

- nặng, Luận văn Bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Văn Tuấn** (2021). Khảo sát nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Tạp Chí Học Việt Nam, 504(2), 147–151.
  3. **Hoàng Danh Tân** (2015). Nhận xét tình trạng rối loạn acid uric máu ở bệnh nhân suy thận mạn chưa điều trị thay thế tại khoa Thận – Tiết niệu bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
  4. **Doualla M., Halle M.P., Moutchia J. và cộng sự.** (2018). Determinants of hyperuricemia in non-dialysed chronic kidney disease patients in three hospitals in Cameroon. BMC Nephrol, 19(1), 169.
  5. **National Kidney Foundation** (2002). K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found, 39(2 Suppl 1), S1-26.
  6. **De Oliveira E.P. và Burini R.C.** (2012). High plasma uric acid concentration: causes and consequences. Diabetol Metab Syndr, 4, 12.
  7. **Bellomo G., Venanzi S., Verdura C. và cộng sự.** (2010). Association of uric acid with change in kidney function in healthy normotensive individuals. Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found, 56(2), 264–272.
  8. **Wang H., Wang L., Xie R. và cộng sự.** (2014). Association of Serum Uric Acid with Body Mass Index: A Cross-Sectional Study from Jiangsu Province, China. Iran J Public Health, 43(11), 1503–1509.

## NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ HẠT XƠ DÂY THANH Ở TRẺ EM

Nguyễn Hữu Trung<sup>1</sup>, Phạm Thị Bích Đào<sup>2</sup>, Vũ Thị Phương Thảo<sup>3</sup>,  
Nguyễn Thị Hằng<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Bích<sup>4</sup>, Mai Thị Mai Phương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Hạt xơ dây thanh (HXDT) là một trong các bệnh lý thường gặp trong chuyên ngành Tai – Mũi – Họng. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ mắc HXDT ở độ tuổi đi học là từ 17-30%.<sup>1</sup> Mắc HXDT có thể dẫn tới rối loạn chất lượng giọng nói, ảnh hưởng và làm trở ngại trực tiếp cho trẻ trong quá trình học tập và sinh hoạt, gây tâm lý không tốt cũng như gây khó khăn trong hòa nhập xã hội<sup>2</sup>. Chính vì vậy việc hiểu rõ về bệnh học cũng như điều trị HXDT là hết sức quan trọng, làm giảm các tác động tiêu cực tới đời sống, tâm sinh lý cũng như khả năng học tập ở trẻ em. Có nhiều phương pháp điều trị HXDT ở trẻ: điều trị nội khoa, luyện giọng, phẫu thuật, thậm chí có những quan điểm cho rằng việc điều trị HXDT ở trẻ là không cần thiết, các HXDT này có thể tự biến mất sau tuổi dậy thì... Việc chọn phương pháp điều trị và thời gian trị liệu được quyết định tùy theo nhu cầu, độ tuổi, sự tuân thủ và phản ứng của bệnh nhi với phương pháp đó. Việc theo dõi và điều trị HXDT ở trẻ em là một thách thức vì phương pháp và thời gian điều trị phải được lựa chọn riêng cho từng trẻ. Qua nghiên cứu tổng quan về các phương pháp điều trị HXDT chúng tôi thu thập được 20 bài báo đủ tiêu chuẩn nghiên cứu đặt ra. Trong đó có 15 bài báo đề cập tới điều trị bằng

trị liệu giọng nói trực tiếp hoặc gián tiếp, có 03 bài báo đề cập tới việc điều trị bằng phẫu thuật, 02 bài báo theo dõi tới sau tuổi dậy thì mà không can thiệp gì và không tìm thấy bài báo nào về điều trị bằng Corticoid

**Từ khóa:** hạt xơ dây thanh trẻ em, trị liệu giọng

### SUMMARY

#### OVERVIEW: TREATMENT METHODS OF VOCAL FOLD NODULES IN CHILDREN

Vocal fold nodules (VNFs) is a common disease in the Ear - Nose – Throat department. Many studies show that the rate of children with VNFs in school age ranges from 17-30%. Having VNFs can lead to voice disorder, this directly affecting to children in learning and living, causing psychological impact as well as social communication. Therefore, it is very important to understanding the pathology, treatment VNFs in children. This reduces negative effects on life, psychophysiology and learning. There are many methods of treatment in children: medicine, voice therapy, corticoid therapy, surgery, even in some studies, treatment was not necessary, VNFs may disappear after adolescent... The method and time of therapy is according to the child's requirements, age, compliance and their co-operation. Treatment should be individualized and it is a challenge. We collected 20 articles that met the research criteria through an overview study on treatment methods of VNFs in children. There are 15 articles refer to direct or indirect voice therapy, three articles with surgery method and two articles follow children with VNFs to post-pubertal with do nothing. And we did not find any article used corticoid therapy to treat for children with VNFs.

**Keywords:** vocal fold nodules in child, voice therapy

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bộ môn Tai Mũi Họng Trường Đại Học Y Hà Nội

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

<sup>4</sup>Bệnh viện Đa khoa huyện Hoài Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Trung

Email: trungtkhd91@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 9.01.2023

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạt xơ dây thanh (HXDT) là một trong các bệnh lý thường gặp trong chuyên ngành Tai – Mũi – Họng, đây là tổn thương lành tính tại điểm nối 1/3 trước trên bờ tự do của dây thanh, kích thước bằng nửa hạt gạo, hình tròn hoặc nhọn, có tính chất đối xứng hai bên. HXDT không chỉ gặp ở người lớn mà một số đối tượng trẻ em cũng có thể gặp phải tình trạng này. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ mắc HXDT ở độ tuổi đi học là từ 17-30%.<sup>1</sup>

Mắc HXDT có thể dẫn tới rối loạn chất lượng giọng nói: nói khàn, nói mệt, mất tiếng, giọng một tông... làm ảnh hưởng tới giao tiếp xã hội.<sup>2</sup> Ở trẻ em, ảnh hưởng của HXDT càng nghiêm trọng hơn vì nó làm trở ngại trực tiếp cho trẻ trong quá trình học tập và sinh hoạt, có thể gây tâm lý không tốt cho trẻ cũng như cản trở trẻ trong việc hòa nhập xã hội.<sup>3,4</sup> Chính vì vậy việc hiểu rõ về bệnh học cũng như điều trị HXDT là hết sức quan trọng làm giảm các tác động tiêu cực tới đời sống, tâm sinh lý cũng như khả năng học tập ở trẻ em.

Mặc dù tỷ lệ mắc cao nhưng chưa có phác đồ chuẩn trong việc lựa chọn phương pháp điều trị HXDT ở trẻ em. Việc chọn phương pháp điều trị và thời gian trị liệu được quyết định tùy theo nhu cầu, độ tuổi, sự tuân thủ và phản ứng của bệnh nhân với phương pháp đó. Việc theo dõi và điều trị HXDT ở trẻ em là một thách thức vì phương pháp và thời gian điều trị phải được lựa chọn riêng cho từng trẻ.

Có nhiều phương pháp điều trị HXDT ở trẻ em như: điều trị nội khoa, luyện giọng, phẫu thuật, thậm chí có những quan điểm cho rằng việc điều trị HXDT ở trẻ là không cần thiết, các HXDT này có thể tự biến mất sau tuổi dậy thì.<sup>1,4</sup>

Nhiều tác giả nghiên cứu cho rằng, vấn đề điều trị HXDT ở trẻ dưới 16 tuổi chủ yếu là nội khoa và luyện giọng, việc phẫu thuật không những ít hiệu quả mà còn ảnh hưởng tới sự phát triển giải phẫu cũng như chức năng phát âm của thanh quản trong giai đoạn trước 16 tuổi, có thể còn gây rối loạn giọng nề hơn nhất là với trẻ em nam, bên cạnh đó lại có nhiều chuyên gia Tai Mũi Họng lại cho rằng việc điều trị tùy thuộc mức độ của hạt xơ dây thanh và vấn đề phẫu thuật phải đặt ra ở trước tuổi đi học.

Chính vì vậy, để có cách nhìn tổng quan hơn trong cách tiếp cận xử trí bệnh lý hạt xơ dây thanh ở trẻ em. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Tổng quan hạt xơ dây thanh ở trẻ em và thái độ xử trí*" với mục tiêu: Đánh giá các quan điểm xử trí hạt xơ dây thanh ở trẻ em.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Phương pháp, chiến lược tìm kiếm và nguồn dữ liệu.** Nghiên cứu tổng quan này dựa trên protocols PRISMA-SCR (PRISMA extension for Scoping Reviews) là bảng kiểm hướng dẫn cho các nhà lâm sàng, cán bộ nghiên cứu thực hiện một nghiên cứu tổng quan luận điểm được các nhà nghiên cứu y khoa khuyến cáo thực hiện theo. Cơ sở dữ liệu Pubmed/Medline được sử dụng để tìm kiếm các nghiên cứu trên thế giới. Các từ khóa được sử dụng để tìm kiếm bao gồm: ((Vocal fold nodules) AND (Treatment OR Therapy OR Therapies OR Management)) hoặc ((Vocal cord nodules) AND (Treatment OR Therapy OR Therapies OR Management)). Các thuật ngữ Tiếng Việt được sử dụng để tìm kiếm tài liệu dựa trên tiêu đề và tóm tắt là: "hạt xơ dây thanh" and "phương pháp điều trị". Nhóm nghiên cứu tiến hành tham vấn các chuyên gia trong lĩnh vực này nhằm tìm hiểu cách thức tìm kiếm, giúp cho kết quả tìm kiếm bao phủ được số lượng công bố đầy đủ nhất.

**2.2. Thời gian nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8/2021 đến tháng 8/2022. Tất cả các kết quả tính đến thời điểm tìm kiếm đều được đưa vào tổng hợp.

**2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ nghiên cứu.** Các tiêu chuẩn và loại trừ được thể hiện trong bảng dưới đây

### Tiêu chí lựa chọn

1. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng hoặc các nghiên cứu quan sát hồi cứu hoặc tiến cứu có đánh giá hiệu quả hoặc kết quả của các phương pháp điều trị HXDT

2. Bệnh nhân trẻ em từ 4-16 tuổi

3. Các nghiên cứu được công bố trên tạp chí quốc tế uy tín, có bình duyệt

4. Các nghiên cứu được xuất bản bằng tiếng Anh, có đầy đủ tóm tắt và tác giả

Các nghiên cứu được xuất bản từ 01/01/2000 cho đến tháng 31/7/2022

### Tiêu chí loại trừ

1. Các nghiên cứu tổng quan hệ thống hoặc phân tích gộp

2. Các nghiên cứu được báo cáo là nghiên cứu hậu định (post-hoc analysis) hoặc các nghiên cứu tổng hợp dữ liệu từ các thử nghiệm lâm sàng (pooled analysis).

3. Các nghiên cứu có tuổi <4 và/ hoặc >16

4. Các tóm tắt, kỷ yếu hội thảo, thư ban biên tập (letter of editor), ... mà không phải là các nghiên cứu gốc (original article)

Các nghiên cứu được xuất bản không bằng tiếng Anh

**2.4. Lựa chọn nghiên cứu.** Hai nghiên cứu viên độc lập đã tiến hành tổng hợp nghiên cứu theo hai bước như sau:

**Bước 1:** Tiêu đề và tóm tắt của tất cả các kết quả tìm kiếm được được rà soát và xem xét. Các nghiên cứu không phù hợp với các tiêu chuẩn sẽ bị loại trừ. Các nghiên cứu phù hợp với tiêu chí lựa chọn được lưu trữ dưới dạng toàn văn, và chuyển sang bước 2.

**Bước 2:** Các nghiên cứu có tiêu đề và tóm tắt phù hợp sẽ được đọc toàn văn và rà soát kết quả và phương pháp các nghiên cứu. Các nghiên cứu có toàn văn không phù hợp với tiêu chuẩn cũng bị loại trừ khỏi nghiên cứu. Các nghiên cứu còn lại phù hợp sẽ được tiến hành trích xuất dữ liệu dựa vào biểu mẫu được xây dựng bởi nhóm nghiên cứu. Ngoài ra, danh mục tài liệu tham khảo của các nghiên cứu phù hợp cũng được xem xét nhằm tìm kiếm các nghiên cứu khác phù hợp mà không được tìm thấy qua quá trình tìm kiếm được đề cập ở trên.

Trong hai bước này, nếu có bất cứ bất đồng nào giữa hai nghiên cứu viên trong nhóm, cả nhóm nghiên cứu sẽ tiến hành thảo luận và thống nhất quan điểm.

**2.5. Trích xuất dữ liệu.** Dữ liệu từng nghiên cứu được trích xuất theo một biểu mẫu thống nhất nhằm phục vụ cho phân tích và đánh giá. Các đặc tính được trích xuất bao gồm

- **Thông tin cơ bản:** tác giả, năm xuất bản nghiên cứu, tạp chí, nước.

- **Thông tin phương pháp nghiên cứu:** thiết kế nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu, địa điểm nghiên cứu, cỡ mẫu nghiên cứu

- **Thông tin kết quả nghiên cứu:** tuổi, giới, phương pháp điều trị và các kết quả đạt được

**2.6. Phân tích dữ liệu.** Dữ liệu của các nghiên cứu được tổng hợp và mô tả theo các tiêu chí được trích xuất.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Một số đặc điểm cơ bản của các nghiên cứu.** Đặc điểm cơ bản của mỗi nghiên cứu được trình bày ở Bảng 1. Trong số 20 bài báo được nghiên cứu:

- Các bài báo đều được xuất bản trong 14 năm trở lại đây xa nhất là năm 2001, gần nhất là năm 2022.

- 40% số nghiên cứu là ở châu Á.

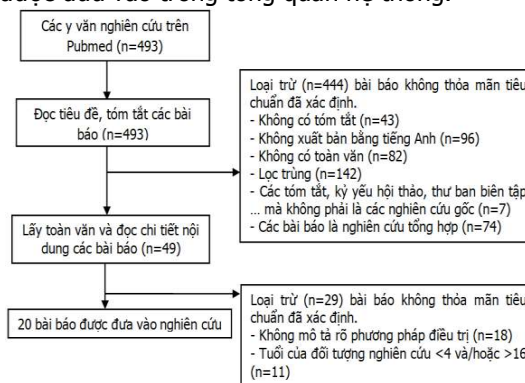
- Phần lớn các nghiên cứu sử dụng thiết kế tiến cứu (75%)

- Cỡ mẫu: cỡ mẫu lớn nhất 1194 người, ít nhất 11 người.

- Tất cả các nghiên cứu đều đánh giá bệnh

nhi sau điều trị bằng triệu chứng lâm sàng và nội soi thanh quản. 50% số nghiên cứu dùng phương pháp phân tích âm để đánh giá, chỉ có 37.5% nghiên cứu dùng các thang điểm để đánh giá ảnh hưởng của chất lượng giọng tới cuộc sống của trẻ.

Tìm kiếm trên cơ sở dữ liệu (Hình 1) cho thấy có 493 tài liệu. Sau khi đối chiếu theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, 20 bài báo được đưa vào trong tổng quan hệ thống.



**Hình 1. Kết quả quá trình lựa chọn các nghiên cứu**

**Bảng 1. Một số đặc điểm cơ bản của các nghiên cứu**

	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Năm xuất bản (n=20)</b>		
2000-2009	04	20
2010-2019	09	45
2020-2022	07	35
<b>Thiết kế nghiên cứu (n=20)</b>		
Thử nghiệm lâm sàng	02	10
Quan sát hồi cứu	03	15
Quan sát tiến cứu	15	75
<b>Châu lục (n=20)</b>		
Châu Á	08	40
Châu Âu	06	30
Châu Mỹ	06	30
<b>Cỡ mẫu nghiên cứu 1.196</b>		
<b>Phương pháp đánh giá (n=20)</b>		
Triệu chứng lâm sàng	20	100
Nội soi thanh quản	20	100
Phân tích âm	10	50
Sử dụng các thang điểm đánh giá: Chỉ số khuyết tật giọng nói ở trẻ (p-VHI: Pediatric voice handicap index) Thang điểm PVRQOL (Pediatric Voice-Related Quality of Life)	14	70

### 3.2. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Tuổi</b>	<b>n=20</b>	<b>100</b>
Tuổi trung bình < 10 tuổi	15	75
Tuổi trung bình > 10 tuổi	5	30
<b>Giới tính</b>	<b>n=1.196</b>	<b>100</b>
Nam	721	60.2
Nữ	357	29.8
<b>Khàn tiếng</b>	<b>n=1.196</b>	<b>100</b>
<b>Thời gian mắc bệnh trước nghiên cứu</b>		
dưới 6 tháng	2	10
6 -12 tháng	15	75
>12 tháng	3	15

**Nhận xét:** - Về tuổi của các đối tượng nghiên cứu: Đa số nghiên cứu có tuổi trung bình khoảng 8-9 tuổi. Tuổi nhỏ nhất tham gia nghiên cứu là 4 tuổi, tuổi lớn nhất là 16 tuổi.

- Tỷ lệ nam/nữ là 2:1.

### 3.3. Các phương pháp điều trị HXDT ở trẻ

**Bảng 3. Các phương pháp điều trị HXDT ở trẻ em**

	Số lượng nghiên cứu (n=20)	Tỷ lệ %
Vệ sinh họng	13	65
Trị liệu giọng	15	75
Phẫu thuật	3	15
Điều trị các bệnh kèm theo	4	20

**Nhận xét:** Bảng 3 cho thấy phương pháp vệ sinh họng và trị liệu giọng được ưu tiên trong việc lựa chọn điều trị HXDT ở trẻ em.

**Bảng 4. Các kết quả sau điều trị trong các nghiên cứu được tổng hợp**

	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Về hình thái HXDT</b>	<b>n=1.196</b>	<b>100</b>
HXDT giảm kích thước hoặc biến mất	184	15.4
Biến đổi dây thanh: seò, viêm	9	2.3
<b>Về chức năng</b>	<b>n=20</b>	<b>100</b>
Cải thiện về tần số (F0)	2	10
Cải thiện chỉ số Jitter	14	70
Cải thiện chỉ số Shimmer	13	65
Cải thiện tỷ số ồn NHR	14	70
Cải thiện chất lượng cuộc sống	11	55

**Nhận xét:** - Có 184 (15.1%) bệnh nhân được mô tả có HXDT giảm kích thước hoặc biến mất.

- Về chức năng của dây thanh thấy: 02 nghiên cứu cho thấy có cải thiện về tần số giọng (F0), nhưng tỷ lệ cao các nghiên cứu cho thấy

cải thiện có ý nghĩa thống kê về chỉ số Jitter, Shimmer và NHR.

- Tất cả các nghiên cứu có đánh giá về chất lượng cuộc sống sau khi điều trị HXDT cho thấy có cải thiện rõ rệt sau điều trị.

## IV. BÀN LUẬN

Trong các nghiên cứu mà chúng tôi tìm thấy thì hầu hết là các nghiên cứu tiến cứu (75%), có 02 thử nghiệm lâm sàng và 03 nghiên cứu hồi cứu. Tổng cỡ mẫu của 20 nghiên cứu là 1.196 bệnh nhi, với tỷ lệ trẻ trai/ trẻ gái là 2:1.<sup>5</sup> Ở người lớn thì HXDT thường gặp ở phụ nữ, tuy nhiên ở trẻ em lại ngược lại. Sự hình thành HXDT chủ yếu được cho là do lạm dụng giọng kéo dài. Có rất nhiều nghiên cứu trước đó cũng cho thấy tỷ lệ mắc HXDT ở trẻ trai thường cao hơn trẻ gái.<sup>1,5</sup> Tỷ lệ này thay đổi sau khi dậy thì.<sup>5</sup> Tuổi của nghiên cứu được lấy từ 4-16 tuổi, và tuổi trung bình của nhiều nghiên cứu là trong khoảng 8-10 tuổi.

Để điều trị HXDT có nhiều phương pháp: vệ sinh họng, điều trị các bệnh lý nội khoa (trào ngược dạ dày- thực quản, hen,...), phương pháp trị liệu giọng (trực tiếp hoặc gián tiếp, có thể có sự tham gia của mẹ), phẫu thuật...<sup>1</sup> Chưa có một hướng dẫn cụ thể nào về phác đồ điều trị HXDT ở bệnh nhân là trẻ em. Trong bài nghiên cứu của chúng tôi thấy phương pháp điều trị đầu tay mà các bác sỹ lựa chọn chính là vệ sinh họng và trị liệu giọng. Vì sao lại như vậy? Nhiều nghiên cứu đã chứng minh HXDT ở trẻ có thể biến mất hoàn toàn sau tuổi dậy thì. M.S. De Bodt và cộng sự đã theo dõi 34 trẻ dưới 12 tuổi có HXDT, các trẻ này được theo dõi và soi thanh quản tới sau khi dậy thì. Kết quả thấy chỉ còn 10 trẻ (19%) còn hạt xơ sau tuổi dậy thì.<sup>5</sup>

Trong tất cả các nghiên cứu về việc áp dụng trị liệu giọng (cả trị liệu giọng trực tiếp và gián tiếp) cho thấy có sự cải thiện rõ rệt về chất lượng giọng thông qua đánh giá sự cải thiện chỉ số jitter, shimmer và NHR. Thậm chí trong một số nghiên cứu, trị liệu giọng còn giúp làm giảm kích thước HXDT.<sup>6,7</sup> Chính vì thế chất lượng cuộc sống của trẻ đều được cải thiện rõ rệt. Để tăng cường hiệu quả trị liệu giọng, các buổi điều trị có thể có sự tham gia của cha mẹ. Sonbay Yilmaz ND và cộng sự đã chứng minh hiệu quả này qua nghiên cứu của mình.<sup>8</sup> Trong tất cả các nghiên cứu của chúng tôi thu thập được, không nghiên cứu nào riêng biệt chứng minh hiệu quả của phẫu thuật cắt HXDT ở trẻ em. Mà phương pháp phẫu thuật chỉ được đề cập tới khi tất cả các phương pháp trước đó thất bại và trẻ em đã qua

tuổi dậy thì.<sup>9,10</sup>

Một số tác giả lại ủng hộ quan điểm không điều trị HXDT ở trẻ. Tuy nhiên trong các nghiên cứu có nhóm chứng cho thấy, việc điều trị khàn giọng do HXDT làm cải thiện rất nhiều chất lượng cuộc sống của trẻ. Chúng tôi không tìm thấy bài báo nào điều trị corticoid cho trẻ bị HXDT.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả tổng quan nghiên cứu cho thấy trị liệu giọng và điều trị sớm viêm mũi họng là phương pháp đầu tay trong việc điều trị HXDT ở trẻ em.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mudd P, Noelke C. Vocal fold nodules in children. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018 Dec;26(6):426-430.
- Lee JM, Roy N, Park A, Muntz H, Meier J, Skirko J, Smith M. Personality in Children With Vocal Fold Nodules: A Multitrait Analysis. *J Speech Lang Hear Res*. 2021 Oct 4;64(10):3742-3758.
- Aoki T, Takeyama T, Sakamoto Y, Shimada A, Kondo E, Nakano S, Fukuda J, Azuma T, Sato G, Kitamura Y, Hosokawa K, Udaka J, Takeda N. Effects of vocal nodules on acoustic characteristics of voice in children: an acoustic analysis of voice. *J Med Invest*. 2021;68(3.4):276-279.
- Martins RHG, Gramuglia ACJ. Laryngeal Web as a Possible Cause for Nonabsorption of Vocal Nodules in Boys After Puberty. *J Voice*. 2019 Jul;33(4):561-563.
- De Bodt MS, Ketelslagers K, Peeters T, Wuyts FL, Mertens F, Pattyn J, Heylen L, Peeters A, Boudewyns A, Van de Heyning P. Evolution of vocal fold nodules from childhood to adolescence. *J Voice*. 2007 Mar;21(2):151-6.
- Hartnick C, Ballif C, De Guzman V, Sataloff R, Campisi P, Kerschner J, Shembel A, Reda D, Shi H, Sheryka Zacny E, Bunting G. Indirect vs Direct Voice Therapy for Children With Vocal Nodules: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018 Feb 1;144(2):156-163.
- Bilal N, Selcuk T, Sarica S, Alkan A, Orhan İ, Doganer A, Sagiroglu S, Kilic MA. Voice Acoustic Analysis of Pediatric Vocal Nodule Patients Using Ratios Calculated With Biomedical Image Segmentation. *J Voice*. 2019 Mar; 33(2):195-203.
- Sonbay Yilmaz ND, Afyoncu C, Ensari N, Yildiz M, Gür OE. The Effect of the Mother's Participation in Therapy on Children with Vocal Fold Nodules. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2021 Nov;130(11):1263-1267.
- Adriaansen A, Meerschman I, Van Lierde K, D'haeseleer E. Effects of voice therapy in children with vocal fold nodules: A systematic review. *Int J Lang Commun Disord*. 2022 Jun 27. doi: 10.1111/1460-6984.12754. Epub ahead of print. PMID: 35758272.
- Mansuri B, Tohidast SA, Soltaninejad N, Kamali M, Ghelichi L, Azimi H. Nonmedical Treatments of Vocal Fold Nodules: A Systematic Review. *J Voice*. 2018 Sep;32(5):609-620. doi: 10.1016/j.ivoice.2017.08.023. Epub 2017 Oct 12. PMID: 29032130.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TRẺ SƠ SINH BỆNH NẶNG CÓ TỔN THƯƠNG THẬN CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH THUẬN

Lê Huy Thạch<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hường<sup>1</sup>, Lê Quốc Thắng<sup>1</sup>,  
Phạm Thanh Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Tiến Đạt<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tổn thương thận cấp là nguyên nhân phổ biến gây bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh. **Mục tiêu:** Mô tả lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến tổn thương thận cấp ở trẻ sơ sinh bệnh nặng. **Phương pháp:** Nghiên cứu theo dõi dọc. **Kết quả:** Lâm sàng phổ biến nhất là vô niệu (72,7%), hôn mê (36,4%), phù (27,3%), rối loạn nhịp tim (18,2%), co giật (9,1%). Tỷ lệ rối loạn chức năng hô hấp, huyết học và tim mạch lần lượt là 90,9%, 54,5% và 36,4%. Nhiễm trùng sơ sinh là nguyên nhân phổ

biến của tổn thương thận cấp ở trẻ sơ sinh bệnh nặng (90,9%). Xét nghiệm: Tỷ lệ hạ Na<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup> và tăng K<sup>+</sup> lần lượt là 9,1%, 36,4% và 27,3%. Trung vị nồng độ creatinin 180,3  $\mu$ mol/l. Siêu âm tim: còn ống động mạch 18,2%, suy chức năng tim 9,1, 27,3% các bất thường khác. Có mối liên quan giữa cách thức sinh; tuổi thai đến tổn thương thận cấp ở trẻ sơ sinh bệnh nặng (p < 0,05). **Kết luận:** Tổn thương thận cấp làm tăng tỷ lệ tử vong. Do đó, nên ngăn ngừa tổn thương thận cấp ở trẻ sơ sinh bằng cách dự đoán và chẩn đoán nhanh ở những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn.

**Từ khóa:** Tổn thương thận cấp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận.

### SUMMARY

**STUDY CHARACTERISTICS ACUTE KIDNEY INJURY IN CRITICALLY ILL NEWBORN AT GENERAL HOSPITAL NINH THUAN PROVINCE**

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Thạch

Email: lh.thach67@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.11.2022

Ngày phân biện khoa học: 20.12.2022

Ngày duyệt bài: 9.01.2023