

tràng gặp khó khăn do móm tá tràng sâu ở gối trên, D2 tá tràng, sát Vater hoặc BN loét tá tràng, thủng cũ gây biến dạng nhiều tá tràng. Dẫn lưu móm tá tràng hay đóng móm tá tràng phối hợp với khâu gục vào đầu tụy hoặc tạo hình móm tá tràng bằng dây chằng tròn là các phương pháp có tính an toàn cao có thể vừa lấy được tổn thương loét tá tràng kết hợp với phẫu thuật điều trị UTDD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hideyuki Ubukata et al.** Why is the coexistence of gastric cancer and duodenal ulcer rare? Examination of factors related to both gastric cancer and duodenal ulcer. *Gastric Cancer* (2011) 14: 4-12.
2. **Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, Matsumura N, Yamaguchi S, Yamakido N.** Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer. *N Engl J Med*.2001;345: 784-9.
3. **Fischer A, Clagett OT, McDonald JR.** Coexistent duodenal ulcer and gastric malignancy. *Surgery* 1947;21: 168-74.
4. **Camels S, Berezial JC, Oshima H, Barsch.H.** Bacterial formation of N-nitroso compounds in rat after omeprazol-induced achlorhydria. In O'Neill IK, Chan J,Bartsch. editor. Relevance to human cancer of N-nitroso compounds, tobacco smoke and mycotocin (IARC scientific publication on cancer; 1991.p.1987-91.
5. **Takatsu S, Tsuchia H, Kitamura A, Yoshida S, Ito M, Sakura Y et al.** Detection of early gastric cancer by panendoscopy. *Jpn J Clin Onco*. 1984;14: 243-52.
6. **Fuccio L, Zagari RM, Minardi ME, Bazzoli F.** Systematic review: Helicobacter pylori for prevention of gastric cancer. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;25:133-41.
7. **Lars-Eric Hasson, Olof Nyren , Ann W. Hsing et al.** The risk of stomach cancer in patients with gastric or duodenal disease. *The New England Journal of Medicine* 1996; 335:242-9.
8. **Feng CW, Wang LD, Jiao LH, Lui B,Zheng s, Xie XL.** Expression of P 53, inducible nitric oxide synthase and vascular endothelial growth factor in gastric precancerous and cancerous lesions: correlation with clinical features. *BMC cancer*. 2000;29: 2-8.

CHỈ ĐỊNH VÀ KẾT QUẢ MỞ KHÍ QUẢN Ở TRẺ EM TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phí Thị Quỳnh Anh¹, Nguyễn Thùy Dương², Lê Tuấn Thành³,
Nguyễn Thị Trà Giang¹, Trần Minh Điền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mở khí quản (MKQ) là thủ thuật mở một lỗ ở khí quản (đoạn cổ) và đặt một ống thông (Canuyn) làm cho không khí lưu thông trực tiếp từ bên ngoài vào khí quản và phế nang mà không đi qua đường hô hấp nằm phía trên lỗ mở khí quản [1]. Đây là một phẫu thuật cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành Tai Mũi Họng. Mở khí quản tạo ra đường thở an toàn trong những trường hợp bất tắc đường thở tại vị trí hầu họng, thanh quản, khí quản do nhiều nguyên nhân khác nhau. Trong chuyên ngành Nhi khoa, do sự phổ biến của phương pháp đặt nội khí quản và sự gia tăng số lượng bệnh nhân được điều trị tại các đơn vị điều trị tích cực, thở máy kéo dài trở thành lí do phổ biến nhất trong chỉ định mở khí quản ở trẻ em [2]. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về chỉ định, hiệu quả cũng như biến chứng của mở khí quản trên đối tượng người trưởng thành, tuy nhiên, có rất ít nghiên

cứu về vấn đề này được thực hiện trên đối tượng trẻ em. **Mục tiêu nghiên cứu:** mô tả chỉ định và kết quả mở khí quản ở trẻ em từ 0 đến 15 tuổi, điều trị tại các khoa hồi sức tích cực bệnh viện Nhi Trung ương, có chỉ định và được mở khí quản từ 01/01/2020 đến 30/06/2023. **Nghiên cứu mô tả, hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện.** **Kết quả:** Tuổi trung vị là 4,9 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là > 28 ngày tuổi – 2 tuổi; phần lớn bệnh nhân mắc bệnh lý thần kinh (50%); chỉ định mở khí quản chủ yếu là thở máy kéo dài (88,5%), thời gian thở máy trung bình đến khi được mở khí quản là 27,6 ngày; Tại thời điểm ra viện, 44% bệnh nhân cai được máy thở, 44,5% bệnh nhân không cai được máy thở, 11,5% bệnh nhân tử vong, thời gian thở máy trước mở khí quản kéo dài làm tăng thời gian điều trị tại các khoa điều trị tích cực. **Từ khóa:** Tracheotomy, children, paediatric intensive care

SUMMARY

INDICATIONS AND RESULTS OF TRACHEOSTOMY IN CHILDREN IN THE INTENSIVE RECOVERY DEPARTMENT OF THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Background: Tracheostomy is a procedure to open a hole in the trachea (at the neck) and place a catheter (Canuyn) to allow air to flow directly from the outside into the trachea and accessory that does not pass through the airway above the tracheostomy opening hole [1]. This is a common emergency

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Sản Nhi Hưng Yên

³Trung tâm Y khoa Prime số 2 Trần Thánh Tông quận Hai Bà Trưng, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phí Thị Quỳnh Anh

Email: phiquynhanh@ gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2024

Ngày duyệt bài: 30.5.2024

technique in the Ear, Nose and Throat specialty. Tracheostomy creates a safe airway in cases of closed airway obstruction at the pharynx, larynx, and trachea due to many different causes. In the specialty of Pediatrics, the popularity of intubation management and the increase in the number of patients treated in intensive care units, long-term mechanical ventilation is the most common indication. Meaning of tracheostomy in children [2]. In Vietnam, there have been a number of studies on the indications, effectiveness and complications of tracheostomy in adults, however, very few studies on this issue have been conducted on children. **Objectives:** To describe indications and results of tracheostomy in children from 0 to 15 years old, treated at the intensive care unit of the National Children's Hospital, with indications and receiving tracheostomy from January 1, 2020. January 2020 to June 30, 2023. Descriptive, retrospective, convenience sampling study. **Results:** Median age of subjects is 4.9 years old, the most common age group is > 28 days old - 2 years old; the majority of patients have neurological diseases (50%); The main indication for tracheostomy is prolonged mechanical ventilation (88.5%), the average duration of mechanical ventilation until tracheostomy is 27.6 days; At the time of discharge, 44% of patients were weaned off the ventilator, 44.5% of patients could not be weaned off the ventilator, 11.5% of patients died, and the duration of mechanical ventilation before tracheostomy was prolonged, increasing the duration of ventilation. treatment in intensive care units.

Keywords: Tracheostomy, children, pediatric intensive care

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mở khí quản (MKQ) là thủ thuật mở một lỗ ở khí quản (đoạn cổ) và đặt một ống thông (Canuyn) làm cho không khí lưu thông trực tiếp từ bên ngoài vào khí quản và phế nang mà không đi qua đường hô hấp nằm phía trên lỗ mở khí quản [1]. Đây là một phẫu thuật cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành Tai Mũi Họng.

Từ khi những hiểu biết về sinh lý hô hấp được nâng lên thì thủ thuật mở khí quản được chỉ định rộng rãi hơn trong nhiều chuyên khoa khác nhau. Thủ thuật này còn có tác dụng phòng ngừa khó thở có thể xảy ra trong các phẫu thuật đầu mặt cổ, lồng ngực, thần kinh. Trong chuyên ngành Nhi khoa, do sự phổ biến của phương pháp đặt nội khí quản và sự gia tăng số lượng bệnh nhân được điều trị tại các đơn vị điều trị tích cực, thở máy kéo dài trở thành lí do phổ biến nhất trong chỉ định mở khí quản ở trẻ em [2]. So với đặt nội khí quản kéo dài, mở khí quản giúp người bệnh thoải mái hơn, bệnh nhân có thể ăn qua đường miệng, hạn chế tổn thương thanh quản, làm giảm thời gian nằm viện và chi phí điều trị.

Mở khí quản được thực hiện trong các đơn vị

điều trị tích cực ở người lớn với tỷ lệ được báo cáo khoảng 10 – 24% bệnh nhân thở máy, ngược lại, phẫu thuật này ít phổ biến hơn ở trẻ em. Lewis và cộng sự ước tính có khoảng 4.861 trẻ đã được mở khí quản tại Hoa Kỳ vào năm 1997 (0,07% tổng số bệnh nhi nhập viện) [3]. Một nghiên cứu tại các trung tâm điều trị tích cực nhi khoa ở Anh báo cáo tỷ lệ trung bình của phẫu thuật mở khí quản là 2%, dao động từ 0,13 – 5,66% giữa các trung tâm [4]. Một nghiên cứu hồi cứu tại 73 trung tâm điều trị tích cực nhi khoa ở Bắc Mỹ báo cáo trong 115.437 bệnh nhân nhập viện từ 2009 đến 2011 có 1,37% (1.583 bệnh nhân) được phẫu thuật mở khí quản [5].

Tùy từng nghiên cứu mà tỷ lệ nhóm tuổi, giới và nhóm bệnh thường gặp ở trẻ được mở khí quản khác nhau tuy nhiên hầu hết các trường hợp này có tình trạng bệnh lý mạn tính. Chỉ định cho phẫu thuật mở khí quản đã thay đổi đáng kể trong những năm qua, phản ánh những thay đổi trong chăm sóc sức khỏe trẻ em. Giai đoạn trước khi có sự phát triển của vắc-xin phòng các bệnh lý nhiễm trùng, tắc nghẽn đường thở do viêm nhiễm đường hô hấp trên do vi khuẩn, virus là chỉ định chủ yếu của phẫu thuật mở khí quản [1], [6].

Ngày nay, do sự phổ biến của phương pháp đặt nội khí quản, sự gia tăng số lượng bệnh nhân được điều trị tại đơn vị điều trị tích cực với nhu cầu hỗ trợ hô hấp kéo dài, sự phát triển của vắc-xin phòng các bệnh lý nhiễm trùng, chỉ định mở khí quản đã thay đổi và đa dạng hơn [2], [7].

Mở khí quản có các ưu điểm: làm giảm khoảng chết giải phẫu trong bộ máy hô hấp. Khoảng chết là đoạn đường thở chỉ làm nhiệm vụ dẫn khí vào phổi mà không có chức năng trao đổi khí; Ưu điểm của mở khí quản là giảm được 50% khoảng chết đó, làm giảm sức cản đường thở, đảm bảo thể tích khí lưu thông, giúp cai thở máy thuận lợi. Đồng thời, mở khí quản làm tăng hiệu quả của việc hút đờm, là biện pháp đưa thuốc trực tiếp xuống đường hô hấp dưới một cách tốt hơn. Mở khí quản cũng có những bất lợi như: loại ra khỏi bộ máy hô hấp toàn bộ đường hô hấp; khi mở khí quản, không khí hít vào không được sưởi ấm, làm ẩm, làm sạch. Không khí khô và lạnh được hít trực tiếp vào phổi gây tác hại đến niêm mạc của đường hô hấp dưới. Các tế bào niêm mạc này bị kích thích bài tiết nhiều dẫn đến teo đét. Không khí hít vào không được thanh lọc vi khuẩn, bụi bẩn dẫn đến nhiễm khuẩn đường thở. Hiện tượng không phổi hợp nhịp nhàng giữa đường hô hấp trên và đường hô hấp dưới, nếu thời gian đeo canuyn càng lâu hiện tượng này càng nặng nề; canuyn tồn tại

trong khí quản như dị vật, gây chấn thương trực tiếp tới khí quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 200 trẻ trong độ tuổi từ 0-15 tuổi, có chỉ định và được mở khí quản tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Thời gian nghiên cứu: từ 01/01/2020 đến 30/06/2023.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện.

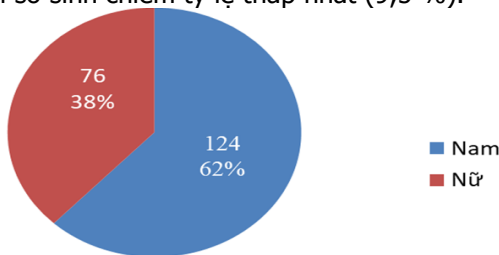
Chúng tôi loại trừ các bệnh nhân không có đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án..

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân (N=)	Tỷ lệ (%)
≤ 28 ngày	19	9,5
>28 ngày – 2 tuổi	65	32,5
>2-6 tuổi	51	25,5
>6-10 tuổi	32	16
>10 tuổi	33	16,5
Tuổi trung vị	4,9	

Tuổi trung vị là 4.9 tuổi, bệnh nhân nhỏ nhất là 2 ngày tuổi, lớn nhất là 15 tuổi, hay gặp nhất ở nhóm tuổi >28 ngày – 2 tuổi (32,5%), nhóm tuổi sơ sinh chiếm tỷ lệ thấp nhất (9,5 %).



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo giới

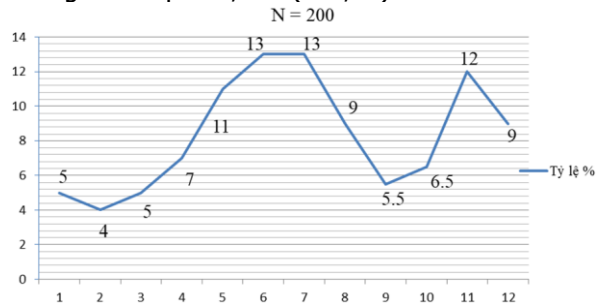
Bảng 3: Mối liên quan giữa tuổi của bệnh nhân và bệnh chính

Nhóm tuổi	Bệnh chính của bệnh nhân				P
	Thần kinh (n%)	Tim mạch (n%)	Hô hấp (n%)	Khác (n%)	
≤ 28 ngày	1 (1%)	7(32%)	10 (14%)	1 (12,5%)	0,001
>28 ngày – 2 tuổi	23 (23%)	8 (36%)	31 (45%)	3 (37,5%)	
>2-6 tuổi	30 (30%)	2 (0,8%)	18 (26%)	1 (12,5%)	
>6-10 tuổi	23 (23%)	4 (1,7%)	4 (5%)	1 (12,5%)	
>10 tuổi	23(23%)	1 (0,5%)	7 (10%)	2 (25%)	

Có mối liên quan giữa tuổi của bệnh nhân và bệnh chính (p=0,001), hầu hết bệnh nhân sơ sinh được mở khí quản đều do bệnh lý hô hấp và tim mạch, trong nhóm chỉ định mở khí quản do bệnh lý tim mạch thì độ tuổi từ 1th- 2 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất và đó cũng là độ tuổi gặp nhiều nhất trong nhóm mở do nguyên nhân về hô hấp

Bảng 4: Chỉ định mở khí quản

Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn (62%), tỷ lệ nam/nữ = 1,59/1. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,000 (< 0,05).

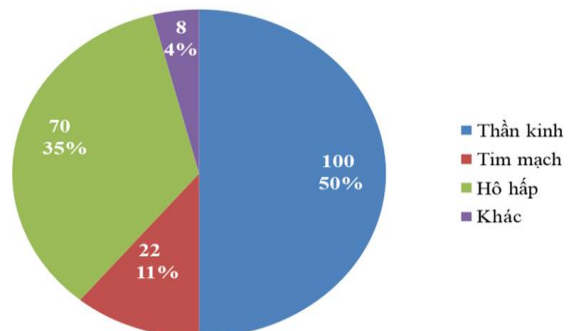


Biểu đồ 2: Phân bố tỉ lệ bệnh nhân MKQ theo tháng

Tỉ lệ bệnh nhân MKQ tăng cao vào tháng 5,6,7 và tháng 11,12.

Bảng 2: Tiền sử đặt nội khí quản trước đây

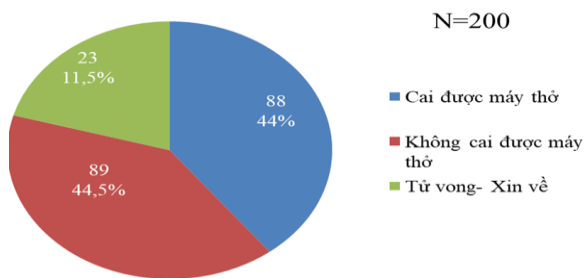
Tiền sử đặt nội khí quản	Số bệnh nhân (N=200)	Tỷ lệ (%)
Có	92	46
Không	108	54



Biểu đồ 3: Bệnh chính của bệnh nhân

Nhóm bệnh nhân MKQ nhiều nhất là bệnh nhân mắc bệnh lí thần kinh và hô hấp.

Chỉ định mở khí quản	Số bệnh nhân (n=200)	Tỷ lệ (%)
Đặt nội khí quản thất bại	1	0,5%
Thở máy kéo dài	177	88,5%
Tắc nghẽn đường hô hấp trên	21	10,5%
Khác	1	0,5%



Biểu đồ 4: Kết quả của mở khí quản

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả của bảng 1, tuổi trung vị của bệnh nhân là 4,9 tuổi, tuổi thấp nhất là 2 ngày tuổi, cao nhất là 15 tuổi. Nhóm tuổi > 28 ngày tuổi – 2 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (32,5%), tiếp đến là nhóm tuổi từ 2 – 6 tuổi với tỷ lệ 25,5%, nhóm tuổi sơ sinh (≤ 28 ngày tuổi) chiếm tỷ lệ thấp nhất với 19 bệnh nhân tương đương 9,5%. Nhóm tuổi trẻ từ 6-10 tuổi chiếm 16%. Kết quả của chúng tôi gần tương tự như trong nghiên cứu của Ertugrul và cộng sự (2016) trên 152 bệnh nhi được mở khí quản, tuổi trung bình là 3,8 tuổi với 57% bệnh nhân dưới 2 tuổi, tuổi trung bình trong nghiên cứu của Gill và cộng sự (2018) là 5,5 tuổi [2], [6], nghiên cứu của Itamoto với tuổi trung bình là 3,7 tuổi, tỷ lệ nhóm tuổi > 28 ngày tuổi – 2 tuổi là 50% [32]. Như vậy các nghiên cứu đều cho thấy phần lớn trẻ em được mở khí quản có tuổi dưới 2. Điều này có thể giải thích do các bệnh lý bẩm sinh, bệnh lý đường hô hấp hay khởi phát và phát hiện bệnh sớm nên tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm tuổi này cũng cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo biểu đồ 1, nam giới chiếm tỷ lệ 62%, cao hơn so với nữ (38%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,59/1. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000 (< 0,05)$. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác trên đối tượng trẻ em như nghiên cứu của Ertugrul (2016) với tỷ lệ nam/nữ là 1,25/1.

Thủ thuật thực hiện chủ yếu từ tháng 4 đến tháng 8 (53%) và tăng cao trong 2 tháng cuối năm 11,12 (21%). Điều này có thể giải thích do trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh lý hô hấp chiếm tỷ lệ cao trong giai đoạn đổi mùa, đồng thời vào mùa đông, nhóm bệnh lý thần kinh đặc biệt là viêm não, trong đó viêm não Nhật Bản chiếm tỷ lệ cao. Thời điểm trên trùng với thời gian mắc bệnh đỉnh cao của viêm não Nhật Bản theo Lê Thị Hương (2016).

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 92 bệnh nhân đã từng được đặt nội khí quản trước đây, chiếm tỷ lệ rất cao (46%). Đặt nội khí quản là

thủ thuật quan trọng trong thực hành lâm sàng nhi khoa, giúp hỗ trợ thông khí nhân tạo cho bệnh nhân. Tuy nhiên đặt nội khí quản kéo dài cũng gây ra nhiều biến chứng sau rút ống như tắc khí quản do màng giả, hẹp khí quản, nhuyễn khí quản, rò khí thực quản.

Về bệnh chính của bệnh nhân mở khí quản phần lớn các bệnh nhân mắc bệnh lý thần kinh (chiếm 50%). Nhóm căn nguyên tim mạch và hô hấp chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 11% và 35%, 4% mắc bệnh lý khác như rối loạn chuyển hóa, bệnh lý sọ mặt (Pierre Robin). Trong đó, nhóm bệnh lý tim mạch có thể gặp tim bẩm sinh hay sốc nhiễm khuẩn, nhóm bệnh lý hô hấp có thể gặp chủ yếu là dị dạng đường thở như: hẹp khí quản bẩm sinh, hẹp khí quản mắc phải sau đặt nội khí quản kéo dài, liệt cơ mở thanh quản, chèn dọc thành sau khí quản. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ertugrul (2016) với tỷ lệ trẻ mắc bệnh lý thần kinh trung ương và bệnh lý thần kinh cơ là 69,1%, trong đó bệnh lý thần kinh trung ương là 49,4%, bệnh lý thần kinh cơ là 19,7%, ngoài ra có thể gặp bệnh lý tim bẩm sinh (9,2%), bất thường thanh quản (5,3%) [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ định mở khí quản chủ yếu là đặt nội khí quản kéo dài không cai được máy thở bao gồm 177 bệnh nhân chiếm 88,5%, các chỉ định khác gồm 1 bệnh nhân (0,5%) không đặt được nội khí quản do dị dạng đường thở (chèn dọc thành sau khí quản), 21 bệnh nhân (10,5%) được mở khí quản do tắc nghẽn đường hô hấp bao gồm hẹp khí quản bẩm sinh và mắc phải, liệt cơ mở thanh quản, dị vật đường thở. Ngoài ra có 1 trường hợp (0,5%) chỉ định mở khí quản do hở chân canule cũ. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với tác giả Ertugrul (2016) khi nghiên cứu trên 152 bệnh nhân, 70,4% bệnh nhân được mở khí quản do đặt nội khí quản kéo dài không cai được máy, 28,3% bệnh nhân do tắc nghẽn đường hô hấp trên, 1,3% bệnh nhân do không đặt được nội khí quản. Theo Wood và cộng sự (2012), thở máy kéo dài là chỉ định chính cho phẫu thuật mở khí quản ở 25 trong 29 đơn vị nghiên cứu, tuy nhiên, định nghĩa khác nhau từ 14 đến 90 ngày và hầu hết bác sĩ được khảo sát đều cần nhắc thời gian trên từng bệnh nhân [3]. Tuy nhiên khi so sánh với những nghiên cứu trước đây, chúng tôi nhận thấy sự khác biệt. Năm 1996, nghiên cứu trên 57 bệnh nhân được mở khí quản, CA Shinkwin và KP Gibbin kết luận chỉ định mở khí quản bao gồm: tắc nghẽn đường hô hấp trên (71,9%), đặt nội khí quản thất bại (19,3%) và thở máy kéo dài (8,8%) [8].

Kết quả này phù hợp với xu hướng thay đổi của chỉ định mở khí quản trong những thập kỷ gần đây. Nếu như giữa những năm 1970 – 1980, chỉ định phổ biến nhất của mở khí quản là tắc nghẽn đường thở trên do nhiễm trùng thì ngày nay, với sự phát triển của vắc xin và sự gia tăng số lượng bệnh nhân trong các khoa điều trị tích cực nhi khoa, đặt nội khí quản thở máy kéo dài trở thành chỉ định phổ biến nhất của mở khí quản [2], [5], [7].

Theo biểu đồ 4, tại thời điểm ra viện, 88 bệnh nhân (44%) cai được máy thở. 89 bệnh nhân (44,5%) không cai được máy thở được chuyển về bệnh viện tuyến dưới thở máy. Thời gian thở máy trung bình sau mở khí quản là 13,4 ngày, trung vị là 4 ngày, thời gian lớn nhất là 116 ngày. Các bệnh nhân còn lại: 23 bệnh nhân tử vong – xin về (11,5%). Như vậy mở khí quản tạo điều kiện cho bệnh nhân có thể cai máy thở, tạo thuận lợi cho việc chăm sóc bệnh nhân, chuyển bệnh nhân thở máy tại cơ sở y tế địa phương, giảm bớt gánh nặng cho các trung tâm điều trị tích cực tại bệnh viện tuyến trung ương. Tỷ lệ bệnh nhân tử vong khi ra viện trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn với tỷ lệ được báo cáo trên thế giới, các nghiên cứu báo cáo rằng 7 – 8% bệnh nhân đã tử vong trong lần nằm viện khi phẫu thuật mở khí quản [6].

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung vị của bệnh nhân mở khí quản là 4,9 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là > 28 ngày tuổi – 2 tuổi; phần lớn bệnh nhân mắc bệnh lý

thần kinh (50%); chỉ định mở khí quản chủ yếu là thở máy kéo dài (88,5%), thời gian thở máy trung bình đến khi được mở khí quản là 27,6 ngày; Tại thời điểm ra viện, 44% bệnh nhân cai được máy thở, 44,5% bệnh nhân không cai được máy thở, 11,5% bệnh nhân tử vong, thời gian thở máy trước mở khí quản kéo dài làm tăng thời gian điều trị tại các khoa điều trị tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Watters K.F.** (2017). Tracheostomy in Infants and Children. *Respir Care*, 62(6), 799–825.
2. **Ertugrul I, Kesici S, Bayrakci B, et al.** (2016). Tracheostomy in Pediatric Intensive Care Unit: When and Where?. *Iran J Pediatr*, 26(1), 22–83.
3. **Lee W, Koltai P, Harrison A.M, et al.** (2002). Indications for tracheotomy in the pediatric intensive care unit population: a pilot study. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 128(11), 1249–1252.
4. **Wood D, McShane P, and Davis P.** (2012). Tracheostomy in children admitted to paediatric intensive care. *Arch. Dis. Child.*, 97(10), 866–869.
5. **Edwards J.D, Houtrow A.J, Lucas A.R, et al.** (2016). Children and Young Adults Who Received Tracheostomies or Were Initiated on Long- Term Ventilation in PICUs. *Pediatr Crit Care Med*, 17(8), 324–334.
6. **Carron J.D, Derkay C.S, Strope G.L, et al.** (2000). Pediatric tracheotomies: changing indications and outcomes. *Laryngoscope*, 110(7), 1099–1104.
7. **Gill J, Bhardwaj B, and Singla S.** (2017). Changing trends in indications of pediatric tracheotomy: A tertiary care center experience. *Journal of Laryngology and Voice*, 7(1), 7.
8. **Shinkwin C.A. and Gibbin K.P.** (1996). Tracheostomy in children. *J R Soc Med*, 89(4), 188–192.

HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA KỸ THUẬT HÚT U VÚ CÓ HỖ TRỢ ÁP LỰC ÂM DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG VÚ LẠNH TÍNH

Lê Tuấn Linh^{1,2}, Trương Thị Thanh¹

TÓM TẮT

U vú lạnh tính nói chung và nhân xơ tuyến vú nói riêng là những tổn thương hay gặp, tuy nhiên đánh giá nguy cơ ác tính các tổn thương vú còn gặp nhiều khó khăn. Gần đây, kỹ thuật hút u vú có hỗ trợ áp lực âm dưới hướng dẫn siêu âm - vacuum-assisted breast

biopsy (VABB) ngày càng được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán và điều trị u lành tuyến vú. Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá hiệu quả và vai trò của kỹ thuật VABB tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (ĐHYHN). Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu (NC) mô tả cắt ngang được thực hiện trên 20 bệnh nhân (BN) có u vú đã có kết quả giải phẫu bệnh (GPB) là tổn thương lành tính, sau đó được sinh thiết trọn u và điều trị bằng kỹ thuật VABB tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang (CDHA & CTĐQ), Bệnh viện ĐHYHN từ 01/2021 đến 04/2023. **Kết quả:** NC trên 20 BN cho thấy đường kính (ĐK) trung bình của tổn thương là 20,15mm (10-36 mm). Sau can thiệp, tỷ lệ loại bỏ hoàn toàn đạt được là 95% sau 3 và 6 tháng, tỷ lệ tái

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Linh

Email: linhdhyhn2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2024

Ngày duyệt bài: 29.5.2024