

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Triệu chứng cơ năng thường gặp là đau tại hố chậu phải (96,1%), Đau âm ỉ, liên tục (87,0%). Đa số vị trí khởi phát đau là hố chậu phải (77,9%). Triệu chứng toàn thân phổ biến: 64,9% bệnh nhân có tần số mạch 81 - 100 l/p. Các triệu chứng thực thể thường gặp là: dấu hiệu Blumberg hố chậu phải 51,9%; ấn đau ở điểm khác (49,4%). Đa số bệnh nhân có bạch cầu tăng > 10,0 G/L (81,8%). 58,4% bệnh nhân có kích thước ruột thừa 8-11 mm và 81,8% bệnh nhân phát hiện dịch ổ bụng khi siêu âm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc (2013), "Viêm ruột thừa cấp - Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa", tr. 181-195.

2. Nguyễn Hưng Đạo (2022), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại một số tỉnh miền núi phía Bắc", Tạp chí Y Dược Lâm Sàng. 108(17).
3. Phạm Đức Huân (2021), "Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa", Nhà xuất bản Y học, tr. 205-210.
4. Nguyễn Thành Khang, Nguyễn Hữu Trí, Nguyễn Văn Quang (2024), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa", Tạp chí Y dược Huế, tập 14.
5. Phan Minh Trí (2021), "Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa", Nhà xuất bản Y học.
6. Hwang M.E (2018), "Sonography and computed tomography in diagnosing acute appendicitis", Radiologic technology, 89(3).
7. Poletti P. A., et al (2019), "Suspicion of appendicitis in pregnant women: emergency evaluation by sonography and low-dose CT with oral contrast", European Radiology, 29.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2019 - 2022

Đinh Dương Tùng Anh^{1,2}, Đoàn Hải Bình¹,
Nguyễn Khánh Ly², Vũ Trọng Tài², Hoàng Ngọc Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của dị vật đường thở ở trẻ em tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2019-2022. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh trên 30 bệnh nhi được chẩn đoán DVĐT và được nội soi phế quản tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong thời gian nghiên cứu. **Kết quả:** DVĐT chiếm ưu thế ở độ tuổi mẫu giáo, đặc biệt là ở trẻ dưới 3 tuổi. Nguyên nhân nhập viện chủ yếu là do hít phải dị vật (33,3%), sau đó là ho, thở khò khè (26,7%) và khó thở (23,3%). Hầu hết bệnh nhân bị dị vật cấp tính (76,7%). Hội chứng xâm nhập được ghi nhận với tỷ lệ cao hơn ở nhóm dị vật cấp tính (82,6%). Phần lớn bệnh nhân có ran phổi và giảm thông khí một bên. Xét nghiệm CRP định tính chủ yếu dương tính ở các trường hợp dị vật bỏ quên (85,7%). Kết quả X-quang bất thường thường gặp ở bệnh nhân là khí thũng khu trú (36,7%), viêm phổi (33,3%) trong khi tỷ lệ dị vật cản quang trên X-quang ngực thấp (2/30). Dị vật thường nằm ở phế quản gốc phải (60%) và vật chất của chúng chủ yếu là vô cơ (76,7%). DVĐT thường gặp là các loại hạt (53,3%), tiếp theo là sữa, mảnh xương mà bệnh nhân có thể hít

phải khi ăn. **Kết luận:** Cha mẹ và người giám hộ phải nhận thức được sự nguy hiểm của DVĐT, thực sự chú trọng chăm sóc trẻ, đặc biệt là trẻ dưới 3 tuổi. Nội soi phế quản nên được thực hiện ở các cơ sở y tế có đủ điều kiện càng sớm càng tốt vì đây là công cụ chẩn đoán và điều trị hiệu quả nhất cho bệnh nhân nghi ngờ DVĐT. **Từ khóa:** dị vật đường thở, nội soi phế quản, trẻ em

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF FOREIGN BODIES ASPIRATION AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2019 - 2022

Objective: We conducted this study with the goal: to describe some clinical and paraclinical characteristics of airway foreign bodies (AFB) in children at Hai Phong Children's Hospital in the years 2019-2022. **Subjects and methods:** The study described a series of cases on 30 pediatric patients diagnosed with AFB and underwent bronchoscopy at Hai Phong Children's Hospital during the study period. **Results:** AFB predominated in preschool age, especially in children under 3 years old. The main cause of hospitalization was foreign body inhalation (33.3%), followed by cough, wheezing (26.7%), and difficulty breathing (23.3%). Most patients had acute foreign bodies (76.7%). Intrusion syndrome was recorded at a higher rate in the acute foreign body group (82.6%). Most patients had pulmonary rales and unilateral hypoventilation. Qualitative CRP test was mainly positive in cases of forgotten foreign bodies (85.7%). Common abnormal X-ray results in patients were localized emphysema (36.7%),

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh

Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025

pneumonia (33.3%) while the rate of radiopaque foreign bodies on chest X-ray is low (2/30). Foreign bodies were often located in the right main bronchus (60%) and their material is mainly inorganic (76.7%). The most common AFB were nuts (53.3%), followed by milk and bone fragments that patients can inhale when eating. **Conclusion:** Parents and guardians must be aware of the dangers of AFB, and really pay attention to taking care of children, especially children under 3 years old. Bronchoscopy should be performed in qualified medical facilities as soon as possible because it is the most effective diagnostic and treatment tool for patients with suspected AFB.

Keywords: airway foreign bodies, bronchoscopy, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường thở (DVĐT) là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong ở trẻ em, có thể phòng ngừa được, là nguyên nhân đứng thứ tư gây tử vong do tai nạn ở trẻ dưới 3 tuổi và đứng thứ ba ở trẻ dưới 1 tuổi[1]. Theo thống kê của Tổ chức dự án an toàn Susy, trong vòng 4 năm (2008 - 2012) ở tất cả các nước thuộc Liên minh Châu Âu và xa hơn có 3823 trường hợp dị vật trong đường thở, chiếm 22,65% số trường hợp dị vật ở trẻ em. DVĐT phổ biến là các vật liệu hữu cơ như: các loại hạt, hạt, bông ngô, các hạt thực phẩm và các vật thể vô cơ như nhựa, các bộ phận hoặc mảnh vụn của đồ chơi và quả táo...[2]. Các triệu chứng phổ biến nhất của DVĐT là ho, khó thở và thở khò khè. DVĐT có thể dẫn đến chấn thương não do thiếu oxy-thiếu máu cục bộ và ít gặp hơn là xuất huyết phổi, nguyên nhân chính gây tử vong[3].

Nội soi phế quản là thủ thuật thăm khám đường thở ngày càng trở nên quan trọng và cần thiết trong thăm dò, chẩn đoán và can thiệp các bệnh lý hô hấp. Đặc biệt ở trẻ em, rất nhiều trường hợp cấp cứu cũng như bệnh lý phức tạp của bộ máy hô hấp đòi hỏi phải tiến hành nội soi phế quản. Tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, phương pháp nội soi phế quản ống mềm được đưa vào tiến hành thường quy năm 2016 để chẩn đoán và xử trí các trường hợp DVĐT. Để góp phần nâng cao khả năng nhận biết và chẩn đoán cũng như xử trí đúng, kịp thời các trường hợp trẻ bị DVĐT, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của dị vật đường thở ở trẻ em tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2019-2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các trẻ dưới 15 tuổi được chẩn đoán dị vật đường thở và đã được nội soi phế quản (NSPQ) ống mềm tại BVTEHP từ ngày 01/6/2019 đến ngày 31/5/2022

theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế [4].

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Người chăm sóc trẻ trên 5 tuổi hoặc trẻ đã có tiền sử co giật do sốt, người chăm sóc trẻ không có khả năng đọc viết và không đồng ý tham gia vào quá trình nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

Thời gian nghiên cứu: Từ ngày 01/6/2019 đến ngày 31/5/2022.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Quá trình thu thập số liệu: Trẻ được chẩn đoán sơ bộ DVĐT qua khai thác tiền sử, bệnh sử và khám lâm sàng và chụp X-quang ngực: Tiền sử tiếp xúc với dị vật, có hội chứng xâm nhập; triệu chứng hô hấp (ho, khàn tiếng, thở rít, khó thở, suy hô hấp); khám lâm sàng (có dấu hiệu suy hô hấp, hội chứng thanh quản, giảm thông khí, tràn khí trung thất, ho máu...); X-quang ngực (có cản quang, xẹp phổi, ứ khí, tràn khí, viêm phổi...); NSPQ ống mềm chẩn đoán và lấy dị vật theo quy trình NSPQ của Bệnh viện Nhi Trung ương [2].

Xử lý số liệu: Thông tin từ bệnh án được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn và được xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0 (IBM®, USA).

Đạo đức nghiên cứu: Tất cả các thông tin thu thập được chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được thông qua Hội đồng Khoa học trường Đại học Y Dược Hải Phòng (mã số:10/126/QĐ-YDHP ngày 10 tháng 01 năm 2022) và sự đồng ý của Ban Lãnh đạo Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi đã thu thập được 30 trường hợp các trẻ dưới 15 tuổi được chẩn đoán dị vật đường thở và đã được nội soi phế quản (NSPQ) ống mềm trong thời gian thu thập số liệu.

Bảng 1: Đặc điểm của trẻ mắc dị vật đường thở khi nhập viện (n=30)

Đặc điểm		Số ca bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<12 tháng	7	23,3
	1-<3 tuổi	13	43,3
	3-<6 tuổi	3	10
	>6 tuổi	7	23,3
Giới tính	Nam	23	76,7
	Nữ	7	23,3
Lí do vào viện	Hít phải dị vật	10	33,3
	Ho, khò khè	8	26,7

	Khó thở	7	23,3
	Nôn	2	6,7
	Sốt	1	3,3
	Tím tái	1	3,3
	Quấy khóc	1	3,3
Thời gian khởi phát triệu chứng bất thường tới lúc nhập viện	≤1 ngày	20	66,7
	2-≤7 ngày	8	26,7
	>7 ngày	2	6,6
Triệu chứng cơ năng	Ho	29	96,7
	Khó thở	22	73,3
	Khò khè	13	43,3
	Thở rít	9	30
	Nôn	8	26,7
	Sốt	5	16,7
Triệu chứng thực thể	Đau tức ngực	3	10
	Ran phổi	17	56,7
	Giảm thông khí phổi	15	50
	Phập phồng cánh mũi/Rút lõm lồng ngực	12	40
	Tím tái	5	16,6
	Hôn mê	1	3,3
Số lượng bạch cầu	<10x10 ⁹ /L	17	56,7
	≥10x10 ⁹ /L	13	43,3
	-<15x10 ⁹ /L		
	≥15x10 ⁹ /L	0	0
Thay đổi công thức bạch cầu	Tăng bạch cầu hạt trung tính	12	40
	Tăng bạch cầu lympho	2	6,7
Tăng CRP huyết thanh		13	43,3
X-quang ngực	Tổn thương dạng viêm phổi	10	33,3
	Xẹp phổi	4	13,3
	Ứ khí một bên phổi	11	36,7
	Hình ảnh dị vật cản quang	10	33,3

Nhận xét: Phần lớn các trường hợp dị vật đường thở trong nghiên cứu này ở lứa tuổi <3 tuổi và chủ yếu gặp ở trẻ nam. Các dấu hiệu chính là lí do gia đình đưa trẻ đến nhập viện bao gồm phát hiện trẻ hít phải dị vật, trẻ có biểu hiện ho, khò khè hoặc khó thở. Nhóm triệu chứng cơ năng phổ biến nhất bao gồm: ho, khó thở, khò khè, thở rít. Một số bất thường chủ yếu phát hiện khi khám phổi bao gồm: xuất hiện ran phổi hoặc tình trạng giảm thông khí phổi, trẻ thở phập phồng cánh mũi hoặc rút lõm lồng ngực. Tăng bạch cầu hạt trung tính và CRP được phát hiện ở một nhóm bệnh nhi đáng kể. X-quang ngực thẳng phát hiện tổn thương dạng viêm

phổi, ứ khí một bên phổi hoặc hình ảnh dị vật cản quang và một số trường hợp có xẹp phổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ được tiến hành nội soi phế quản ống mềm ngay sau khi có chẩn đoán sơ bộ định hướng dị vật đường thở. Kỹ thuật này được áp dụng để chẩn đoán xác định ca bệnh DVĐT, xác định được các đặc điểm của dị vật trong lòng đường thở cũng như tình trạng tổn thương đường thở ở từng ca bệnh.

Bảng 2: Đặc điểm của dị vật và tổn thương đường thở

Đặc điểm		Số ca bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí của dị vật trong đường thở	Khí quản	5	16,7
	Phế quản gốc phải	18	60
	Phế quản gốc trái	7	23,3
Dị vật hữu cơ	Hạt lạc và các loại hạt khác	16	53,3
	Sữa	2	6,7
	Mảnh xương	2	3,3
	Rau	1	3,3
	Quả	1	3,3
	Mảnh răng	1	3,3
Dị vật vô cơ	Mảnh đồ chơi	2	6,7
	Nắp bút	2	6,7
	Viên sỏi	1	3,3
	Ốc vít	1	3,3
	Mảnh nhựa	1	3,3
Kích cỡ dị vật	<5 mm	17	56,7
	≥5 mm-<10 mm	10	33,3
	≥10 mm	3	10
Đặc điểm tổn thương đường thở	Tổ chức hạt/ Hẹp lòng phế quản	4	13,3
	Phù nề niêm mạc	18	60
	Dịch mủ	1	3,3
	Vết loét niêm mạc	3	10
	Chảy máu	1	3,3

Nhận xét: Đa phần các ca bệnh được phát hiện dị vật tại phế quản gốc phải, có bản chất hữu cơ (76,7%) và có kích thước dưới 10mm (90%). Phù nề niêm mạc là tổn thương đường thở phổ biến nhất, ngoài ra còn có viêm loét niêm mạch hoặc hình thành tổ chức hạt/hẹp lòng phế quản.



Một số hình ảnh dị vật được phát hiện qua

nội soi phế quản ống mềm và hình ảnh dị vật cản quang trong phim Xquang ngực được thể hiện qua Hình 1.

Hình 1: (A) Dị vật là hạt lạc trong lòng phế quản gốc được phát hiện qua nội soi phế quản ống mềm. (B) Hình ảnh dị vật là hạt lạc được gắp ra. (C) Hình ảnh dị vật cản quang là mảnh xương phát hiện trên phim Xquang ngực ở một trẻ 70 tháng tuổi bị dị vật đường thở.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 30 trẻ bị dị vật đường thở được nội soi phế quản cho thấy DVĐT xảy ra ở trẻ nam nhiều hơn ở trẻ nữ với tỉ lệ nam/nữ là 3,3/1. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương với tỉ lệ nam/nữ là 3/1[2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu về DVĐT ở trẻ em của tác giả Bo Liu và cộng sự ghi nhận bệnh nhi thuộc nhóm 3 tuổi mắc dị vật đường thở chiếm tỉ lệ cao nhất (71,4%)[1]. Theo Samarth Goyal, trẻ ở giai đoạn này có nguy cơ mắc DVĐT cao do phần lớn trẻ có xu hướng nghiền ngậm hầu hết các loại hạt trong miệng, còn có thói quen gặm nhấm và khả năng phối hợp nuốt chưa tốt[5].

Bảng 1 cho thấy đối tượng nghiên cứu có dị vật đường thở cấp tính nhiều hơn dị vật đường thở bị bỏ quên và tỷ lệ DVĐT cấp/DVĐT bỏ quên xấp xỉ 3,3/1. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 7 trường hợp (23,3%) không có tiền sử hít phải DV, nhập viện sau 7 ngày kể từ ngày có triệu chứng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Weiling Qiu và cộng sự, tiền sử DVĐT rõ ràng đã được ghi nhận ở 39 trẻ em (81,3%)[6]. Nhìn chung, loại DVĐT chủ yếu là dị vật cấp tính. Có nhiều nguyên nhân như: cha mẹ hoặc người giám hộ không phát hiện hoặc nhận thấy hội chứng thâm nhập, các triệu chứng không đặc hiệu và hình ảnh Xquang ngực không hiển thị bất kỳ DVĐT cản quang nào. Weiling Qiu cho rằng bệnh sử hội chứng thâm nhập là rất quan trọng. Nếu tiền sử hít sặc được quan sát rõ ràng bởi gia đình và triệu chứng hít sặc điển hình thì ca bệnh DVĐT sẽ được chẩn đoán dễ dàng[6].

Nghiên cứu của chúng tôi ước tính rằng hầu hết trẻ em đến bệnh viện vì hít phải dị vật, tiếp theo là ho, thở khò khè và khó thở. Ngoài ra, thời gian trung bình từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là $1,43 \pm 2,42$ ngày. Phần lớn bệnh nhân đến bệnh viện trong vòng 24 giờ đầu sau hít dị vật. Những bệnh nhân bị DVĐT cấp tính thường nhập viện sớm hơn. Theo Đoàn Thị Thanh Hồng, thời gian trung bình từ khi khởi phát triệu chứng đến

khi nhập viện là 6,7 ngày. Tuy nhiên, nguyên nhân nhập viện trong nghiên cứu này phần lớn liên quan đến hít phải dị vật (56,7%), tiếp theo là ho, thở khò khè và điều này là tương đồng với kết quả của chúng tôi[3]. Tương tự, nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Samarth Goyal et al. (2020) cho rằng các triệu chứng phổ biến nhất ở bệnh nhân đến khám sớm (<1 tuần) là thở nhanh (58,8%), thở khò khè (47,05%) và ho (41,1%). Trong những trường hợp biểu hiện muộn, triệu chứng chủ yếu là sốt và ho khan. Sự chậm trễ trong việc đưa trẻ tới khám có thể là do trẻ vô tình hít phải mà cha mẹ không chú ý, tiền sử lâm sàng không rõ ràng, thiếu các triệu chứng hô hấp, bác sĩ điều trị không muốn chụp X-quang ngực và chuyển tuyến chậm[5].

Phần lớn bệnh nhân có hội chứng thâm nhập (73,7%) khi vào viện. Trong đó, hội chứng xâm nhập xảy ra ở DVĐT cấp tính phổ biến hơn DVĐT bị lãng quên và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo nghiên cứu của Phan Hữu Nguyệt Diễm và Châu Kim Phụng, tỷ lệ trẻ em mắc hội chứng thâm nhập là 78,1%[7]. Tỷ lệ này được Lê Thành Chương và cộng sự ghi nhận tại Bệnh viện Nhi Trung ương (2021) là 79,2%[2]. Tuy nhiên, một số trường hợp hội chứng thâm nhập không được xác định rõ ràng, có thể do cha mẹ hoặc người giám hộ không phát hiện hoặc không chú ý đến hội chứng thâm nhập hoặc do giám sát thiếu cẩn thận trong hoạt động của trẻ[3]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng phần lớn bệnh nhân mắc DVĐT bị ran phổi (56,7%) và một nửa trong số đó đã giảm thông khí một bên phổi. Ngoài ra còn có 12 bệnh nhân bị rút lõm lồng ngực (40%). Theo Đoàn Thị Thanh Hồng và cộng sự đã ghi nhận tỷ lệ các dấu hiệu thường gặp như: co cơ hô hấp (82,4%), ran phổi (51%) và giảm thông khí một bên (45%)[3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều được làm công thức máu và hơn một nửa số trẻ có bạch cầu tăng (56,7%), chủ yếu là tăng bạch cầu trung tính, trong khi chỉ có 6,7% trẻ tăng bạch cầu lympho. Ngoài ra, phần lớn bệnh nhân quên DVĐT đều có kết quả xét nghiệm CRP định tính dương tính. Hơn nữa, tiền sử phơi nhiễm dị vật làm tăng giá trị định lượng CRP, bệnh nhân DVĐT bỏ quên cũng có tỷ lệ CRP dương tính cao hơn so với nhóm bệnh DVĐT cấp tính với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Chi-square test). Kết quả của chúng tôi phù hợp với Bo Liu và cộng sự (2020) có tỷ lệ tăng bạch cầu là 71,4%, trong đó chủ yếu tăng bạch cầu trung tính (60%) và CRP

dương tính ở 22,9% bệnh nhân[1]. Theo Weiling Qiu và cộng sự, số lượng bạch cầu tăng một tỉ lệ thấp hơn (29,2%) và có 27,1% trẻ có CRP dương tính. Sự gia tăng bạch cầu và CRP có thể được giải thích là do tình trạng viêm đường hô hấp do DVĐT gây ra[6]. Để cải thiện độ chính xác của chẩn đoán, ngoài khai thác bệnh sử và khám thực thể, chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong đánh giá ban đầu và theo dõi tình trạng hít sặc dị vật có thể xảy ra. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các dấu hiệu bất thường trên X-quang ngực thường gặp ở bệnh nhân DVĐT là khí thũng khu trú (36,7%), viêm phổi (33,3%). Tỷ lệ dị vật cản quang X-quang ngực chỉ là 6,7% (2/30) và tỉ lệ phim chụp bình thường ở 23,3% bệnh nhân. Ngoài ra, nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng nặng như xẹp phổi, lệch trung thất hay tràn dịch màng phổi trên X-quang ngực. Tương tự, nghiên cứu trước đây cho thấy hầu hết các phát hiện trên X-quang đều cho hình ảnh bình thường, khí thũng tắc nghẽn và viêm phổi. Tỷ lệ phát hiện X-quang bình thường tương đối cao có thể liên quan đến thực tế là hầu hết dị vật là vật thể hữu cơ và khoảng thời gian từ khi bắt đầu triệu chứng đến khi nhập viện là khá ngắn. Nguồn gốc của dị vật phần lớn là từ thực vật, là dị vật không cản quang nên X-quang khó phát hiện vì sẽ bị xương và mô mềm che phủ[3].

Trong quá trình nội soi phế quản, hình thái tổn thương đường thở hay gặp nhất là sung huyết niêm mạc và phù nề, chiếm 86,7%, tiếp theo là tắc mủ hoặc nhầy với 30%. Số bệnh nhân có tổ chức viêm hạt hoặc hẹp lòng phế quản là 7 trường hợp. Ngoài ra có 3 trường hợp chảy máu tự phát (10%). Mặt khác, nghiên cứu của Bo Liu ghi nhận hình thái viêm hạt hoặc hẹp lòng phế quản là hình thái thường gặp nhất, chiếm 71,4%, tiếp theo là sung huyết và phù nề niêm mạc với 37,1%[1]. Sự khác biệt này có thể do phần lớn DVĐT trong nghiên cứu của chúng tôi là dị vật cấp tính (76,7%) nên bệnh nhân được nội soi phế quản sớm.

Dị vật thường gặp nhất là vật chất hữu cơ được tìm thấy ở 76,7% bệnh nhân. Trong đó, tỷ lệ dị vật cao nhất là các loại hạt, tiếp theo là sữa, miếng xương (Hình 1). Ngoài ra, trẻ có thể hít phải các dị vật vô cơ như đồ chơi, nắp bút, sỏi,... với tỷ lệ thấp hơn. Các dị vật ghi nhận được trong nghiên cứu của chúng tôi cũng là các dị vật phổ biến gặp ở các nghiên cứu khác ở Việt Nam. Theo Đoàn Thị Thanh Hồng, nguyên liệu chính của DVĐT là các loại hạt chiếm 49%, tiếp theo là xương (29,4%) và đồ chơi (21,6%)[3]. Trong nghiên cứu khác của Lê Thanh Chương và

cộng sự, dị vật vô cơ chiếm ưu thế với 42,8% trong khi dị vật từ động vật chiếm 11,6%[2] (Bảng 2).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết dị vật nằm ở phế quản gốc phải (60%), tiếp theo là phế quản gốc trái (23,3%) và chúng tôi có 7 trường hợp (16,7%) có dị vật khí quản. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp DVĐT nào mắc kẹt trong thanh quản. Kết quả của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu ở Việt Nam và trên thế giới. Theo Lê Thanh Chương và cộng sự, dị vật thường nằm ở phế quản phải với 38,9%, tiếp theo là phế quản phải (28,9%) và trong khí quản là 22,1%. Tương tự, Kripa Dongol và cộng sự ghi nhận có 48,8% dị vật nằm ở phế quản gốc phải, 44% ở phế quản gốc trái và dị vật ở khí quản chiếm 2,4%. Bởi vì phế quản gốc bên phải rộng hơn, ngắn hơn và gần khí quản hơn so với phế quản bên trái nên DVĐT thường xảy ra nhất ở phế quản gốc phải[8].

V. KẾT LUẬN

DVĐT chiếm ưu thế ở độ tuổi mẫu giáo, đặc biệt là ở trẻ dưới 3 tuổi. Nguyên nhân nhập viện chủ yếu là do hít phải dị vật (33,3%), sau đó là ho, thở khò khè (26,7%) và khó thở (23,3%). Hầu hết bệnh nhân bị dị vật cấp tính (76,7%). Hội chứng xâm nhập được ghi nhận với tỷ lệ cao hơn ở nhóm dị vật cấp tính (82,6%). Phần lớn bệnh nhân có ran phổi và giảm thông khí một bên. Xét nghiệm CRP định tính chủ yếu dương tính ở các trường hợp dị vật bỏ quên (85,7%). Kết quả X-quang bất thường thường gặp ở bệnh nhân là khí thũng khu trú (36,7%), viêm phổi (33,3%) trong khi tỷ lệ dị vật cản quang trên X-quang ngực thấp (2/30). Dị vật thường nằm ở phế quản gốc phải (60%) và vật chất của chúng chủ yếu là vô cơ (76,7%). DVĐT thường gặp là các loại hạt (53,3%), tiếp theo là sữa, mảnh xương mà bệnh nhân có thể hít phải khi ăn.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cha mẹ và người giám hộ phải nhận thức được sự nguy hiểm của DVĐT, thực sự chú trọng chăm sóc trẻ, đặc biệt là trẻ dưới 3 tuổi. Chúng ta nên hạn chế cho trẻ ăn thức ăn cứng, các loại hạt, quả hạch và xương. Hơn nữa, việc đặt những đồ vật có tính rủi ro cao như ốc vít, đá cuội,... ngoài tầm tay trẻ em cũng là một điều cần thiết. Ngoài ra, trẻ cần được chẩn đoán sớm DVĐT thông qua một số hội chứng điển hình như hội chứng xâm nhập, ho hoặc khó thở để tránh biến chứng và thời gian điều trị kéo dài. Ngay cả khi không có hội chứng thâm nhập cũng không thể loại trừ DVĐT, vì có thể cha mẹ hoặc

người giám hộ không chứng kiến hoặc chú ý đến nó. Nội soi phế quản nên được thực hiện ở các cơ sở y tế có đủ điều kiện càng sớm càng tốt vì đây là công cụ chẩn đoán và điều trị hiệu quả nhất cho bệnh nhân nghi ngờ DVĐT, giảm nguy cơ chẩn đoán và điều trị DVĐT chậm trễ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu, B., et al., Occult foreign body aspirations in pediatric patients: 20-years of experience. BMC Pulm Med, 2020. 20(1): p. 320.
2. Lê Thanh Chương, et al., Đặc điểm của dị vật đường thở ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa, 2021. 5(3): p. 25-31.
3. Đoàn Thị Thanh Hồng, Đặc điểm dị vật đường thở được nội soi phế quản ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/2016 đến 04/2019. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 2019: p. 174-179.
4. Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Ban hành kèm theo Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015. 2015. p. 279-282.
5. Goyal, S., S. Jain, and G. Rai, Clinical variables responsible for early and late diagnosis of foreign body aspiration in pediatrics age group. 2020. 15(1): p. 271.
6. Qiu, W., L. Wu, and Z. Chen, Foreign body aspiration in children with negative multi-detector Computed Tomography results: Own experience during 2011-2018. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2019. 124: p. 90-93.
7. Phan Hữu Nguyệt Diễm and Châu Kim Phụng, Đặc điểm các trường hợp dị vật đường thở trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng I. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 2011. 15(Phụ bản của số 1): p. 327-331.
8. Dongol, K., et al., Prevalence of Foreign Body Aspiration in Children in a Tertiary Care Hospital. JNMA J Nepal Med Assoc, 2021. 59(234): p. 111-115.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA PHỤ NỮ UNG THƯ VÚ NGUYÊN PHÁT CHƯA DI CẦN XA CÓ THỤ THỂ NỘI TIẾT ÂM TÍNH

Nguyễn Hữu Hoàng Minh¹, Đặng Thị Minh Nguyệt¹,
Nguyễn Tuấn Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của phụ nữ ung thư vú nguyên phát chưa di căn xa có thụ thể nội tiết âm tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu thực hiện trên 81 bệnh nhân ung thư vú nguyên phát chưa di căn xa có thụ thể nội tiết âm tính được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K và Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Kết quả:** Tuổi của bệnh nhân thuộc nghiên cứu tập trung ở 40-45 tuổi với trung bình $39,23 \pm 5,00$ tuổi. Lý do đi khám của bệnh nhân phổ biến nhất là tự sờ thấy khối u vú, chiếm 90,1%. Các dấu hiệu khám thực thể chủ yếu khi bệnh còn giai đoạn sớm như số lượng u là 1, kích thước u ≤ 2 cm, u di động cũng như không có sự thay đổi về da và chảy dịch núm vú. Kết quả chẩn đoán hình ảnh cũng tương tự khi kích thước u trên siêu âm chủ yếu ≤ 2 cm, với phân loại BIRADS chủ yếu từ 4-5. Tỷ lệ HER2 dương tính chiếm 55,1%, cao hơn so với tỷ lệ chung. Ki67 nhóm cao chiếm đa số, 96,1%, thể hiện mức độ tăng sinh nhanh của thể bệnh thụ thể nội tiết âm tính. **Kết luận:** Ung thư vú nguyên phát chưa di căn xa với thụ thể nội tiết âm tính có những đặc trưng riêng về lâm sàng và các đặc điểm cận lâm sàng. Nhóm tuổi thường gặp là những

phụ nữ trên 40 tuổi. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu được phát hiện sớm và chưa có những dấu hiệu nặng trên lâm sàng cũng như chẩn đoán hình ảnh. Tuy nhiên, thể bệnh thụ thể nội tiết âm tính vẫn là một thể nặng do tính chất phân chia nhanh và dễ di căn của khối u, thể hiện bằng tỉ lệ Ki67 thuộc nhóm cao chiếm phần lớn.

Từ khóa: Ung thư vú nguyên phát, thụ thể nội tiết âm tính, TNBC, Triple negative

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF WOMEN WITH PRIMARY BREAST CANCER WITHOUT DISTANT METASTASIS AND NEGATIVE HORMONE RECEPTORS

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of women with primary breast cancer. **Subjects and methods:** A prospective descriptive study was conducted on 81 patients with primary breast cancer without distant metastasis and negative hormone receptors, who were diagnosed and treated at K Hospital and Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Results:** The patients in the study were primarily between the ages of 40 and 45, with an average age of 39.23 years (± 5.00). The most common reason for seeking medical attention was self-discovery of a breast lump, which accounted for 90.1% of cases. During early-stage physical examinations, the typical findings included a single tumor measuring ≤ 2 cm, a mobile tumor, and the absence of skin changes or nipple discharge. Imaging diagnosis results were consistent, with ultrasound typically showing tumors of size ≤ 2 cm, and BIRADS

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Minh

Email: tuanminh0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025