

UTVMH một cách có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm chứng. Một số nghiên cứu khác cũng có kết quả tương tự như nghiên cứu của Aricigil (2017) trên 118 bệnh nhân UTVMH tại Thổ Nhĩ Kỳ và Chen (2019) tại Trung Quốc [5]. Tuy nhiên cũng có những nghiên cứu cho thấy số lượng bạch cầu chung và BCTT giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa nhưng đều có giảm số lượng bạch cầu lympho làm cho chỉ số NLR tăng [5]. NLR là một dấu ấn sinh học quan trọng, chỉ dấu cho tình trạng viêm toàn thân [9]. Nhiều tác giả chỉ ra rằng NLR của bệnh nhân UTVMH cao có ý nghĩa tiên lượng mức độ nặng của bệnh [9].

Một số đặc điểm khác ở máu ngoại vi. Trong nghiên cứu này chúng tôi chưa nhận thấy sự thay đổi có ý nghĩa ở một số chỉ số dòng hồng cầu và tiểu cầu máu ngoại vi của bệnh nhân UTVMH so với nhóm chứng như số lượng trung bình hồng cầu, hemoglobin, hematocrit và số lượng tiểu cầu. Đặc điểm này cũng được nhận thấy trong một số nghiên cứu khác [5].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 44 bệnh nhân UTVMH chúng tôi thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới cao hơn nhiều so với nữ giới, tuổi trung bình phát hiện bệnh là từ 41 - 60 tuổi, chủ yếu bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn. Các đặc điểm huyết học máu ngoại vi thấy có sự tăng số lượng bạch cầu chung, tăng số lượng và tỷ lệ BCTT trong khi giảm số lượng và tỷ lệ bạch cầu lympho dẫn đến tăng chỉ số NLR. Có tăng bạch cầu mono và giảm bạch cầu ưa base ở nhóm bệnh nhân. Chưa thấy có sự khác biệt về các chỉ số huyết học khác như số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit và

số lượng tiểu cầu của bệnh nhân UTVMH so với nhóm chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Hoàng Anh, Nguyễn Hoài Nga, Phạm Hồng Trường (2002).** Tình hình bệnh ung thư ở Hà Nội giai đoạn 1996 - 1999. Tạp Chí Y học Thực hành, 431, 4-7.
2. **Phạm Huy Tân (2018).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và định lượng nồng độ EBV-DNA huyết tương trong UTVMH. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học y Hà Nội.
3. **Bùi Công Toàn (2008).** Nghiên cứu một số khía cạnh đáp ứng miễn dịch tế bào và tìm EBV-ADN tại máu ngoại vi bệnh nhân ung thư vòm mũi họng thể không biệt hoá. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Ahmed HG, Suliman RSAG, et al (2015).** Molecular screening for Epstein Barr virus (EBV) among Sudanese patients with nasopharyngeal carcinoma (NPC). Infect. Agent. Cancer, 10(1), 6.
5. **Aricigil M, Dündar MA, Yücel A, et al (2017).** Can Platelet and Leukocyte Indicators Give Us an Idea about Distant Metastasis in Nasopharyngeal Cancer? Prague Med. Rep., 118(1), 49-59.
6. **Edris A, Mohamed MA, Mohamed NS, et al (2016).** Molecular Detection of Epstein - Barr virus in Nasopharyngeal Carcinoma among Sudanese population. Infect. Agent. Cancer, 11(1), 55.
7. **Guo Q, Lu T, Hui Huang S, et al (2019).** Depicting distant metastatic risk by refined subgroups derived from the 8th edition nasopharyngeal carcinoma TNM. Oral Oncol., 91, 113-120.
8. **Tsang CM, Tsao SW (2015).** The role of Epstein-Barr virus infection in the pathogenesis of nasopharyngeal carcinoma. Virol. Sin., 30(2), 107-121.
9. **Yao J-J, Zhu F-T, et al (2019).** Prognostic value of neutrophil-to-lymphocyte ratio in advanced nasopharyngeal carcinoma: a large institution-based cohort study from an endemic area. BMC Cancer, 19(1), 37.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP SƠ SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Phan Trọng Hiếu*, Trần Chí Thiện**, Nguyễn Thành Nam**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Suy hô hấp vẫn là nguyên nhân thường gặp nhất gây nên tình trạng bệnh lý và tử vong thời kỳ sơ sinh. Xác định tỷ lệ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân suy hô hấp. Đánh giá kết quả điều

trị và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tử vong suy hô hấp sơ sinh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Có 157 trường hợp trẻ sơ sinh có dấu hiệu suy hô hấp tại khoa Hồi sức Tích cực - Chống độc Nhi, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang từ ngày 1/1/2021 đến ngày 30/9/2021.

Kết quả: 79,62% trẻ suy hô hấp nhập viện vào ngày đầu sau sanh, tỉ lệ nam/nữ là 1,53/1. Nguyên nhân gây suy hô hấp hay gặp nhất là bệnh màng trong (42,04%), tiếp theo là các bệnh lý tại phổi (36,94%), sanh ngạt (3,28%). Điều trị khỏi, xuất viện (78,98%), nặng xin về (6,37%) và tử vong (1,91%). Nhóm trẻ có tuổi thai < 28 tuần có tỉ lệ bệnh nặng hơn gấp 7,18 lần nhóm trẻ có tuổi thai ≥ 37 tuần. Nhóm trẻ có cân nặng < 1000 gam có tỉ lệ bệnh nặng hơn gấp 6,30 lần

*Trường Đại học Trà Vinh

**Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Phan Nguyễn Trọng Hiếu

Email: drtronghieus@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

nhóm trẻ có cân nặng ≥ 2500 gam. So với nhóm trẻ có điểm silverman ≤ 3 điểm, nhóm trẻ có điểm silverman > 6 điểm có tỉ lệ bệnh nặng hơn gấp 16,00 lần. Nhóm trẻ có thở máy tỉ lệ bệnh nặng gấp 6,23 lần nhóm trẻ thở oxy, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.

Kết luận: Cần quan tâm công tác quản lý thai kỳ, đặt biệt là các sản phụ có nguy cơ cao. Tăng cường các kỹ năng hồi sức sơ sinh cho các y bác sĩ tuyến huyện, tuyến xã. Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các nguyên nhân gây sinh non, suy dinh dưỡng bào thai, suy thai, ngạt chu sinh.

Từ khóa: suy hô hấp sơ sinh, bệnh màng trong, non tháng.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF TREATMENT NEONATAL ACUTE RESPIRATORY DISORDER AND SOME FACTORS RELATED

Objectives: Respiratory failure remains the most common cause of neonatal morbidity and mortality. Determine the ratio of clinical, subclinical characteristics, causes of respiratory failure. Evaluate treatment outcomes and learn some factors related to neonatal respiratory failure mortality. **Methods:** descriptive cross-sectional study. There were 157 newborns showing signs of respiratory failure at the Intensive Care Unit Children of Tien Giang Central General Hospital, from January 1, 2021, to September 30, 2021. **Results:** 79.62% of children with respiratory failure were hospitalized on the first day after birth; the male/female ratio was 1.53/1. The most common cause of respiratory failure was neonatal respiratory distress syndrome (42.04%), followed by lung diseases (36.94%), asphyxia (3.28%). The treatment was cured, discharged from the hospital (78.98%), severe enough to die (6.37%), and died (1.91%). The group of children with a gestational age of fewer than 28 weeks has a 7.18 times higher rate of severe disease than children with a gestational age of ≥ 37 weeks. The group of children with weight < 1000 grams had a rate of severe disease 6.30 times higher than the group of children with weight ≥ 2500 grams. Compared with the group of children with Silverman score ≤ 3 points, the group with Silverman score > 6 points had a 16.00 times higher rate of severe disease. The group of children with mechanical ventilation had a rate of severe disease 6.23 times higher than that of children receiving oxygen; the difference was statistically significant, $p < 0.001$. **Conclusions:** Care should be taken in the management of pregnancy, especially in high-risk women. Strengthening neonatal resuscitation skills for district and commune health workers. Early detection and timely treatment of causes of premature birth, fetal malnutrition, fetal distress, perinatal asphyxia.

Keywords: Neonatal acute respiratory disorder, respiratory distress syndrome, premature.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong thời kỳ sơ sinh và chi phí điều trị rất tốn kém^(7, 8). Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh biểu hiện

lâm sàng, nguyên nhân và đặc điểm của các nguyên nhân rất đa dạng, thay đổi tùy theo tuổi thai và rất khác với suy hô hấp trẻ em⁽⁷⁾. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ tử vong của sơ sinh trong những ngày đầu do suy hô hấp chiếm 70 – 80%, theo số liệu của Bệnh viện Nhi Trung ương là 87,7%^(1, 8). Tại trung tâm mạng lưới nghiên cứu sơ sinh và sức khỏe trẻ em Hoa Kỳ năm 2003 – 2007 ghi nhận 98% trẻ sinh ra ở tuần thứ 24 có suy hô hấp, tuần thứ 34, tỷ lệ mắc bệnh là 5%, và ở tuần thứ 37 là dưới 1%⁽⁹⁾. Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ trong suy hô hấp cấp của tác giả Salaman tại Bệnh viện Châu Đốc trong 6 tháng năm 2000, nhận thấy có 10-15% trẻ có cân nặng dưới 2500g bị suy hô hấp cấp, 9% do sanh mổ, 2,2% do hít phân su⁽⁴⁾.

Tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang, trong nhiều năm gần đây khoa Hồi sức Tích cực – Chống độc Nhi đã được đầu tư nhân lực, nhiều trang thiết bị hiện đại góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc trẻ sơ sinh. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào để cập tới tình hình bệnh lý suy hô hấp trẻ sơ sinh từ khi có tăng cường các biện pháp can thiệp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh suy hô hấp sơ sinh tại khoa Hồi sức Tích cực – Chống độc Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Giền Giang.

Mục tiêu nghiên cứu. Xác định tỷ lệ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân suy hô hấp sơ sinh

Đánh giá kết quả điều trị và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tử vong suy hô hấp sơ sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Dân số chọn mẫu. Trẻ em ≤ 28 ngày tuổi được chẩn đoán suy hô hấp và điều trị tại Khoa Hồi sức Tích cực – Chống độc Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang từ ngày 01/01/2021 đến ngày 30/9/2021

Tiêu chuẩn lựa chọn. Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới: nhịp thở nhanh > 60 lần/phút, có cơn ngưng thở > 20 giây hoặc < 20 giây kèm nhịp tim < 100 lần/phút, rút lõm lồng ngực rõ, cánh mũi phập phồng, tiếng thở rên, tím tái^(1, 6).

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu.

Lấy toàn bộ
Thu thập số liệu. Các thông tin được ghi vào phiếu điều tra, các biến số đều được lấy trực

tiếp từ bệnh án của từng trẻ.

Các bước tiến hành. Lấy tất cả những trẻ sơ sinh có tiêu chuẩn như trên vào nghiên cứu, các thông tin được quản lý một cách hệ thống từ khi vào khoa cho đến khi trẻ được ra viện, chuyển viện hoặc tử vong. Các biến số cần nghiên cứu: cân nặng, tuổi thai, giới tính, cách đẻ, điểm apgar phút thứ 5 sau đẻ, điểm silverman khi trẻ vào khoa, cách thông khí hỗ trợ (oxy, CPAP, thở máy), xquang phổi xác định nguyên nhân suy hô hấp, bệnh lý của mẹ, các xét nghiệm cận lâm sàng (CRP, bạch cầu, tiểu cầu), nguyên nhân tử vong của trẻ mắc suy hô hấp.

Một số định nghĩa dùng trong nghiên cứu

Điểm Apgar: là biến định danh, gồm 2 giá trị ≥ 7 điểm (bình thường), < 7 (ngạt nhẹ, ngạt nặng)

Tuổi thai: biến định danh, được chia thành 4 giá trị: ≥ 37 tuần, 32 - < 37 tuần, 28 - < 32 tuần, < 28 tuần.

Cân nặng: biến định danh, được chia thành 4 giá trị: ≥ 2500 gam, 1500 - < 2500 gam, 1000 - < 1500 gam, < 1000 gam.

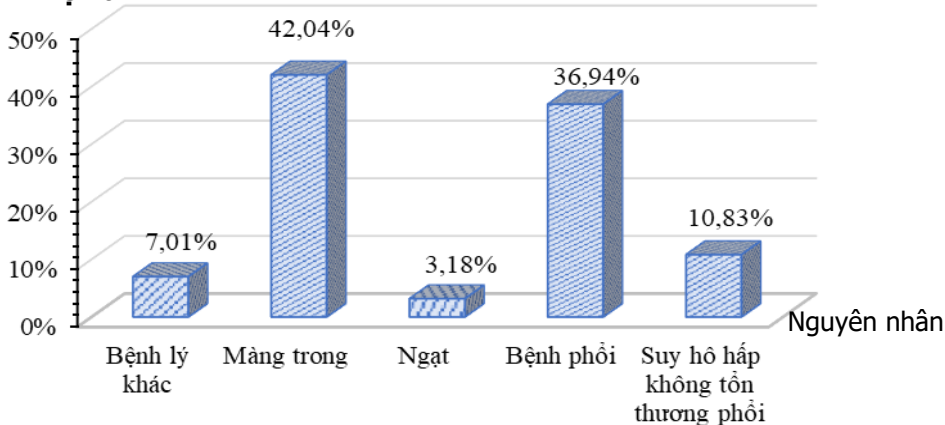
Kết quả điều trị: biến định danh, được chia thành 4 giá trị: xuất viện, chuyển viện, nặng xin về và tử vong.

Điểm Silverman⁽¹⁾:

Bảng 1: Đánh giá mức độ suy hô hấp theo thang điểm Silverman

Chi số \ Điểm	0	1	2
Di động ngực bụng	Cùng chiều	Ngực < bụng	Ngược chiều
Co kéo cơ liên	0	+	++

Tỉ lệ %



Biểu đồ 1. Nguyên nhân suy hô hấp sơ sinh

Nhận xét: Bệnh màng trong là nguyên nhân thường gặp nhất chiếm 42,04%, tiếp theo là các bệnh lý tại phổi: viêm phổi, viêm phổi hít phân su, cơn khó thở nhanh thoáng qua... chiếm 36,94%, suy hô hấp không tổn thương phổi chiếm 10,83%, bệnh lý khác: thoát vị hoành, tim bẩm sinh, bệnh lý chuyển hóa (hạ canxi máu máu, hạ đường huyết...) chiếm 7,01%, ngạt chiếm 3,18%.

sườn			
Rút lõm hõm ức	0	+	++
Cánh mũi phập phồng	0	+	++
Tiếng thở rên	0	Qua ống nghe	Nghe được bằng tai

Tổng số điểm: ≤ 3: Trẻ không suy hô hấp; 4 - 6: suy hô hấp nhẹ; > 6: suy hô hấp nặng.

Xử trí số liệu. Các số liệu sẽ được mã hóa, nhập liệu và phân tích theo phương pháp thống kê y học, lập bảng vẽ biểu đồ, sử dụng các phần mềm EpiData Manager; Stata 16; Microsoft office 365.

Y đức. Nghiên cứu đã được hội đồng Y đức bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ ngày 01/01/2021 đến ngày 30/9/2021 có 157 trường hợp thỏa đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận kết quả như sau:

Bảng 2. Kết quả chung của điều trị (N=157)

Kết quả điều trị	N	Tỉ lệ (%)
Xuất viện	124	78,98
Chuyển viện	20	12,74
Xin về	10	6,37
Tử vong	3	1,91

Nhận xét: 78,98% trường hợp điều trị thành công, khỏi xuất viện. 21,02% trường hợp diễn tiến nặng hơn, trong đó chuyển viện chiếm 12,74%, nặng xin về chiếm 6,37% và tử vong tại khoa chiếm 1,91%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm dịch tễ học với kết quả điều trị (N=157)

	Kết quả điều trị		PR (KTC 95%)	p
	Khỏi, xuất viện N (%)	Nặng hơn N (%)		
Tuổi (ngày)				
1	98 (78,40)	27 (21,60)	1	0,724
> 1	26 (81,25)	6 (18,75)	0,96 (0,80 – 1,17)	
Giới				
Nam	74 (77,89)	21 (22,11)	1	0,679
Nữ	50 (80,65)	12 (19,35)	0,97 (0,82 – 1,14)	
Tuổi thai (tuần)				
≥ 37	47 (82,47)	10 (17,54)	1	0,038
32 - < 37	69 (90,79)	7 (9,21)	0,40 (0,17 – 0,95)	
28 - < 32	7 (38,89)	11 (61,11)	2,68 (1,46 – 4,91)	
< 28	1 (16,67)	5 (83,33)	7,18 (2,14 – 24,77)	
Cân nặng (gam)				
≥ 2500	49 (79,03)	13 (20,97)	1	< 0,001
1500 - < 2500	52 (96,30)	2 (3,70)	1,58 (1,12 – 2,24)	
1000 - < 1500	21 (61,76)	13 (38,24)	2,51 (1,25 – 5,02)	
< 1000	2 (28,57)	5 (71,43)	6,30 (1,57 – 25,22)	
Tháng nhập viện				
Tháng 1 – 3	34 (69,39)	15 (30,61)	1	0,099
Tháng 4 – 6	38 (84,44)	7 (15,56)	0,51 (0,23 – 1,13)	
Tháng 7 – 9	52 (82,54)	11 (17,46)	0,57 (0,29 – 1,13)	
Kiểu sanh				
Sanh thường	60 (80,00)	15 (20,00)	1	0,764
Sanh mổ	64 (78,05)	18 (21,95)	1,10 (0,60 – 2,02)	
Tiền căn mẹ				
Mẹ khỏe	96 (79,34)	25 (20,66)	1	0,84
Mẹ bệnh	28 (77,78)	8 (22,22)	1,08 (0,53 – 2,17)	

Nhận xét: Ở nhóm trẻ có cân nặng lúc nhập viện dưới 1000 gam thì tỉ lệ bệnh nặng hơn, cao gấp 6,3 lần nhóm trẻ có cân nặng lúc nhập viện từ 2500 gam trở lên, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với kết quả điều trị (N=157)

	Kết quả điều trị		PR (KTC 95%)	p
	Khỏi, xuất viện N (%)	Nặng hơn N (%)		
Đặc điểm lâm sàng				
Nhịp thở > 60 lần/phút	48 (77,42)	14 (22,58)	1,03 (0,87 – 1,22)	0,698
Tím tái	23 (51,11)	22 (48,89)	1,76 (1,32 – 2,36)	< 0,001
Cơn ngưng thở > 20 giây	66 (75,00)	22 (25,00)	1,12 (0,96 – 1,31)	0,167
Rút lõm ngực nặng	99 (76,15)	31 (23,85)	1,21 (1,05 – 1,40)	0,056
Thở rên	68 (82,93)	14 (17,07)	0,90 (0,76 – 1,06)	0,204
Vàng da	95 (95,96)	4 (4,04)	0,52 (0,40 – 0,68)	< 0,001
Đặc điểm cận lâm sàng				
CRP tăng	43 (82,69)	9 (17,31)	0,93 (0,79 – 1,10)	0,422
Bạch cầu máu tăng	13 (68,42)	6 (31,58)	1,17 (0,86 – 1,61)	0,228
Bạch cầu máu giảm	8 (80,00)	2 (20,00)	0,99 (0,72 – 1,36)	0,935
Tiểu cầu giảm	32 (80,00)	8 (20,00)	0,98 (0,82 – 1,18)	0,855

Nhận xét: Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng có liên quan đến kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh, ở nhóm trẻ có tím tái lúc nhập viện có tỉ lệ bệnh nặng cao gấp 1,76 lần nhóm trẻ không có tím tái, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa số ngày nằm viện, điểm apgar, điểm silverman với kết quả điều trị (N=157)

	Kết quả điều trị		PR (KTC 95%)	p
	Khỏi, xuất viện N (%)	Nặng hơn N (%)		
Điểm Apgar				
≥ 7	60 (93,75)	4 (6,25)	1	< 0,001
< 7	64 (68,82)	29 (31,18)	1,70 (1,38 – 2,11)	
Điểm Silverman				
≤ 3	14 (93,33)	1 (6,67)	1	< 0,001
4 – 6	70 (92,11)	6 (7,89)	4,00 (1,85 – 8,68)	
> 6	40 (60,61)	26 (39,39)	16,00 (3,42 – 75,34)	
Số ngày nằm viện				
< 8	31 (51,67)	29 (48,33)	1	< 0,001
8 – 14	55 (94,83)	3 (5,17)	0,15 (0,06 – 0,38)	
> 14	38 (97,44)	1 (2,56)	0,02 (0,00 – 0,14)	
Nguy cơ *				
Không	114 (85,07)	20 (14,93)	1	< 0,001
Có	10 (43,48)	13 (56,52)	3,79 (2,21 – 6,50)	
Nguy cơ **				
Không	81 (85,26)	14 (14,74)	1	0,017
Có	43 (69,35)	19 (30,65)	2,08 (1,13 – 3,83)	

*Có nguy cơ khi cân nặng < 1500 gam và tuổi thai < 32 tuần; **Có nguy cơ khi cân nặng < 2500 gam và tuổi thai < 37 tuần và điểm apgar < 7 điểm và điểm silverman > 3 điểm.

Nhận xét: Ở nhóm trẻ có nguy cơ: có tuổi thai < 32 tuần tuổi và cân nặng < 1500 gam thì tỉ lệ bệnh nặng hơn, cao gấp 3,79 lần nhóm trẻ không có nguy cơ. Ở nhóm trẻ có nguy cơ: cân nặng < 2500 gam, tuổi thai < 37 tuần, điểm apgar < 7 điểm và điểm silverman > 3 điểm thì tỉ lệ bệnh nặng hơn cao gấp 2,08 lần nhóm trẻ không có nguy cơ.

Bảng 6. Mối liên quan giữa các điều trị hỗ trợ với kết quả điều trị (N=157)

	Kết quả điều trị		PR (KTC 95%)	p
	Khỏi, xuất viện N (%)	Nặng hơn N (%)		
Hỗ trợ hô hấp				
Thở oxy	35 (87,50)	5 (12,50)	1	0,001
Thở NCPAP	73 (86,90)	11 (13,10)	2,50 (1,47 – 4,23)	
Thở máy	16 (48,48)	17 (51,52)	6,23 (2,17 – 17,91)	
Dinh dưỡng tĩnh mạch				
Kháng sinh	116 (77,85)	33 (22,15)	1,28 (1,17 – 1,40)	0,134
Chiếu đèn vàng da	97 (95,10)	5 (4,90)	0,52 (0,39 – 0,68)	< 0,001
Truyền chế phẩm máu	20 (71,43)	8 (28,57)	1,13 (0,88 – 1,45)	0,279

Nhận xét: 53,50% trường hợp được hỗ trợ thở NCPAP, 25,48% thở oxy và 21,02% thở máy. Ở nhóm trẻ suy hô hấp phải đặt nội khí quản thở máy thì tỉ lệ bệnh nặng hơn, cao gấp 6,23 lần nhóm trẻ suy hô hấp thở oxy, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, p = 0,001.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ ngày 01/01/2021 đến ngày 30/9/2021 có 157 trường hợp thỏa đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số các trường hợp điều trị thành công chiếm 78,98%, 21,02% trường hợp diễn tiến nặng hơn, trong đó chuyển viện chiếm 12,74%, nặng xin về chiếm 6,37% và tử vong tại khoa chiếm 1,91%. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thiên Lý, thực hiện trên 380 bệnh nhi tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau từ ngày 01/06/2015 đến 31/05/2016 ghi

nhận tỉ lệ khỏi ra viện chiếm 79,4%, tử vong và bệnh nặng xin về chiếm 14,0% tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi⁽⁵⁾. Về nguyên nhân gây suy hô hấp, chúng tôi ghi nhận bệnh màng trong là nguyên nhân thường gặp nhất chiếm 42,04%, tiếp theo là các bệnh lý tại phổi: viêm phổi, viêm phổi hít phân su, cơn khó thở nhanh thoáng qua... chiếm 36,94%, suy hô hấp không tổn thương phổi chiếm 10,83%, bệnh lý khác: thoát vị hoành, tim bẩm sinh, bệnh lý chuyển hóa (hạ canxi máu, hạ đường huyết...) chiếm 7,01%. Tuy đã có nhiều tiến bộ

trong chăm sóc trước sinh và hồi sức sau sinh, suy hô hấp do nguyên nhân ngạt vẫn chiếm một tỉ lệ trong nghiên cứu là 3,18%. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Diệu Linh trên 313 trẻ sơ sinh có dấu hiệu suy hô hấp tại trung tâm chăm sóc và điều trị sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 6 đến tháng 11/2011 ghi nhận nguyên nhân gây suy hô hấp chủ yếu là bệnh màng trong chiếm 46,8%, bệnh lý suy hô hấp không tổn thương phổi đứng thứ 2 chiếm 32,8%, sanh ngạt chiếm 2,6%, sự khác nhau này có thể do quần thể nghiên cứu khác nhau⁽⁴⁾.

Trong 157 trường hợp suy hô hấp sơ sinh có 79,62% trường hợp nhập viện ngay sau sinh (1 ngày tuổi), 20,38% trường hợp từ nhập viện từ 2 ngày tuổi trở lên, ghi nhận tuổi lớn nhất trong nghiên cứu là 8 ngày tuổi. Suy hô hấp gặp ở trẻ nam nhiều hơn trẻ gái, tỉ lệ nam/nữ là 1,53/1. 49,68% trường hợp có địa chỉ ở huyện, xã, 36,94% ở thành thị, thị trấn và 13,38% đến từ tỉnh khác. Tuổi thai trung bình $34,53 \pm 3,40$ tuần, nhỏ nhất 25 tuần, lớn nhất 40 tuần, trong đó trẻ sinh đủ tháng (≥ 37 tuần) chiếm 36,31%, non vừa (32- <37 tuần) chiếm 48,41%, rất non (28- <32 tuần) chiếm 11,46% và cực non (< 28 tuần) chiếm 3,82%. Cân nặng lúc nhập viện trung bình: $2,163 \pm 0,857$ kg, nhỏ nhất 600 gam, nặng nhất 4000 gam, trong đó, nhẹ cân (1500- <2500 gam) chiếm 34,39%, rất nhẹ cân (1000- <1500 gam) chiếm 21,66% và cực nhẹ cân (< 1000 gam) chiếm 4,46%. Theo nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Dung trên 96 trẻ sơ sinh có suy hô hấp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 01/8/2020 đến ngày 31/10/2020 ghi nhận suy hô hấp chủ yếu gặp ở trẻ sơ sinh nam, 76,0% trẻ ≤ 1 ngày tuổi; 61,5% trẻ sơ sinh non <37 tuần; cân nặng < 2500 gam (57,3%), theo tác giả Trần Thiên Lý suy hô hấp sơ sinh gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái, trẻ nhẹ cân < 2500 gam chiếm 79,7%. Tác giả Trần Chí Công cũng ghi nhận suy hô hấp sơ sinh trẻ trai nhiều hơn trẻ gái, các nghiên cứu đều có kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi^(2, 3, 5). 47,77% trẻ được sanh thường, 52,23% trẻ được sanh mổ. Tiền căn mẹ có sốt lúc sanh chiếm 5,1%, vỡ ối kéo dài > 18 giờ chiếm 5,1%, nhiễm khuẩn tiết niệu, sinh dục chiếm 3,82%, mẹ khỏe chiếm 77,07%. Xét mối liên quan giữa các đặc điểm dịch tễ học với kết quả điều trị (bảng 2), ta thấy kiểu sanh, tiền căn mẹ, ngày tuổi nhập viện, tháng nhập viện, giới tính không khác biệt nhiều và không có ý nghĩa thống kê. Xét về tuổi thai, so với những bé sanh đủ tháng, ở nhóm trẻ sinh rất non có tỉ lệ bệnh nặng hơn, cao gấp

2,68 lần (KTC 95%: 1,46 – 4,91), ở nhóm trẻ sinh cực non có tỉ lệ bệnh nặng hơn, cao gấp 7,18 lần (KTC 95%: 2,14 – 24,77), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,001 và $< 0,001$. Ở nhóm trẻ có cân nặng lúc nhập viện < 1000 gam thì tỉ lệ bệnh nặng hơn, cao gấp 6,3 lần nhóm trẻ có cân nặng lúc nhập viện ≥ 2500 gam trở lên, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$. Như vậy, ở nhóm trẻ có lúc nhập viện có cân nặng càng thấp hoặc tuổi thai càng non thì nguy cơ bệnh diễn tiến nặng hơn so với nhóm trẻ có cân nặng ≥ 2500 gam và tuổi thai ≥ 37 tuần. Cụ thể trong bảng 3, khi xét 1 trẻ có nhập viện có nguy cơ khi cân nặng < 1500 gam và tuổi thai < 32 tuần thì tỉ lệ diễn tiến bệnh nặng hơn, cao gấp 3,79 lần so với nhóm trẻ không có yếu tố nguy cơ (KTC 95%: 2,21 – 6,50), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.

Đánh giá điểm silverman của trẻ lúc nhập viện, ghi nhận điểm silverman trung bình là $5,14 \pm 1,96$ điểm, thấp nhất là 2 điểm, cao nhất là 9 điểm. Trong đó, không suy hô hấp (≤ 3 điểm) chiếm 9,55%, suy hô hấp nhẹ (4-6 điểm) chiếm 48,41% và suy hô hấp nặng (> 6 điểm) chiếm 42,04%. Điểm apgar tham khảo trong giấy chuyển viện của các Bệnh viện Sản, ghi nhận điểm apgar trung bình là $6,15 \pm 0,90$ điểm, thấp nhất là 4 điểm, cao nhất là 8 điểm. Trong đó điểm apgar < 7 chiếm 59,24%, ≥ 7 điểm chiếm 40,76%. Xét sự liên quan giữa điểm apgar và điểm số silverman, chúng tôi ghi nhận, ở nhóm trẻ có suy hô hấp nhẹ lúc nhập viện có số điểm apgar < 7 gấp 2,51 lần so với nhóm trẻ không có suy hô hấp (KTC 95%: 1,01 – 13,95), ở nhóm trẻ có suy hô hấp nặng lúc nhập viện có số điểm apgar < 7 gấp 6,02 lần so với nhóm trẻ không có suy hô hấp (KTC 95%: 1,64 – 22,10), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,04 và 0,007. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Diệu Linh, so với nhóm có điểm silverman > 7 thì nhóm có điểm silverman ≤ 3 có điểm apgar ≥ 7 cao gấp 2,99 lần⁽⁴⁾. Như vậy, tình trạng hô hấp ngay sau sinh ảnh hưởng rất nhiều đến mức độ khó thở của trẻ. Do đó kỹ năng hồi sức sơ sinh tại phòng sanh đóng vai trò quan trọng cho tiên lượng về hô hấp của trẻ. Khi xét mối liên quan giữa điểm apgar, điểm silverman với kết quả điều trị, chúng tôi thấy điểm apgar < 7 và điểm silverman > 3 thì tỉ lệ bệnh diễn tiến nặng hơn, cụ thể khi điểm apgar < 7 thì bệnh nặng hơn gấp 1,7 lần so với nhóm trẻ có điểm apgar ≥ 7 (KTC 95%: 1,38 – 2,11), điểm silverman từ 4-6 thì bệnh nặng hơn gấp 4 lần (KTC 95%: 1,85 – 8,68), điểm silverman > 5 thì bệnh nặng hơn

gấp 16 lần (KTC 95%: 3,42 – 75,34) so với điểm silverman ≤ 3 , sự khác biệt điều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Ở nhóm trẻ có nguy cơ khi cân nặng < 2500 gam và tuổi thai < 37 tuần và điểm apgar < 7 điểm và điểm silverman > 3 điểm thì bệnh diễn tiến nặng hơn gấp 2,08 lần so với nhóm trẻ không có nguy cơ (KTC95%: 1,13 – 3,83), với $p = 0,017$.

Về biểu hiện lâm sàng thì nhịp thở nhanh > 60 lần/phút chiếm 39,49%, tím tái chiếm 28,66%, cơn ngưng thở > 20 giây chiếm 56,05%, rút lõm ngực nặng chiếm 82,80%, thở rên chiếm 52,23%, vàng da chiếm 63,06%. Theo nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Dung triệu chứng hay gặp: tím (90,6%), rút lõm lồng ngực (87,5%), thở nhanh (86,5%), phập phồng cánh mũi (46,9%).

Tác giả Trần Thiên Lý ghi nhận dấu hiệu tím tái chiếm 33,36%, dấu rút lõm ngực nặng chiếm 45,9%, cơn ngưng thở kéo dài chiếm 16,8%, nhịp tim nhanh > 60 lần/phút chiếm 73,68%, sự khác biệt này có thể do đặc điểm dịch tễ học của đôi tượng trong từng nghiên cứu khác nhau (3, 5). Khi xét mối tương quan về đặc điểm lâm sàng với kết quả điều trị, những trẻ có dấu hiệu tím tái lúc nhập viện có tỉ lệ bệnh nặng hơn, cao gấp 1,76 lần so với nhóm trẻ không có tím tái (KTC 95%: 1,32 – 2,36). Về đặc điểm cận lâm sàng chúng tôi ghi nhận có sự thay đổi giá trị của CRP tăng chiếm 33,12%, bạch cầu máu tăng $> 20.000/mm^3$ chiếm 12,10%, bạch cầu máu giảm $< 5.000/mm^3$ chiếm 6,37%, tiểu cầu máu giảm $< 100.000/mm^3$ chiếm 25,48%, X quang phổi: tổn thương bệnh màng trong chiếm 42,04%, hình ảnh viêm phổi chiếm 36,31%, hình ảnh xẹp phổi chiếm 3,82%, tràn dịch và tràn khí chiếm 10,19%. Sự thay đổi giá trị cận lâm sàng với kết quả điều trị, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 53,50% trường hợp được hỗ trợ thở NCPAP, 25,48% thở oxy và 21,02% thở máy. Tác giả Trần Chí Công ghi nhận các trường hợp thở NCPAP trên những trẻ tím tái, cơn ngưng thở nặng, rút lõm ngực nặng, thở rên, nhịp thở > 60 lần/ phút có tri giác tỉnh táo lúc nhập viện điều trị thành công hơn nhóm trẻ có tri giác lừ đừ (2). Xét về mối tương quan giữa hỗ trợ hô hấp với kết quả điều trị, chúng tôi thấy ở nhóm trẻ thở NCPAP có tỉ lệ bệnh nặng hơn cao gấp 2,5 lần (KTC 95%: 1,47 – 4,23), ở nhóm trẻ thở máy có tỉ lệ bệnh nặng hơn gấp 6,23 lần (KTC 95%: 2,17 – 17,91) so với nhóm trẻ thở oxy, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p = 0,001$. Số ngày nằm viện trung bình là $11,73 \pm 10,24$ ngày, ngắn nhất 1 ngày, lâu nhất 67 ngày, trong đó 38,22% có thời gian nằm viện

< 8 ngày, 36,94% trường hợp nằm viện sang tuần thứ 2 (từ 8 – 14 ngày), 24,84% trường hợp nằm viện trên 14 ngày và 7,01% trường hợp nằm viện trên 28 ngày.

V. KẾT LUẬN

79,62% trẻ suy hô hấp nhập viện vào ngày đầu sau sanh, tỉ lệ nam/nữ là 1,53/1, tuổi thai < 28 tuần chiếm 3,82%, cân nặng < 1000 gam chiếm 4,46%. Nguyên nhân gây suy hô hấp hay gặp nhất là bệnh màng trong chiếm 42,04%, tiếp theo là các bệnh lý tại phổi chiếm 36,94%, sanh ngạt chiếm 3,28%. Điểm silverman trung bình lúc nhập viện là $5,14 \pm 1,96$ điểm, suy hô hấp nặng (silverman > 6 điểm) chiếm 42,04%. Về biểu hiện lâm sàng thì nhịp thở nhanh > 60 lần/phút chiếm 39,49%, tím tái chiếm 28,66%, cơn ngưng thở > 20 giây chiếm 56,05%, rút lõm ngực nặng chiếm 82,80%, thở rên chiếm 52,23%, vàng da chiếm 63,06%. Về đặc điểm cận lâm sàng chúng tôi ghi nhận có sự thay đổi giá trị của CRP tăng chiếm 33,12%, bạch cầu máu tăng $> 20.000/mm^3$ chiếm 12,10%, bạch cầu máu giảm $< 5.000/mm^3$ chiếm 6,37%, tiểu cầu máu giảm $< 100.000/mm^3$ chiếm 25,48%, X quang phổi: tổn thương bệnh màng trong chiếm 42,04%, hình ảnh viêm phổi chiếm 36,31%, hình ảnh xẹp phổi chiếm 3,82%, tràn dịch và tràn khí chiếm 10,19%. 53,50% trường hợp được hỗ trợ thở NCPAP, 25,48% thở oxy và 21,02% thở máy. Đa số các trường hợp điều trị thành công chiếm 78,98%, 21,02% trường hợp diễn tiến nặng hơn, trong đó chuyển viện chiếm 12,74%, nặng xin về chiếm 6,37% và tử vong tại khoa chiếm 1,91%.

Ở nhóm trẻ có tuổi thai lúc sinh càng non, cân nặng càng nhẹ cân, điểm silverman > 3 điểm, điểm apgar < 7 điểm, tím tái lúc nhập viện, hỗ trợ thở NCPAP, thở máy có tỉ lệ diễn tiến bệnh nặng hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.

KIẾN NGHỊ

Cần quan tâm công tác quản lý thai kỳ, đặt biệt là các sản phụ có nguy cơ cao. Tăng cường các kỹ năng hồi sức sơ sinh cho các y bác sĩ tuyến huyện, tuyến xã. Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các nguyên nhân gây sinh non, suy dinh dưỡng bào thai, suy thai, ngạt chu sinh là các nguyên nhân chính gây suy hô hấp và tử vong suy hô hấp sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.238-243.

2. **Trần Chí Công (2017)** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị thở áp lực dương liên tục qua mũi ở trẻ suy hô hấp sơ sinh tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2016 - 2017, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học Y Dược Cần Thơ, 87.
3. **Hoàng Thị Dung, Nguyễn Văn Sơn, Nguyễn Bích Hoàng, Trần Tiến Thịnh Đoàn Thị Huệ (2021)** "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên". Tạp Chí Nghiên cứu Và Thực hành Nhi Khoa, 5 (4), DOI: <https://doi.org/10.47973/jprp.v5i4.342>.
4. **Trần Diệu Linh (2012)** "Tình hình bệnh lý suy hô hấp của trẻ sơ sinh tại Trung tâm chăm sóc và điều trị sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2011". Tạp chí Phụ sản, 10 (2), tr.104-109.
5. **Trần Thiên Lý, Lê Mộng Thúy, Trương Thanh Hùng (2017)** "Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh tại Bệnh viện sản nhi tỉnh Cà Mau năm 2015". Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 9, tr. 146 - 155.
6. **Phạm Thị Thanh Tâm (2020)** Suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh. Phác đồ điều trị Nhi khoa 2020 tập 2. Nhà xuất bản Y học, Bệnh viện Nhi đồng 1, tr.519-527.
7. **Nguyễn Thu Tịnh (2020)** Suy hô hấp sơ sinh. IN Phúc, V. M. (Ed.) Nhi khoa tập 2. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh, tr.169-191.
8. **D. G. Sweet, V. Carnielli, G. Greisen, M. Hallman, E. Ozek, A. te Pas, et al. (2019)** "European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome – 2019 Update". Neonatology, 115 (4), 432-450.
9. **Yadav S, Lee B, Kamity R (2021)** "Neonatal Respiratory Distress Syndrome". StatPearls [Internet], <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560779/>.

U DIỆP THỂ VÚ ÁC TÍNH DI CĂN PHỔI - TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO CA BỆNH

Cung Văn Công*

TÓM TẮT

Phân loại mô bệnh học (MBH) u vú năm 2018 của Tổ chức thế giới (WHO), trong nhóm u xơ biểu mô và u mô thừa (Fibroepithelial Tumor and Hamartomas) có U Phyllodes (u có nguồn gốc từ tế bào xơ biểu mô). Đây là loại u vú không phổ biến, chiếm <1% tổng số các khối u vú. Chúng được phân chia thành 3 loại: Lành tính, giáp biên và ác tính; và hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi trung bình từ 42 đến 45. Khoảng 16% đến 30% khối u Phyllodes là ác tính. Tại vú, u ác tính thường phát triển nhanh song lại thường di căn muộn, chủ yếu là đến phổi. Chúng tôi báo cáo ca bệnh u Phyllodes ở người bệnh (NB) nữ, 62 tuổi, đã phẫu thuật cắt bỏ u vú cách đây 15 năm (không rõ MBH), nay xuất hiện hình ảnh di căn phổi và tràn khí màng phổi (TKMP). Người bệnh được phẫu thuật nội soi xử trí tràn khí màng phổi (TKMP) và cắt u phổi làm GPB. Kết quả GPB và hoá mô miễn dịch (HMMD) khẳng định u Phyllodes di căn phổi.

Từ khoá: U xơ biểu mô; U Phyllodes; u Phyllodes di căn phổi.

SUMMARY

MALIGNANT PHYILLODES TUMOR WITH LUNG METASTASES - DOCUMENT REVIEW AND CASE REPORTS

The World Organization (WHO) 2018 histopathological classification of breast tumors, in the

group Fibroepithelial Tumor and Hamartomas there are Phyllodes tumors (tumors have original of epithelial fibers cell). This type of breast tumor is uncommon, accounting for <1% of all breast tumors. They can appear in 3 forms: Benign, marginal and malignant; and is usually found in women between the ages of 42 and 45. Approximately 16% to 30% of Phyllodes tumors are malignant. In the breast, malignant neoplasms usually grow rapidly but often metastasize late, mainly to the lungs. We report a case of Phyllodes tumor in a 62-year-old female patient, who underwent mastectomy of breast tumor 15 years ago (histopathology is unknown), and now has lung metastases and pneumothorax. The patient underwent laparoscopic surgery to treat pneumothorax and remove the lung tumor for pathology. The results of histopathology and immunohistochemistry confirmed phyllodes tumor lung metastasis.

Keywords: Fibroepithelial Tumor; Phyllodes tumor; Phyllodes Lung Metastasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U Phyllodes là một loại ung thư xơ biểu mô hiếm gặp của vú với một số lượng rất thay đổi và thường lành tính. Trước đây được gọi là "Cystosarcoma phyllodes"; Hiện nay, thuật ngữ "khối u phyllodes" với các tiêu chuẩn thích hợp liên quan đến khả năng ác tính dựa trên các đặc điểm bệnh lý là thuật ngữ đã được thống nhất. Sự phân biệt chẩn đoán này rất quan trọng nhất vì u Phyllodes đòi hỏi phải cắt bỏ vú hoàn toàn với biên độ rộng ngay cả khi các đặc điểm bệnh lý cho thấy lành tính vì nó rất dễ tái phát cục bộ. Sự tham gia của các hạch nách là rất hiếm và thường không có chỉ định bóc vét hạch vùng

**Bệnh viện Phổi trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 16.5.2022

Ngày duyệt bài: 23.5.2022