

NGUYÊN NHÂN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH NĂM 2024

Lưu Thị Hoa¹, Nguyễn Thị Quỳnh Nga^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả nguyên nhân và kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh tại bệnh viện Nhi Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được trên 217 trẻ sơ sinh được chẩn đoán suy hô hấp sơ sinh tại bệnh viện Nhi Thái Bình từ tháng 01/2024 đến tháng 07/2024. **Kết quả:** Phần lớn trẻ mắc bệnh là trẻ nam (62,2%) với tuổi thai trung bình và cân nặng lúc sinh trung bình lần lượt là $37,65 \pm 2,29$ (tuần) và 2997 ± 595 (gam). Có 71,9% trẻ suy hô hấp mức độ nhẹ, 19,8% trẻ suy hô hấp mức độ vừa và 8,3% trẻ suy hô hấp mức độ nặng. Phần lớn bệnh nhân đều khỏi bệnh ra viện (92,6%) với thời gian điều trị trung bình là 13,7 ngày. Nhóm nguyên nhân tại phổi mà chủ yếu là viêm phổi là căn nguyên gây suy hô hấp thường gặp nhất (74,2%). Còn ống động mạch (6,9%) và nhiễm khuẩn sơ sinh (23,5%) chiếm tỉ lệ cao nhất trong các nhóm nguyên nhân khác. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị xấu bao gồm: trẻ sinh non tháng, cân nặng lúc sinh thấp, sinh mổ và suy hô hấp mức độ nặng lúc nhập viện. **Kết luận:** Suy hô hấp sơ sinh chủ yếu do viêm phổi, với đa số bệnh nhân hồi phục tốt. Tuy nhiên, trẻ sinh non, cân nặng thấp, sinh mổ và suy hô hấp nặng có nguy cơ kết quả điều trị kém hơn. Nhận diện sớm và can thiệp kịp thời là quan trọng để cải thiện tiên lượng. **Từ khóa:** suy hô hấp, sơ sinh, nguyên nhân.

SUMMARY

AETIOLOGIES AND TREATMENT OUTCOMES OF NEONATAL RESPIRATORY DISTRESS AT THE THAI BINH PEDIATRIC HOSPITAL IN 2024

Objective: To describe the causes and treatment outcomes of neonatal respiratory distress at the Thai Binh Pediatric Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 217 neonates diagnosed with respiratory distress at the Thai Binh Pediatric Hospital from January 2024 to July 2024. **Results:** The majority of affected neonates were male (62.2%), with a mean gestational age of 37.65 ± 2.29 weeks and a mean birth weight of 2997 ± 595 grams. Among the cases, 71.9% had mild respiratory distress, 19.8% had moderate distress, and 8.3% had severe distress. Most patients (92.6%) recovered and were discharged, with an average treatment duration of 13.7 days. Pulmonary causes, primarily pneumonia,

were the most common etiology (74.2%), while patent ductus arteriosus (6.9%) and neonatal infection (23.5%) were the leading causes in other categories. Factors associated with poorer treatment outcomes included preterm birth, low birth weight, cesarean delivery, and severe respiratory distress at admission. **Conclusion:** Neonatal respiratory distress is primarily caused by pneumonia, with most patients achieving favorable outcomes. However, preterm birth, low birth weight, cesarean delivery, and severe distress are risk factors for worse prognosis. Early identification and timely intervention are crucial for improving treatment outcomes. **Keywords:** respiratory distress, neonate, etiology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp là tình trạng hệ hô hấp không có khả năng duy trì việc cung cấp oxy bình thường cho các mô hoặc loại bỏ carbon dioxide bình thường 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, 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%.² Tại Việt Nam, theo báo cáo của Nguyễn Thành Nam và cộng sự năm 2015 tại bệnh viện Bạch Mai tỷ lệ suy hô hấp bệnh nhân sơ sinh nhập viện 33,3% và tỉ lệ tử vong do suy hô hấp sơ sinh 15,1%.³ Khu Thị Khánh Dung và cộng sự nghiên cứu tại tỉnh Hòa Bình vào năm 2018 thấy mô hình bệnh cấp cứu sơ sinh tại tuyến tỉnh phổ biến nhất là suy hô hấp (58,8%) tại tuyến huyện chủ yếu vẫn là suy hô hấp (63,2%).⁴ 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...). Trong đó, các bệnh lý tại phổi vẫn là nguyên nhân chủ yếu và quan trọng.⁵

Bệnh viện Nhi Thái Bình là cơ sở y tế tuyến cuối của tỉnh Thái Bình, có vai trò quan trọng trong công tác chẩn đoán, điều trị và chăm sóc sức khỏe trẻ em trong tỉnh và các khu vực lân cận. Trong những năm qua, cùng với sự phát triển của toàn bệnh viện, khoa Sơ sinh cũng đã

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Trường Đại Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: ngaquynh2006@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025

có nhiều tiến bộ trong việc ứng dụng các kỹ thuật mới để chẩn đoán và điều trị bệnh lý trẻ sơ sinh nói chung và suy hô hấp sơ sinh nói riêng. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá về tình hình chẩn đoán và điều trị suy hô hấp sơ sinh tại bệnh viện. Xuất phát từ thực tế này, chúng tôi quyết định 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 Nhi Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Nhi Thái Bình từ tháng 01/2024 đến tháng 07/2024 với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau đây

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ≤ 28 ngày tuổi.
- Được chẩn đoán xác định là suy hô hấp và được theo dõi điều trị tại bệnh viện Nhi Thái Bình.
- Bố mẹ hoặc người giám hộ của trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

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 với phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Có 217 trẻ thỏa mãn tiêu chuẩn được thu tuyển trong thời gian nghiên cứu.

Biến số, chỉ số nghiên cứu: Các đặc điểm nhân trắc (giới, tuổi thai, cân nặng lúc sinh); hình thức sinh; SpO₂ tại thời điểm suy hô hấp; nguyên nhân suy hô hấp; kết quả điều trị (khỏi/ra viện, chuyển viện, tử vong/xin về). Tiêu chuẩn phân loại của từng biến gồm có:

- Tuổi thai: sinh non (< 37 tuần), đủ tháng (≥ 37 tuần).
- Cân nặng lúc sinh: nhẹ cân (< 2500 g), bình thường (≥ 2500 g).
- Mức độ suy hô hấp: suy hô hấp nhẹ (SpO₂ $< 95\%$), vừa (SpO₂ $< 90\%$), nặng (SpO₂ $< 85\%$).
- Kết quả điều trị: chuyển biến tích cực (khỏi/ra viện), chuyển biến xấu (tử vong/xin về hoặc chuyển viện).

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 Nhi Thái Bình. 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 217 trẻ sơ sinh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn từ tháng 01/2024 đến tháng 07/2024.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (N=217)	n (%)
Giới tính	
Nam	135 (62,2%)
Nữ	82 (37,8%)
Tuổi thai (tuần)	
Đủ tháng	146 (67,3%)
Non tháng	71 (32,7%)
Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	37,65 $\pm$ 2,29
Cân nặng lúc sinh (gam)	
Bình thường	184 (84,8%)
Nhẹ cân (< 2500 g)	33 (15,2%)
Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	2997 $\pm$ 595
Hình thức sinh	
Đẻ thường	87 (40,1%)
Đẻ mổ	130 (59,9%)
Mức độ suy hô hấp	
Suy hô hấp nhẹ	156 (71,9%)
Suy hô hấp vừa	43 (19,8%)
Suy hô hấp nặng	18 (8,3%)

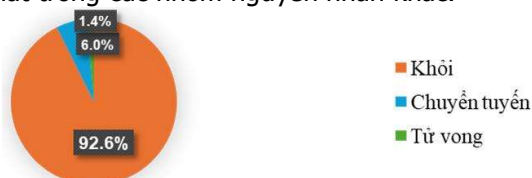
Phần lớn trẻ trong nghiên cứu là trẻ trai (62,2%). Tuổi thai trung bình là 37,65 $\pm$ 2,29 tuần, trong đó có 71 trẻ (32,7%) sinh non tháng. Cân nặng lúc sinh trung bình là 2997 $\pm$ 595 gam, với 33 (15,2%) trẻ sinh nhẹ cân. Phần lớn trẻ suy hô hấp mức độ nhẹ (71,9%), có 19,8% suy hô hấp vừa và 8,3% suy hô hấp nặng.

Bảng 2. Nguyên nhân suy hô hấp của đối tượng nghiên cứu

Nguyên nhân suy hô hấp (N=217)		n	%
Nguyên nhân tại phổi	Viêm phổi	161	74,2
	Bệnh màng trong	2	0,9
	Chậm tiêu dịch phổi	2	0,9
	Cơ khó thở nhanh thoáng qua	1	0,5
	Hội chứng hít phân su	1	0,5
	Tràn dịch màng phổi	1	0,5

Nguyên nhân tim mạch	Còn ống động mạch	15	6,9
	Tăng áp động mạch phổi	5	2,3
	Tim bẩm sinh khác	7	3,2
Nguyên nhân thần kinh	Ngạt	1	0,5
	Khác	1	0,5
Nhiễm khuẩn sơ sinh		51	23,5
Nhiễm khuẩn huyết		11	5,1
Hạ glucose máu		4	1,8
Nhiễm khuẩn bệnh viện		5	2,3
Hạ thân nhiệt		2	0,9
Nguyên nhân khác		11	5,1

Nhóm nguyên nhân tại phổi mà chủ yếu là viêm phổi là căn nguyên gây suy hô hấp thường gặp nhất (74,2%). Còn ống động mạch (6,9%) và nhiễm khuẩn sơ sinh (23,5%) chiếm tỉ lệ cao nhất trong các nhóm nguyên nhân khác.



Hình 1. Kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh

Phần lớn trẻ sơ sinh suy hô hấp đều khỏi bệnh (92,6%). Tuy nhiên, có 6% bệnh nhân phải chuyển tuyến và có 1,4% bệnh nhân tử vong.

Bảng 3. Thời gian điều trị và thời gian hỗ trợ hô hấp trẻ suy hô hấp sơ sinh.

Thời gian (ngày)	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn
Thời gian điều trị	<24 giờ	43	13,7 $\pm$ 8
Thời gian thở oxy gong/mask	1	22	6 $\pm$ 4,1
Thời gian thở CPAP	1	14	6,9 $\pm$ 2,7
Thời gian thở máy xâm nhập	<24 giờ	17	7,5 $\pm$ 4,3

Thời gian điều trị trung bình những trẻ suy hô hấp sơ sinh là 13,7 $\pm$ 8 ngày, trong đó dài nhất là 43 ngày. Thời gian thở oxy gong/mask trung bình là 6 $\pm$ 4,1 ngày, trong đó dài nhất là 22 ngày và ngắn nhất là 1 ngày. Thời gian thở CPAP trung bình là 6,9 $\pm$ 2,7 ngày, dài nhất là 14 ngày và ngắn nhất là 1 ngày. Thời gian thở CPAP trung bình là 7,5 $\pm$ 4,3 ngày, dài nhất là 17 ngày.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của trẻ suy hô hấp sơ sinh

Đặc điểm	Tử vong-chuyển tuyến	Khỏi bệnh	OR [95%CI]	P
Giới tính				
Nam	10(7,4%)	125(92,6%)	0,99 [0,32-2,77]	0,980
Nữ	6(7,3%)	76(92,7%)		

Tuổi thai				
Đủ tháng	6(4,1%)	140(95,9%)	3,83	0,013
Non tháng	10(14,1%)	61(85,9%)	[1,36-11,68]	
Cân nặng lúc sinh				
Đủ cân	10(5,4%)	174(94,6%)	3,87	0,015
Nhẹ cân	6(18,2%)	27(81,8%)	[1,23-11,31]	
Hình thức sinh				
Sinh thường	2(2,3%)	85(97,7%)	5,13	0,034
Sinh mổ	14(10,8%)	116(89,2%)	[1,38-33,22]	
Mức độ suy hô hấp				
Suy hô hấp nhẹ-vừa	12(6%)	187(4%)	4,45	0,02
Suy hô hấp nặng	4(22,2%)	14(77,8%)	[1,13-14,81]	

Trẻ sinh non tháng có khả năng gặp phải kết quả điều trị xấu đi cao hơn 3,83 lần so với trẻ sinh đủ tháng ($p=0,013$). Những trẻ sinh nhẹ cân có nguy cơ cao gặp phải kết quả điều trị xấu đi cao hơn 3,87 lần so với những trẻ sinh đủ cân. Những trẻ sinh mổ cũng có nguy cơ gặp những biến cố bất lợi cao hơn 5,13 lần so với trẻ sinh thường. Những trẻ suy hô hấp mức độ nặng có kết quả điều trị xấu đi cao hơn 4,45 lần so với những trẻ suy hô hấp nhẹ-vừa ($p=0,029$).

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu tuyển được 217 trẻ thỏa mãn tiêu chuẩn, trong đó chủ yếu là trẻ sơ sinh nam (62,2%). Kết quả này tương tự với báo cáo của tác giả Nguyễn Thị Xuân Hương và cộng sự (2023) khi nghiên cứu trên 245 trẻ sơ sinh suy hô hấp tại Trung tâm Nhi Khoa, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên ghi nhận tỷ lệ trẻ sơ sinh nam là 63,3%.⁶ Phần lớn trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi là trẻ sinh đủ tháng (67,3%) với tuổi thai trung bình là 37,65 $\pm$ 2,29 tuần. Với quần thể nghiên cứu chủ yếu là những trẻ đủ tháng, có thể dẫn tới việc phân bố các nguyên nhân suy hô hấp của trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối khác biệt với các nghiên cứu khác trên những nhóm trẻ sơ sinh có tuổi thai nhỏ hơn nhưng nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuân Hương (61,6% trẻ non tháng) hay Vũ Thị Chín (tuổi thai trung bình 32,9 $\pm$ 3,6 tuần).^{6,7}

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. Việc phân bố các nguyên nhân gây suy hô hấp ở trẻ sơ sinh sẽ thay đổi theo từng cơ sở y tế cũng

như đặc điểm của quần thể nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, 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 viêm phổi (74,2%). Còn ống động mạch và tăng áp phổi là 2 bệnh lý tim mạch chính. Ngoài ra, các nguyên nhân khác như nhiễm khuẩn sơ sinh, nhiễm khuẩn huyết cũng là những vấn đề thường gặp phải. Tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, Vũ Thị Chín ghi nhận các nhóm nguyên nhân phổ biến nhất gây suy hô hấp sơ sinh gồm có: bệnh màng trong (33,8%), còn ống động mạch (14,2%).⁷ Tại bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi, tác giả Phạm Thị Thúy Tuệ nhận thấy các nguyên nhân phổ biến nhất gây suy hô hấp sơ sinh là cơn khó thở nhanh thoáng qua (36,4%), bệnh màng trong (28,4%), viêm phổi (17,3%).⁸ Một nghiên cứu lớn của tác giả Sindhu đã tiến hành phân tích tổng hợp các nghiên cứu đăng tải trên PubMed và Cochrane từ 1966-2017 về suy hô hấp ở trẻ sơ sinh đủ tháng tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình, cho thấy tỷ lệ mắc suy hô hấp thay đổi từ 1,2% đến 7,2%. Thở nhanh thoáng qua là nguyên nhân phổ biến nhất (khoảng 50% - 75% trong tất cả các trường hợp). Tuy nhiên, viêm phổi và hít phân su cũng là những nguyên nhân quan trọng với tỷ lệ tương ứng là 15-30% và 25-44%.⁵

Phần lớn trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi đều khỏi bệnh ra viện (92,6%), có 6% chuyển tuyến và 1,4% tử vong. Kết quả này của chúng tôi tương tự với ghi nhận của tác giả Đỗ Thị Trâm Anh tại bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn (92,2%).⁹ Một nghiên cứu khác của tác giả Phan Nguyễn Trọng Hiếu (2021) cho thấy trong số 157 trẻ sơ sinh suy hô hấp điều trị tại khoa hồi sức tích cực - chống độc Nhi, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang thì tỉ khỏi, xuất viện (78,98%), nặng xin về (6,37%) và tử vong (1,91%).¹⁰ Khác biệt này có thể do 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... Thời gian điều trị trung bình trẻ suy hô hấp sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là $13,7 \pm 8$ ngày. Kết quả này cũng tương đối phù hợp khi phần lớn trẻ sơ sinh suy hô hấp là do viêm phổi, với phác đồ điều trị thường từ 10-14 ngày. Tác giả Đỗ Thị Trâm Anh nghiên cứu 181 trẻ sơ sinh đẻ non suy hô hấp tại khoa Sơ sinh, bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn cũng ghi nhận kết quả tương tự khi cho thấy thời gian điều trị trung bình là 11,9 ngày. Ngoài ra, khi phân tích hồi quy chúng tôi nhận thấy rằng, trẻ sinh non tháng, cân nặng lúc

sinh thấp, sinh bằng hình thức sinh mổ 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 Phan Nguyễn Trọng Hiếu (2021) và Đỗ Thị Trâm Anh (2024).^{9,10} 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. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang và chọn mẫu thuận tiện, vốn làm hạn chế khả năng ngoại suy của các thống kê suy luận. Bên cạnh đó, cỡ mẫu và quy mô nghiên cứu hạn chế ở một khoa tại một cơ sở khám chữa bệnh cũng giới hạn giá trị phạm trù áp dụng của kết quả nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân gây suy hô hấp sơ sinh ở Bệnh viện Nhi Thái Bình có thể thuộc nhóm nguyên nhân hô hấp, tim mạch, toàn thân hoặc nhóm nguyên nhân khác. Trong đó, phổ biến nhất là viêm phổi, nhiễm khuẩn sơ sinh và còn ống động mạch. Các diễn biến xấu trong quá trình điều trị phụ thuộc vào các đặc điểm nhân khẩu học của trẻ như tuổi thai, cân nặng lúc sinh, hình thức sinh và mức độ suy hô hấp. Những đặc điểm trên cần được các nhà lâm sàng đưa vào cân nhắc trong suy luận chẩn đoán và điều trị, theo dõi tiến triển của bệnh nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bohn D, Dargaville PA, Davis PG, et al. 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 Thành Nam. Nghiên Cứu Nguyên Nhân, Yếu Tố Nguy Cơ và Kết Quả Điều Trị Suy Hô Hấp ở Trẻ Sơ Sinh Tại Khoa Nhi - Bệnh Viện Bạch Mai. Luận văn Tiến sĩ Y học. Học viện Quân Y; 2018.
4. Khu TKD. Thực trạng cấp cứu sơ sinh và mô hình bệnh tật cấp cứu sơ sinh tại các tuyến bệnh viện tỉnh hòa bình. tcnk. 2021;14(1). doi:10.52724/tcnk.v14i1.15
5. Sivanandan S, Agarwal R, Sethi A. Respiratory distress in term neonates in low-resource settings. Semin Fetal Neonatal Med. 2017; 22(4): 260-266.

- doi:10.1016/j.siny.2017. 04.004
6. **Hương NTX, Dung LTK, Sơn ĐT.** 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
 7. **Vũ TC, Nguyễn TQN.** Nguyên nhân và kết quả điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. VMJ. 2023;527(1B). doi:10.51298/vmj.v527i1B.5783
 8. **Tuệ PTT, Anh PV, Tuyển ND.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến suy hô hấp sơ sinh nặng tại bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi. VMJ. 2023;529(1). doi:10.51298/vmj.v529i1.6315
 9. **Anh ĐTT, Nga NTQ.** Nguyên nhân và kết quả điều trị suy hô hấp ở trẻ đẻ non tại khoa Sơ sinh, bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. VMJ. 2024;543(2). doi:10.51298/vmj.v543i2.11394
 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

CHẨN ĐOÁN BIẾN CHỨNG CÒN SÓT DÂY DẪN SAU ĐẶT ống THÔNG TĨNH MẠCH ĐÙI TẠI GIƯỜNG BÁO CÁO MỘT CA LÂM SÀNG

Nguyễn Thị Ly¹, Phạm Thị Phương Loan¹, Trần Thị Thu¹,
Nguyễn Thị Nga¹, Nguyễn Thị Kiều Trinh¹,
Nguyễn Đình Thuyền^{1,2}, Vũ Hải Vinh^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (CVC) là một thủ thuật phổ biến được thực hiện để theo dõi huyết động xâm lấn liên tục, hồi sức dịch, truyền thuốc và lọc máu. Thủ thuật này có thể liên quan đến các biến chứng nghiêm trọng mà phần lớn có thể phòng ngừa được. Một trong những biến chứng này là tuột hoặc sót dây dẫn inox (catheter được đặt theo phương pháp Seldinger) trong lòng mạch máu, làm tăng tỷ lệ biến chứng và nguy cơ tử vong. Trong bài báo này, chúng tôi mô tả một trường hợp đặt catheter tĩnh mạch trung tâm vị trí tĩnh mạch đùi bên phải để thực hiện liệu pháp thay thế thận liên tục cấp cứu điều trị tổn thương thận cấp. Đây là một bệnh nhân nam 61 tuổi chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo dõi đường vào tiêu hóa, lạm dụng rượu, tăng huyết áp. Phim chụp X-quang ngực thẳng thường quy sau khi đặt catheter cho thấy dây dẫn còn tồn tại, kéo dài từ trong ổ bụng đến nền sọ. Sau 23 ngày đặt catheter, tình trạng lâm sàng bệnh nhân ổn định và chúng tôi tiến hành rút bỏ dây dẫn còn sót lại. Mặc dù không ghi nhận biến chứng rõ rệt trong ca bệnh này, nhưng việc để sót dây dẫn trong hệ tuần hoàn vẫn là một tình trạng có thể gây nguy hiểm và đe dọa tính mạng của bệnh nhân. Đào tạo liên tục, giám sát chặt chẽ và thực hiện các quy trình kiểm tra đối chiếu nhất định có thể ngăn ngừa biến chứng không mong muốn này. **Từ khóa:** Catheter tĩnh mạch trung tâm, ống thông tĩnh mạch trung tâm, dây dẫn, guidewire, catheter

SUMMARY

DIAGNOSIS OF RETAINED GUIDEWIRE COMPLICATION AFTER BEDSIDE FEMORAL

¹Bệnh viện E

²Trường Đại Học Y Dược – Đại Học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Thuyền

Email: drthuyenbve@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025

Ngày duyệt bài: 22.5.2025

VEIN CATHETERIZATION A CASE REPORT

Central venous catheter (CVC) placement is a common procedure performed for continuous invasive hemodynamic monitoring, fluid resuscitation, medication administration, and hemodialysis. This procedure can be associated with serious complications, most of which are preventable. One of these complications is the retention or migration of the stainless-steel guidewire (used in the Seldinger technique) within the bloodstream, increasing morbidity and mortality risk. In this case report, we describe a 61-year-old male patient diagnosed with septic shock (suspected gastrointestinal source), alcohol abuse, and hypertension, who underwent emergency continuous renal replacement therapy (CRRT) for acute kidney injury. A right femoral vein CVC was inserted, and a routine post-procedural chest X-ray revealed an unretained guidewire extending from the abdominal cavity to the skull base. After 23 days, when the patient's clinical condition stabilized, the retained guidewire was successfully removed. Although no significant complications were observed in this case, retained guidewires in the vascular system pose a potentially life-threatening risk. Continuous medical training, strict supervision, and adherence to standardized safety protocols are essential in preventing this avoidable complication.

Keywords: Central venous catheter, central line, guidewire, catheter, vascular access.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (Central Venous Catheter - CVC) qua da là một thủ thuật thường quy được sử dụng rộng rãi trong các khoa hồi sức tích cực và khoa cấp cứu để theo dõi chặt chẽ huyết động xâm lấn, truyền dịch và thuốc, và lọc máu cấp cứu.¹ Việc đặt CVC đòi hỏi kỹ năng thực hiện thủ thuật thành thạo của người thực hiện, sự giám sát và chú ý đến các chi tiết để ngăn ngừa các biến chứng.² Dây dẫn (guidewire) thường được sử dụng bằng kỹ thuật