

đoạn II và IV chiếm tỉ lệ cao nhất (lần lượt là 44,4% và 31,9%). Sau 8 chu kỳ, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 64,3% và một phần là 32,9%.

Hóa trị kết hợp xạ trị giúp cải thiện hiệu quả điều trị với đáp ứng hoàn toàn hóa trị tăng lên 88,9%. Tác dụng phụ phổ biến là nôn và giảm bạch cầu, biến chứng mạn tính xơ phổi chiếm tỉ lệ 34,7%. Tỉ lệ sống còn toàn bộ, sống còn bệnh không tiến triển sau 1 năm đều là 94,4%, tỉ lệ sống còn toàn bộ và sống còn bệnh không tiến triển sau 5 năm lần lượt là 87,5% và 84,7%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2015)** U lympho Hodgkin. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học. 58-62
2. **Nguyễn Trường Sơn, Trần Thanh Tùng, Lê Phước Đạm, Lâm Mỹ Hạnh (2011)** "Đánh giá hiệu quả phác đồ ABVD trong điều trị lymphoma Hodgkin tại khoa huyết học Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2006-2010". Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 15, (4).
3. **Bonfante, V., Santoro, A., Viviani, S., Valagussa, P., Bonadonna, G. (1992)** "ABVD in the treatment of Hodgkin's disease". Semin Oncol, 19, (2 Suppl 5), 38-44; discussion 44-5.
4. **Canellos, G. P., Anderson, J. R., Propert, K. J., Nissen, N., Cooper, M. R., Henderson, E. S., Green, M. R., Gottlieb, A., Peterson, B. A. (1992)** "Chemotherapy of advanced Hodgkin's

- disease with MOPP, ABVD, or MOPP alternating with ABVD". N Engl J Med, 327, (21), 1478-84.
5. **Gordon, L. I., Hong, F., Fisher, R., Hoppe, R. T., Horning, S. J. (2012)** "Randomized Phase III Trial of ABVD Versus Stanford V With or Without Radiation Therapy in Locally Extensive and Advanced-Stage Hodgkin Lymphoma: An Intergroup Study Coordinated by the Eastern Cooperative Oncology Group (E2496)". Journal of Clinical Oncology, 31, (6), 684-691.
  6. **Mondello, P., Musolino, C., Dogliotti, I., Bohn, J., Cavallo, F., Ferrero, S., Botto, B., Cerchione, C., Straus, D. J. (2020)** "ABVD vs BEACOPP escalated in advanced-stage Hodgkin's lymphoma: Results from a multicenter European study". American Journal of Hematology, n/a, (n/a).
  7. **National Cancer Institute (2017)**, Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), [https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic\\_applications/docs/CTCAE\\_v5\\_Quick\\_Reference\\_8.5x11.pdf](https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_8.5x11.pdf),
  8. **Shamoon, R. P., Ali, M. D., Shabila, N. P. (2018)** "Overview and outcome of Hodgkin's Lymphoma: Experience of a single developing country's oncology centre". PloS one, 13, (4), e0195629-e0195629.
  9. **Vakkalanka, B., Link, B. K. (2011)** "Neutropenia and Neutropenic Complications in ABVD Chemotherapy for Hodgkin Lymphoma". Advances in hematology, 2011, 656013-656013.

## ĐÁNH GIÁ THAY ĐỔI PHÁT ÂM Ở TRẺ 4-6 TUỔI ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐỘ III VÀ IV

Đào Hoa Phượng<sup>1</sup>, Phạm Thị Bích Đào<sup>2,3</sup>,  
Trần Văn Tâm<sup>3</sup>, Phạm Anh Dũng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

VA quá phát làm giảm luồng hơi đi lên mũi trong quá trình phát âm làm rối loạn cộng hưởng âm, trẻ sẽ gặp khó khăn khi phát âm mũi /m/, /n/, /ŋ/, trong tiếng Việt là /m/, /n/, /ng/, /nh/; trẻ nói giọng mũi kín do luồng hơi khi lên đến vòm chỉ thoát được một phần hốc mũi, hoặc đẩy hơi vào hốc mũi cũng như qua các lỗ thông xoang rất chậm do có sự cản trở từ họng mũi của VA. Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá sự thay đổi phát âm ở trẻ VA quá phát độ III, IV ở trẻ 4-6 tuổi. Nghiên cứu thực hiện trên 36 trẻ được phẫu thuật nạo VA quá phát độ III, IV tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 8 năm 2021. Kết quả cho thấy, trẻ em nam chiếm 61,1%, nữ

chiếm 38,9%, tuổi 4 tuổi chiếm 11,1%, 5 tuổi chiếm 47,6%, 6 tuổi chiếm 41,3%. Lý do nhập viện gồm ngủ ngáy chiếm 38,9%, viêm tai giữa tái phát 27,8%, nói giọng mũi kín 19,3%, ngừng thở khi ngủ 13,9%. VA độ III chiếm 80,6%, độ IV chiếm 19,4%. Đánh giá phát âm trước nạo VA: không phát âm được âm /m/ 21,3%, /n/ 34,6%, /ng/ 59,6%, /nh/ 61,2%; sau khi nạo VA 2 tuần: không phát âm được âm /m/ 5,6%, /n/ 8,3%, /ng/ 11,1%, /nh/ 8,3%. Đánh giá chất lượng âm qua phân tích âm trung tính là nguyên âm /a/ trước khi tiến hành phẫu thuật VA lần lượt là Shimmer 3,6%, Jitter 1,6%, HNR 21,005 dB; F0 135 ± 1,7Hz và sau khi nạo VA Shimmer 3,0%, Jitter 0,9%, HNR 17,943 dB; F0 119 ± 1,2 Hz.

**Từ khóa:** quá phát VA, giọng mũi kín, Shimmer, Jitter, HNR, formants.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF PRONUNCIATION CHANGE IN CHILDREN WITH GRADE III OR IV ADENOID HYPERTROPHY

Adenoid hypertrophy reduces the flow of air through the nose during pronunciation, causing resonance disorder, children will have difficulty

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội,

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Đào

Email: phambichdao@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.6.2021

Ngày duyệt bài: 12.7.2021

pronouncing the nasal sounds /m/, /n/, /ŋ/, in Vietnamese are /m/, /n/, /ng/, /nh/. Hypertrophic adenoids may cause hyponasality by obliterating the nasopharynx or obstructing the choanae. This study was conducted to evaluate pronunciation changes in 4-6 years old children with Adenoid hypertrophy stage III, IV. The study was conducted on 36 children 4 to 6 years old who underwent adenoidectomy at the Vietnam National Children's hospital from August 2020 to the end of August 2021. The results showed that 61.1% were males and 38.9% were female; children aged 4 to 6 years old accounted for 11.1%, 47.6% and 41.3%, respectively. The main reason for adenoidectomy was snoring at 38.9%, recurrent otitis media 27.8%, closed nasal voice 19.3%, and sleep apnea 13.9%. On physical examination, the patient did not have acute nasopharyngitis. The percentage of adenoid hypertrophy stage III, IV were 80.6% and 19.4%. Assessment of pronunciation before adenoidectomy: unable to pronounce /m/ 21.3%, /n/ 34.6%, /ng/ 59.6%, /nh/ 61.2%; 2 weeks after adenoidectomy: unable to pronounce sounds /m/ 5.6%, /n/ 8.3%, /ng/ 11.1%, /nh/ 8.3%. Assessment of sound quality through analysis of neutral tones is the vowel /a/. Tones before adenoidectomy were Shimmer 3.6%, Jitter 1.6%, HNR 21.005 dB, respectively; F0 135 ± 1.7Hz. After adenoidectomy, Shimmer 3.0%, Jitter 0.9%, HNR 17.943 dB; F0 119 ± 1.2 Hz. There was a significant improvement in Jitter and HNR, suggesting the effectiveness in improving the voice of children with adenoid hypertrophy grade III-IV after adenoidectomy.

**Keywords:** Adenoid hypertrophy; hyponasality; Shimmer index; Jitter; HNR; formants

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VA là Amygdal vòm (Végétations Adénoïdes-VA), tổ chức lympho nằm ở họng mũi, thuộc vòng Waldeyer. VA phát triển mạnh ở tuổi từ 6 tháng đến 6 tuổi, thoái triển khi trẻ 15 tuổi và hiếm khi thấy ở người trưởng thành<sup>1</sup>. Trong một nghiên cứu đánh giá hệ thống về tỷ lệ quá phát VA đã chỉ ra rằng tỷ lệ VA quá phát là 34,5%<sup>2</sup>. VA quá phát độ III, IV gây bí tắc, che lấp cửa mũi sau từ ở mức độ > 50% cho đến hoàn toàn dẫn đến cản trở đường thở, giảm thông khí, giảm độ rộng của khoang họng mũi, giảm độ rung của các cấu trúc họng mũi và khoang mũi từ đó ảnh hưởng tới cấu âm và cộng hưởng do đó ảnh hưởng tới giọng<sup>3</sup>.

Sally K. Gallena cho rằng trẻ sẽ gặp khó khăn khi phát âm /m/, /n/, /ŋ/ trẻ nói giọng mũi kín do luồng hơi khi lên đến vòm chỉ thoát được một phần hốc mũi, hoặc đẩy hơi vào hốc mũi cũng như qua các lỗ thông xoang rất chậm do có sự cản trở từ họng mũi của VA<sup>4</sup>. Những khó khăn khi phát âm này gây tác động không tốt đến sức khỏe tâm thần, kết quả học tập của trẻ đặc biệt những trẻ lứa tuổi tiền học đường và học đường, đang hoàn thiện kỹ năng nói và giao tiếp<sup>4</sup>. VA

quá phát tác động trực tiếp đến việc phát âm và gây ảnh hưởng tới một số môn học như tập đọc, ngoại ngữ, thanh nhạc,...khiến trẻ giảm sút thành tích học tập và gây tâm lý tự ti cho trẻ<sup>5</sup>. Việc phát hiện và can thiệp VA sẽ giúp trẻ giải quyết những vấn đề nêu trên, hoàn thiện kỹ năng phát âm, tự tin giao tiếp, hòa nhập và học tập<sup>6</sup>. Việc phát hiện và can thiệp VA sẽ giúp trẻ giải quyết những vấn đề nêu trên, hoàn thiện kỹ năng phát âm, tự tin giao tiếp, hòa nhập và học tập. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá sự thay đổi phát âm ở trẻ 4 đến 6 tuổi có VA quá phát độ III-IV.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên 36 trẻ được phẫu thuật nạo VA do VA quá phát độ III, IV ở Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 8 năm 2020 đến hết tháng 8 năm 2021, được phân tích giọng trước và sau nạo VA bằng chương trình phân tích âm PRAAT.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân không phân biệt giới, có độ tuổi từ 4 tuổi trở lên.

- Được chẩn đoán: VA quá phát độ III, IV – theo phân độ của tác giả Cassanov với các triệu chứng: ngạt mũi, ngủ ngáy, thở miệng, rối loạn giọng...

- Amidan bình thường, không dị tật bẩm sinh mũi họng, được ghi âm và phân tích âm

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ, chi tiết.

- Bệnh nhân và người chăm sóc đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Nhiều số liệu phân tích âm

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh.

### 2.3. Chọn mẫu: Mẫu thuận tiện

### 2.4. Thu thập các thông số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tên, tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ, điện thoại liên hệ, ngày vào viện, ngày ra viện.

- Lý do vào viện: ngủ ngáy, rối loạn giọng, viêm tai giữa tái phát,

- Mô tả phân độ VA

- Phân tích khả năng phát âm tiếng Việt

+ Đánh giá chủ quan: nghe- âm họng mũi- mũi...

+ Đánh giá khách quan: chương trình phân tích âm PRAAT

### 2.5. Các bước tiến hành

Bước 1: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu theo thời gian và tiêu chuẩn đặt ra ở mục 2.1.1

Bước 2: Xây dựng bệnh án mẫu, các chỉ tiêu và tiêu chí nghiên cứu.

Bước 3: Thu thập thông số nghiên cứu.

Bước 4: Kết luận và đưa ra khuyến nghị phù hợp với kết quả đạt được.

**2. 6. Phân tích số liệu cụ thể:**

- Tổng kết số liệu, loại bỏ các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Thu thập số liệu theo bệnh án mẫu có sẵn và phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân.

- **Nhập và xử lý số liệu** bằng phần mềm Excel 2007 và SPSS 20.

**2.7. Đạo đức nghiên cứu:** - Bệnh nhân được giải thích rõ, đồng ý tham gia nghiên cứu và có sự cho phép của bố mẹ bệnh nhân.

- Thông tin liên quan đến bệnh nhân được bảo mật, chỉ sử dụng với mục đích nghiên cứu.

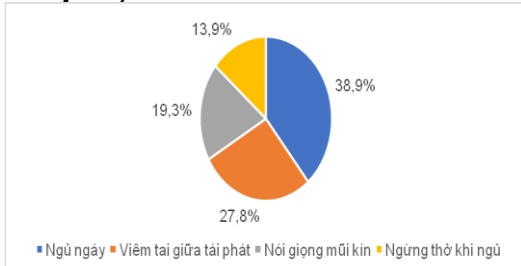
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

**3.1.1. Tuổi và giới của nhóm nghiên cứu**

Trong tổng số 36 bệnh nhân nhi, có tới 47,6% số bệnh nhân nhi là 5 tuổi, 41,3% trẻ nhập viện 6 tuổi và chỉ có 11,1% trẻ 4 tuổi. Tỷ lệ trẻ nam chiếm 61,1% và trẻ nữ chiếm 38,9%.

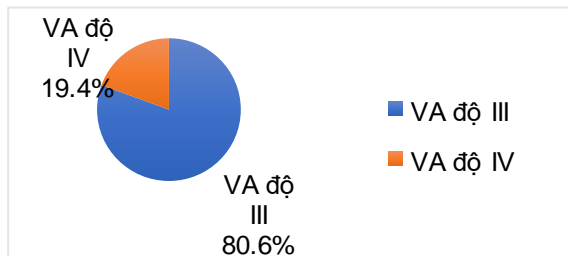
**3.1.2. Lý do nhập viện của trẻ VA quá phát độ III, IV**



**Biểu đồ 1. Lý do nhập viện của trẻ có VA quá phát độ III, IV**

**Nhận xét:** Biểu đồ 1 cho thấy lý do nhập viện của trẻ có VA quá phát độ III, IV. Trong đó, có phần lớn trẻ nhập viện do ngủ ngáy (38,9%). Nguyên nhân thứ 2 khiến trẻ nhập viện là do viêm tai giữa tái phát (27,8%). Có 19,3% trẻ nhập viện do nói giọng mũi kín và 13,9% số trẻ nhập viện do ngưng thở khi ngủ.

**3.1.3. Phân độ VA của đối tượng nghiên cứu**

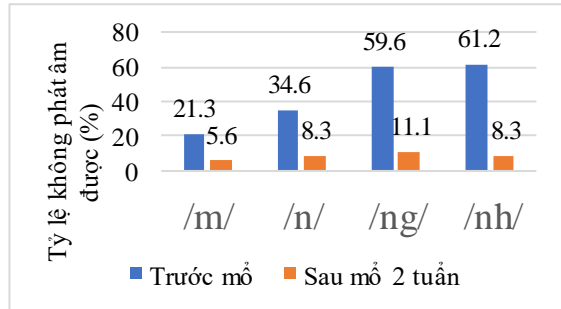


**Biểu đồ 2. Phân độ VA**

**Nhận xét:** Biểu đồ 2 cho thấy, đa số trẻ có chỉ định phẫu thuật khi VA quá phát độ III (80,6%), đến khám với triệu chứng thường gặp nhất là ngủ ngáy, gặp ở hầu hết các bệnh nhân.

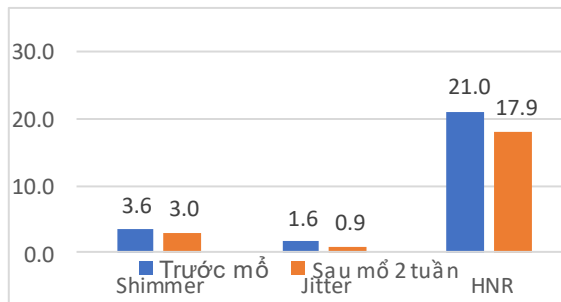
**3.2. Phân tích giọng trước và sau nạo**

**VA.** Các chỉ số phụ âm của bệnh nhân trước và sau nạo VA được thể hiện ở biểu đồ 3. Trước khi thực hiện phẫu thuật VA nhóm trẻ không phát âm được âm mũi /nh/ chiếm tỉ lệ cao nhất là 61,1%, xếp thứ 2 là nhóm trẻ không phát âm được âm /ng/ với tỉ lệ 58,3%. Hai nhóm bệnh nhi còn lại không phát âm được âm mũi /n/ và /m/ trước phẫu thuật có tỉ lệ phần trăm lần lượt là 33,3% và 19,4%. Sau phẫu thuật, tỉ lệ trẻ không phát âm được âm /nh/ và /ng/ chỉ còn 8,3% và 11,1%. Hai nhóm bệnh nhi còn lại không phát âm được âm mũi /n/ và /m/ sau khi tiến hành phẫu thuật VA chỉ chiếm 8,3% đối với bệnh nhân không phát âm được âm /n/ và 5,6% với bệnh nhân không phát âm được âm /m/.



**Biểu đồ 3. Tỷ lệ phần trăm trẻ không phát âm được âm mũi**

Đối với đặc trưng tần số âm thanh cơ bản F0, nhìn chung, nhóm bệnh nhân có tần số cơ bản của giọng trước và sau khi mổ trong giới hạn bình thường (80 Hz – 250 Hz đối với nam, 120 Hz – 400 Hz đối với nữ). Không có ai vượt quá giới hạn. Trước khi mổ trung bình tần số cơ bản của giọng ở nhóm bệnh nhân là 135 ± 1,7 Hz và sau mổ 2 tuần trung bình tần số cơ bản của giọng của nhóm bệnh nhân ở ngưỡng 119 ± 1,2 Hz.



**Biểu đồ 4. Các chỉ số âm học trước và sau khi mổ**

Đánh giá chất lượng âm qua phân tích âm trung tính là nguyên âm /a/ trước khi tiến hành phẫu thuật VA. Trước và sau mổ, bệnh nhân nhi có chỉ số âm học Shimmer bình thường với chỉ số trước và sau mổ lần lượt là 3,6% và 3,0%. Trước khi mổ, chỉ số Jitter trung bình của đối tượng nghiên cứu là 1,6% (ở ngưỡng bệnh lý >1,1%) và sau khi mổ chỉ số này chỉ còn 0,9%. Đối với chỉ số chỉ số hài thanh (Harmonics to noise ratio – HNR), trước khi mổ chỉ số HNR trung bình là 21,005dB (ở ngưỡng bệnh lý >20dB) và sau mổ 2 tuần chỉ số này chỉ còn 17,943dB.

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự cải thiện đáng kể về phát âm ở trẻ trước và sau phẫu thuật, đặc biệt đối với các thông số về Jitter và HNR. Trong tổng số 36 bệnh nhân nhi bị viêm V.A. quá phát độ III và IV, có 14/36 bệnh nhi là nữ giới (38,9%) và 22/36 bệnh nhi là nam giới (61,1%). Tỷ lệ nam: nữ = 1,57 : 1. Điều này là phù hợp với đặc điểm về giới tính của Việt Nam với số lượng trẻ nam cao hơn trẻ nữ, các bệnh lý về đường hô hấp thường gặp ở trẻ em cũng sẽ có tỷ lệ bệnh gặp ở trẻ nam là nhiều hơn. Nghiên cứu trên trẻ V.A. quá phát của tác giả Hà Lan Phương (2011) cũng cho thấy tỷ lệ nam là 69,0%, nữ là 31,0%<sup>7</sup>.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về mức độ quá phát có sự khác biệt so với các nghiên cứu khác. Đa số trẻ tham gia nghiên cứu có chỉ định phẫu thuật khi VA quá phát độ III (80,6%). Có 19,4% trẻ có VA quá phát độ IV. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trung Nghĩa cho thấy độ quá phát V.A. cao nhất là độ II chiếm 54,9%, độ III chiếm 36,6%<sup>8</sup>. Trong một nghiên cứu khác, tác giả Cassano P., cho thấy V.A. quá phát độ III và độ II lần lượt chiếm 64,3% và 20,4%<sup>9</sup>. Như vậy trong đa số các nghiên cứu, độ V.A. quá phát hay gặp nhất là độ II và độ III. Tác giả Cassano P. cũng gợi ý rằng không nên phẫu thuật nạo V.A. đối với V.A. quá phát độ I, độ II vì triệu chứng chảy mũi có thể do liên quan tới dị ứng, viêm mũi không do V.A.<sup>9</sup>. Ở nghiên cứu này chúng tôi chỉ lựa chọn đối tượng nghiên cứu là trẻ có VA quá phát độ III, IV có chỉ định nạo VA, đây cũng là nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt về tỉ lệ VA quá phát ở các mức độ so với các nghiên cứu khác.

Một số tác giả đã lập luận rằng VA quá phát có thể chặn luồng khí ở mũi họng và ảnh hưởng đến tính di động của vòm mềm, do đó nếu nạo VA thì sẽ dẫn đến những thay đổi trong giải phẫu vòm họng và làm thay đổi giọng nói<sup>10</sup>. Tuy

nhien, Chuma và cộng sự nghiên cứu trên 23 bệnh nhi nạo VA cho rằng việc loại bỏ này chỉ gây ra tác động tối thiểu trên một số khía cạnh của chức năng phát âm.

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy, trước khi thực hiện phẫu thuật VA nhóm trẻ không phát âm được âm mũi /nh/ và /ng/ chiếm tỉ lệ cao nhất là 61,1%, và 58,3%, giảm xuống còn tương ứng 8,3% và 11,1% sau phẫu thuật. Tỷ lệ không phát âm được /n/ và /m/ giảm tương ứng từ 33,3% và 19,4% xuống còn 8,3% và 5,6%. Như vậy, phẫu thuật nạo VA đã giúp cải thiện đáng kể về khả năng phát âm, phù hợp với các nghiên cứu trước đây<sup>10</sup>.

Khi đánh giá các thông số âm thanh, kết quả cho thấy tần số âm thanh cơ bản F0 ở nhóm bệnh nhi nằm trong giới hạn bình thường, với trung bình  $135 \pm 1,7\text{Hz}$  trước mổ và  $119 \pm 1,4\text{Hz}$  sau mổ 2 tuần. Kết quả này khác với một số nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu của Brkic và cộng sự (2020) hay của Dimatos và cộng sự (2016)<sup>10</sup> khi các tác giả cho thấy trẻ sau khi nạo VA, tần số âm thanh cơ bản F0 có sự tăng lên. Tuy nhiên sự khác biệt không đáng kể và các tác giả nhận định có thể có sự sai lệch khi đo âm thanh do trẻ vẫn còn phải chịu đau sau phẫu thuật trong giai đoạn này.

Mặt khác, nghiên cứu này cho thấy, đối với các chỉ số âm học, trước và sau mổ, bệnh nhân nhi có chỉ số âm học Shimmer bình thường. Chỉ số trước mổ là 3,6%, giảm xuống sau mổ còn 3,0%. Trước khi mổ, chỉ số Jitter trung bình của đối tượng nghiên cứu là 1,6% (ở ngưỡng bệnh lý >1,1%) và sau khi mổ chỉ số này chỉ còn 0,9%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây<sup>10</sup>. Đối với chỉ số chỉ số hài thanh (Harmonics to noise ratio – HNR), trước khi mổ chỉ số HNR trung bình là 21,005dB (ở ngưỡng bệnh lý >20dB) và sau mổ 2 tuần chỉ số này chỉ còn 17,943dB, khác so với các nghiên cứu trước đây khi các tác giả cho thấy có sự gia tăng về chỉ số HNR ở trẻ trước và sau nạo VA<sup>10</sup>. Tuy nhiên, các nghiên cứu trước đây có đánh giá kết quả xa sau 1 và 3 tháng cho thấy các thông số âm thanh của trẻ đều có xu hướng trở lại bình thường sau 3 tháng nạo VA<sup>10</sup>. Như vậy, kết quả trong nghiên cứu này cho thấy nạo VA có tác dụng tốt giúp cải thiện tình trạng bệnh lý về giọng nói của trẻ so với trước khi nạo. Đây là bằng chứng cơ bản giúp cho các bác sỹ tai mũi họng có thể đưa ra được các khuyến cáo về nạo VA ở trẻ cho phụ huynh có con bị VA quá phát độ III và IV trên lâm sàng.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra rằng, có sự thay đổi phát âm ở trẻ 4 đến 6 tuổi có VA quá phát độ III-IV, tỷ lệ trẻ không phát âm được các âm /m/, /n/, /ng/, /nh/ sau phẫu thuật đã giảm so với trước khi tiến hành phẫu thuật. Đánh giá chất lượng âm qua phân tích âm trung tính thấy có sự cải thiện đáng kể đối với thông số Jitter và HNR, gợi ý về hiệu quả cải thiện giọng nói của trẻ bị VA quá phát độ III-IV sau nạo VA.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Frank H. Netter (2008)**, Atlas giải phẫu người, Nhà xuất bản Y học.
2. **L. Pereira, J. Monyror, F. T. Almeida và các cộng sự. (2018)**, "Prevalence of adenoid hypertrophy: A systematic review and meta-analysis", *Sleep Med Rev*, **38**, tr. 101-112.
3. **J. H. Cho, D. H. Lee, N. S. Lee và các cộng sự. (1999)**, "Size assessment of adenoid and nasopharyngeal airway by acoustic rhinometry in children", *J Laryngol Otol*, **113(10)**, tr. 899-905.
4. **Sally K. Gallena (2007)**, *Voice and Laryngeal Disorders: A Problem-based Clinical Guide with Voice Samples*, Mosby Elsevier.
5. **L. J. Wallner, B. J. Hill, W. Waldrop và các cộng sự. (1968)**, "Voice changes following adenotonsillectomy. A study of velar function by cinefluorography and video tape", *Laryngoscope*, **78(8)**, tr. 1410-8.
6. **Y. Finkelstein, G. Berger, A. Nachmani và các cộng sự. (1996)**, "The functional role of the adenoids in speech", *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, **34(1-2)**, tr. 61-74.
7. **Hà Lan Phương (2011)**, Nghiên cứu hình thái nhĩ đờ ở trẻ viêm V.A. quá phát có chỉ định phẫu thuật, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Nghĩa Nguyễn Trung Nghĩa (2017)**, Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cắt amidan và nạo V.A đồng thời ở trẻ em, Luận văn cao học, Trường Đại học Y Dược Huế.
9. **P. Cassano, M. Gelardi, M. Cassano và các cộng sự. (2003)**, "Adenoid tissue rhinopharyngeal obstruction grading based on fiberoendoscopic findings: a novel approach to therapeutic management", *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, **67(12)**, tr. 1303-9.
10. **Spyros Cardoso Dimatos, Luciano Rodrigues Neves, Jéssica Monique Beltrame và các cộng sự. (2016)**, "Impact of adenotonsillectomy on vocal emission in children", *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, **82(2)**, tr. 151-158.

## ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI NẶNG CÓ KẾT QUẢ PCR ĐÀM DƯƠNG TÍNH VỚI ADENOVIRUS Ở TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Trần Thanh Thức\*\*, Trần Anh Tuấn\*, Phùng Nguyễn Thế Nguyên\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp viêm phổi nặng có kết quả PCR đờm dương tính với adenovirus. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, hồi cứu 55 trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 4/2018 đến tháng 3/2020. **Kết quả:** Tuổi trung vị là 13 tháng, 50% trường hợp dưới 12 tháng. Nam chiếm ưu thế với tỉ lệ nam/nữ là 3.2/1. Đa số các ca bệnh tập trung vào mùa đông xuân (từ tháng 10 đến tháng 3). Biểu hiện lâm sàng tương đối giống với các viêm phổi do siêu vi khác với sốt (94,5%), viêm long đường hô hấp (100%), nhưng bệnh cảnh kéo dài hơn với triệu chứng nổi bật là sốt cao kéo dài ( $9 \pm 5,1$  ngày). Các đặc điểm về cận lâm sàng không đặc hiệu và không thể phân biệt với viêm

phổi do vi khuẩn. Tổn thương trên X quang đa số là tổn thương dạng mô kê (87,3%) và cả 2 bên (78,2%). Tỉ lệ đồng nhiễm trên kết quả PCR đờm tương đối cao (78,2%), số tác nhân và loại tác nhân đồng nhiễm đa dạng. Số copies trung vị của adenovirus là  $40850 \times 10^3$  copies. **Kết luận:** Viêm phổi nặng nhiễm adenovirus ở trẻ dưới 5 tuổi có biểu hiện lâm sàng đa dạng, tương đối giống với các tác nhân virus khác nhưng diễn tiến nặng và kéo dài hơn.

**Từ khóa:** viêm phổi, adenovirus, polymerase chain reaction, trẻ em.

### SUMMARY

#### EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF SEVERE PNEUMONIA WITH ADENOVIRUS POSITIVE SPUTUM - PCR RESULTS IN CHILDREN AGED FROM 2 MONTH TO 5 YEARS IN CHILDREN'S HOSPITAL 1

**Objectives:** Describe the epidemiological, clinical and laboratory characteristics of severe pneumonia cases with adenovirus positive sputum PCR results. **Subjects and methods:** A retrospective cases series study was conducted concerning 55 children from 2 months to 5 years old at Children's Hospital 1 from April 2018 to March 2020. **Results:** The median age is

\*Bệnh viện Nhi Đồng 1

\*\*Bệnh viện Nhi Đồng 1, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Thức

Email: thanhthuc128@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.6.2021

Ngày duyệt bài: 13.7.2021