

ĐẶC ĐIỂM ĐIỀU TRỊ CAO ÁP PHỔI TỒN TẠI Ở TRẺ SƠ SINH TẠI KHOA HỒI SỨC SƠ SINH BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Nguyễn Thành Tâm¹, Nguyễn Thanh Thiện², Nguyễn Thu Tịnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cao áp phổi tồn tại ở trẻ sơ sinh (Persistent pulmonary hypertension of the newborn PPHN) là một bệnh ít gặp nhưng tỉ lệ tử vong và gánh nặng bệnh tật cao. Thở khí NO là phương pháp được khuyến nghị đầu tay trong điều trị PPHN, tuy nhiên do giá thành NO cao nên nhiều cơ sở điều trị ở các nước thu nhập thấp chưa được trang bị. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm điều trị cao áp phổi tồn tại, tỉ lệ các loại thuốc giãn mạch phổi được sử dụng, hiệu quả của thuốc giãn mạch phổi khởi đầu và tỉ lệ sống, tử vong trong điều trị cao áp phổi tồn tại ở trẻ sơ sinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca tiến cứu đối tượng trẻ sơ sinh cao áp phổi điều trị tại khoa Hồi sức sơ sinh bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/07/2022-30/06/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu có 395 trẻ suy hô hấp nhập khoa trong vòng 72 giờ tuổi, trong đó siêu âm tim có 57 trẻ cao áp phổi, loại ra 15 trẻ có tim bẩm sinh và dị tật bẩm sinh nặng, còn lại 42 trẻ thỏa tiêu chuẩn tham gia. Viêm phổi hít phân su là nguyên nhân thường gặp nhất chiếm 1/3 trường hợp (35,7%). Tỉ lệ sử dụng các loại thuốc giãn mạch phổi lần lượt là sildenafil 90,5%, milrinone 78,6%, magnesium sulfate 19%, bosentan 19%, NO 14,3%. Tỉ lệ khởi đầu bằng sildenafil chiếm 67,5% và milrinone chiếm 32,5%. Sau 24 giờ điều trị, nhóm khởi đầu bằng sildenafil có 12/27 trẻ đáp ứng (44,4%), nhóm khởi đầu bằng milrinone có 8/13 trẻ đáp ứng chiếm 61,5%. Kết quả điều trị chung có 71,4% trẻ cai máy thở và xuất viện khoa Hồi sức sơ sinh. Tỉ lệ tử vong chung là 28,6%, trong đó tử vong liên quan cao áp phổi chiếm 21,4%. **Kết luận:** Cao áp phổi tồn tại ở trẻ sơ sinh do nhiều nguyên nhân. Tỉ lệ tử vong cao. Thuốc giãn mạch phổi không NO được sử dụng phổ biến là Sildenafil và Milrinone. Hiệu quả các thuốc giãn mạch phổi khác NO thay đổi từ 44% tới 62%. Hiệu quả các thuốc giãn mạch phổi khác NO cần được nghiên cứu thêm. **Từ khóa:** Cao áp phổi tồn tại, Sildenafil, Milrinone, magnesium sulfate, bosentan, iNO, thuốc giãn mạch phổi.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF TREATMENT OF PERSISTENT PULMONARY HYPERTENSION IN NEWBORN AT THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT OF CHILDREN'S HOSPITAL 2

Background: Persistent pulmonary hypertension of the newborn (PPHN) is a rare condition but has

high mortality and morbidity rates. Inhaled NO is the recommended first-line method for treating PPHN. However, due to the high cost of NO, many treatment facilities in low-and middle-income countries, like Vietnam, do not have access to it. **Objectives:** To investigate the treatment characteristics of persistent pulmonary hypertension (PPHN), the rate of different pulmonary vasodilators used, the efficacy of initial pulmonary vasodilators, and the survival and death rates in the treatment of PPHN. **Method:** This is a prospective follow-up study of newborns with PPHN treated at the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of Children's Hospital 2 from July 1, 2022 to June 30, 2023. **Results:** The study screened 395 children with respiratory failure admitted to the hospital within 72 hours of life. Among them, echocardiography showed 57 cases of PPHN. Excluding 15 cases with congenital heart disease and severe congenital anomalies, 42 cases met the inclusion criteria. Meconium aspiration syndrome was the most common cause, accounting for one-third of the cases (35.7%). The usage rates of different pulmonary vasodilators were as follows: sildenafil (90.5%), milrinone (78.6%), magnesium sulfate (19%), bosentan (19%), and iNO (14.3%). Sildenafil was used as the initial treatment in 67.5% of cases and milrinone in 32.5% of cases. After 24 hours of treatment, 12 out of 27 infants (44.4%) in the sildenafil group and 8 out of 13 infants (61.5%) in the milrinone group showed a positive response. Overall, 71.4% of the infants were successfully weaned off mechanical ventilation and discharged from the NICU. The overall mortality rate was 28.6%, with PPHN-associated mortality at 21.4%. **Conclusion:** PPHN can be caused by various causes and has a high mortality rate. Sildenafil and milrinone are the most used non-iNO pulmonary vasodilators. The efficacy of non-iNO pulmonary ranges from 44% to 62%. Further research is needed to evaluate the efficacy and safety of these non-iNO pulmonary vasodilators.

Keywords: Persistent pulmonary hypertension in the newborn, Sildenafil, Milrinone, magnesium sulfate, bosentan, iNO, pulmonary vasodilators.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cao áp phổi tồn tại ở trẻ sơ sinh là tình trạng kháng lực mạch máu phổi không giảm sau khi sinh dẫn đến tồn tại luồng thông tử phải qua trái qua lỗ bầu dục hoặc ống động mạch, làm giảm lưu lượng máu lên phổi gây thiếu oxy máu và suy hô hấp. Tần suất bệnh tại Mỹ khoảng 2‰ trẻ sơ sinh sống, tỉ lệ tử vong vẫn còn cao dao động từ 4-33%.¹ Thở khí Nitric Oxide (NO) là phương pháp được khuyến nghị đầu tay trong điều trị PPHN. Tuy nhiên, tỉ lệ không đáp ứng với NO lên đến 30-40%, đặc biệt nhóm trẻ có thoát vị hoành bẩm sinh có tỉ lệ đáp ứng chỉ 40%.²

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Tịnh

Email: tinhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 7.8.2024

Ngoài ra, do giá thành NO cao nên nhiều cơ sở điều trị ở các nước thu nhập thấp chưa trang bị được. Từ thực tế này, các loại thuốc giãn mạch phổi khác như prostacyclin, alprostadil, sildenafil, bosentan, milrinone, magnesium sulfate đã được nghiên cứu và ứng dụng trong điều trị PPHN nhằm thay thế cho NO. Hiện chứng cứ về hiệu quả và an toàn của mỗi loại thuốc trên cũng như so sánh giữa chúng với nhau còn hạn chế. Việc chọn lựa thuốc thứ 2 khi không đáp ứng với NO hoặc thuốc đầu tay trong điều kiện cơ sở thiếu NO vẫn còn là một vấn đề bỏ ngỏ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá xu hướng chọn lựa và hiệu quả điều trị của các thuốc giãn mạch phổi khác NO trong điều trị cao áp phổi tồn tại ở sơ sinh tại khoa Hồi sức sơ sinh cấp độ IV tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ sơ sinh được chẩn đoán cao áp phổi tồn tại điều trị tại khoa Hồi sức sơ sinh bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/07/2022 đến 30/06/2023.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu theo dõi tiến cứu.

Phương pháp chọn mẫu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả trẻ sơ sinh được chẩn đoán cao áp phổi tồn tại thỏa đồng thời các tiêu chí sau: Suy hô hấp trong vòng 72 giờ sau sinh; Có bằng chứng cao áp phổi trên siêu âm tim: có luồng thông phải-trái hoặc hai chiều qua lỗ bầu dục và/hoặc ống động mạch.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tim bẩm sinh phức tạp; chuyển vị đại động mạch, bất thường tĩnh mạch phổi về tim, thiếu sản thất trái, hẹp eo động mạch chủ, bất thường Ebstein; Bất thường nhiễm sắc thể, đa dị tật; Cha mẹ trẻ không đồng ý tham gia.

Định nghĩa một số biến số:

Đáp ứng điều trị giãn mạch phổi với NO dựa vào giá trị PaO₂ sau 01 giờ điều trị

Đáp ứng điều trị với thuốc giãn mạch phổi khác NO: Chỉ số OI lúc 24 giờ điều trị giảm trên 20% so với chỉ số OI ban đầu trước điều trị hoặc PaO₂ tăng trên 10 mmHg sau 24 giờ điều trị.

Phương pháp nghiên cứu. Tất cả các trẻ sơ sinh suy hô hấp trong vòng 72 giờ sau sinh nhập khoa có yếu tố gợi ý cao áp phổi như bệnh màng trong sau bơm surfactant, viêm phổi hít phân su, bệnh não thiếu oxy thiếu máu cục bộ, thoát vị hoành bẩm sinh, hoặc lâm sàng biểu hiện cao áp phổi như tím, chênh SpO₂ tay phải và chân > 5-10% sẽ được siêu âm tim bằng máy siêu âm Hitachi-Aloka Noblus bởi bác sĩ tim mạch

hoặc bác sĩ hồi sức sơ sinh có chứng chỉ siêu âm tim để loại trừ tim bẩm sinh tím. Xác định xem có cao áp phổi hay không dựa vào luồng thông qua ống động mạch và lỗ bầu dục là phải trái hoặc 2 chiều, và đo áp lực động mạch phổi tâm thu qua hở van 3 lá nếu có. Những trẻ thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không thỏa tiêu chuẩn loại trừ sẽ được lấy đồng thuận của phụ huynh và chọn vào nghiên cứu. Những trẻ này sẽ được theo dõi SpO₂ tay phải và chân liên tục bằng máy đo SpO₂ qua da Nellcor hoặc Nihon. Các trẻ sẽ được đặt ống thông động mạch rốn hoặc động mạch cánh tay đo huyết áp xâm lấn theo dõi liên tục. Khí máu động mạch các thời điểm được lấy cùng một vị trí của ống thông động mạch sẵn có và phân tích bằng máy khí máu i-STAT tại khoa. Hệ thống khí NO sử dụng là máy NoxBox mobile kết nối với nhánh thở vào của máy thở. Các trẻ này được điều trị cao áp phổi theo phác đồ bệnh viện Nhi Đồng 2. Các chỉ số nhịp tim, huyết áp, SpO₂ trước và sau ống, khí máu động mạch, thông số máy thở sẽ được thu thập lúc chẩn đoán và sau điều trị thuốc giãn mạch phổi 01, 06, 12, 24, 48, 72 giờ. Dữ liệu được thu thập và phân tích theo các mục tiêu của nghiên cứu.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/07/2022 đến 30/06/2023 tại khoa Hồi sức sơ sinh bệnh viện Nhi Đồng 2, chúng tôi ghi nhận 395 trẻ sơ sinh suy hô hấp nhập khoa trong vòng 72 giờ tuổi. Trong đó 57 trẻ siêu âm tim có cao áp phổi tuy nhiên 15 trẻ loại ra do không thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Còn lại 42 trường hợp PPHN thỏa tiêu chí chọn vào nghiên cứu.

Đặc điểm nhân trắc, sản khoa

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc, sản khoa

Đặc điểm	Kết quả (n=42)
Ngoại thành	38 (90)
Giới tính	
Nam	23 (55)
Nữ	19 (45)
Tuổi thai (tuần)	39 (27-42)
≥ 35	38 (90)
< 35	04 (10)
CNLS (gram)	2816 ± 574
Phương pháp sinh	
Sinh mổ	23 (55)
Sinh thường	19 (45)
Điểm số APGAR (n=22)	
1 phút	5,6 ± 1,7

5 phút	7,1 ± 1,4
Suy hô hấp	
< 12 giờ	37 (88,1)
12-24 giờ	04 (9,5)
> 24 giờ	01 (2,4)
Tuổi lúc nhập viện (giờ)	16,4 (3,8-22,3)
Tuổi lúc nhập khoa HSSS (giờ)	21,6 (12-27,5)
Tuổi lúc chẩn đoán cao áp phổi (giờ)	23,7 (21,5-26,5)

n (%), trung bình ± độ lệch chuẩn, hoặc trung vị (bách phân vị thứ 25 – bách phân vị thứ 75)

Nghiên cứu ghi nhận 90% trẻ từ các tỉnh chuyển đến bệnh viện Nhi Đồng 2. Tỷ lệ giới tính nam so với nữ là 1,2, sinh mổ so với sinh thường là 1,2. Cân nặng lúc sinh trung bình 2816 gram. Trẻ đủ tháng chiếm 90%, có 10% non tháng dưới 35 tuần. Suy hô hấp khởi phát sớm trong vòng 12 giờ chiếm 88,1%.

Nguyên nhân cao áp phổi tồn tại

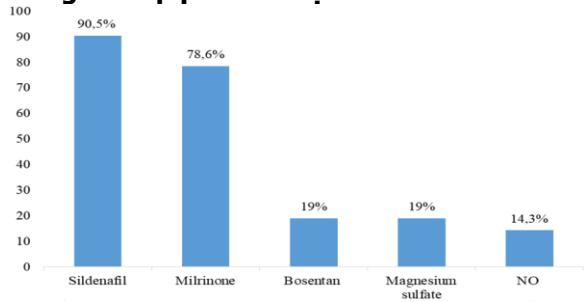
Bảng 2. Nguyên nhân cao áp phổi tồn tại

Nguyên nhân	Kết quả (n=42)
Viêm phổi hít phân su	15 (35,7)
Viêm phổi	10 (23,8)
Bệnh màng trong	07 (16,7)
Thoát vị hoành bẩm sinh	07 (16,7)
Nhiễm trùng huyết	02 (4,8)
Bệnh não thiếu oxy thiếu máu cục bộ	04 (9,5)

n (%)

Có 5 nguyên nhân được ghi nhận gồm viêm phổi hít phân su chiếm tỷ lệ cao nhất với 35,7%, thấp nhất là nhiễm trùng huyết chiếm 4,8%. Các nguyên nhân còn lại bao gồm bệnh màng trong sau khi đã sử dụng surfactant chiếm 16,7%, thoát vị hoành bẩm sinh gây cao áp phổi chiếm 16,7% và bệnh não thiếu oxy thiếu máu cục bộ chiếm 9,5%.

Tỷ lệ các loại giãn mạch phổi sử dụng trong cao áp phổi tồn tại



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các loại giãn mạch phổi sử dụng trong cao áp phổi tồn tại

Hai thuốc được sử dụng nhiều nhất là sildenafil cao nhất 38 trẻ chiếm 90,5%, milrinone cao thứ 2 với 33 trẻ chiếm 78,6%. Bosentan và

magnesium sulfate có tỷ lệ sử dụng bằng nhau và bằng 19%. NO được sử dụng ít nhất chỉ có 6 trường hợp chiếm 14,3%.

Thuốc giãn mạch khởi đầu và đáp ứng

Bảng 3. Thuốc giãn mạch phổi khởi đầu và đáp ứng

Thuốc khởi đầu	Sildenafil	Milrinone
Số ca sử dụng	27 (67,5)	13 (32,5)
Số ca đáp ứng sau 24 giờ	12 (44,4)	8 (61,5)

n (%)

Tỷ lệ khởi đầu bằng sildenafil chiếm 67,5% và milrinone chiếm 32,5%. Sau 24 giờ điều trị, nhóm khởi đầu bằng sildenafil có 12/27 trẻ đáp ứng (44,4%), nhóm khởi đầu bằng milrinone có 8/13 trẻ đáp ứng chiếm 61,5%.

Kết quả điều trị

Bảng 4. Kết quả điều trị chung

Đặc điểm	Kết quả (n=42)
Thời gian thở máy (ngày)	08 (5-14)
Thời gian nằm viện (ngày)	19,5 (16-30)
Kết quả điều trị	
Sống	30 (71,4)
Tử vong liên quan cao áp phổi	09 (21,4)
Tử vong liên quan viêm phổi	01 (2,4)
Tử vong liên quan nhiễm trùng huyết	02 (4,8)

n (%) hoặc trung vị (bách phân vị thứ 25 – bách phân vị thứ 75)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nam nữ lần lượt là 55% và 45%. Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả Uslu năm 2011 và Kamran năm 2022 với tỷ lệ nam trong khoảng 52-58%.³ Cân nặng lúc sinh trung bình là 2816 ± 574 gram, so với nghiên cứu tại Pakistan của Kamran với cân nặng lúc sinh trung bình 2680 ± 490 gram hoặc của Nawkan ở tám nước châu Á là 2613 ± 867 thì nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng.⁴ Sự khác biệt về cân nặng lúc sinh với các nghiên cứu châu Âu và Mỹ có thể lý giải bằng sự khác biệt về chủng tộc và di truyền. Tỷ lệ sinh mổ chiếm 55%, gấp 1,2 lần so với sinh thường. Các bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi khởi phát suy hô hấp rất sớm trong vòng 12 giờ tuổi sau sinh chiếm 88,1%, có 4 trẻ (9,5%) khởi phát trong vòng 12 tới 24 giờ sau sinh và chỉ có 1 trẻ (2,4%) suy hô hấp sau 24 giờ tuổi. Thời gian từ lúc sinh ra tới khi nhập khoa Hồi sức sơ sinh có trung vị là 21,6 (12-27,5) giờ. Thời gian trung vị chẩn đoán cao áp phổi từ lúc sinh là 23,7 (21,5-26,5) giờ tuổi. Kết quả này tương đồng với tỷ lệ chẩn đoán trong 24 giờ đầu là 82% trong nghiên cứu của Uslu ở Thổ Nhĩ Kỳ. Khi so sánh tỷ lệ nguyên nhân

cao áp phổi trong nghiên cứu chúng tôi với các nghiên cứu ở châu Á thì tỉ lệ của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nawkan với viêm phổi hít phân su 24,1%, bệnh màng trong 21%, nhiễm trùng huyết 14,9%, viêm phổi 11,1%, thoát vị hoành bẩm sinh/thiếu sản phổi 6,5% đặc biệt nguyên nhân vô căn chiếm 12,5%.⁵ Nghiên cứu của Arshad có viêm phổi hít phân su 42,6%, bệnh não thiếu oxy thiếu máu cục bộ 39,3%, bệnh màng trong 18,8%, nhiễm trùng huyết 27%, thoát vị hoành bẩm sinh 7,3%, thiếu sản phổi 4,9% và vô căn 14,8%.⁶ Nghiên cứu của Sardar hồi cứu dữ liệu từ tháng 01/2013 đến tháng 3/2019 tại một trung tâm sơ sinh ở Kolkata, Ấn Độ ghi nhận có 86 trẻ có PPHN.⁷ Trong đó ghi nhận viêm phổi hít phân su và cơn thở nhanh thoáng qua chiếm tỉ lệ cao nhất cùng bằng 17,44%, nguyên nhân cao tiếp theo là viêm phổi với 13,95%, sinh ngạt và thoát vị hoành bẩm sinh cùng bằng 12,79%. Nhìn chung, các nhóm nguyên nhân vẫn không khác nhau giữa các nghiên cứu tuy nhiên tỉ lệ có sự khác biệt và nguyên nhân viêm phổi hít phân su đều chiếm đa số trong các nghiên cứu. Lựa chọn thuốc giãn mạch khởi đầu trong nghiên cứu này chỉ có 2 thuốc với sildenafil 67,5% và milrinone 32,5%. Hiệu quả của sildenafil đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu trước đây cả dạng truyền tĩnh mạch lẫn đường uống. Nghiên cứu đầu tiên của Kamran có 82 bệnh nhi được dùng sildenafil liều 3-6 mg/kg/ngày chia 3 lần cách nhau mỗi 8 giờ. Kết quả ghi nhận 52/82 (63,4%) trẻ có đáp ứng điều trị sau 48 giờ.⁴ Nghiên cứu còn lại của Schroeder hồi cứu trên trẻ sinh non dưới 37 tuần từ năm 2012 đến 2021 có cao áp phổi trong vòng 28 ngày sau sinh. Sildenafil được sử dụng trong nghiên cứu này là truyền tĩnh mạch.⁸ Tỉ lệ đáp ứng ban đầu với sildenafil sau 24 giờ điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi là 44,4% thấp hơn so với nghiên cứu của Kamran. Có thể giải thích cho lý do này bởi vì nghiên cứu của Kamran đã loại trừ các trẻ thoát vị hoành bẩm sinh cũng như các trẻ viêm phổi hít phân su, bệnh màng trong mức độ nặng cần phải thở máy cho nên giảm được các yếu tố bất lợi về hấp thu sildenafil đường ruột trên các trẻ nặng như trong nghiên cứu của chúng tôi. Milrinone được lựa chọn khởi đầu ít hơn chỉ 32,5% vì chỉ định phải có rối loạn chức năng thất kèm theo do nguy cơ giảm huyết áp. Tỉ lệ đáp ứng với thuốc này sau 24 giờ điều trị lên đến 61,5%. Các nghiên cứu về milrinone ít hơn so với sildenafil và đa số là nghiên cứu phối hợp milrinone với thuốc khác. Nghiên cứu của

McNamara tiến hành trên 11 bệnh nhi với liều từ 0,33-0,99 µg/kg/phút, đáp ứng với milrinone với tiêu chí cải thiện 20% OI so với ban đầu. Kết quả cho thấy có 9/11 (81,8%) trẻ đáp ứng với milrinone cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, nghiên cứu trên ngoài milrinone các bệnh nhi còn được dùng NO nên hiệu quả thực sự chưa hoàn toàn là của milrinone.

Kết quả chung của 42 trẻ này được đánh giá qua số ca sống và số ca tử vong. Tỉ lệ đáp ứng điều trị sau đó cai máy thở và xuất khoa Hồi sức sơ sinh là 30/42 chiếm 71,4%, còn lại tử vong 28,6%. Trong 12 bệnh nhi tử vong, tử vong liên quan cao áp phổi vẫn là nguyên nhân chính với 9 trẻ chiếm 21,4% bệnh nhi tử vong. Ngoài ra có 2 trường hợp tử vong liên quan nhiễm trùng huyết và 1 liên quan viêm phổi sau khi cao áp phổi đã cải thiện. Khi so sánh với các nghiên cứu ở châu Á tương tự về điều kiện cũng như đặc điểm dân số, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tử vong của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu đó. Nghiên cứu quan sát của Arshad cũng ở Pakistan từ tháng 7 đến tháng 12/2019 ghi nhận trong 122 trẻ được chẩn đoán PPHN có 26 trẻ tử vong chiếm 21,3%.⁶ Sardar hồi cứu dữ liệu từ tháng 01/2013 đến tháng 3/2019 tại một trung tâm sơ sinh ở Kolkata, Ấn Độ ghi nhận trong 86 trẻ PPHN tỉ lệ tử vong là 29%.⁷ Một phân tích đa trung tâm của Nakwan thu thập dữ liệu từ các nước châu Á gồm Thái Lan, Ấn Độ, Pakistan, Nhật Bản, Kuwait và Singapore hồi cứu từ năm 2014 tới 2016 ghi nhận tỉ lệ tử vong 20,1%. Trong các nghiên cứu trên đa số đều không sử dụng NO, chỉ 30% trường hợp trong nghiên cứu của Nakwan được sử dụng NO. Thuốc giãn mạch phổi chủ yếu trong các nghiên cứu này gồm sildenafil, milrinone, iloprost và magnesium sulfate. Ngoài ra nguyên nhân thoát vị hoành bẩm sinh, một nguyên nhân kém đáp ứng điều trị cũng được đưa vào trong các nghiên cứu này. Đó là những lý do dẫn đến tỉ lệ tử vong cao tương đồng so với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu chưa đánh giá được hiệu quả của từng loại thuốc giãn mạch phổi cũng như tác dụng phụ của các thuốc đó trong quá trình điều trị. Thời điểm siêu âm tim kiểm tra sau điều trị chưa thống nhất và chỉ có 33 trẻ được siêu âm tim lại sau điều trị nên chưa thể theo dõi diễn tiến trên siêu âm tim theo các mốc thời gian sau sử dụng thuốc giãn mạch phổi.

V. KẾT LUẬN

Cao áp phổi tồn tại ở trẻ sơ sinh do nhiều nguyên nhân. Tỉ lệ tử vong cao. Thuốc giãn mạch phổi không NO được sử dụng phổ biến là

Sildenafil và Milrinone. Hiệu quả các thuốc giãn mạch phổi khác NO thay đổi từ 44% tới 62%. Cần nghiên cứu thêm đánh giá hiệu quả và an toàn của thuốc giãn mạch phổi không NO.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Walsh-Sukys MC, Tyson JE, Wright LL, et al.** Persistent pulmonary hypertension of the newborn in the era before nitric oxide: practice variation and outcomes. *Pediatrics*. Jan 2000; 105(1 Pt 1):14-20. doi:10.1542/peds. 105.1.14
- Roberts JD, Jr., Fineman JR, Morin FC, 3rd, et al.** Inhaled nitric oxide and persistent pulmonary hypertension of the newborn. The Inhaled Nitric Oxide Study Group. *The New England journal of medicine*. Feb 27 1997;336(9): 605-10. doi:10.1056/nejm199702273360902
- Uslu S, Kumtepe S, Bulbul A, Comert S, Bolat F, Nuhoglu A.** A comparison of magnesium sulphate and sildenafil in the treatment of the newborns with persistent pulmonary hypertension: a randomized controlled trial. *Journal of tropical pediatrics*. Aug 2011;57(4):245-50. doi:10.1093/tropej/fmq091
- Kamran A, Rafiq N, Khalid A, et al.** Effectiveness of oral sildenafil for neonates with persistent pulmonary hypertension of newborn (PPHN): a prospective study in a tertiary care hospital. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet.* Dec 2022;35(25): 6787-6793. doi:10.1080/14767058.2021.1923003
- Nakwan N, Jain S, Kumar K, et al.** An Asian multicenter retrospective study on persistent pulmonary hypertension of the newborn: incidence, etiology, diagnosis, treatment and outcome. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet.* Jun 2020;33(12): 2032-2037. doi:10.1080/14767058.2018.1536740
- Arshad MS, Adnan M, Anwar-Ul-Haq HM, Zulqarnain A.** Postnatal causes and severity of persistent pulmonary Hypertension of Newborn. *Pakistan journal of medical sciences*. Sep-Oct 2021; 37(5): 1387-1391. doi:10.12669/pjms. 37.5.2218
- Sardar S, Pal S, Mishra R.** A Retrospective study on the profile of persistent pulmonary hypertension of newborn in a tertiary care unit of Eastern India. *Journal of Clinical Neonatology*. 01/01 2020;9:18. doi:10.4103/jcn.JCN_68_19
- Schroeder L, Monno P, Strizek B, Dresbach T, Mueller A, Kipfmüller F.** Intravenous sildenafil for treatment of early pulmonary hypertension in preterm infants. *Scientific reports*. May 24 2023;13(1):8405. doi:10.1038/s41598-023-35387-y

CÁC NHU CẦU HỖ TRỢ TÂM LÝ XÃ HỘI PHỔ BIẾN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Kim Xuân Loan¹, Huỳnh Tấn Đạt¹, Nguyễn Thị Khánh Chi¹,
Vũ Châu Giang¹, Võ Ý Lan¹, Võ Trần Trọng Bình¹,
Phạm Xuân Dũng², Đỗ Văn Dũng¹

TÓM TẮT

Nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội ở bệnh nhân ung thư vú cần được quan tâm trong quá trình điều trị bệnh nhằm giúp cải thiện sức khỏe tinh thần, cải thiện chất lượng cuộc sống và tỷ lệ sống sót của bệnh nhân. Nghiên cứu này mô tả tỷ lệ các nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội được đánh giá theo các mức quan trọng ở bệnh nhân ung thư vú. Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 212 bệnh nhân ung thư vú đang điều trị tại bệnh viện ung bướu TPHCM với phương pháp lấy mẫu phân tầng tại các khoa điều trị. Công cụ nghiên cứu là bộ câu hỏi có cấu trúc được soạn sẵn với thang đo kết cục đo lường nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội là thang

PNI (Psychosocial Need Inventory). Kết quả về nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội cho thấy 3 mục được đánh giá ở mức điểm 4 tương ứng với "quan trọng" hoặc 5 "rất quan trọng" ở bệnh nhân ung thư vú tập trung chủ yếu vào nhu cầu về nhân viên y tế, nhu cầu về thông tin và nhu cầu về trợ giúp. Các nhu cầu về tình cảm, bản thân, thiết thực được đánh giá quan trọng ở mức điểm thấp hơn. **Từ khóa:** Nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội, ung thư vú.

SUMMARY

PSYCHOSOCIAL SUPPORT NEEDS AND PREDICTIVE FACTORS RELATED TO PSYCHOSOCIAL SUPPORT NEEDS AMONG BREAST CANCER PATIENTS AT HO CHI MINH CITY ONCOLOGY HOSPITAL

The psychosocial support needs of breast cancer patients need to be addressed during treatment to improve mental health, quality of life, and survival rates. This study describes the proportion of psychosocial support needs assessed at varying levels

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh Viện Ung Bướu TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Kim Xuân Loan

Email: kimxuanloan2712@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2024

Ngày duyệt bài: 7.8.2024