được 7 yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống thấp của gia đình có trẻ tăng động giảm chú ý: Yếu tố người chăm sóc chính cho trẻ là bố, ông, bà; Bệnh nhi là con cả trong gia đình; Trẻ bị tăng động giảm chú ý thể trội và thể kết hợp; Cha mẹ có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông; Thu nhập của cha mẹ dưới 10 triệu đồng/tháng; Cha mẹ có sự bất đồng trong hôn nhân và cuộc sống; Không có sẵn dịch vụ khám chữa bệnh.

Từ khóa: Tăng động giảm chú ý, gia đình bệnh nhi, chất lượng cuộc sống.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tăng động giảm chú ý là một rối loạn phát triển thần kinh, đặc trưng bởi biểu hiện giảm chú ý và/hoặc tăng động/bốc đồng diễn ra thường xuyên, xuất hiện ở nhiều môi trường và gây ảnh hưởng đến chức năng sống. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy chứng rối loạn này xảy ra phổ biến ở trẻ nhỏ chiếm tỷ lệ 5% đến 7% [1]. Tại Việt Nam, số lượng trẻ mắc chứng tăng động giảm chú ý hiện cũng đang tăng nhanh chiếm tỷ lệ 5,25% - 6,50%. Trẻ mắc chứng rối loạn tăng động giảm chú ý không những chậm phát triển về các kỹ năng cá nhân, xã hội mà còn có những rối loạn hành vi ảnh hưởng đến gia đình và cộng đồng. Ngoài gánh nặng về bệnh tật và giáo dục, gia đình có trẻ mắc chứng rối loạn tăng động giảm chú ý còn chịu mức chi phí về giáo dục và y tế cao hơn. Những điều này làm cho chất lượng

cuộc sống của các gia đình bệnh nhi tăng động giảm chú ý bị suy giảm [3], [4].

Tại bệnh viện Nhi Trung ương, mỗi năm tiếp nhận hàng ngàn lượt trẻ đến khám được chẩn đoán mắc chứng rối loạn tăng động giảm chú ý, các đánh giá ban đầu cho thấy gia đình trẻ gặp nhiều khó khăn trong việc nuôi dạy trẻ. Do vậy việc phân tích các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của gia đình có trẻ mắc chứng tăng động giảm chú ý là cần thiết để đề xuất các giải pháp hỗ trợ gia đình trẻ trong việc nuôi dạy, giúp trẻ hòa nhập cộng đồng, nâng cao chất lượng cuộc sống của trẻ và chính gia đình trẻ. Vì những lý do trên, chúng tôi quyết định tiến hành nghiên cứu đề tài: này nhằm mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của gia đình có trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2023.

*Tác giả liên hệ

Email: mhuong112@gmail.com

Điện thoại: (+84) 904971994

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu, địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu

Bố/mẹ/người chăm sóc có trẻ mắc chứng ADHD đến khám tại Bệnh viện Nhi Trung ương

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bố/mẹ/người chăm sóc có trẻ ADHD đến khám tại Bệnh viện Nhi Trung ương

Bố/mẹ/người chăm sóc có trẻ ADHD tự nguyện tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

Loại trừ bố/mẹ/người chăm sóc có trẻ bị bại não, trẻ chậm phát triển tâm thần, trẻ tự kỷ, trẻ bị động kinh và trẻ bị tổn thương hệ thần kinh trung ương.

- Địa điểm nghiên cứu

Phòng khám khoa Tâm thần - Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 07 năm 2022 đến tháng 05 năm 2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Công thức ước lượng cỡ mẫu sau:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu cho gia đình cần tham gia nghiên cứu

$Z(1-\alpha/2)$: là hệ số tin cậy, bằng 1,96 với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$)

$p=50\%=0,5$: Tỷ lệ không hài lòng với chất lượng cuộc sống gia đình của gia đình trẻ mắc ADHD. Tại thời điểm tiến hành xác định cỡ mẫu nghiên cứu, nhóm nghiên cứu chưa ghi nhận được nghiên cứu nào trước đây tại Việt Nam về đề tài này, vì vậy chúng tôi lấy $p=0,5$ để có cỡ mẫu tối thiểu lớn nhất.

d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ p thu được từ mẫu và từ quần thể (chọn $d = 0,08$)

Thay vào công thức trên, ta có $n = 151$, lấy thêm khoảng 5% đề phòng gia đình trẻ mắc ADHD không đồng ý

tham gia nghiên cứu hoặc bỏ cuộc, do vậy cỡ mẫu điều tra là 160 gia đình có trẻ mắc ADHD. Trên thực tế chúng tôi đã khảo sát được 160 trẻ.

Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: phỏng vấn 01 người là bố/mẹ/người giám hộ trẻ mắc ADHD đến khám tại phòng khám ngoại trú – khoa Tâm thần – bệnh viện Nhi Trung ương cho đến khi đủ cỡ mẫu.

Thang đo Vanderbilt (VADRS)

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng thang đo Vanderbilt là thang đo được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng để hỗ trợ chẩn đoán chứng rối loạn tăng động giảm chú ý ở trẻ em. Thang Vanderbilt gồm có 4 phần để đánh giá mức độ giảm chú ý, tăng động xung động, rối loạn hành vi chống đối và cảm xúc, với phiên bản dành cha mẹ (VADPRS).

Tiêu chuẩn đánh giá chất lượng cuộc sống gia đình trẻ mắc ADHD theo thang đo WHOQOL-BREF là bộ công cụ đo lường chất lượng cuộc sống gồm 26 câu hỏi rút gọn, đo lường 4 khía cạnh: là sức khỏe thể chất (07 câu hỏi), sức khỏe tâm thần (06 câu hỏi), mối quan hệ xã hội (03 câu hỏi), môi trường (08 câu hỏi) và 02 điểm chuẩn kiểm tra nhận thức chung của đối tượng về CLCS và sức khỏe (02 câu hỏi).

Dựa trên bộ câu hỏi WHOQOL-BREF, mỗi yếu tố ảnh hưởng tới CLCS sẽ nhận được một câu trả lời có 5 mức lựa chọn được tính điểm từ rất tệ (= 1) đến rất tốt (= 5). Điểm CLCS được tính bằng điểm trung bình cộng của 4 khía cạnh sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần, quan hệ xã hội và môi trường. Kết quả sẽ được đổi sang thang đo 100 theo bảng quy ước, điểm càng cao phản ánh CLCS càng cao và ngược lại. Trong nghiên cứu này, chúng tôi phân thành 2 mức CLCS cao và CLCS thấp như sau:

WHOQOL-BREF $\leq 66,7$: Thấp

WHOQOL-BREF $> 66,7$: Cao

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu

Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn bố/mẹ/người chăm sóc trẻ mắc ADHD tham gia nghiên cứu, bộ câu hỏi gồm hai phần:

Kỹ thuật thu thập số liệu: phỏng vấn trực tiếp bố/mẹ/người chăm sóc trẻ khi trẻ đến khám tại phòng khám chuyên khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương được xác định rối loạn tăng động giảm chú ý theo bộ câu hỏi nêu trên.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch và nhập liệu trên phần mềm EPI-DATA 3.1 và phân tích trên phần mềm SPSS 26.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành với việc tuân thủ mọi quy tắc trong nghiên cứu y sinh học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của trẻ mắc ADHD (n=160)

Thông tin chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Độ tuổi	6-9 tuổi	130	81,3
	10-14 tuổi	30	18,7
Giới tính	Nam	127	79,4
	Nữ	33	20,6
Khu vực sống	Nông thôn	82	51,3
	Thành thị	78	48,7
Người chăm sóc chính	Mẹ	131	81,9
	Bố	14	8,7
	Ông/bà	11	6,9
	Khác	4	2,5
Thứ tự con trong gia đình	Con cả	126	78,7
	Con thứ	34	21,3
Tình trạng đi học	Học đúng độ tuổi	122	76,3
	Học chậm, chuyên biệt/ không thể đi học	38	23,7

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ khoảng 3,4 lần, độ tuổi chủ yếu trẻ đến viện khám là 6-9 tuổi chiếm 81,3%. Khu vực sống thành thị và nông thôn có tỷ lệ gần tương đương nhau 48,7% và 51,3%. Người chăm sóc trẻ chính là bà mẹ chiếm tới 81,9%.

Bảng 2. Phân bố người chăm sóc trẻ mắc ADHD theo tuổi, giới tính, trình độ học vấn và nghề nghiệp (n = 160)

Thông tin chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	21	13,1
	Nữ	139	86,9
Độ tuổi	<20	9	5,6
	20-29	55	34,4
	30-39	83	51,9
	40-49	10	6,2
	50-59	3	1,9
	≥60	0	0
Trình độ học vấn	THCS trở xuống	8	5,0
	THPT	111	69,4
	Trên THPT	41	25,6
Nghề nghiệp	Nông dân	31	19,4
	Công nhân	47	29,4
	Nhân viên văn phòng	33	20,6
	Buôn bán	25	15,6
	Nghỉ hưu	11	6,9
	Khác	13	8,1

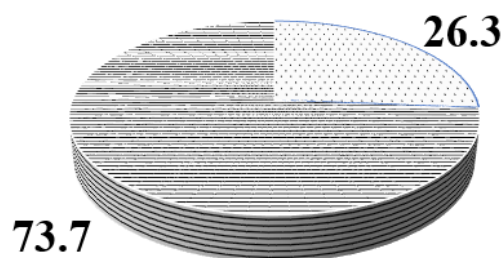
Nhận xét: Người chăm sóc trẻ chỉ yếu là mẹ nên nữ giới chiếm tỷ lệ cao là 86,9%, độ tuổi chủ yếu là nhóm tuổi 30-39 chiếm 51,9%, tiếp theo là nhóm 20-29 chiếm 34,4% còn lại các nhóm tuổi khác chiếm tỷ lệ khá thấp. Về trình độ học vấn chủ yếu là nhóm trên THPT chiếm gần 70% ở đối tượng chăm sóc trẻ.

Bảng 3. Phân bố người chăm sóc trẻ mắc ADHD theo tình trạng hôn nhân, tôn giáo, khu vực sống và thu nhập (n=160)

Thông tin chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Tình trạng hôn nhân	Sống chung	124	77,5
	Ly thân/ly dị	27	16,9
	Góa	9	5,6
Khu vực sống	Nông thôn	82	51,3
	Thành thị	78	48,7
Thu nhập	<10 triệu đồng/tháng	114	71,3
	≥10 triệu đồng/tháng	46	28,7
Bất đồng giữa bố mẹ	Có	75	46,9
	Không	85	53,1

Nhận xét: Người chăm sóc trẻ mắc ADHD theo tình

trạng hôn nhân, tôn giáo, khu vực sống và thu nhập, kết quả bảng cho thấy: sống chung với trẻ là chủ yếu chiếm 77,5%, khu vực nông thôn và thành thị tương đương nhau và thu nhập chủ yếu ở nhóm <10 triệu đồng/tháng chiếm tới 71,3%.



Chất lượng cuộc sống cao
Chất lượng cuộc sống thấp

Hình 1. Phân loại chung về chất lượng cuộc sống của gia đình trẻ mắc ADHD

Nhận xét: Có 118 gia đình bệnh nhi có chất lượng cuộc sống thấp chiếm tỷ lệ 73,7% và 42 gia đình có chất lượng cuộc sống cao chiếm tỷ lệ 26,3%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến CLCS của gia đình có trẻ mắc chứng ADHD

Bảng 4. Mối liên quan giữa CLCS gia đình và đặc điểm trẻ mắc ADHD

Đặc điểm		CLCSGD				OR (95%CI)	p
		Thấp n=118		Cao n=42			
		SL	TL	SL	TL		
Tuổi	6-9 tuổi	98	75,4	32	24,6	1,53 (0,65-3,61)	0,328
	10-14 tuổi	20	66,7	10	33,3		
Giới tính	Nam	88	74,6	30	25,4	1,17 (0,53-2,58)	0,691
	Nữ	30	71,4	12	28,6		
Khu vực sống	Nông thôn	61	74,4	21	25,6	1,07 (0,53-2,16)	0,850
	Thành thị	57	73,1	21	26,9		
Người chăm sóc chính	Bố/ông/ bà	26	89,7	3	10,3	3,67 (1,05-12,85)	0,031
	Mẹ	92	70,2	39	29,8		
Thứ tự con trong gia đình	Con cả	99	78,6	27	21,4	2,89 (1,30-6,44)	0,008
	Con thứ	19	55,9	15	44,1		
Tình trạng đi học	Học chậm	31	81,6	7	18,4	1,78 (0,72-4,42)	0,209
	Đúng độ tuổi	87	71,3	35	28,7		
Tình trạng mắc bệnh lý	Có	9	75,0	3	25,0	1,07 (0,28-4,17)	0,918
	Không	109	73,6	39	26,4		

Nhận xét:

Người chăm sóc chính là bố, ông, bà có nguy cơ làm giảm chất lượng cuộc sống của gia đình 3,67 lần so với người chăm sóc chính là mẹ trẻ mắc ADHD. Mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, 95% của CI

trong khoảng từ 1,05 – 12,85. Trẻ mắc ADHD là con cả là nguy cơ giảm chất lượng cuộc sống gia đình 2,89 lần so với con thứ. Mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, 95% CI trong khoảng 1,30 – 6,44.

Bảng 5. Mỗi liên quan giữa CLCS gia đình và chẩn đoán mắc ADHD

Đặc điểm		CLCSGD				OR (95%CI)	p
		Thấp n=118		Cao n=42			
		SL	TL	SL	TL		
ADHD trội giảm chú ý	Có	32	88.9	4	11.1	3,53 (1,17-10,70)	0,019
	Không	86	69.4	38	30.6		
ADHD trội tăng động	Có	19	82.6	4	17.4	1,82 (0,58-5,71)	0,296
	Không	99	72.3	38	27.7		
ADHD dạng kết hợp	Có	82	81.2	19	18.8	2,76 (1,34-5,68)	0,005
	Không	36	61.0	23	39.0		

Nhận xét: Trẻ mắc ADHD trội giảm chú ý có nguy cơ giảm chất lượng cuộc sống gia đình 3,53 lần so với những trẻ không mắc. Mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và 95% CI trong khoảng 1,17 – 10,70.

Trẻ mắc ADHD dạng kết hợp có nguy cơ giảm chất lượng cuộc sống gia đình 2,76 lần so với những trẻ không mắc. Mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và 95% CI trong khoảng 1,34 - 5,68.

Bảng 6. Mỗi liên quan giữa CLCS gia đình và đặc điểm người chăm sóc bệnh nhi

Đặc điểm		CLCSGD				OR (95%CI)	p
		Thấp, n=118		Cao, n=42			
		SL	TL	SL	TL		
Giới tính	Nam	15	75,0	5	25.0	1,09 (0,37-3,20)	0,878
	Nữ	102	73.4	37	26.6		
Tuổi NCS	<30	48	75,0	16	25,0	1,11 (0,54-2,30)	0,769
	≥30	70	72,9	26	27,1		
Học vấn	≤PTTH	94	79,0	25	21,0	2,66 (1,24-5,71)	0,010
	>PTTH	24	58,5	17	41,5		
Nghề nghiệp	Nông dân, công nhân	58	74,4	20	25,6	1,06 (0,53-2,15)	0,864
	Khác	60	73,2	22	26,8		
Tình trạng hôn nhân	Sống chung	88	71.0	36	29.0	0,49 (0,19-1,27)	0,137
	Ly thân/ly hôn/góa	30	83.3	6	16.7		
Thu nhập	<10 triệu	92	80,7	22	199,3	3,22 (1,53-6,78)	0,002
	≥10 triệu	26	56,5	20	43,5		
Bất đồng bố mẹ	Có	61	81.3	14	18.7	2,14 (1,02-4,47)	0,040
	Không	57	67.1	28	32.9		

Nhận xét: Trình độ học vấn của người chăm sóc trẻ mắc ADHD dưới cấp trung học phổ thông có nguy cơ làm giảm chất lượng cuộc sống gia đình 2,66 lần so với những người chăm sóc có trình độ học vấn trên THPT với $p < 0,05$ và 95% CI trong khoảng 1,24 - 5,71. Mức thu nhập của người chăm sóc dưới 10 triệu có nguy cơ làm giảm chất lượng cuộc sống gia đình 3,22 lần so với

những người chăm sóc có thu nhập từ 10 triệu trở lên với $p < 0,05$ và 95% CI trong khoảng 1,53 - 6,78. Sự bất đồng giữa bố mẹ có nguy cơ làm giảm chất lượng cuộc sống gia đình 2,14 lần so với những gia đình không có sự bất đồng giữa bố mẹ với $p < 0,05$ và 95% CI trong khoảng 1,02 - 4,47.

Bảng 7. Mối liên quan giữa CLCSGD và dịch vụ y tế, xã hội

		Hài lòng CLCSGD				OR (95%CI)	p
		Thấp		Cao			
		SL	TL	SL	TL		
Có sẵn dịch vụ khám, điều trị	Có	27	57,4	20	42,6	0,32 (0,15-0,68)	0,002
	Không	91	80,5	22	19,5		
Chi phí mỗi lần khám, điều trị	≥2 triệu	109	74.1	38	25.9	2,54 (0,91-7,08)	0,065
	<2 triệu	9	52.9	8	47.1		
Có sẵn dịch vụ tư vấn, giáo dục	Có	58	79.5	15	20.5	1,74 (0,84-3,60)	0,133
	Không	60	69.0	27	31.0		
Có khu vui chơi cho trẻ	Có	18	90.0	2	10.0	2,34 (0,65-8,39)	0,181
	Không	100	71.9	39	28.1		

Nhận xét: Sự có sẵn dịch vụ khám, điều trị bệnh ADHD tại khu vực sinh sống có nguy cơ chất lượng cuộc sống thấp ít hơn 68% so với khu vực không có sẵn dịch vụ này. Mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và 95% CI trong khoảng 0,15-0,68.

4. BÀN LUẬN

Phân tích các yếu tố liên quan đến CLCS của gia đình có trẻ mắc chứng ADHD kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong các yếu tố đặc điểm chung của trẻ có yếu tố người chăm sóc trẻ có mối liên quan đến CLCSGD ở trẻ ADHD ($p < 0,05$). Để các gia đình có trẻ tăng động giảm chú ý có chất lượng cuộc sống cao chúng tôi đã xác định được cụ thể yếu tố người chăm sóc chính cho trẻ bệnh là người mẹ (OR = 3,67; 95%CI 1,05-12,85; $p < 0,05$) và yếu tố của chính trẻ ADHD, đó là thứ tự trẻ trong gia đình. Gia đình có trẻ bệnh ADHD là con thứ có chất lượng cuộc sống cao so với với trẻ bệnh là con đầu (OR = 2,89; 95%CI 1,30-6,44; $p < 0,01$). Kết quả này cũng tương đồng với các kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thu Hương [2].

Phân tích mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống gia đình có trẻ ADHD chúng tôi thấy, ở những trẻ bị ADHD không ở dạng trội giảm chú ý chất lượng cuộc sống của gia đình ở mức cao có khả năng cao gấp 3,53 lần (95%CI: 1,17-10,70; $p < 0,05$) so với những gia đình có

trẻ ADHD dạng trội giảm chú ý. Do chúng tôi chưa tìm được các kết quả nghiên cứu khác nên không có điều kiện để so sánh và bàn luận về yếu tố này.

Phân tích sâu hơn các yếu tố thuộc về đặc điểm người mẹ và chất lượng cuộc sống của các gia đình có trẻ ADHD chúng tôi xác định được các bà mẹ có học vấn từ dưới THPT có CLCSGD mức độ thấp cao gấp 2,66 lần (95%CI (1,24-5,71) so với các bà mẹ có học vấn trên THPT. Chúng tôi cho rằng điều này là hợp lý vì, học vấn có vai trò quan trọng trong việc tiếp cận các nguồn thông tin chăm sóc trẻ bệnh nói chung và trẻ có ADHD, nói riêng, mặt khác học vấn cao thường có KAP, có các điều kiện tốt hơn, do vậy dễ dạy bảo, giáo dục trẻ cũng như tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc và phục hồi chức năng cho trẻ tự kỷ hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy các bà mẹ có mức thu nhập dưới 10 triệu có CLCSGD mức độ thấp cao gấp 3,22 lần (95%CI (1,53-6,78) so với các bà mẹ có mức thu nhập từ trên 10 triệu. Điều kiện kinh tế thường giúp các bà mẹ có cuộc sống tốt hơn, có khả năng tốt hơn trong việc đưa con đi khám, điều trị và phục hồi chức năng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thu Hương [2]: các bà mẹ có học vấn từ dưới THPT có khả năng CLCSGD mức độ thấp cao gấp 3,12 lần (95%CI 1,27-7,66) so với các bà mẹ có học vấn trên THPT; các bà mẹ có mức thu

nhập dưới 10 triệu có khả năng CLCSGD mức độ thấp cao gấp 2,92 lần (95%CI 1,08-7,93) so với các bà mẹ có mức thu nhập từ trên 10 triệu.

Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với Wolraich ML và cộng sự (2019) cho thấy thu nhập gia đình có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với CLCSGD nói chung [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với kết quả nghiên cứu của William E và cộng sự (2008) thu nhập không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hài lòng CLCS GD đối với người cha, mặc dù nó có ảnh hưởng đến người mẹ. Mặt khác, thu nhập không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với CLCSGD của các bà mẹ theo Moore P. S (2010) [6].

Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng xác định được mối quan hệ hôn nhân của cha mẹ trẻ bệnh cũng là một yếu tố có liên quan đến chất lượng cuộc sống của gia đình họ. Những gia đình có mối bất đồng trong quan hệ hôn nhân có khả năng có chất lượng cuộc sống thấp cao gấp 2,14 lần so với gia đình không có mối quan hệ bất đồng (95% CI: 1,02-4,47; $p=0,40$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thu Hương [2]: những gia đình có sự bất đồng trong nuôi dạy trẻ có khả năng CLCSGD mức độ thấp cao gấp 5,64 lần (95%CI 2,22-14,35) so với những gia đình không có sự bất đồng trong nuôi dạy trẻ ($p<0,001$). Chúng tôi cũng hoàn toàn thống nhất với những nhận định: “Do vậy, để gia đình có CLCSGD cao thì cần có sự hoà thuận giữa người bố và người mẹ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự trong nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài, nhất là các tác giả Hồng Kông Trung Quốc cho thấy nếu các gia đình họ thấy sự đồng viên, kết quả sẽ dịch vụ tốt hơn đối với trẻ, do vậy cùng với con mình được hạnh phúc hơn và sự tham gia nhiều hơn của các thành viên trong gia đình, làm cho mối quan hệ gia đình tốt hơn, và các chức năng gia đình được nhận thức và thúc đẩy [8].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, các dịch vụ khám và điều trị ADHD sẵn có có liên quan với sự hài lòng về chất lượng cuộc sống của các gia đình có trẻ bị ADHD với OR =3,19, 95%CI: 1,24-8,20; $p<0,05$. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thu Hương: Phân tích cho thấy gia đình sống trong khu vực không có sẵn dịch vụ tư vấn, giáo dục cho trẻ tự kỷ có khả năng CLCSGD mức độ thấp cao gấp 3,02 lần (95%CI 1,05-8,68) so với những gia đình sống ở những khu vực có sẵn dịch vụ [2].

Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Kollins S và cộng sự (2020) cho thấy kết quả tương tự, với tỷ lệ về sự đầy đủ dịch vụ có ý nghĩa thống kê với hài lòng CLCS GD [5] satisfaction with the family-professional partnership, and family quality of life. Tương tự với Xiang YT và cộng sự (2014) cho thấy sự có mặt các hỗ trợ xã hội có mối liên quan tích cực với tỷ lệ hài

lòng CLCSGD ở người cha và người mẹ [8]. Như vậy, để nâng cao chất lượng cuộc sống cho các gia đình có trẻ bị tăng động giảm chú ý, việc tăng cường các dịch vụ chăm sóc, giáo dục cho trẻ em là rất cần thiết.

5. KẾT LUẬN

Đã xác định được 7 yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống thấp của gia đình có trẻ tăng động giảm chú ý:

Yếu tố người chăm sóc chính cho trẻ là bố, ông, bà (OR = 3,67; 95%CI: 1,05-12,85; $p<0,05$);

Bệnh nhi là con cả trong gia đình (OR = 2,89; 95%CI: 1,30-6,44; $p<0,01$);

Trẻ bị tăng động giảm chú ý thể trội (OR = 3,53; 95%CI: 1,17-10,70; $p<0,05$) và thể kết hợp (OR=2,76; 95% CI:1,34-5,68; $p<0,01$);

Cha mẹ có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông (OR = 2,66; 95%CI: 1,24-5,71; $p<0,05$);

Thu nhập của cha mẹ dưới 10 triệu đồng/tháng (OR = 3,22; 95%CI: 1,53-6,78; $p<0,01$);

Cha mẹ có sự bất đồng trong hôn nhân và cuộc sống (OR = 2,14; 95%CI: 1,02-4,47; $p<0,05$);

Không có sẵn dịch vụ khám chữa bệnh (OR=0,32; 95%CI: 0,15-0,68; $p<0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] American Psychiatric Association (2013), Attention-deficit/hyperactivity disorder In: Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C, American Psychiatric Press, p.68
- [2] Nguyễn Thu Hương (2020), Thực trạng chất lượng cuộc sống của gia đình có con tự kỷ điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2020 và một số yếu tố liên quan, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng.
- [3] Đặng Hoàng Minh, Bahr Weiss, et al. (2013), Sức khỏe tâm thần trẻ em Việt Nam: Thực trạng và các yếu tố nguy cơ, Trường Đại học Quốc gia Hà Nội - Trường Đại học Giáo dục.
- [4] Trần Nguyễn Ngọc, Dương Minh Tâm (2021), “Thực trạng rối loạn tăng động giảm chú ý tại khoa Tâm thần bệnh viện Nhi Trung ương”, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 510, tháng 1, số 2, năm 2022, tr.153-158.
- [5] Kollins S, DeLoss D, Cañadas E, et al (2020). A novel digital intervention for actively reducing severity of paediatric ADHD (STARS-ADHD):

a randomized controlled trial. The Lancet Digital Health

- [6] Mohr-Jensen C, Müller Bisgaard C, Boldsen SK et al (2019). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood and Adolescence and the Risk of Crime in Young Adulthood in a Danish Nationwide Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(4): 443-452.
- [7] Wolraich ML, Hagan JF, Allan C et al (2019) Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 144(4):e20192528.
- [8] Xiang YT, Luk ES, Lai KY (2009), Quality of life in parents of children with attention-deficit-hyperactivity disorder in Hong Kong. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 43, 731-738.



GUIDE FOR AUTHORS

GENERAL

Types of article

Contributions falling into the following categories will be considered for publication: Overview Paper, Research Paper and Case Report.

Submission checklist

One author has been designated as the corresponding author with contact details: E-mail address, mobile phone number, full postal address. All necessary files concerning to the manuscript have been uploaded: Include keywords, all figures (include relevant captions), all tables (including titles, description, footnotes, ensure all figure and table citations in the text match the files provided. Further considerations: Manuscript has been “spell checked” and “grammar checked”; all references mentioned in the Reference List are cited in the text. Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

Submission

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail. Please submit your article via <https://tapchihcd.vn/index.php/yhcd/login>

PREPARATION

Double-blind review

To facilitate the double-blind review, please include the following separately. Blinded manuscript: This is the manuscript without author details. It should not include any identifying information, such as the authors' names, affiliations, acknowledgements and any Declaration of Interest statement, and a complete address for the corresponding author including an e-mail address. Full manuscript: This is the manuscript with author details.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials.

Abstract

A concise and factual abstract is required. A brief structured abstract of the paper with the headings **Background/Purpose, Methods, Results and Conclusions** should precede the body of the paper, to run no more than 300 words is required for articles written in Vietnamese.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, “and”, “of”).

References style

Text: Indicate references by number(s) in square brackets in line with the text. The actual authors can be referred to, but the reference number(s) must always be given. Example: “... as demonstrated [3,6]. Barnaby and Jones [8] obtained a different result ...”.

List: Number the references (numbers in square brackets) in the list in the order in which they appear in the text.

Examples:

Journal article, one author:

[1] Huong LTM, Overview of primary immunology, Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 3-10.

Journal article, two or three authors:

[2] Hoa NTM, Le NNQ, Huong LTM, Food allergy in asthmatic children, Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 37-43.

Journal article, more than three authors:

[3] Huong LTT, Ha TT, Huong LTM et al., Desensitization for allergy reaction to Epotosid at the NHP., Journal of Community Medicine, 2018; 2(6): 32-36.

Journal article, in press

[4] Viet PT, Disease Model in Preterm Newborns at the Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2019. (in press)

Complete book

[5] Khanh NC, Tra LN, Nhan NT et al., Textbook of Medicine. Medical Publishing House, 2016.

Chapter of book

[6] Van TTH, Infectious diseases prevention: Textbook of Medicine, Medical Publishing House, 2016; p. 13-42.

Paper presented at a meeting

[7] Dung VC, Genotype and phenotype of 101 Vietnamese Patients with Congenital Hyperinsulinism. Presented at the 9th Conference of Asia Pacific Pediatric Endocrinology Society in Tokyo, Japan, 2016.

OTOSAN EARS DROPS

NHỎ TAI TỰ NHIÊN



TÁC ĐỘNG

- Giữ ẩm, làm mềm
- Giảm đau, chống viêm
- Làm sạch kháng khuẩn



VIÊM TAI GIỮA



RÁY TAI QUÁ MỨC



CHÀM, NẤM ỔNG TAI



BỆNH LÝ ỔNG TAI NGOÀI



Thông tin sản phẩm:

- **Thành phần:** Tinh dầu hạnh nhân, tinh dầu lưu ly, tinh dầu cây tùng, tinh dầu hoa phong lữ, tinh dầu đinh hương, Bisabolol, dầu lý chua đen, chiết xuất keo ong, tinh dầu trà, vitamin E.

- **Đối tượng sử dụng:** Dùng cho mọi đối tượng trẻ em và người lớn.

Nguồn gốc: Nhập khẩu từ **Italy**, mang thương hiệu **OTOSAN**

- Sản phẩm đã được kiểm nghiệm da liễu và kiểm tra độ kích ứng da phù hợp cho tất cả mọi người kể cả trẻ nhỏ và trẻ sơ sinh.

Nhà sản xuất: **OTOSAN S.R.L.**

Địa chỉ: Via degli Scavi, 32 Forlì (Italy)

Phân loại sản phẩm: Thiết bị y tế loại A số 1174/180000028/PCBPL-BYT

Quy cách đóng gói: Mỗi hộp chứa chai dung tích: 10ml

Nhập khẩu: **CÔNG TY TNHH THƯƠNG MẠI TRÍ KHANG**

Địa chỉ: LK 03-07, KĐT An Hưng, Phường Dương Nội,
Quận Hà Đông, Thành Phố Hà Nội.

Điện thoại: **0969138181** - Website: **otosan.vn**





MÁY TRỢ THÍNH

THIẾT BỊ THÍNH HỌC

ĐO THÍNH LỰC

TRỢ THÍNH
AN KHANG

Trợ thính An Khang Kính mời hợp tác

Trợ thính An Khang là đơn vị tiên phong về máy trợ thính và ốc tai điện tử tại Việt Nam, với hơn 15 năm kinh nghiệm trong ngành thính học. Chúng tôi trân trọng và biết ơn vì đã có cơ hội được giúp hàng nghìn khách hàng tìm lại niềm vui, nghe được âm thanh thông qua các thiết bị trợ thính mà đơn vị cung cấp. Với mong muốn được mang đến cho khách hàng những sản phẩm chất lượng cao, Trợ thính An Khang mong muốn được hợp tác với Quý Đối tác trên toàn quốc.

THÔNG TIN LIÊN HỆ

TP.HCM: 142 Thành Thái, P.12, Q.10
Hà Nội: Tầng 7, 198 Trường Chinh, Q. Đống Đa
Đà Nẵng: 260 Nguyễn Tri Phương, Q. Thanh Khê

Hotline 24/7: 0963 470 361
Email: info@TroThinhAnKhang.com



TRỢ THÍNH AN KHANG



trothinhankhang.com

MED[®]EL

hearLIFE

“Âm thanh của bạn,
Giá trị của chúng tôi”



TRUNG TÂM TRỢ THÍNH HEARLIFE

Với hơn 15 năm trong lĩnh vực thính giác tại Việt Nam, trung tâm trợ thính hearLIFE tự hào là đơn vị dẫn đầu về các giải pháp nghe cùng đội ngũ chăm sóc khách hàng chuyên nghiệp.

Đội ngũ của chúng tôi bao gồm các chuyên gia và nhà thính học tận tâm tại Việt Nam, những người có kinh nghiệm lâu năm nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc thính giác chuyên nghiệp, tốt nhất cho khách hàng.

- ✓ Máy trợ thính, Ốc tai điện tử
- ✓ Đo khám và tư vấn thính lực
- ✓ Trị liệu ngôn ngữ
- ✓ Thiết bị thính học

📍 HÀ NỘI: Tầng 5, tòa nhà Gold Future, 148 Nguyễn Trãi, Q. Thanh Xuân

📍 HỒ CHÍ MINH: Tầng 5, tòa nhà Hoàng Anh, hẻm 3/1, Thành Thái, P.14, Q. 10

📍 ĐÀ NẴNG: 28 Cao Thắng, P. Thanh Bình, Q. Hải Châu.

🌐 <https://hearlifelifevietnam.com/>

☎ Hotline: 19001195