

**Clary B, Malas M.** Long-term Outcomes Associated With Open vs Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair in a Medicare-Matched Database. *JAMA Netw Open.* 2022 May 2;5(5):e2212081.

**8. Scallan O, Novick T, Power AH, DeRose G, Duncan A, Dubois L.** Long-term outcomes

comparing endovascular and open abdominal aortic aneurysm repair in octogenarians. *J Vasc Surg.* 2020 Apr;71(4):1162-1168.

**9. Chandra V, Tran K, Virgin-Downey W, Dalman RL, Mell MW.** Long-term outcomes after repair of symptomatic abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 2018 Nov;68(5):1360-1366.

## XỬ TRÍ U BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TUYỀN QUANG

Nguyễn Duy Hưng<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Linh<sup>2</sup>,  
Nguyễn Tuấn Minh<sup>3</sup>, Phan Thúy Quỳnh<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí khối u buồng trứng được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyền Quang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 211 bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyền Quang từ ngày 01/01/2018 đến ngày 31/12/2022. **Kết quả:** Thăm khám định kỳ phụ khoa phát hiện 46,4% trường hợp. Phần lớn u buồng trứng có ranh giới u rõ (74,9%), di động dễ (63,5%), nằm ở một bên (91,5%). Tính chất u chủ yếu là trống âm và giảm âm (47,4%) và tỷ lệ có dịch ổ bụng rất ít (3,3%). Phần lớn các trường hợp được tiến hành phẫu thuật nội soi (70,6%), trong đó chủ yếu là phẫu thuật bóc u (68,5%). Nhóm ác tính: 66,7% cắt tử cung – buồng trứng, 33,3% cắt phần phụ. Nhóm lành tính: 58,7% bóc u. Nhóm chưa đủ con có tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cao. **Kết luận:** Khối u buồng trứng lành tính chủ yếu được phẫu thuật nội soi và bảo tồn, trong đó nhóm ác tính là mổ mở và phẫu thuật triệt để. Bệnh nhân chưa đủ con được ưu tiên bảo tồn chức năng sinh sản.

**Từ khóa:** phẫu thuật, u buồng trứng

### SUMMARY

#### REVIEW OF SURGICAL STATUS OF OVARIAN TUMOR AT TUYEN QUANG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

**Objective:** To describe the characteristics and treatment attitudes of ovarian tumor at Tuyen Quang Provincial General Hospital. **Materials and method:** A retrospective study was conducted on 211 patients with ovarian tumor operated at Tuyen Quang Provincial General Hospital from January 01, 2018 to December 31, 2022. **Results:** Routine gynecological

examination detected 46.4% of cases. Of these, 74.9% had clear boundaries, 63.5% were freely mobile, 91.5% were located on one-side. The most morphologic characteristics of ultrasound was anechoic and hypoechoic (47.4%). The rate of laparoscopic surgery was 70.6%, of which mainly was cystectomy (68.5%). Malignant group: 66.7% hysterectomy, 33.3% adnexectomy. Benign group: 58.7% cystectomy. The group with not enough children has a high rate of conservative surgery. **Conclusion:** Benign ovarian tumors were mainly underwent laparoscopic and conservative surgery, while malignant tumors underwent with open and radical. Patients who have not yet had enough children should be protected their reproductive function. **Keywords:** surgery, ovarian tumor.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng (UBT) là khối u thường gặp, ước tính có khoảng 15-20% phụ nữ sẽ xuất hiện u buồng trứng trong đời. Trên thế giới, u biểu mô buồng trứng là loại hay gặp nhất, chiếm khoảng 60% u buồng trứng nói chung và 90% u buồng trứng ác tính nói riêng.<sup>1,2</sup> Dựa vào khả năng tăng sinh, mức độ biệt hoá tế bào và có hay không sự xâm lấn cơ quan, u buồng trứng có thể được phân ra làm: (1) u buồng trứng lành tính, (2) u buồng trứng giáp biên, (3) ung thư buồng trứng.<sup>3</sup> Theo GLOBOCAN 2020, trên thế giới tỉ lệ mới mắc ung thư buồng trứng là 6.6/100.000 dân, tỉ lệ tử vong là 4.2/100.000 dân, Việt Nam có khoảng 1404 trường hợp mới mắc và 923 ca tử vong mỗi năm.<sup>4</sup> U buồng trứng có triệu chứng rất nghèo nàn. Các triệu chứng này lại ít có liên quan đến các hoạt động của buồng trứng, nên thường phát hiện tình cờ khi kiểm tra sức khỏe, siêu âm bụng tổng quát hay phát hiện khối vùng chậu qua khám bụng và phụ khoa. Một số trường hợp có triệu chứng cấp tính như u buồng trứng xoắn, nếu chậm trễ trong chẩn đoán có thể dẫn đến hoại tử buồng trứng.

Trước đây, kinh điển xử trí u buồng trứng bằng phẫu thuật mở bụng. Những năm gần đây,

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>BV Đa khoa tỉnh Tuyền Quang

<sup>3</sup>BV Phụ Sản Hà Nội

<sup>4</sup>Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thúy Quỳnh

Email: phanthuyquynh520@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024

nhờ sự tiến bộ của phẫu thuật nội soi (PTNS), đặc biệt là trong lĩnh vực phụ khoa nên phần lớn các bệnh nhân có u buồng trứng đã được phẫu thuật nội soi ở rất nhiều nước trên thế giới. Phẫu thuật ít xâm nhập, hồi phục sau mổ nhanh, sẹo mổ nhỏ, thời gian nằm viện ngắn. Phương pháp phẫu thuật hay hướng xử trí trong mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó tính chất u lành tính hay ác tính được tiên lượng trước và trong mổ là một trong những đặc điểm quan trọng được cân nhắc. Để đánh giá một cách đầy đủ và toàn diện về chẩn đoán, phẫu thuật khối u buồng trứng tại viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí của các bệnh nhân u buồng trứng được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Những bệnh nhân chẩn đoán là u buồng trứng được can thiệp phẫu thuật tại Bv đa khoa tỉnh Tuyên Quang từ 31/12/2022 trở về trước đến khi đủ cỡ mẫu.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Được can thiệp phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang
- Có giải phẫu bệnh là khối u buồng trứng
- Có đầy đủ thông tin nghiên cứu được lưu trữ trong hồ sơ bệnh án

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Tất cả đối tượng nghiên cứu không thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

**Thời gian nghiên cứu:** Chọn đủ hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn từ 31/12/2022 trở về trước.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Áp dụng công thức:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{(p \cdot \epsilon)^2}$$

Trong đó: n là số bệnh nhân bị u buồng trứng.

$Z_{(1-\alpha/2)}$  là hệ số giới hạn tin cậy, bằng 1,96<sup>2</sup> ứng với độ tin cậy 95% ( $\alpha = 0,05$ )

p: Tỷ lệ u nang buồng trứng thực thể phẫu thuật nội soi trên tổng số bệnh nhân u nang buồng trứng trong nghiên cứu. Theo Nguyễn Hải Linh,<sup>5</sup> p = 0,77

$\epsilon$  là khoảng sai lệch tương đối = 0,08.

Thay vào công thức trên ta có được n = 179.

**Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán sử dụng tần suất, tỉ lệ, số trung bình. Các test so sánh:  $\chi^2$ , T-Student để so sánh sự khác biệt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p \leq 0,05$ .

**Đạo đức nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu hồi cứu thu thập số liệu dựa trên hồ sơ bệnh án, được tiến hành nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang với sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện và được Hội đồng đề cương cao học Trường Đại học Y Hà Nội thông qua.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 211 trường hợp u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang từ 01/01/2018 đến 31/12/2022 đủ tiêu chuẩn.

**Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u buồng trứng**

		Số lượng	Tỉ lệ %
<b>Đặc điểm lâm sàng</b>			
Vị trí u	Phải	88	41,7
	Trái	105	49,8
	Hai bên	18	8,5
Di động u	Đề	134	63,5
	Hạn chế	69	32,7
	Không di động	8	3,8
Ranh giới u	Rõ	158	74,9
	Không rõ	53	25,1
<b>Đặc điểm cận lâm sàng</b>			
Tính chất u trên siêu âm	Trống âm, giảm âm	100	47,4
	Tăng âm	37	17,5
	Hỗn hợp âm	83	39,3
	Có vách, nhú	48	22,7
	Dịch ổ bụng	7	3,3
Kết quả mổ bệnh học	Nang thanh dịch	84	39,8
	Nang bì	88	41,7
	Ung thư	3	1,4
	Khác	36	17,1

**Nhận xét:** Phần lớn u buồng trứng có ranh giới u rõ (74,9%), di động đề (63,5%) và nằm ở một bên (91,5%). Tính chất u chủ yếu là trống âm và giảm âm (47.4%), tiếp đến là hỗn hợp âm chiếm 39,3%, tỷ lệ có dịch ổ bụng rất ít (3,3%). Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy chủ yếu là u nang nước (39,8%) và u nang bì (41,7%), ung thư buồng trứng chiếm 1,4%.

**Bảng 3.2. Phân bố phương pháp vào ổ bụng theo tính chất u**

Phương pháp vào ổ bụng	Tính chất u	Tính chất u			p
		Ác tính	Lành tính	Tổng	
Nội soi	n	0	149	149	0.011
	%	0.0	71.6	70.6	
NS chuyển MM	n	1	7	8	
	%	33.3	3.4	3.8	
Mổ mở	n	2	52	54	
	%	66.7	25.0	25.6	
Tổng	n	3	208	211	
	%	100.0	100.0	100.0	

**Nhận xét:**

- Khối u buồng trứng lành tính được phẫu thuật nội soi chiếm tỉ lệ lớn nhất 71,6%.
- Khối u buồng trứng ác tính, có 1 trường hợp mổ nội soi chuyển mổ mở và 2 trường hợp mổ mở.
- Kết quả có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ .

**Bảng 3.3. Phân bố phương pháp xử trí khối u buồng trứng theo tính chất u**

Phương pháp xử trí u	Tính chất u		p	
	Ác tính	Lành tính	n	%
Bóc u	0	0.0	122	58.7
Cắt 2 PP	0	0.0	38	18.3
Cắt TC và BT	2	66.7	1	.5
Cắt PP có u	1	33.3	47	22.6
Tổng	3	100.0	208	100.0

**Nhận xét:** Nhóm u lành tính, chủ yếu là bóc u, nhóm ác tính, chủ yếu là cắt tử cung và phần phụ, tỉ lệ các phương pháp xử trí u theo tính chất u có sự khác biệt với  $p < 0,001$

**Bảng 3.4. Phân bố phương pháp xử trí khối u buồng trứng theo phương pháp vào ổ bụng**

Phương pháp xử trí u	Nội soi		NSCMM		Mổ mở		p
	n	%	n	%	n	%	
Bóc u	102	68.5	3	37.5	17	31.5	
Cắt 2 PP	24	16.1	0	0.0	14	25.9	
Cắt TC và BT	0	0.0	0	0.0	3	5.6	
Cắt PP có u	23	15.4	5	62.5	20	37.0	
Tổng	149	100.0	8	100.0	54	100.0	

**Nhận xét:** Trong nhóm mổ nội soi, tỉ lệ bóc u là cao nhất 68,5%, nhóm mổ mở tỉ lệ cắt phần phụ cao

**Bảng 3.5. Phân bố phương pháp xử trí khối u buồng trứng theo số con**

PP xử trí u	Số con		p	
	≤1	2 con trở lên	n	%
Bóc u	47	74.6%	75	50.7
Cắt 2 PP	6	9.5	32	21.6
Cắt TC và BT	0	0.0	3	2.0
Cắt PP có u	10	15.9	38	25.7
Tổng	63	100.0	148	100.0

**Nhận xét:** - Ở nhóm chưa có con và có 1 con, phương pháp xử trí chủ yếu là bóc u.

- Nhóm có 2 con trở lên, có tỉ lệ cắt phần phụ cao nhất. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u buồng trứng.** Đa số u buồng trứng khi còn nhỏ thường không gây triệu chứng gì, tiến triển âm thầm và không có triệu chứng đặc

trung, thường được phát hiện tình cờ qua khám phụ khoa và siêu âm định kỳ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn u nằm ở một bên (91,5%), di động dễ (63,5%) và chỉ có 3,8% là không di động. Bình thường các khối u buồng trứng lành tính sẽ có mật độ mềm, ranh giới rõ, có di động. Tỉ lệ di động u buồng trứng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu tác giả Vũ Văn Du (96,2% với 95,9%).<sup>6</sup>

Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy chủ yếu là u nang nước (39,8%) và u nang bì (41,7%), ung thư buồng trứng chiếm 1,4 % (bảng 3.1). Theo nghiên cứu của tác giả Marek Nowak và cộng sự năm 2002 trên 326 bệnh nhân có khối u buồng trứng độ tuổi từ 18 đến 39 tuổi cho thấy có 18,4% xác định khối u ác tính, 2.1% khối u nghi ngờ và 79,5% là u lành tính.<sup>7</sup> Trong số 211 ca mổ u buồng trứng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang mà chúng tôi nghiên cứu có 3 trường hợp kết quả giải phẫu bệnh là ung thư buồng trứng. Trường hợp 1: bệnh nhân nữ 34 tuổi, chụp CT: khối trước tử cung, 150x96 mm, bờ đều, ranh giới rõ, tỷ trọng không đều: phần đặc, dịch và phần tỷ trọng mỡ, CA - 125: 18,6U/ml; bệnh nhân đã được phẫu thuật nội soi, chuyển mổ mở vì u to, dính, phẫu thuật cắt phần phụ phải, giải phẫu bệnh: carcinoma tuyến nang nhú. Trường hợp 2: bệnh nhân 49 tuổi, trên tử cung có khối 20cm, căng mềm, di động hạn chế, CT: Theo dõi u buồng trứng 94x128x176mm, tổn thương mạc nối, dịch tự do ổ bụng, CA - 125: 2617,7U/ml; bệnh nhân được phẫu thuật mổ mở: ổ bụng 300ml dịch vàng nâu, buồng trứng phải 10x15cm, mủn nát, dính thành sau tử cung, mạc nối dính thành khối, mời bác sĩ chuyên khoa ung thư phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ, cắt toàn bộ mạc nối lớn, giải phẫu bệnh: ung thư biểu mô thanh dịch. Trường hợp 3: bệnh nhân 53 tuổi, đã mãn kinh, trước tử cung khối khoảng 10cm, ranh giới rõ, đau tức, CT: khối trước trên tử cung tỷ trọng hỗn hợp, bờ đều, giới hạn rõ, kích thước 117x171x132mm, trong có dịch và khối tỷ trọng mô mềm, bờ khối đều, kết luận: nghi đến nang có chồi buồng trứng, CA - 125: 143,9 U/ml, HE4: 142,1 pmol/l; bệnh nhân được phẫu thuật mổ mở: ổ bụng 300ml dịch vàng trong, u buồng trứng trái 50x55mm, mủn nát chảy máu, dính đại tràng, mời bác sĩ chuyên khoa ung thư mổ cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ. Giải phẫu bệnh: Carcinoma tuyến.

**4.2. Thái độ xử trí khối u buồng trứng.** Theo kết quả bảng 3.2, 149/ 149 trường hợp phẫu thuật nội soi là các khối u lành tính. Với các khối u ác tính, chỉ có 2 trường hợp mổ mở tử

đầu và 1 trường hợp nội soi chuyển mổ mở, thấp hơn nhiều so với khối u lành tính, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Như chúng ta đã biết, phẫu thuật nội soi có rất nhiều ưu điểm so với phẫu thuật mổ bụng truyền thống kể cả trong việc xử trí các khối u buồng trứng hay trong các lĩnh vực khác. Đối với u buồng trứng, phẫu thuật nội soi giúp giảm thời gian hồi phục và các biến chứng sau mổ, giúp quan sát các tạng cơ quan khác trong ổ bụng tốt hơn như cơ hoành, bề mặt tiểu khung... Tuy nhiên, nhược điểm của phẫu thuật nội soi là làm tăng nguy cơ lan tràn tế bào ung thư trong trường hợp ác tính. Mà đặc biệt khi ban đầu chúng ta đánh giá đây là một khối u lành tính nhưng sau đó kết quả mô bệnh học lại là ác tính. Việc làm lan tràn tế bào ung thư trong ổ bụng như vậy làm tăng giai đoạn bệnh cũng như gây ra nhiều khó khăn trong điều trị và theo dõi hơn. Ngược lại, phẫu thuật mổ bụng truyền thống cho phép chúng ta có một phẫu trường rộng rãi, dễ thao tác giúp cho phẫu thuật triệt để hơn (trong trường hợp ung thư hoặc khối u kích thước quả lớn) và tăng khả năng lấy được bệnh phẩm một cách nguyên vẹn. Tuy vậy, nhược điểm của phẫu thuật mổ bụng là thời gian hồi phục sau mổ kéo dài hơn cũng như các biến chứng sau mổ cũng gặp nhiều hơn. Chính vì vậy, việc chọn phương pháp phẫu thuật đối với từng bệnh nhân cụ thể là rất quan trọng. Điều này cho thấy mặc dù ở bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang mới phát triển kỹ thuật mổ nội soi chưa lâu nhưng các bác sĩ của chúng tôi đã và đang nỗ lực để mổ nội soi những ca u buồng trứng lớn và khó xử trí. Đây là một điều rất đáng khích lệ và phát huy, tuy nhiên vẫn luôn phải đảm bảo tiêu chí an toàn cho người bệnh là số một.

Cũng theo nghiên cứu của chúng tôi, 122/122 trường hợp bóc u đều có kết quả giải phẫu bệnh là lành tính, 2/3 trường hợp được cắt tử cung và 2 phần phụ cho kết quả ác tính và chỉ 1 trường hợp cắt u/ phần phụ bên tổn thương cho kết quả ác tính. Điều này có thể nhận thấy rằng đối với các trường hợp nghi ngờ lành tính trong mổ có thể thực hiện các biện pháp phẫu thuật bảo tồn chức năng sinh sản như bóc u hay cắt phần phụ bên tổn thương, phẫu thuật triệt để được đặt ra ở các trường hợp ác tính. Tuy nhiên do cỡ mẫu với các đối tượng ác tính còn thấp nên kết quả của chúng tôi chỉ có ý nghĩa tham khảo.

Về cách thức vào bụng theo phương pháp xử trí khối u như bảng 3.4, hầu hết các trường hợp bóc u được phẫu thuật nội soi và tất cả các trường hợp cắt tử cung triệt để được tiến hành mổ mở. Ở các trường hợp cắt phần phụ 2 bên

hoặc 1 bên, tỷ lệ nội soi và mổ mở là khá giống nhau, trong đó 67,5% trường hợp nội soi chuyển mổ mở là cắt phần phụ/ cắt u bên tổn thương. Điều này có thể một phần do các trường hợp khối u có kích thước lớn hoặc phẫu thuật viên nghi ngờ sự ác tính cần tiến hành mổ mở để có cái nhìn toàn diện về tính chất u và các tổn thương khác ở ổ bụng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi theo bảng 3.5 cho thấy ở nhóm chưa có con, một con chủ yếu là bóc u chiếm 74,6%; ở nhóm từ 2 con trở lên tỉ lệ cắt phần phụ cao hơn với nhóm chưa đủ con ( $\leq 01$  con); Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Đối với nhóm chưa đủ con thì chúng tôi lựa chọn mổ bóc u lên hàng đầu để giữ lại phần buồng trứng lành càng nhiều càng tốt, nhằm hạn chế thấp nhất ảnh hưởng của phẫu thuật tới khả năng có thai của người bệnh. Tỷ lệ cắt phần phụ 2 bên ở nhóm có từ hai con trở lên chiếm khá cao 21,6%. Chủ yếu đây là nhóm không còn nhu cầu sinh đẻ và tuổi bệnh nhân  $> 50$  tuổi nên chỉ định cắt phần phụ 2 bên được nới rộng hơn. Tuy nhiên cũng cần cần nhắc trên từng ca bệnh tôn trọng giải phẫu sinh lý để đảm bảo chất lượng cuộc sống sau mổ cho người bệnh.

## V. KẾT LUẬN

U buồng trứng là loại u thường tiến triển âm thầm, không có triệu chứng đặc hiệu, trong đó đau tức bụng vùng hạ vị là triệu chứng thường gặp. Tùy thuộc vào kích thước của u buồng trứng trên thăm khám và trong mổ, phương pháp phẫu thuật cũng như cách thức xử trí trong mổ khác nhau. Ở các u buồng trứng kích thước không quá lớn và nhiều khả năng lành tính, phẫu thuật nội soi cũng như bảo tồn chức năng sinh sản được ưu tiên hơn cả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Modesitt SC, Pavlik EJ, Ueland FR, DePriest PD, Kryscio RJ, van Nagell JR.** Risk of malignancy in unilocular ovarian cystic tumors less than 10 centimeters in diameter. *Obstet Gynecol.* 2003;102(3): 594-599. doi:10.1016/s0029-7844(03)00670-7
2. **Pavlik EJ, Ueland FR, Miller RW, et al.** Frequency and Disposition of Ovarian Abnormalities Followed with Serial Transvaginal Ultrasonography. *Obstet Gynecol.* 2013;122(2, PART 1):210-217. doi: 10.1097/AOG.0b013e318298def5
3. **J. P.** Pathology of cancers of the female genital tract. *Int J Gynecol Obstet.* 2015;131(S2)(S132-S145)doi:10.1016/j.ijgo.2015.06.010
4. **Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, et al.** Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer.* Apr 5 2021;doi: 10.1002/ijc.33588

5. **Nguyễn Hải Linh.** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp phẫu thuật các khối u buồng trứng tại bệnh viện phụ sản trung ương từ 01 - 2012 đến 12 - 2012. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. 2013.
6. **Vũ Văn Du NND.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u buồng trứng lành tính

tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. 2021; 3(16)doi:https://doi.org/10.52389/ydls.v16i3.762

7. **Nowak M, Szpakowski M, Malinowski A, et al.** [Ovarian tumors in the reproductive age group]. Ginekol Pol. Apr 2002;73(4):354-8. Guzy jajników u kobiet w okresie rozrodczym.

## KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN VIÊM PHỔI Ở TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH HẬU GIANG

Trần Thị Ngọc Thảo<sup>1</sup>, Trần Tôn Thái<sup>2</sup>, Nguyễn Trường Thịnh<sup>1</sup>, Nguyễn Huỳnh Long Quân<sup>1</sup>, Trần Đỗ Thanh Phong<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** (1) Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm phổi ở trẻ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang. (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 117 bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi theo WHO 2013 được điều trị nội trú tại bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang. **Kết quả:** Trong nghiên cứu 31,6% viêm phổi nặng, 68,4% viêm phổi. Nhóm từ 2 - 12 tháng tuổi 35,1%, nhóm từ 2 - 5 tuổi 58,1%. Các triệu chứng lâm sàng: ho 99,1%, sốt 71,7%, ran ẩm/nổ 78,6%, thở nhanh 41,9%. Tổn thương trên phim X quang ngực 62,5%. Tỷ lệ bạch cầu  $\geq 12G/l$  là 49,6%, tỷ lệ bạch cầu  $< 4G/l$  là 0,9%. Các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng là tuổi nhỏ, giới tính, nghề nghiệp ba mẹ, thiếu máu, trẻ sinh mổ, tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp trên 3 lần trong 1 năm gần đây với OR hiệu chỉnh lần lượt là 3,412 (1,514- 7,690), 2,34 (1,05 - 5,2), 2,726 (1,223-6,074), 4,007 (1,685 - 9,530), 12,536 (2,552 - 61,586), 7,474 (2,89 - 19,264). **Kết luận:** Nghiên cứu trên 117 trường hợp, gồm 37 trẻ bị viêm phổi nặng và 80 trẻ viêm phổi. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: ho, sốt, và ran ẩm/nổ, thở nhanh. Hình ảnh tổn thương X quang ngực 62,5%. Các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng là tuổi nhỏ, giới tính, nghề nghiệp ba mẹ, thiếu máu, trẻ sinh mổ, tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp trên 3 lần trong 1 năm gần đây.

**Từ khóa:** viêm phổi, viêm phổi nặng, trẻ em, lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố liên quan mức độ nặng.

### SUMMARY

#### STUDY ON CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

<sup>2</sup>Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngọc Thảo

Email: 4374473270@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024

### SEVERE PNEUMONIA IN CHILDREN FROM 2 MONTHS TO 5 YEARS OLD AT HAU GIANG OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

**Objectives:** (1) Determine clinical and subclinical characteristics of pneumonia in children from 2 months to 5 years old at Hau Giang Obstetrics and Pediatrics Hospital. (2) To find some factors related to the severity of pneumonia in children from 2 months to 5 years old at Hau Giang Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study on 117 children from 2 months to 5 years old diagnosed with pneumonia according to WHO 2013 received inpatient treatment at Hau Giang Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** In the study 31,6% severe pneumonia, 68,4% pneumonia. Groups from 2 months to less than 12 months old 35,1%, the group from 1 to 5 years old 58,1%. Clinical symptoms: cough 99,1%, fever 71,7%, rales wet/crackles 78,6%, rapid breathing 41,9%. Injury on chest radiography 49,6%. The leukocyte formula with 49,6% increased the number of leukocytes  $\geq 12 G/l$ ; 0,9% with the number of leukocytes  $< 4 G/l$ . Risk factors associated with severe pneumonia were young age, gender, occupation of parents, anemia, cesarean section, history of upper respiratory tract infection 3 times in the last year with corrected ORs of 3,412 (1,514-7,690), 2,34 (1,05 - 5,2), 2,726 (1,223-6,074), 4,007 (1,685 - 9,530), 12,536 (2,552 - 61,586), 7,474 (2,89 - 19,264). **Conclusion:** The study on 117 cases including 37 children with severe pneumonia and 80 children with pneumonia. Clinical symptoms: cough, fever, rales wet/ crackles, rapid breathing is the most popular. Photos of chest injury x-ray 49,6%. Risk factors associated with severe pneumonia were young age, gender, occupation of parents, anemia, cesarean section, history of upper respiratory tract infection 3 times in the last year. **Keywords:** pneumonia, severe pneumonia, children, risk factors, clinical, subclinical.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi (Pneumonia) là bệnh lý thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi và là nguyên nhân gây tử vong trẻ em nhiều nhất trên thế giới, viêm phổi giết chết trẻ em nhiều hơn tổng số trẻ tử