

# KHẢO SÁT TỶ LỆ MẮC VIÊM PHỔI NẶNG Ở TRẺ EM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH HẬU GIANG NĂM 2023

Trần Thị Ngọc Thảo<sup>1</sup>, Trần Tôn Thái<sup>2</sup>, Huỳnh Nhật Anh<sup>1</sup>,  
Trịnh Phát Đạt<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Mai Tiên<sup>1</sup>,  
Lê Thị Tuyết Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Trường Thịnh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả tỷ lệ đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ em. **Phương pháp:** 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 nhóm nghiên cứu, phần lớn các trường hợp được chẩn đoán là viêm phổi chiếm 68,38% với 80 trường hợp, nhóm viêm phổi nặng chỉ chiếm 31,62% với 37 trường hợp. Trong quá trình điều trị, hầu hết bệnh nhi đều được chỉ định điều trị bằng kháng sinh (100%). Có 66 trường hợp được hạ sốt, bù nước và điện giải trong quá trình điều trị. Ở các trẻ từ 1 – 5 tuổi, gồm 68 trường hợp được chỉ định điều trị triệu chứng ho trong quá trình điều trị viêm phổi. Thời gian điều trị  $\leq 7$  ngày chiếm tỉ lệ 75,22% và  $\geq 7$  ngày chiếm tỉ lệ là 24,78%. Chúng tôi cũng ghi nhận thời gian điều trị ngắn nhất của bệnh nhi là 1 ngày và dài nhất là 18 ngày, số ngày trung bình là  $6,50 \pm 2,96$ . **Từ khóa:** Viêm phổi nặng, yếu tố nguy cơ, trẻ em

## SUMMARY

### SURVEY OF THE INCIDENCE OF SEVERE PNEUMONIA IN CHILDREN AND SOME RELATED FACTORS AT HAU GIANG PROVINCE OBSTETRICS AND CHILDREN'S HOSPITAL IN 2023

**Objective:** Describe the incidence, clinical and paraclinical characteristics and evaluate the results of treatment of pneumonia in children. **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. **Result:** In the research group, the majority of cases were diagnosed as pneumonia accounting for 68.38% with 80 cases, the group with severe pneumonia accounted for only 31.62% with 37 cases. During treatment, most pediatric patients are prescribed antibiotic treatment (100%). There were 66 cases of fever reduction, fluid and electrolyte replacement during treatment. In children from 1 to 5 years old, including 68 cases prescribed treatment of cough symptoms during pneumonia treatment. Treatment

duration, with  $\leq 7$  days accounts for 75.22% and  $\geq 7$  days accounts for 24.78%. We also recorded that the shortest treatment time for pediatric patients was 1 day and the longest was 18 days, the average number of days was  $6,50 \pm 2,96$ . **Keywords:** Severe community acquired pneumonia, risk factors, children.

## 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. Thông qua thống kê và báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Quỹ Nhi đồng Liên Hiệp Quốc vào năm 2022 đã có hơn 120 triệu trường hợp viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi, trong đó có 14 triệu trường hợp diễn tiến thành viêm phổi nặng, giết chết 740.180 trẻ em chiếm 14% tổng số trẻ em vào năm 2019 [5]. Không chỉ đề cập đến tình hình viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi trên thế giới nói chung mà tình hình bệnh viêm phổi tại Việt Nam cần đặc biệt quan tâm đến, với ước tính lên đến 2,9 triệu trường hợp bệnh và tần suất 0,29 đợt viêm phổi/ trẻ dưới 5 tuổi/ năm, trong đó số ca có dấu hiệu nặng đe dọa đến tính mạng cần nhập viện chiếm 7 - 13% [1]. Với những đặc điểm sinh lý còn non kém nên viêm phổi ở trẻ 5 tuổi có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng và tùy thuộc vào độ tuổi, mức độ, tác nhân cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng bệnh. Ngoài tác nhân chính gây bệnh đã nêu còn có những yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc bệnh và mức độ nặng bệnh như: tuổi của trẻ, trẻ sinh thiếu tháng, cân nặng lúc sinh  $< 2500\text{gr}$ , tình trạng suy dinh dưỡng, trình trạng bệnh mạn tính kèm theo, nuôi con bằng sữa mẹ không đủ, trình độ học vấn của bố mẹ thấp, không được tiêm ngừa đầy đủ theo nhóm tuổi. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ em tại bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả trẻ có độ tuổi từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi, viêm phổi nặng theo WHO 2013, nhập viện và được điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Trẻ từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi được chẩn đoán và phân loại viêm

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

<sup>2</sup>Bệnh viện Sản nhi Tỉnh Hậu Giang

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngọc Thảo

Email: 4374473270@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 13.8.2024

phổi theo tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi của Tổ chức Y tế thế giới năm 2013 [10].

❖ Viêm phổi: khi trẻ có ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Thở nhanh:  $\geq 50$  lần/phút ở trẻ 2 - 11 tháng hoặc  $\geq 40$  lần/phút ở trẻ 12 tháng - 5 tuổi
- Rút lõm lồng ngực.
- Có thể có ran ẩm, ran nổ hoặc tiếng cọ màng phổi khi nghe phổi.

- Không có các dấu hiệu của viêm phổi nặng như: SpO<sub>2</sub> < 90% hoặc tím trung ương.

+ Dấu hiệu suy hô hấp nặng: thở rên, rút lõm lồng ngực rất nặng.

+ Không có các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân (không bú được hoặc không uống được hoặc nôn tất cả mọi thứ, co giật, li bì hoặc hôn mê).

+ Nghe phổi có giảm thông khí hoặc dấu hiệu tràn dịch, tràn mủ màng phổi.

❖ Viêm phổi nặng: khi trẻ có ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Tím trung ương hoặc SpO<sub>2</sub> < 90%.
- Suy hô hấp nặng: thở rên, rút lõm lồng ngực rất nặng.

- Những dấu hiệu viêm phổi kèm theo một dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: không bú được hoặc không uống được, co giật, li bì hoặc hôn mê.

- Ngoài ra có thể có một số hoặc tất cả các dấu hiệu khác của viêm phổi như:

+ Thở nhanh:  $\geq 50$  lần/phút ở trẻ 2 - 11 tháng hoặc  $\geq 40$  lần/phút ở trẻ 12 tháng - 5 tuổi.

+ Rút lõm lồng ngực.

+ Dấu hiệu nghe phổi: giảm thông khí, tiếng thở ống, ran ẩm, ran nổ, rung thanh bất thường (giảm trong tràn dịch hoặc tràn mủ màng phổi, tăng trong đông đặc thùy phổi), tiếng cọ màng phổi.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Có kèm nhiễm khuẩn ở các cơ quan khác. Bệnh nhân hoặc gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023 tại Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

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

**Cỡ mẫu:** tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \times p(1-p)}{d^2} = 85$$

Trong đó:

p = 32,3% (tỷ lệ viêm phổi nặng trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi theo nghiên cứu của tác giả Mai Văn Ba) [2].

$\alpha = 5\%$  là sai lầm loại 1

d = 10% là sai số cho phép

Kết quả tính cỡ mẫu tối thiểu là 85. Để đảm bảo thu thập đủ cỡ mẫu tối thiểu, nghiên cứu dự trừ ít nhất 10% số lượng đối tượng được tiếp cận từ chối tham gia nghiên cứu. Thực tế, nghiên cứu lấy được 117 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn trên các bệnh nhân đến điều trị tại các cơ sở y tế thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chúng tôi chọn mẫu thuận tiện cho nghiên cứu, bao gồm tất cả các bệnh nhân thỏa mãn điều kiện nghiên cứu.

**Nội dung nghiên cứu:**

1. Tỷ lệ viêm phổi, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm phổi ở trẻ 2 tháng đến 5 tuổi.

2. Một số yếu tố liên quan các yếu tố nguy cơ liên quan đến kết quả điều trị viêm phổi nặng ở trẻ em.

**Công cụ thu thập và xử lý số liệu:** Các số liệu được ghi nhận lại, nhập liệu và xử lý bằng chương trình SPSS 22.0. Sử dụng kiểm định  $\chi^2$  để xác định mối liên quan giữa 2 biến nhị phân với ngưỡng ý nghĩa thống kê 95%.

**2.3. Ý đứcc:** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học & đào tạo của trường Đại học Võ Trường Toản. Nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cho bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật tuyệt đối.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Phân loại mức độ bệnh**

Nhóm bệnh	Số lượng (n=117)	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi	80	68,38%
Viêm phổi nặng	37	31,62%

**Nhận xét:** Phần lớn các trường hợp được chẩn đoán là viêm phổi chiếm 68,38% với 80 trường hợp. Nhóm viêm phổi nặng chỉ chiếm 31,62% với 37 trường hợp.

**Bảng 2. Đặc điểm chung**

Đặc điểm chung	Số lượng (n=85)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	2 - 12 tháng	49	41,9
	1 đến - 5 tuổi	68	58,1
Giới	Nam	61	52
	Nữ	56	48
Nơi ở	Nông thôn	84	71,8
	Thành Thị	33	28,2
Dân tộc	Kinh	110	94
	Thiểu số	7	6
Cân nặng lúc sanh	Nhẹ cân	4	3,5
	Đủ cân	113	96,5
Tuổi thai lúc sanh	Thiếu tháng	2	1,8
	Đủ tháng	115	98,2

Lý do nhập viện	Sốt	84	71,8
	Khò khè	104	88,9
	Ho	116	99,1
	Thở nhanh	49	41,9
	Bỏ bú	1	0,8

**Nhận xét:** Trong nhóm nghiên cứu, nhóm tuổi từ 1 đến 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn 58,1% với 68 trẻ, nhóm 2 – 12 tháng chiếm tỷ lệ thấp hơn 41,9%. Trong tổng số bệnh nhi mắc bệnh, bệnh nhi nam chiếm tỷ lệ mắc bệnh cao hơn, chiếm đến 52% với 61 trẻ và bệnh nhi nữ chiếm tỷ lệ thấp hơn 48% với 56 trẻ. Các bệnh nhi chủ yếu sinh sống tại vùng nông thôn, tỷ lệ so sánh giữa nông thôn và thành thị 71,8% so với 28,2% (84 trẻ nông thôn so với 28,2 trẻ ở thành thị). Các trẻ đa phần là dân tộc Kinh, chiếm 94% trẻ

**Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng**

Triệu chứng lâm sàng	Tuổi (tháng)		Tổng cộng	Giới tính		Tổng
	2-12 tháng	12-60 tháng		Nam	Nữ	
Ho	48	68	116	60	56	116
	41,0%	58,1%	99,1%	51,3%	47,9%	99,1%
Thở nhanh	22	27	49	22	27	49
	18,8%	23,1%	41,9%	18,8%	23,1%	41,9%
Khò khè	46	58	104	56	48	104
	39,3%	49,6%	88,9%	47,9%	41,0%	88,9%
Thở rên	0	0	0	0	0	0
	0%	0%	0%	0%	0%	0%
RLLN	18	11	29	9	20	29
	15,38%	9,40%	24,79%	7,69%	17,09%	24,79%
Ran ẩm, nổ	38	54	92	49	43	92
	32,5%	46,2%	78,6%	41,9%	36,8%	78,6%
Ran rít, ngáy	5	8	13	6	7	13
	4,3%	6,8%	11,1%	5,1%	6,0%	11,1%

**Nhận xét:** Triệu chứng ho thường gặp nhất chiếm đến 99,1% trên tổng các trẻ. Triệu chứng khò khè gặp 88,9% trường hợp. Nhóm triệu chứng thực thể, kết quả nghiên cứu thu được triệu chứng Ran ẩm/ran nổ chiếm cao nhất với tỷ lệ 78,6%, tiếp theo là triệu chứng thở nhanh gặp ở 41,9% trường hợp, triệu chứng Ran rít/ngáy/rít 11,1%, triệu chứng rút lõm lồng ngực với tỷ lệ và không có trẻ nào có triệu chứng thở rên.

**Bảng 5. Đặc điểm cận lâm sàng**

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổn thương Xquang phổi (n=112)	Tập trung rốn phổi	23	19,7
	Lan toàn hai phổi	47	40,2
	Bình thường	42	35,9
Số lượng BC	BC <4000/mm <sup>3</sup>	1	0,9
	BC ≥12000/mm <sup>3</sup>	58	49,6
	BC bình thường	58	49,6
Công thức máu	Thiếu máu	31	26,5
	Bình thường	86	73,5

**Nhận xét:** Triệu chứng cận lâm sàng thông

qua hình ảnh Xquang, kết quả tổn thương lan toả hai phổi chiếm tỉ lệ cao nhất 40,2%, sau đó là hình ảnh tổn thương tập trung tại rốn phổi chiếm 35,9%. Qua công thức máu, ghi nhận có 49,6% nhóm nghiên cứu có tăng bạch cầu trên ≥ 12000/mm<sup>3</sup> và có 31 trường hợp thiếu máu ở trẻ chiếm 26,5%.

**Bảng 3. Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân**

Triệu chứng	Viêm phổi nặng (n=37)		Tổng (n=117)	
	n	%	n	%
Co giật	1	0,9	1	0,9
Không bú, uống	31	26,5	31	26,5
Nôn tất cả	37	31,6	37	31,6
Li bì	0	0	0	0

**Nhận xét:** Trong nhóm nghiên cứu, Các triệu chứng nguy hiểm toàn thân hay gặp ở trẻ lần lượt là triệu chứng nôn tất cả mọi thứ, trẻ không bú hoặc uống, co giật với tỷ lệ lần lượt là: 31,6%, 26,5%, 0,9%.

**Bảng 6. Phương pháp điều trị được áp dụng trong viêm phổi**

Phương pháp	Số lượng (n=117)	Tỉ lệ (%)
Hạ sốt	84	71,8
Kháng sinh	117	100
Giảm ho	68	58,1
Bù nước, điện giải	66	56,4

**Nhận xét:** Trong nhóm nghiên cứu hầu hết bệnh nhi đều được chỉ định điều trị bằng kháng sinh (100%). Có 66 trường hợp được hạ sốt, bù nước và điện giải trong quá trình điều trị. Ở các trẻ từ 1 – 5 tuổi, gồm 68 trường hợp được chỉ định điều trị triệu chứng ho trong quá trình điều

trị viêm phổi.

**Bảng 7. Thời gian điều trị trong viêm phổi**

Thời gian điều trị	Số lượng (n=117)	Tỉ lệ (%)
≤ 7 ngày	88	75,22
> 7 ngày	29	24,78
Trung bình: 6,50 ± 2,96, nhỏ nhất là 1 ngày, lớn nhất là 18 ngày		

**Nhận xét:** 88 bệnh nhi có thời gian điều trị ≤ 7 ngày chiếm 75,22%. 29 bệnh nhi có thời gian điều trị > 7 ngày chiếm 24,78%. Thời gian điều trị trung bình là 6 ngày với độ lệch chuẩn là 3 ngày. Thời gian điều trị ngắn nhất trong nhóm nghiên cứu là 1 ngày. Thời gian điều trị dài nhất là 18 ngày.

**Bảng 8. Kết quả điều trị trong viêm phổi**

Kết quả điều trị	Số lượng (n=117)	Tỉ lệ (%)
Khỏi	115	98,2
Chuyển tuyến	2	1,8
Tử vong	0	0

**Nhận xét:** Hầu hết trẻ được điều trị khỏi khi xuất viện chiếm 98,2%. Có 2 trường hợp trẻ được chuyển tuyến (1,8%) và không ghi nhận trường hợp tử vong (0%).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Phân bố mức độ nặng của viêm phổi.** Nghiên cứu của chúng tôi có 31,62% với 37 trường hợp viêm phổi nặng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Đình Tuyển với 33,6% (74/220) trẻ bị viêm phổi nặng [9]. Kết quả này khác với nghiên cứu của Võ Thị Kim Dung nghiên cứu 176 trẻ em viêm phổi thì tỉ lệ viêm phổi nặng là 11,4% (20/176) [3]. Nghiên cứu của Lưu Thị Thủy Dương ở 174 trẻ ghi nhận tỉ lệ viêm phổi nặng là 50,5% [4]. Sự khác nhau này có thể do sự khác biệt về thời gian, địa điểm lấy mẫu của từng nghiên cứu.

**4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi nặng.** Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trẻ có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân như triệu chứng nôn tất cả mọi thứ, trẻ không bú hoặc uống, co giật với tỷ lệ lần lượt là: 31,6%; 26,5%; 0,9%. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây, NC Lưu Thị Thủy Dương đưa ra 96,3% trẻ có tri giác bình thường và 21,3% trẻ nghiên cứu có tình trạng bú kém và ăn uống kém [4], NC Võ Hồng Phượng ghi nhận 43% trẻ nôn ói [7].

Triệu chứng ho và khò khè là triệu chứng thường gặp viêm phổi và cũng lý do bà mẹ đưa trẻ đi khám chiếm đến 99,1% trên tổng các trẻ. Triệu chứng khò khè gặp 88,9% trường hợp.

Nhóm triệu chứng thực thể, kết quả nghiên cứu thu được triệu chứng Ran ẩm/ran nổ chiếm cao nhất với tỷ lệ 78,6%, tiếp theo là triệu chứng thở nhanh gấp ở 41,9% trường hợp, triệu chứng Ran ngáy/rít 11,1%, triệu chứng rút lõm lồng ngực với tỷ lệ và không có trẻ nào có triệu chứng thở rên. Kết quả tương tự NC Võ Minh Tân có 92/94 trẻ có triệu chứng ho, chiếm tỷ lệ 97,9%, cũng chỉ ra có 72,3% trẻ biểu hiện thở nhanh và 20,2% trẻ có dấu hiệu rút lõm lồng ngực trong bài [8], NC Lưu Thị Thủy Dương ghi nhận 73% thở nhanh và 46,6% RLLN [4].

**4.3. Về thời gian điều trị.** Theo nghiên cứu của chúng tôi thì thời gian điều trị ≤ 7 ngày chiếm tỉ lệ 75,22% và ≥ 7 ngày chiếm tỉ lệ là 24,78%. Chúng tôi cũng ghi nhận thời gian điều trị ngắn nhất của bệnh nhi là 1 ngày và dài nhất là 18 ngày, số ngày trung bình là 6,50 ± 2,96. Kết quả này tương tự với NC Nguyễn Thị Kim Loan với thời gian trung bình của đợt điều trị là 7,48 ± 0,62 ngày [6].

Đây cũng là điều cần lưu ý trong việc theo dõi, chăm sóc và điều trị cho những bệnh nhi phải nằm viện để có thể rút ngắn thời gian điều trị cho bệnh nhi, giảm chi phí nằm viện nâng cao sức khỏe cho người bệnh và gia đình của bệnh nhi.

**4.4. Về kết quả điều trị.** Bệnh nhi đủ tiêu chuẩn xuất viện khi có cải thiện về tổng thể về mặt lâm sàng (tổng trạng tốt, cải thiện sinh hoạt, thèm ăn, hết sốt), SpO<sub>2</sub> >90% ít nhất 12-24 giờ. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhi khỏi và được xuất viện chiếm tỉ lệ rất cao (chiếm 98,2%), bệnh nhi chuyển tuyến là 2 trường hợp (chiếm 1,8%), không ghi nhận bệnh nhi tử vong [5].

#### V. KẾT LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu, phần lớn các trường hợp được chẩn đoán là viêm phổi chiếm 68,38% với 80 trường hợp, nhóm viêm phổi nặng chỉ chiếm 31,62% với 37 trường hợp. Trong quá trình điều trị, hầu hết bệnh nhi đều được chỉ định điều trị bằng kháng sinh (100%). Có 66 trường hợp được hạ sốt, bù nước và điện giải trong quá trình điều trị. Ở các trẻ từ 1 – 5 tuổi, gồm 68 trường hợp được chỉ định điều trị triệu chứng ho trong quá trình điều trị viêm phổi. Thời gian điều trị ≤ 7 ngày chiếm tỉ lệ 75,22% và ≥ 7 ngày chiếm tỉ lệ là 24,78%. Chúng tôi cũng ghi nhận thời gian điều trị ngắn nhất của bệnh nhi là 1 ngày và dài nhất là 18 ngày, số ngày trung bình là 6,50 ± 2,96.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Mai Anh, Bùi Bình Bảo Sơn (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và

- kết quả điều trị viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi".
- Mai Văn Ba** (2020), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, căn nguyên vi sinh và kết quả điều trị viêm phổi trẻ em tại khoa nhi bệnh viện Bạch Mai,, Luận văn tốt nghiệp Y đa khoa,, Đại học Quốc gia Hà Nội,, Hà Nội.
  - Võ Thị Kim Dung** (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thể tích tiểu cầu trung bình (MPV) trong viêm phổi trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi, Trường Đại học Y Dược Huế.,
  - Lưu Thị Thủy Dương, Khổng Thị Ngọc Mai** (2019), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em từ 2-36 tháng tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên", TNU Journal of Science Technology, 207, (14), 67-72.
  - Phạm Thị Minh Hồng** (2020), Nhi Khoa, tập 1, Nxb y học, TP. Hồ Chí Minh, tr.157-175.
  - Nguyễn Thị Kim Loan** (2017), "Nghiên cứu tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị Viêm phổi ở trẻ em tại Bệnh viện trường Đại Học Y Dược Huế".
  - Võ Hồng Phụng** (2015), Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các yếu tố liên quan đến bệnh viêm phổi ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ,, Luận văn tốt nghiệp Y khoa,, Đại học Y Dược Cần Thơ,, Cần Thơ.
  - Võ Minh Tân, Thanh Hải Nguyễn, Trung Kiên Nguyễn, Tấn Đạt Nguyễn** (2019), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi trên trẻ suy dinh dưỡng từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ năm 2017 đến 2018".
  - Nguyễn Đình Tuyển, Nguyễn Tấn Bình, Võ Thị Kim Dung** (2021), "Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan của viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến 60 tháng tại bệnh viện sản nhi tỉnh Quảng Ngãi", Tạp chí Y học Việt Nam, 501, (1).
  - World Health Organization** (2013), "WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee", Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses, World Health Organization World Health Organization 2013., Geneva,

## BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP RƠI DỤNG CỤ SAU CAN THIỆP BÍT ỐNG ĐỘNG MẠCH QUA ĐƯỜNG ỐNG THÔNG VÀ XỬ TRÍ

Nguyễn Lâm Hiếu<sup>1,2</sup>, Lê Văn Tú<sup>1</sup>,  
Đỗ Quốc Hiến<sup>1</sup>, Trần Việt Dũng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Còn ống động mạch (COĐM) là một trong các bệnh tim bẩm sinh thường gặp tạo ra sự lưu thông bất thường giữa tuần hoàn hệ thống và tuần hoàn phổi, thường được điều trị bằng phương pháp can thiệp bít ống động mạch (OĐM) bằng dụng cụ qua đường ống thông, hoặc phẫu thuật thắt hoặc cắt OĐM. Phương pháp can thiệp bít OĐM qua đường ống thông đã cho thấy nhiều ưu điểm như ít xâm lấn, hiệu quả cao, ít biến chứng và ngày càng được sử dụng rộng rãi. Tuy nhiên thủ thuật can thiệp này vẫn có thể xảy ra những biến chứng nhất định; trong đó rơi dụng cụ sau can thiệp là một trong những biến chứng nguy hiểm và khó xử lý. Chúng tôi báo cáo một trường hợp rơi dụng cụ sau can thiệp bít OĐM tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Đây là trường hợp bệnh nhân nam 46 tuổi, được can thiệp bít OĐM typ E bằng dụng cụ qua đường ống thông. Một ngày sau, siêu âm kiểm tra thấy bất thường, sau khi soi kiểm tra dưới màn tăng sáng thì thấy dụng cụ đã rơi xuống động mạch chủ bụng. Chúng tôi đã tiến hành bít lại OĐM và dùng thông lòng (snare) lấy thành công dụng cụ trước đó rơi xuống động mạch chủ bụng. **Từ khóa:** Còn

ống động mạch, can thiệp bít ống động mạch qua đường ống thông, rơi dụng cụ sau can thiệp.

### SUMMARY

#### REPORT OF A CASE OF PATENT DUCTUS ARTERIOSUS DEVICE EMBOLIZATION AND HOW TO DEAL WITH IT

Patent ductus arteriosus (PDA) is one of common congenital heart diseases that creates abnormal circulation between the systemic circulation and pulmonary circulation, and is often treated with transcatheter closure, surgical ligation or cutting of PDA. The method of transcatheter closure of PDA has shown many advantages such as being less invasive, highly effective, causing less complications, and it is increasingly widely used. However, this procedure still has certain complications, and one of which is device embolization which is dangerous and difficult to handle. This article reports a case of PDA device embolization at Cardiovascular Center of Ha Noi Medical University Hospital, who is a 46-year-old male patient undergoing transcatheter closure of PDA. One day after the intervention, an abnormality is shown on the echocardiography result. After checking with fluoroscopy, it was found that the device has embolized into the abdominal aorta. Therefore, transcatheter closure was performed again, and the device has been successfully retrieved with a snare.

**Keywords:** Patent ductus arteriosus, transcatheter closure of patent ductus arteriosus, device embolization.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Việt Dũng

Email: tranvietdungk23hoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.7.2024

Ngày duyệt bài: 13.8.2024