

thể giả u, gây liệt hai chi dưới với sức cơ 2/5. Đau lưng và đau theo rễ thần kinh chi phối là nguyên nhân chính bệnh nhân đi khám bệnh, trong các nghiên cứu đều lấy sự giảm của triệu chứng này làm tiêu chí đánh giá kết quả phẫu thuật.

Nghiệm pháp Lasegue (+) ở 97,5%, nó là dấu hiệu khá tin cậy trong khi khám dấu hiệu đau rễ thần kinh, tuy nhiên có khoảng 2,5% âm tính và 3,7 % dương tính cả hai bên. Tuy nhiên cần loại trừ một số nguyên nhân khác gây viêm thần kinh hông to. Những thoát vị ở tầng cao thì dấu hiệu Lasegue thường âm tính.

V. KẾT LUẬN

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng có thể mắc ở cả 2 giới và ở tất cả các nhóm tuổi. Tuy nhiên, có sự phân bố giữa các nhóm tuổi là không đồng đều, trong đó tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi lao động (<60 tuổi). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số BMI ở giới tính và ở nhóm tuổi. Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là đau lưng và đau theo rễ thần kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arts M. P., Kuršumović A., Miller L. E., et al. (2019) Comparison of treatments for lumbar disc herniation: Systematic review with network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 98(7): e14410.
2. Ran J., Hu Y., Zheng Z., et al. (2015) Comparison of discectomy versus sequestrectomy in lumbar disc herniation: a meta-analysis of comparative studies. *PLoS One*. 10(3): e0121816.
3. Tiền N.L.B. (2013) Nghiên cứu ứng dụng ống nông trong phẫu thuật thoát vị đĩa đệm đơn tần cột sống thắt lưng cùng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.
4. Kang T., Park S. Y., Park G. W., et al. (2020) Biportal endoscopic discectomy for high-grade migrated lumbar disc herniation. *J Neurosurg Spine*. 33(3): 360-365.
5. Laasik R., Lankinen P., Kivimäki M., et al. (2021) Return to work after lumbar disc herniation surgery: an occupational cohort study. *Acta Orthop*. 92(6): 638-643.
6. Chen Z., Zhang L., Dong J., et al. (2018) Percutaneous transforaminal endoscopic discectomy compared with microendoscopic discectomy for lumbar disc herniation: 1-year results of an ongoing randomized controlled trial. *J Neurosurg Spine*. 28(3): 300-310.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ XUẤT HUYẾT Ở TRẺ SƠ SINH TẠI TRUNG TÂM NHI KHOA - BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Ong Thị Nga¹, Lã Duy Anh¹, Nguyễn Đình Học¹, Nguyễn Bích Hoàng², Đỗ Thu Hằng², Lưu Thị Hòa³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố nguy cơ xuất huyết ở trẻ sơ sinh tại Trung tâm Nhi khoa- Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** 139 trẻ sơ sinh có tình trạng xuất huyết (nhóm bệnh) và 278 trẻ sơ sinh không có tình trạng xuất huyết (nhóm chứng). Nghiên cứu bệnh chứng, trong đó nhóm bệnh và nhóm chứng tương đồng về giới, ngày tuổi. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ sơ sinh xuất huyết ở nam cao hơn nữ, chủ yếu gặp ở ngày đầu sau đẻ. Phân tích đơn biến cho thấy các yếu tố làm tăng nguy cơ xuất huyết sơ sinh bao gồm: tuổi thai non tháng (OR=2,9, 95%CI: 1,9-4,6), cân nặng lúc sinh thấp (OR=2,2, 95%CI:1,5-2,4), trẻ bị ngạt (OR=2,0, 95%CI: 1,9-4,7), nhiễm trùng sơ sinh (OR=2,3, 95%CI:1,3-4,0), mẹ mắc đái tháo đường thai kỳ (OR=2,9, 95%CI=1,1-7,4), mẹ tăng huyết áp (OR=7,1,

95%CI:1,9-26,3). Phân tích đa biến cho thấy tuổi thai non tháng, trẻ bị ngạt, nhiễm trùng sơ sinh, mẹ tăng huyết áp là các yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ xuất huyết ở trẻ sơ sinh ($p<0,05$).

Từ khóa: xuất huyết sơ sinh, nguy cơ.

SUMMARY

SOME RISK FACTORS FOR HEMORRHAGE IN NEWBORNS AT THE PEDIATRIC CENTER - THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: To identify risk factors associated with neonatal hemorrhage at the Pediatric Center – Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and methods:** The study included 139 neonates with hemorrhage (case group) and 278 neonates without hemorrhage (control group). A case-control study was conducted, with the case and control groups matched for gender and age. **Results:** The rate of neonatal hemorrhage in males is higher than in females, mainly occurring in the first day after birth. Univariate analysis showed that factors increasing the risk of neonatal hemorrhage include: prematurity (OR=2.9, 95%CI:1.9-4.6), low birth weight (OR=2.2, 95%CI:1.5-2.4), asphyxia (OR=2.0, 95%CI:1.9-4.7), neonatal infection (OR=2.3, 95%CI:1.3-4.0), maternal gestational diabetes (OR=2.9, 95%CI=1.1-7.4), maternal hypertension (OR=7.1, 95%CI: 1.9-26.3).

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

³Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ong Thị Nga
Email: ongthinga.bsnt.k15@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2024

Ngày duyệt bài: 18.11.2024

Multivariate analysis showed that preterm gestational age, infant asphyxia, neonatal infection, and maternal hypertension were independent factors increasing the risk of neonatal hemorrhage ($p < 0.05$).

Keywords: Neonatal hemorrhage, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết (chảy máu) nói chung là tình trạng máu (bao gồm cả 2 thành phần: huyết tương và thành phần hữu hình) thoát ra khỏi hệ thống tuần hoàn. Xuất huyết ở trẻ sơ sinh không phải là một tình trạng hiếm gặp. Tỷ lệ gặp xuất huyết ở trẻ sơ sinh khác nhau tùy nghiên cứu khoảng 3-10% [1,4,5,7]. Xuất huyết ở trẻ sơ sinh có thể là tình trạng rối loạn đông máu đơn thuần nhưng cũng có thể báo hiệu các tình trạng bệnh lý nặng nề, để lại những hậu quả nghiêm trọng như di chứng thần kinh trong xuất huyết não thất, thậm chí tử vong trong các trường hợp xuất huyết nặng như xuất huyết nội sọ, xuất huyết phổi. Theo Nguyễn Thị Xuân Hương, trong 3 năm (2008-2010) tại Khoa Nhi bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong 216 trường hợp trẻ sơ sinh tử vong có 7.9% do xuất huyết phổi và xuất huyết não [1]. Tình trạng xuất huyết ở trẻ sơ sinh bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như yếu tố về sức khỏe và tình trạng của người mẹ, các yếu tố về cuộc đẻ và các yếu tố liên quan trực tiếp đến trẻ sơ sinh. Việc phát hiện ra các yếu tố nguy cơ dẫn đến xuất huyết ở trẻ sơ sinh giúp người thầy thuốc có chiến lược điều trị thích hợp góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe đồng thời giúp giảm thiểu những hậu quả tiêu cực của xuất huyết ở nhóm bệnh nhân dễ bị tổn thương này. Vậy, yếu tố nào là yếu tố nguy cơ xuất huyết ở trẻ sơ sinh? Để trả lời cho câu hỏi đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu sau: *Xác định một số yếu tố nguy cơ xuất huyết ở trẻ sơ sinh tại Trung tâm Nhi khoa – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023-2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ sơ sinh điều trị tại Trung tâm Nhi khoa - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và mẹ của trẻ.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn**

Tiêu chuẩn chọn nhóm bệnh: Tuổi sơ sinh (0 ngày-28 ngày tuổi), có triệu chứng xuất huyết ở bất kỳ vị trí nào được chẩn đoán xác định dựa trên lâm sàng hoặc cận lâm sàng.

Tiêu chuẩn chọn nhóm chứng: Tuổi sơ sinh (0 ngày-28 ngày tuổi), không có triệu chứng xuất huyết.

*** Tiêu chuẩn loại trừ.** Bệnh án không đầy đủ, thiếu dữ kiện nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8-2023 đến tháng 7-2024.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Nhi khoa-Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu bệnh chứng.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu bệnh chứng:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{\{1/[p_1(1-p_1)] + 1/[p_0(1-p_0)]\}}{[\ln(1-\varepsilon)]^2}$$

n: số mẫu của mỗi nhóm;

ε : mức độ chính xác mong đợi của OR là 0,4;

α : mức sai lầm loại 1 là 0,05 vậy $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$;

p_0 : Tỷ lệ các cá thể phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ ước lượng cho nhóm chứng;

p_1 : Tỷ lệ các cá thể phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ ước lượng cho nhóm bệnh;

Cỡ mẫu được tính toán dựa trên kết quả của nghiên cứu trước với tỷ lệ bị ngạt ở nhóm trẻ sơ sinh không xuất huyết là 29,95% ($p_0=0,2995$) và tỷ lệ bị ngạt ở nhóm trẻ sơ sinh xuất huyết là 41,14% ($p_1=0,4114$) [5]. Thay vào công thức, được $n=129$. Trên thực tế, trong nghiên cứu này chúng tôi chọn được 139 trường hợp trẻ sơ sinh xuất huyết.

Đối với nhóm chứng áp dụng phương pháp chọn mẫu bệnh chứng với tỷ lệ nhóm bệnh:nhóm chứng là 1:2. Như vậy cỡ mẫu cho nhóm bệnh là 139 và cỡ mẫu cho nhóm chứng là 278.

Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Chọn nhóm bệnh và nhóm chứng tương đồng về giới, tuổi xuất hiện bệnh.

2.4. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của trẻ: giới, ngày tuổi.

- Đặc điểm của trẻ: tuổi thai, cân nặng lúc sinh, bệnh lý của trẻ: ngạt, nhiễm trùng sơ sinh, hạ đường huyết, chậm tiêu dịch phổi, chậm phát triển trong tử cung.

- Bệnh lý của mẹ: đái tháo đường thai kỳ, tăng huyết áp, sản giật/tiền sản giật, dọa sảy/dọa đẻ non, rau tiền đạo, thiếu ối/đa ối.

2.5. Xử lý số liệu. Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học dựa trên phần mềm SPSS 26.0. Kết luận theo giá trị p, OR và khoảng tin cậy 95%. Các phân tích kiểm định chọn giá trị $p < 0,05$ làm ngưỡng xác định sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài tiến hành khi được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện TW Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm giới tính, ngày tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu		Nhóm bệnh (n=139)		Nhóm chứng (n=278)		Tổng (n=417)		p
		SL	%	SL	%	SL	%	
Giới tính	Nam	93	66,9	186	66,9	279	66,9	1,000
	Nữ	46	33,1	92	33,1	138	33,1	
Ngày tuổi	≤24h	105	75,5	210	75,5	315	75,5	1,000
	2-7ngày	26	18,7	52	18,7	77	18,7	
	>7ngày	8	6,8	16	6,8	24	6,8	

Nhận xét: Ở 2 nhóm tỉ lệ trẻ nam cao hơn trẻ nữ, trẻ xuất huyết chủ yếu là trong vòng 24 giờ sau đẻ (p=1,000), 2 nhóm nghiên cứu có sự tương đồng về giới và tuổi.

Bảng 2. Liên quan giữa tuổi thai và cân nặng khi sinh của trẻ với tình trạng xuất huyết sơ sinh

Nhóm nghiên cứu			Nhóm bệnh (n=139)	Nhóm chứng (n=278)	Tổng (n=417)	OR 95%CI	p
Yếu tố							
Tuổi thai	Non tháng ₁	Cực non (<28w) ₂	7	1	8	21,5 (2,6-178,2) _{2&6}	0,000
		Rất non (28-<32w) ₃	23	9	32	7,9 (3,5-17,8) _{3&6}	0,000
		Non vừa (32-<34w) ₄	13	17	30	2,4 (1,1-5,1) _{4&6}	0,034
		Non muộn (34-<37w) ₅	30	48	78	1,9 (1,1-3,3) _{5&6}	0,015
	Đủ tháng (≥37w) ₆		66	203	269	1 1	
Cân nặng lúc sinh	<2500g		63	75	138	2,2 (1,5-2,4)	0,000
	≥2500g		76	203	279		

Nhận xét: Trẻ đẻ non, cân nặng lúc sinh thấp có nguy cơ xuất huyết cao hơn trẻ đẻ đủ tháng, cân nặng lúc sinh bình thường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3. Liên quan giữa một số bệnh lý của trẻ với tình trạng xuất huyết sơ sinh

Nhóm nghiên cứu		Nhóm bệnh (n=139)	Nhóm chứng (n=278)	Tổng (n=417)	OR 95% CI	p
Bệnh lý						
Ngạt	Có	60	56	116	2,0 (1,9-4,7)	0,000
	Không	79	222	301		
Hạ đường huyết	Có	63	117	180	1,1 (0,9-1,7)	0,529
	Không	76	161	237		
Nhiễm khuẩn sơ sinh	Có	29	29	58	2,3 (1,3-4,0)	0,004
	Không	110	249	359		
Chậm tiêu dịch phổi	Có	42	61	103	1,5 (0,9-2,4)	0,065
	Không	97	217	314		
Chậm phát triển trong tử cung	Có	23	39	62	1,2 (0,7-2,1)	0,496
	Không	116	239	355		

Nhận xét: Trong các bệnh lý của trẻ, nhóm trẻ ngạt và nhiễm trùng sơ sinh có nguy cơ xuất huyết cao hơn trẻ không mắc các bệnh này, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 4. Liên quan giữa một số bệnh lý của mẹ với tình trạng xuất huyết sơ sinh

Nhóm nghiên cứu		Nhóm bệnh (n=139)	Nhóm chứng (n=278)	Tổng (n=417)	OR 95%CI	p
Bệnh của mẹ						
Sản giật/Tiền sản giật	Có	7	6	13	2,4 (0,8-7,3)	0,136
	Không	132	272	404		
Dọa sảy/Dọa đẻ non	Có	14	16	30	1,8 (0,9-3,9)	0,108
	Không	125	262	387		
Đái tháo đường thai kì	Có	11	8	19	2,9 (1,1-7,4)	0,02
	Không	128	270	398		
Tăng huyết áp	Có	10	3	13	7,1	0,001

	Không	129	275	404	(1,9-26,3)	
Rau tiền đạo	Có	4	8	12	1	1,0
	Không	135	270	405	(0,3-3,4)	
Thiếu ôi/Đa ôi	Có	16	22	38	1,5	0,229
	Không	123	256	379	(0,8-2,9)	

Nhận xét: Nhóm trẻ sơ sinh có mẹ bị đái tháo đường thai kì, tăng huyết áp có nguy cơ xuất huyết cao hơn nhóm trẻ có mẹ không bị đái tháo đường và tăng huyết áp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5: Các yếu tố liên quan đến xuất huyết sơ sinh trong mô hình hồi quy Logistic đa biến

Yếu tố		Hệ số hồi qui (B)	Odds ratio (OR)	Khoảng tin cậy (95%)	p
Tuổi thai	Non tháng	0,914	2.494	1,092-5,696	0,03
	Đủ tháng				
Cân nặng lúc sinh	<2500g	-0,262	0,770	0,341-1,735	0,528
	≥2500g				
Ngạt	Có	0,626	1,870	1,071-3,263	0,028
	Không				
Nhiễm trùng sơ sinh	Có	0,727	2,069	1,147-3,730	0,016
	Không				
Mẹ đái tháo đường thai kì	Có	0,559	1,749	0,617-4,960	0,293
	Không				
Mẹ tăng huyết áp	Có	1,668	1,749	1,309-21,454	0,019
	Không				

Nhận xét: Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, tuổi thai non tháng, trẻ bị ngạt, nhiễm trùng sơ sinh, mẹ bị tăng huyết áp là các yếu tố làm tăng nguy cơ xuất huyết ở trẻ sơ sinh ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Về giới tính: tỉ lệ giới tính tương đồng ở 2 nhóm nghiên cứu. Tỉ lệ trẻ nam trong nhóm nghiên cứu là 66,9%, cao hơn trẻ nữ (33,1%). Một số nghiên cứu trên thế giới cho rằng giới tính không phải là một yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ xuất huyết ở trẻ sơ sinh [4, 7].

Về ngày tuổi: trong 139 trẻ xuất huyết, tuổi gặp xuất huyết nhiều nhất là trong vòng ngày đầu sau đẻ (75,5%), thể muộn (>7 ngày) gặp ít nhất với 5,8%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Manhduu [5].

4.2. Một số yếu tố nguy cơ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành phân tích đơn biến sau đó phân tích đa biến một số yếu tố về phía trẻ và liên quan của bệnh mẹ với tình trạng xuất huyết sơ sinh:

***Tuổi thai:** Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 1), tuổi thai non tháng là một yếu tố nguy cơ làm tăng tình trạng xuất huyết sơ sinh với $OR=2,9$, (95%CI: 1,7-4,0, $p < 0,05$). Khi phân tích bằng phương pháp đa biến, nguy cơ xuất huyết ở trẻ non tháng so với trẻ đủ tháng giảm đi, còn 2,6 lần với $p < 0,05$. Và trẻ càng non

tháng có nguy cơ chảy máu càng cao: so với trẻ sơ sinh đủ tháng nguy cơ chảy máu tăng dần khi tuổi thai càng nhỏ, cụ thể nguy cơ chảy máu tăng lên từ gấp 1,9 lần đối với trẻ sơ sinh non muộn lên gấp 2,4 lần đối với trẻ sơ sinh non vừa, 7,9 lần đối với trẻ sơ sinh rất non và tới 21,5 lần đối với trẻ sơ sinh cực non. Nghiên cứu của Maduhu chỉ ra rằng đẻ non là một yếu tố nguy cơ của tình trạng xuất huyết ở trẻ sơ sinh với $OR=1,5$, $X^2=4,07$, $p=0,04$ [5]. Nghiên cứu của Swarnim [7], Dwivedi [4] cũng chỉ ra kết quả tương tự. Các yếu tố đông máu tăng dần theo tuổi thai do vậy tuổi thai càng nhỏ sự phát triển của các yếu tố đông máu càng non yếu, trẻ càng có nguy cơ thiếu hụt các yếu tố đông máu so với trẻ đẻ đủ tháng, do vậy trẻ càng dễ bị xuất huyết.

*** Cân nặng lúc sinh:** Nghiên cứu của Maduhu tìm thấy được mối liên quan giữa cân nặng lúc sinh và tình trạng chảy máu ở trẻ sơ sinh, cụ thể, trẻ sơ sinh cân nặng thấp (<2500g) có nguy cơ xuất huyết cao hơn trẻ sơ sinh cân nặng bình thường, với $OR=1,48$, $X^2=4,58$, $p=0,03$ [5]. Tương tự, Swarnim cũng chỉ ra kết quả cân nặng lúc sinh thấp là một yếu tố nguy cơ chảy máu ở trẻ sơ sinh [4]. Trẻ sơ sinh có cân nặng thấp thường là trẻ non tháng, hệ thống đông máu và các yếu tố liên quan đến quá trình đông máu chưa phát triển đầy đủ, hệ thống mạch máu ở trẻ sơ sinh nhẹ cân dễ tổn thương hơn, làm tăng nguy cơ xuất huyết khi gặp phải các tác động cơ học hoặc stress. Trong nghiên

cứu của chúng tôi trẻ sơ sinh có cân nặng lúc sinh dưới 2500g có nguy cơ xuất huyết cao hơn trẻ có cân nặng khi sinh từ 2500g, với $OR=2,2$, $p<0,05$ (95%CI: 1,5–2,4). Tuy nhiên sau khi không chế nhiễu bằng mô hình hồi qui đa biến, chúng tôi nhận thấy mối liên quan giữa cân nặng lúc sinh của trẻ và tình trạng xuất huyết sơ sinh không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

***Bệnh lí của trẻ.** Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3) chỉ ra rằng ngạt và nhiễm trùng sơ sinh là những bệnh lí làm tăng nguy cơ xuất huyết của trẻ, ngoài ra chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hạ đường huyết, chậm tiêu dịch phổi và chậm phát triển trong tử cung với tình trạng xuất huyết ở trẻ sơ sinh.

- Ngạt: Tình trạng ngạt khi sinh làm tăng nguy cơ xuất huyết ở trẻ sơ sinh với $OR=2,0$, $p<0,05$ (95%CI: 1,9–4,7). Trong mô hình hồi qui Logistic đa biến, trẻ bị ngạt cũng là một trong các yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ xuất huyết ở trẻ sơ sinh. Nghiên cứu của Maduhu cũng tìm thấy mối liên quan giữa ngạt sơ sinh và tình trạng chảy máu ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ có điểm Apgar 5 phút dưới 5 điểm [5]. Nghiên cứu của Dwivedi [4] cũng có kết quả tương tự. Giải thích tình trạng này có thể là do hệ thống tạo máu và mao mạch của trẻ sơ sinh chưa trưởng thành cũng như tính nhạy cảm của chúng đối với các tình trạng khác nhau như thiếu oxy. Tình trạng ngạt dẫn đến thiếu oxy ở trẻ sơ sinh. Đông máu nội mạch rải rác (DIC) xảy ra sau ngạt sau sinh dẫn đến tình trạng tiêu thụ liên tục các yếu tố đông máu và tiểu cầu. Cùng với đó, thiếu oxy làm ức chế tủy xương dẫn đến giảm tiểu cầu. Ngoài ra thiếu oxy còn gây suy giảm khả năng sản xuất các yếu tố đông máu ở gan do tổn thương gan.

- Nhiễm trùng sơ sinh: bệnh lí nhiễm trùng sơ sinh làm tăng nguy cơ xuất huyết của trẻ gấp 2,3 lần so với trẻ không bị nhiễm trùng với 95%CI=1,3–4,0, $p=0,004$. Trong mô hình hồi qui Logistic đa biến, trẻ bị nhiễm trùng sơ sinh cũng là một yếu tố làm tăng nguy cơ xuất huyết ở trẻ sơ sinh. Trong nhiễm trùng có sự kết hợp giữa giảm sản xuất tiểu cầu, cô lập tiểu cầu và tăng tiêu thụ tiểu cầu dẫn đến kết cục chung là giảm số lượng tiểu cầu trong máu ngoại vi, là một trong các nguyên nhân gây xuất huyết. Đồng thời cũng có sự giải phóng quá mức yếu tố mô là khởi động của DIC, Điều này kích hoạt chuỗi phản ứng đông máu, thúc đẩy sản xuất và lắng đọng fibrin và tiêu thụ các yếu tố đông máu. Việc tiêu thụ các yếu tố đông máu và tiểu cầu dẫn đến chảy máu.

*** Bệnh của mẹ**

- Đái tháo đường thai kì: Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra, nhóm trẻ sơ sinh có mẹ bị đái tháo đường thai kì có nguy cơ xuất huyết cao gấp 2,9 lần với 95%CI: 1,1–7,4 và $p<0,05$. Tuy nhiên sau khi đưa vào mô hình hồi qui Logistic đa biến, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mẹ bị đái tháo đường thai kì với tình trạng xuất huyết ở trẻ sơ sinh. Theo Bilal đái tháo đường ở mẹ là một nguy cơ gây giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh [3], ngoài ra nghiên cứu của Strauss cũng chỉ ra đái tháo đường ở mẹ cũng ảnh hưởng đến suy giảm chức năng tiểu cầu ở trẻ sơ sinh [2].

- Tăng huyết áp: Nhóm trẻ sơ sinh có mẹ bị tăng huyết áp có nguy cơ xuất huyết cao gấp 7,1 lần so với nhóm trẻ có mẹ không bị tăng huyết áp (95%CI: 1,9–26,3 và $p<0,05$). Có nhiều nghiên cứu trên thế giới chỉ ra tăng huyết áp ở mẹ là một yếu tố nguy cơ dẫn đến rối loạn đông máu ở trẻ sơ sinh từ đó làm tăng nguy cơ xuất huyết. Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ dẫn đến tình trạng thiếu oxy ở thai nhi có tác dụng ức chế trực tiếp lên quá trình tạo tiểu cầu và các yếu tố đông máu của thai nhi. Theo Bilal mẹ bị tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ của giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh với [3]. Kết quả nghiên cứu của Narayan cũng thấy rằng tăng huyết áp ở mẹ là nguy cơ dẫn đến kéo dài cả PT và APTT ở trẻ sơ sinh [6]. Và sau khi đưa vào mô hình hồi qui Logistic đa biến, chúng tôi cũng nhận thấy rằng mẹ bị tăng huyết áp là một yếu tố làm tăng nguy cơ xuất huyết ở trẻ sơ sinh với $p<0,05$.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa bệnh lí sản giật/tiền sản giật, dọa sảy/dọa đẻ non, rau tiền đạo hay thiếu ối/đa ối đến tình trạng xuất huyết ở trẻ sơ sinh. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Dwivedi [4].

V. KẾT LUẬN

- Trong mô hình hồi qui Logistic đơn biến cho thấy trẻ sinh non, cân nặng lúc sinh thấp, trẻ bị ngạt, nhiễm trùng sơ sinh, trẻ có mẹ bị đái tháo đường, tăng huyết áp là các yếu tố làm tăng nguy cơ xuất huyết ở trẻ sơ sinh ($p<0,05$).

- Trong mô hình hồi qui Logistic đa biến cho thấy trẻ sinh non, trẻ bị ngạt, nhiễm trùng sơ sinh, trẻ có mẹ bị tăng huyết áp là các yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ xuất huyết ở trẻ sơ sinh ($p<0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Xuân Hương và Hoàng Thị Huệ (2012), "Tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên trong 3 năm (2008-2010)", Tạp chí khoa

- học công nghệ Đại học Thái Nguyên. 89(1), tr.200-205.
2. **Strauss, T. et al. (2010)**, "Impaired platelet function in neonates born to mothers with diabetes or hypertension during pregnancy", *Klin Padiatr.* 222(3)(3), pp.154-157.
 3. **Bilal, M., Raj, B. & Shreyan (2016)**, "Maternal and neonatal factors causing thrombocytopenia in neonates admitted to NICU during 2013-2014", *Int J Sci Res.* 5(5).
 4. **Dwivedi, N. & Prashant, S (2024)**, "A study to compare the severity and outcome of neonatal bleeding and analysis of various causes of neonatal bleeding and their correlation with maternal factors", *Journal of Cardiovascular Disease Research* 15(7)(7), pp.2231-2239.
 5. **Maduhu, Z. I., Manji, K. P. & Mbise, R. L. (2002)**, "Perinatal risk factors for neonatal bleeding at the Muhimbili National Hospital Dar-es-salaam. Tanzania", *Tanzania Medical Journal.* 19(2), pp.13-16.
 6. **Narayan, S. et al. (1994)**, "Consumption Coagulopathy in Neonates Born to Mothers with Pregnancy Induced Hypertension", *Indian Pediatrics.* 31, pp.840-842.
 7. **Swarnim, S., Rai, B. K., Divya, M. & Kripanath, M (2017)**, "A prospective study of bleeding neonates: Clinical presentation, aetiological profile, immediate outcome and short term follow up", *Current Pediatric Research.* 21(3), pp.416-419.
 8. **Terrin, G. et al (2021)**, "Morbidity associated with patent ductus arteriosus in preterm newborns: a retrospective case-control study", *Italian Journal of Pediatrics.* 47(1), pp.9.

BỆNH THOÁI HÓA DẠNG BỘT BIỂU HIỆN TẠI HẠCH: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

**Dương Minh Phương¹, Nguyễn Văn Tình²,
Lê Trung Thọ¹, Hoàng Văn Lương¹**

TÓM TẮT

Báo cáo ca bệnh: Bệnh nhân nam 77 tuổi tiền sử điều trị lao toàn thể thủng thứ tư, vào viện vì khó thở, ho khạc đờm đục, sốt thất thường, điều trị tại y tế cơ sở không đỡ chuyển Bệnh viện Phổi Trung ương với chẩn đoán lao hạch theo dõi lao toàn thể. Bệnh nhân đã được mổ bóc hạch kết quả mô bệnh học, nhuộm đỏ Congo phù hợp với bệnh thoái hóa dạng bột tại hạch.

Từ khóa: Hạch, bệnh thoái hóa dạng bột

SUMMARY

LYMPHADENOPATHY AS A MANIFESTATION OF AMYLOIDOSIS: A CASE REPORT NATIONAL LUNG HOSPITAL

Case report: A 77-year-old male patient with a history of treatment for disseminated tuberculosis in the fourth month was admitted to the hospital due to shortness of breath, productive cough with purulent sputum, and intermittent fever. He had been treated at a local healthcare facility without improvement and was subsequently referred to the National Lung Hospital with a diagnosis of lymph node tuberculosis, with disseminated tuberculosis under consideration. The patient underwent surgery for lymph node excision, and histopathological results along with Congo red staining were consistent with amyloidosis in

the lymph nodes.

Keywords: Lymph node, Amyloidosis

I. TỔNG QUAN

Thoái hóa dạng bột không chỉ là một bệnh đơn thuần mà được dùng để chỉ nhiều bệnh khác nhau với đặc điểm chung là các protein hòa tan trở thành không hòa tan và lắng đọng ở ngoại bào của các cơ quan hay các mô khác nhau gây phá vỡ chức năng bình thường của các cơ quan hay các mô này và gây ra tình trạng bệnh lý¹. Amyloid là một protein bất thường, được tổng hợp trong tủy xương và có thể lắng đọng trong bất kỳ mô hoặc cơ quan nào². Thoái hóa dạng bột có thể nguyên phát hay thứ phát sau tình trạng viêm mạn tính. Có thể khu trú ở một cơ quan hay biểu hiện ở nhiều cơ quan khác nhau như tim, thận, não, gan, lách... trong đó hay gặp nhất là tổn thương ở tim, thận^{2,3}. Thoái hóa dạng bột ở hạch là tổn thương lành tính hiếm gặp. Tuy nhiên, cho đến nay chỉ có rất ít các trường hợp mắc bệnh thoái hóa dạng bột tại hạch được báo cáo. Với mong muốn đưa ra cách nhìn tổng quan hơn về bệnh, chúng tôi xin báo cáo một trường hợp thoái hóa dạng bột ở hạch cổ có thể chẩn đoán nhầm với bệnh thoái hóa dạng bột hệ thống và bệnh lao hạch tại bệnh viện Phổi Trung Ương.

II. GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

Họ tên bệnh nhân: Phan Xung K, 77 tuổi, giới: Nam

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Bệnh viện 74 Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Phương

Email: drphuonggpb@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2024

Ngày duyệt bài: 18.11.2024