

V. KẾT LUẬN

LNMTC thường gặp ở người đã từng sinh con, đặc điểm lâm sàng nổi trội là đau bụng kinh và/hoặc đau vùng chậu không theo chu kỳ, đa số trường hợp đến khám khi khối LNMTC đã có thể phát hiện được qua khám lâm sàng. Đa số hình ảnh LNMTC buồng trứng trên siêu âm là "gương mờ", LNMTC ở cơ tử cung là hình ảnh hồi âm không đồng nhất, kích thước trung bình của các khối LNMTC $51,67 \pm 17,51$ mm. Nhìn chung, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở người bệnh LNMTC đa dạng, phụ thuộc và giai đoạn xuất hiện bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế Việt Nam** (2017), "Lạc nội mạc tử cung", Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, NXB Thanh Hóa, tr 199-201.

2. **Dechaud H., Dechanet C., Brunet C. et al** (2009), "Endometriosis and in vitro fertilisation: A review", *Gynecological Endocrinology*, 25(11), pg 717-721.
3. **Phạm Huy Hiền Hào và cs** (2018), "Điều trị phẫu thuật u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương", *Tạp chí Phụ sản*, 16(01), tr 111-116.
4. **Hoàng Thị Liên Châu** (2013), "Nghiên cứu kết quả điều trị u lạc nội mạc tử cung tái phát tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Huế", Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế.
5. **Trần Đình Vinh** (2011), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của siêu âm Doppler màu trong chẩn đoán và theo dõi kết quả điều trị u lạc nội mạc tử cung", Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế.
6. **Nguyễn Đắc Hưng và cs** (2020), "Nghiên cứu đặc điểm u lạc nội mạc tử cung buồng trứng ở các trường hợp vô sinh", *Tạp chí Phụ sản*, 18(04), tr 41-47.

NGUYÊN NHÂN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP Ở TRÉ ĐẸ NON TẠI KHOA SƠ SINH, BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Đỗ Thị Trâm Anh¹, Nguyễn Thị Quỳnh Nga^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả nguyên nhân và kết quả điều trị suy hô hấp ở trẻ đẻ non. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 181 trẻ sơ sinh đẻ non suy hô hấp tại Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 08/2022 đến tháng 03/2024. **Kết quả:** Phần lớn trẻ mắc bệnh là trẻ nam (72,9%) với tuổi thai trung bình và cân nặng lúc sinh trung bình lần lượt là $33,5 \pm 3,6$ (tuần) và $2133,8 \pm 629,0$ (gram). Có 22% trẻ suy hô hấp mức độ nặng và 78% trẻ suy hô hấp mức độ nhẹ. Hầu hết bệnh nhân suy hô hấp do một nguyên nhân gây ra (69%), trong đó các bệnh lý tại phổi mà chủ yếu là bệnh màng trong (82,3%) là nguyên nhân gây suy hô hấp thường gặp nhất. Phần lớn bệnh nhân đều khỏi bệnh-ra viện (92,2%), có 6,1% bệnh nhân tử vong/xin về và 1,7% phải chuyển tuyến. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị xấu bao gồm: trẻ sinh cực non tháng (<28 tuần), cân nặng lúc sinh cực nhẹ cân (<1000 gam) và suy hô hấp mức độ nặng lúc nhập viện. **Kết luận:** Nguyên nhân chủ yếu gây suy hô hấp ở trẻ sơ sinh đẻ non là bệnh màng trong. Phần lớn các trường hợp có kết quả điều trị tốt với tỉ lệ khỏi bệnh-ra viện cao. **Từ khóa:** suy hô hấp; sơ sinh; đẻ non.

SUMMARY

ETIOLOGIES AND TREATMENT OUTCOMES OF RESPIRATORY DISTRESS IN PRETERM NEONATES IN THE NEONATAL DEPARTMENT OF SAINT-PAUL GENERAL HOSPITAL

Objectives: To describe the etiologies and treatment outcomes of respiratory distress in preterm neonates. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 181 preterm neonates with respiratory distress in the Neonatal Department of Saint-Paul General Hospital from August 2022 to March 2024. **Results:** The study population predominantly comprised male neonates (72.9%), with a mean gestational age of 33.5 ± 3.6 weeks and a mean birth weight of 2133.8 ± 629.0 grams. Severe respiratory distress was observed in 22% of cases, while 78% presented with mild respiratory distress. The majority of cases (69%) were attributed to a single etiology, with pulmonary disorders, primarily hyaline membrane disease (82.3%), being the most prevalent cause. 92.2% of patients recovered and were discharged, while 6.1% either died or were discharged at their family's request, and 1.7% were transferred to other facilities. Factors associated with poor treatment outcomes included: extremely preterm birth (<28 weeks), extremely low birth weight (<1000 grams), and severe respiratory distress at admission. **Conclusions:** Hyaline membrane disease was the principal etiology of respiratory distress in premature neonates. Most cases demonstrated a positive response to treatment with a high rate of recovery and hospital discharge. **Keywords:** respiratory distress; neonate, pre-term.

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: quynhnga@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 25.9.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp là tình trạng hệ hô hấp không có khả năng duy trì việc cung cấp oxy cho mô hoặc loại bỏ carbon dioxide khỏi các mô [1]. Suy hô hấp là một trong những vấn đề phổ biến nhất mà trẻ sơ sinh gặp phải trong những ngày đầu đời, đặc biệt là trẻ sơ sinh đẻ non, biểu thị sự thích nghi chưa hoàn toàn của phổi, tuần hoàn, thần kinh và chuyển hóa khi trẻ làm quen với môi trường bên ngoài tử cung. Báo cáo gần đây của Tổ chức Y tế Thế giới công bố năm 2020 cho thấy tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh chiếm tới 47% tỷ lệ tử vong chung của trẻ dưới 5 tuổi vào năm 2019, trong đó 75% tử vong xảy ra trong tuần đầu sau sinh và khoảng một triệu trẻ sơ sinh tử vong ngay trong 24 giờ đầu mà nguyên nhân tử vong hàng đầu là do suy hô hấp chiếm đến 70 – 80% và chủ yếu xảy ra ở những trẻ sơ sinh non tháng [2]. Tại Việt Nam, nghiên cứu gần đây của tác giả Nguyễn Tâm Long và cộng sự ghi nhận tỉ lệ tử vong ở những trẻ sơ sinh đẻ non nhập viện vì suy hô hấp lên tới 13,3%, trẻ càng non tháng thì nguy cơ tử vong càng cao [3]. Nguyên nhân gây suy hô hấp ở trẻ sơ sinh cũng hết sức đa dạng. Trẻ có thể suy hô hấp do những bệnh lý tại phổi hoặc bệnh lý ngoài phổi (tim mạch, thần kinh – cơ, chuyển hóa...).

Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn có lịch sử phát triển lâu dài, là Bệnh viện đa khoa hạng 1 của thành phố Hà Nội, mỗi năm tiếp nhận điều trị hàng ngàn lượt trẻ sơ sinh từ các bệnh viện tuyến cơ sở và các trung tâm thai sản lân cận, không ít trong số đó có suy hô hấp ở các mức độ khác nhau đòi hỏi nhiều biện pháp hồi sức và can thiệp. Cùng với sự phát triển lớn mạnh của toàn bệnh viện, Khoa Sơ sinh-Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn đã có nhiều tiến bộ trong việc ứng dụng các kỹ thuật mới để chẩn đoán và điều trị bệnh lý trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ đẻ non. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá về tình hình chẩn đoán và điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh đẻ non tại bệnh viện. Xuất phát từ thực tế này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả nguyên nhân và kết quả điều trị suy hô hấp ở trẻ đẻ non tại Khoa Sơ sinh-Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các trẻ sơ sinh được chẩn đoán suy hô hấp tại Khoa sơ sinh – Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 8/2033 đến tháng 3/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Trẻ sơ sinh 0-28 ngày tuổi, tuổi thai < 37 tuần.
- Được chẩn đoán xác định là suy hô hấp tại

Khoa Sơ sinh – Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

- Bố mẹ hoặc người giám hộ của trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán suy hô hấp ở trẻ sơ sinh: suy hô hấp được đánh giá dựa theo thang điểm Silverman.

0-3 điểm: không suy hô hấp; 3-5 điểm: suy hô hấp nhẹ; > 5 điểm: suy hô hấp nặng

Bảng 1. Bảng điểm Silverman [5]

Điểm/Chỉ số	0	1	2
Di động ngực bụng	Cùng chiều	Ngực ít hơn bụng	Ngược chiều
Co kéo cơ liên sườn	0	+	++
Rút lõm hõm ức	0	+	++
Cánh mũi phập phồng	0	+	++
Thở rên	0	Nghe được qua ống nghe	Nghe được bằng tai từ xa

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không hoàn thành hết đợt điều trị, xin chuyển bệnh viện khác vì những lý do không do chỉ định chuyên môn.
- Không có đầy đủ thông tin nghiên cứu theo mẫu bệnh án thống nhất.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu kết hợp hồi cứu, với phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Có 181 trẻ thỏa mãn tiêu chuẩn được thu tuyển trong thời gian nghiên cứu.

- **Biến số, chỉ số nghiên cứu:** các đặc điểm chung (giới, tuổi thai, cân nặng lúc sinh), hình thức sinh; sử dụng corticoid trước sinh; mức độ suy hô hấp lúc nhập viện; nguyên nhân suy hô hấp; kết quả điều trị (khỏi-ra viện, chuyển viện, tử vong/xin về).

- **Thu thập và xử lý số liệu:** Đặc điểm nhân khẩu-xã hội học, bệnh học và điều trị của bệnh nhân được thu thập theo mẫu bệnh nghiên cứu được thiết kế trước. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến định tính được mô tả theo tần suất và tỉ lệ phần trăm. Biến định lượng mô tả dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn (biến phân bố chuẩn), trung vị và khoảng tứ phân vị (biến phân bố không chuẩn). Tiến hành phân tích hồi quy để tìm mối liên quan giữa 2 biến. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

- **Đạo đức nghiên cứu:** nghiên cứu được tiến hành sau khi được chấp thuận của hội đồng khoa học trường Đại học Y Hà Nội và hội đồng Y đức bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Trẻ và bố mẹ trẻ đồng ý tham gia. Mọi thông tin liên quan đến bệnh nhân được giữ bí mật. Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ mục tiêu nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 181 trẻ sơ sinh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn từ tháng 08/2022 đến tháng 03/2024. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu được mô tả dưới đây.

Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung (n=181)			
Giới tính	Nam	132	72,9
	Nữ	49	27,1
Tuổi thai	<28 tuần	8	4,4
	28 - <32 tuần	41	22,7
	32 - <37tuần)	132	72,9
	Trung bình (X±SD)	33,5 ± 3,6 (tuần)	
Cân nặng lúc sinh	<1000 gram	8	4,4
	1000 - 1500 gram	22	12,2
	1500 – 2500 gram	99	54,7
	> 2500 gram	52	28,7
	Trung bình (X±SD)	2133,8 ± 629,0 (gram)	
Hình thức sinh	Sinh thường	99	54,7
	Sinh mổ	82	45,3
Mức độ suy hô hấp lúc nhập viện	Suy hô hấp nhẹ	142	78
	Suy hô hấp nặng*	39	22

*Suy hô hấp mức độ nặng bao gồm những bệnh nhân có điểm Silverman > 5 điểm hoặc đã được đặt ống nội khí quản

Trẻ trong nghiên cứu chủ yếu là trẻ nam (tỉ lệ nam:nữ = 2,7:1). Tuổi thai trung bình là 33,5 ± 3,6 (tuần) với chủ yếu là trẻ sinh non tháng 32 - <37 tuần (72,9%). Cân nặng lúc sinh trung bình là 2133,8 ± 629,0 (gram), trong đó phần lớn trẻ có cân nặng thấp >1500 – 2500 gram (54,7%). Tại thời điểm nhập khoa có 22% trẻ suy hô hấp mức độ nặng.

Bảng 3. Căn nguyên gây suy hô hấp ở trẻ đẻ non theo từng nhóm

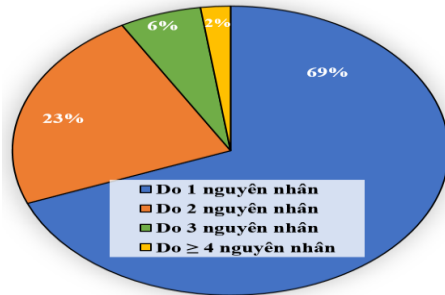
Căn nguyên gây suy hô hấp (n=181)			
Nguyên nhân tại phổi	Bệnh màng trong	149	82,3
	Cơ khó thở nhanh thoáng qua	1	0,6
	Viêm phổi	6	3,3
Nguyên nhân tim mạch	Còn ống động mạch	7	3,9
	Tăng áp động mạch phổi	7	3,9
	Tim bẩm sinh khác	3	1,7
Nguyên nhân	Ngạt	1	0,6

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị suy hô hấp ở trẻ đẻ non

Đặc điểm	Kết quả điều trị		OR (95%CI)	P
	Khởi - ra viện	Tử vong hoặc chuyển tuyến		
Giới tính	Nam	125 (94,7%)	7 (5,3%)	1 2,97 (0,97-9,12)
	Nữ	42 (85,7%)	7 (14,3%)	

thần kinh	Xuất huyết não	9	5,0
	Động kinh	1	0,6
Nhiễm khuẩn huyết		11	6,1
Hạ glucose máu		35	19,3
Hạ thân nhiệt		27	14,9

Nhóm nguyên nhân tại phổi mà chủ yếu là bệnh màng trong là căn nguyên gây suy hô hấp thường gặp nhất (82,3%). Còn ống động mạch và tăng áp động mạch phổi là căn nguyên thường gặp nhất trong nhóm nguyên nhân tim mạch (3,9%). Xuất huyết não là căn nguyên thường gặp nhất trong nhóm nguyên nhân thần kinh (5%).



Biểu đồ 1. Phân bố căn nguyên suy hô hấp ở trẻ theo sự đồng mắc

Phần lớn trẻ suy hô hấp do 1 nguyên nhân gây ra (69%). Có 23% trẻ suy hô hấp do kết hợp của 2 nguyên nhân. Chỉ có số ít trẻ suy hô hấp do kết hợp đồng thời 3 nguyên nhân (6%) hoặc ≥ 4 nguyên nhân (2%).

Bảng 4. Kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh ở trẻ đẻ non

	Kết quả điều trị		
	Khởi bệnh ra viện n (%)	Chuyển viện n (%)	Tử vong/xin về n (%)
Do 1 nguyên nhân	118 (94,4%)	2 (1,6%)	5 (4%)
Do 2 nguyên nhân	39 (95,2%)	1 (2,4%)	1 (2,4%)
Do 3 nguyên nhân	7 (63,6%)	0 (0,0%)	4 (36,4%)
Do ≥4 nguyên nhân	3 (75%)	0 (0,0%)	1 (25%)
Tổng	167 (92,2%)	3 (1,7%)	11 (6,1%)

Phần lớn bệnh nhân được điều trị có kết quả khởi bệnh ra viện (92,2%). Có 6,1% bệnh nhân tử vong/xin về và 1,7% phải chuyển tuyến.

Tuổi thai	32 - < 37 tuần	126 (95,4%)	6 (4,6%)	1	
	28 - <32 tuần	37 (90,2%)	4 (9,8%)	2,27 (0,60-8,56)	0,21
	< 28 tuần	4 (50,0%)	4 (50,0%)	21 (3,57 - 123,41)	<0,001
Cân nặng lúc sinh	≥ 2500g	50 (96,1)	2 (3,9)	1	
	>1500g - 2500g	93 (93,9)	6 (6,1)	1,61 (0,31 - 8,34)	0,56
	1000gr - 1500g	20 (90,9)	2 (9,1)	2,5 (0,32 - 19,47)	0,36
	< 1000g	4 (50,0)	4 (50,0)	25 (2,40 - 260,04)	<0,001
Hình thức sinh	Sinh thường	88 (88,9)	11 (11,1)	1	0,06
	Sinh mổ	79 (96,3)	3 (3,7)	0,30 (0,08 - 1,15)	
Dùng corticoid trước sinh	Không	156 (92,9)	12 (7,1)	1	0,28
	Có	11 (84,6)	2 (15,4)	2,36 (0,46 - 12,02)	
Mức suy hô hấp lúc nhập viện	Nhẹ	136 (95,8)	6 (4,2)	1	<0,001
	Nặng*	31 (79,5)	8 (20,5)	5,85 (1,81 - 18,8)	

*Suy hô hấp mức độ nặng bao gồm những bệnh nhân có điểm Silverman > 5 điểm hoặc đã được đặt ống nội khí quản

Những trẻ sinh cực non tháng (< 28 tuần) và có cân nặng lúc sinh cực kì nhẹ cân (< 1000 gam) có nguy cơ cao gặp phải kết quả điều trị xấu đi cao hơn 21 lần và 25 lần so với những trẻ sinh 32 - < 37 tuần và cân nặng lúc sinh ≥ 2500g (p < 0,001). Những trẻ suy hô hấp nặng có kết quả điều trị xấu đi cao hơn 5,85 lần so với những trẻ suy hô hấp nhẹ (p < 0,001). Không ghi nhận mối liên quan giữa giới tính, hình thức sinh và việc dùng corticoid trước sinh đến kết quả điều trị bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Trong khoảng thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu tuyển được 181 trẻ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, trong đó chủ yếu là trẻ sơ sinh nam (72,9%). Kết quả này tương tự với báo cáo của tác giả Nguyễn Thị Lệ Huyền và cộng sự (2023) khi nghiên cứu trên 192 trẻ đẻ non có suy hô hấp tại Trung tâm Nhi khoa - Bệnh viện Bạch Mai, cũng như của tác giả Nguyễn Tâm Long (2020) khi đánh giá trên 405 trẻ sinh non có suy hô hấp tại Trung tâm Sơ sinh - Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, đều cho thấy tỉ lệ trẻ trai chiếm ưu thế với tỉ lệ lần lượt là 57,8% và 57,5% [3], [6]. Một số tác giả lí giải tình trạng suy hô hấp ở trẻ đẻ non hay gặp ở trẻ trai có thể do ảnh hưởng của Androgen làm giảm sự trưởng thành về mặt sinh học của các phospholipide [7]. Tuổi thai trung bình của trẻ là $33,5 \pm 3,6$ (tuần), trong đó đa số sinh ≥ 32 tuần và cân nặng lúc sinh trung bình là $2133,8 \pm 629,0$ (gam) với phần lớn trẻ có cân nặng thấp (>1500 - 2500 gam). Nghiên cứu của Nguyễn Tâm Long cũng ghi nhận phần lớn trẻ đẻ non tại bệnh viện Phụ sản Trung ương có tuổi thai từ 32 tuần thai trở lên nhưng tuổi thai và cân nặng lúc sinh trung bình thấp hơn số liệu của chúng tôi, lần lượt là

$32,1 \pm 2,7$ tuần và $1623,8 \pm 515$ gam [3]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy tại thời điểm nhập viện, có 22% bệnh nhân suy hô hấp mức độ nặng và phần lớn bệnh nhân đều đã được hỗ trợ hô hấp bằng thở oxy qua mask hoặc qua gong mũi (76,2%), đặc biệt có 16,6% bệnh nhân đã được đặt ống nội khí quản trước đó. Tỉ lệ trẻ suy hô hấp nặng của chúng tôi thấp hơn đáng kể so với báo cáo của Nguyễn Tâm Long (69,9%) và Nguyễn Thị Lệ Huyền (40,63%) [3], [6]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại một bệnh viện tuyến tỉnh-thành phố với số lượng bệnh nhân ít hơn, mặt bệnh ít đa dạng và mức độ bệnh không quá phức tạp so với bệnh viện tuyến trung ương nơi 2 tác giả trên tiến hành nghiên cứu.

Sơ sinh là một giai đoạn đặc biệt, với quá trình thích nghi và hoàn thiện của bộ máy hô hấp nói riêng và các hệ cơ quan nói chung với môi trường bên ngoài cơ thể. Có nhiều nguyên nhân có thể dẫn đến trẻ sơ sinh bị suy hô hấp, nhất là sơ sinh đẻ non. Chúng tôi nhận thấy nhóm nguyên nhân tại phổi vẫn là nguyên nhân chủ yếu gây nên suy hô hấp ở trẻ, đặc biệt là bệnh màng trong (82,3%). Còn ống động mạch và tăng áp phổi là 2 bệnh lí tim mạch chính, trong khi xuất huyết não là bệnh lí thần kinh chủ yếu gây suy hô hấp. Ngoài ra, các nguyên nhân toàn thân như nhiễm khuẩn huyết, hạ đường máu, hạ nhiệt độ cũng là những vấn đề gặp phải. Tương tự với kết quả của chúng tôi, tác giả Nguyễn Thị Xuân Hương nghiên cứu trên 151 trẻ sơ sinh non tháng tại trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên cũng cho thấy bệnh màng trong là nguyên nhân chính gây suy hô hấp (55,6%) [8]. Tương tự, trong số 312 trẻ sơ sinh suy hô hấp nhập khoa điều trị tích cực sơ sinh thì tác giả Baseer và cộng sự cũng ghi nhận bệnh màng trong là nguyên nhân thường gặp nhất (49,6%) [9]. Bệnh màng trong luôn là một trong những nguyên nhân hàng đầu

gây suy hô hấp ở trẻ sơ sinh nói chung và trẻ đẻ non nói riêng. Tỷ lệ mắc bệnh tăng dần khi tuổi thai càng thấp. Bệnh màng trong hay còn được gọi hội chứng suy hô hấp (Respiratory distress syndrome-RDS) đặc trưng bởi sự thiếu hụt về mặt số lượng và/hoặc chức năng chất hoạt động bề mặt surfactant do dẫn đến tình trạng suy hô hấp. Surfactant là một phức hợp gồm các phospholipid, lipid trung tính và protein, do phế bào II tiết ra và lót một lớp mỏng ở mặt trong của các phế nang, giúp làm giảm sức căng bề mặt, ngăn cho các phế nang nhỏ không bị xẹp và các phế nang to không bị căng quá mức. Ở trẻ sinh non, chất surfactant bị thiếu hụt cả về lượng và chất gây nên xẹp phổi và bất thường chức năng phổi. Bệnh thường gây suy hô hấp sớm sau sinh, diễn tiến nặng dần trong vòng 24-48h và có thể dẫn đến tử vong nếu không được điều trị hỗ trợ hô hấp và bơm bổ sung Surfactant kịp thời.

Phần lớn trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi đều khỏi bệnh ra viện (92,2%), có 6,1% trẻ tử vong và 1,7% trẻ phải chuyển lên tuyến cao hơn. Kết quả này của chúng tôi khả quan hơn báo cáo của tác giả Nguyễn Tâm Long khi có tỉ lệ khỏi bệnh ra viện cao hơn (92,2% so với 84%) và tỉ lệ tử vong thấp hơn (6,1% so với 13,3%) [3]. Một nghiên cứu khác của tác giả Phan Nguyễn Trọng Hiếu (2021) cho thấy trong số 100 sơ sinh non tháng suy hô hấp điều trị tại khoa hồi sức tích cực - chống độc Nhi, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang thì tỉ lệ khỏi ra viện là 77% và tỉ lệ tử vong/xin về hoặc chuyển tuyến là 33% [10]. Những khác biệt này có thể do nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tâm Long thực hiện tại bệnh viện tuyến trung ương – nơi thường tiếp nhận điều trị nhiều bệnh nhân nặng và phức tạp, còn nghiên cứu của tác giả Phan Nguyễn Trọng Hiếu thực hiện tại đơn vị hồi sức tích cực nên số lượng bệnh nhân suy hô hấp mức độ nặng cũng nhiều hơn so với quần thể nghiên cứu của chúng tôi. Thậm chí, trong báo cáo của mình trên 197 sơ sinh non tháng suy hô hấp điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực, Engidaw và cộng sự ghi nhận tỉ lệ tử vong lên đến 44,2% [4]. Như vậy, suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tháng vẫn là một bệnh lí có tỉ lệ tử vong cao, đặc biệt là các trường hợp điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực. Chính vì vậy, việc theo dõi đánh giá để đưa ra chẩn đoán sớm và can thiệp điều trị kịp thời, hợp lý là cực kì quan trọng. Ngoài ra, chúng tôi nhận thấy rằng những trẻ sinh cực non tháng, cân nặng lúc sinh cực kì nhẹ cân và có mức độ suy hô nặng lúc nhập viện là những đối tượng rất nguy cơ gặp phải những

kết cục xấu trong khi điều trị. Kết quả này hoàn toàn tương tự với những ghi nhận của Nguyễn Tâm Long (2020) và Phan Nguyễn Trọng Hiếu (2021) [3], [10]. Điều này nhấn mạnh rằng cần dành sự quan tâm và chăm sóc đặc biệt cho những trẻ sơ sinh có các yếu tố này để góp phần cải thiện kết quả điều trị. Những kết quả thu được từ nghiên cứu này hết sức bổ ích, mang lại cho chúng tôi được bức tranh về tình hình chẩn đoán và điều trị suy hô hấp sơ sinh non tháng tại khoa, từ đó có kế hoạch để nâng cao hơn nữa chất lượng chăm sóc và điều trị bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn trẻ sơ sinh đẻ non suy hô hấp do một nguyên nhân gây ra, trong đó phần lớn là các bệnh lí tại phổi mà chủ yếu là bệnh màng trong. Mặc dù hầu hết bệnh nhân đều khỏi bệnh, ra viện nhưng còn một tỉ lệ không nhỏ trẻ tử vong hoặc phải chuyển tuyến, đặc biệt là những trẻ sinh cực non tháng < 28 tuần, cân nặng lúc sinh cực nhẹ cân < 1000gam và suy hô hấp mức độ nặng lúc nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bohn D, Dargaville PA, Davis PG, Hutchison AA, Owen LS.** Acute Neonatal Respiratory Failure. *Pediatric and Neonatal Mechanical Ventilation*. Published online October 8, 2013: 1185-1265. doi:10.1007/978-3-642-01219-8_47
2. **Newborns: improving survival and well-being.** Accessed November 8, 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
3. **Nguyễn Tâm Long, Lê Minh Trác, Lê Trương Tuyết Minh.** Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương: Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y Dược Lâm sàng* 108. Published online 2020:58-64.
4. **Ef E, Da B, Aa G.** Incidence, time to recovery and predictors among neonates admitted with respiratory distress to the neonatal intensive care unit at the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia, 2021. *PloS one*. 2022;17(12). doi:10.1371/journal.pone.0278887
5. **Nguyễn Thị Quỳnh Nga, Nguyễn Thị Vân, Nguyễn Thu Vân.** Hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh. In: *Bài giảng Nhi khoa*. Vol 1. Nhà xuất bản Y học; 2020:104-118.
6. **Huyền NTL, Anh ĐT, Đếm PV, et al.** Kết quả chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng suy hô hấp và một số yếu tố liên quan tại Trung tâm Nhi khoa bệnh viện Bạch Mai 2023. *VMJ*. 2024;534(1B). doi:10.51298/vmj.v534i1B.8226
7. **Liu J, Yang N, Liu Y.** High-risk Factors of Respiratory Distress Syndrome in Term Neonates: A Retrospective Case-control Study. *Balkan Med J*. 2014; 31(1): 64-68. doi: 10.5152/balkanmedj.2014.8733
8. **Hương NTX, Dung LTK, Sơn ĐT, et al.** Nguyên nhân suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Trung tâm Nhi

khoa - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. VMJ. 2023;530(1). doi:10.51298/vmj.v530i1.6601

9. **Kaa B, M M, Ea AE.** Risk Factors of Respiratory Diseases Among Neonates in Neonatal Intensive Care Unit of Qena University Hospital, Egypt.

Annals of global health. 2020;86(1). doi:10.5334/aogh.2739

10. **Nguyễn PTH, Trần CT, Nguyễn TN.** Đánh giá kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh và một số yếu tố liên quan. VMJ. 2022;515(1). doi:10.51298/vmj.v515i1.2680

GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN TẾ BÀO HỌC CHỌC HÚT BẰNG KIM NHỎ Ở BỆNH NHÂN U VÚ CÓ ĐỘ BIRADS 4 VÀ 5 TRÊN SIÊU ÂM

Phạm Văn Trung¹, Phạm Văn Thịnh¹, Lê Tài Thế²,
Đinh Hữu Tâm³, Nguyễn Văn Đề³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị chẩn đoán tế bào học chọc hút bằng kim nhỏ ở bệnh nhân u vú có độ Birads 4 và 5. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 104 bệnh nhân được làm xét nghiệm tế bào học chọc hút bằng kim nhỏ và mô bệnh học tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 01/2021 đến tháng 9/2023. Kết quả tế bào học được phân loại theo hệ thống Yokohama và đối chiếu với kết quả mô bệnh học. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $47,63 \pm 15,61$ tuổi. Tỷ lệ các nhóm tế bào học lần lượt là: Nhóm I (không thỏa đáng) chiếm 0%, nhóm II (lành tính): 36,5%, nhóm III (không điển hình): 14,4%, nhóm IV (ngghi ngờ ác tính): 45,2%, nhóm V (ác tính): 3,8%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương tính và giá trị dự báo âm tính của tế bào học lần lượt là: 92,4%, 96,1%, 94,2%, 96,1% và 92,4%. **Kết luận:** Chẩn đoán tế bào học chọc hút bằng kim nhỏ ở bệnh nhân u vú có độ birads 4 và 5 trên siêu âm cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán. Phương pháp này có giá trị trong việc phát hiện các tổn thương ác tính ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao.

Từ khóa: Chọc hút kim nhỏ; tế bào học; u vú; BIRADS; siêu âm.

SUMMARY

DIAGNOSTIC VALUE OF FINE-NEEDLE ASPIRATION CYTOLOGY IN PATIENTS WITH BREAST TUMORS CLASSIFIED AS BIRADS 4 AND 5 ON ULTRASOUND

Objectives: To evaluate the diagnostic value of fine-needle aspiration cytology in patients with breast tumors classified as BIRADS 4 and 5. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 104 patients who underwent fine-needle aspiration

cytology and histopathology at Military Hospital 103 and Central Military Hospital 108 from January 2021 to September 2023. Cytology results were classified according to the Yokohama system and compared with histopathological results. **Results:** The mean age of the study group was 47.63 ± 15.61 years. The rates of cytology groups were: group I (inadequate): 0%, group II (benign): 36.5%, group III (atypical): 14.4%, group IV (suspicious for malignancy): 45.2%, group V (malignant): 3.8%. The sensitivity, specificity, accuracy, positive predictive value, and negative predictive value of cytology were 92.4%, 96.1%, 94.2%, 96.1%, and 92.4%, respectively. **Conclusion:** Diagnosis of fine needle aspiration cytology in patients with breast tumors with BIRADS 4 and 5 on ultrasound shows high sensitivity and specificity in diagnosis. This method is valuable in detecting malignant lesions in high-risk patients.

Keywords: Fine-needle aspiration; cytology; breast tumor; BIRADS; ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là một trong những vấn đề sức khỏe hàng đầu toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư vú đứng thứ hai sau ung thư phổi, chiếm 11,5% tổng số ca ung thư mới [1]. Tại Việt Nam, năm 2022 ghi nhận hơn 24.000 ca mắc mới, chiếm 28,9% tổng số ca ung thư ở nữ giới [1].

Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, việc phát hiện sớm vẫn là chìa khóa quan trọng để giảm gánh nặng bệnh tật. Trong chẩn đoán u vú, việc kết hợp khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và giải phẫu bệnh cho độ chính xác cao. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (CHKN) là phương pháp phổ biến, nhanh chóng, ít xâm lấn và hiệu quả.

Hệ thống phân loại tế bào học tuyến vú đã chứng minh độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán. Tuy nhiên, còn thiếu các nghiên cứu đánh giá cụ thể về giá trị chẩn đoán của phương pháp này trên nhóm bệnh nhân có tổn thương nghi ngờ ác tính cao trên siêu âm (BIRADS 4 và 5).

Từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu:

¹Học viện Quân y

²Viện 69

³Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đề

Email: doctorDe108@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 26.9.2024