

phải mổ lại lần 3 làm cho chức năng cẳng tay hạn chế đi nhiều ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của BN.

## V. KẾT LUẬN

Gãy Galeazzi là tổn thương ít gặp trong chấn thương, ngoài gãy xương quay còn liên quan đến khớp quay trụ dưới, phức hợp sụn sợi tam giác, ảnh hưởng đến chức năng cẳng và cổ tay. Điều trị KHX quay bằng nẹp vít khóa kèm nắn chỉnh, cố định khớp quay trụ dưới đúng chỉ định tạo sự vững chắc của xương quay và khớp quay trụ dưới, giúp BN tập vận động và phục hồi chức năng sớm. Tránh các nguy cơ biến chứng:teo cơ, cứng khớp, hạn chế vận động cổ tay, đau do thoái hóa khớp.

## VI. KIẾN NGHỊ

- Gãy Galeazzi nên mổ theo sơ đồ của Browner.
- Phẫu thuật kết hợp xương quay cần chú ý nắn chỉnh khớp quay trụ dưới nếu vững thì đặt nẹp bột, không vững cần xuyên kim Kirschner cố định.
- Hướng dẫn tập vận động và phục hồi chức

năng tại bệnh viện và tại nhà, hẹn tái khám theo định kì.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Công ty HANOI.IEC biên soạn và dịch. (2015). Bảng thông số kĩ thuật nẹp vít khóa hãng INTERCUS. In.
2. Trương Công Đạt. (2002), Điều trị phẫu thuật gãy trật Galeazzi. Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TP HCM: Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
3. Bộ môn giải phẫu học. (2013). Giải phẫu học, vol. 1. Hồ Chí Minh: Ngô Quang Quyền;
4. Nguyễn Đức Phúc, Nguyễn Trung Sinh, Nguyễn Xuân Thùy, Ngô Văn Toàn. (2013). Chấn thương chỉnh hình: Nhà xuất bản y học.
5. Nguyễn Đức Phúc, Phùng Ngọc Hoa, Nguyễn Quang Trung, Phạm Gia Khải. (2010) Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình. Hà Nội: NXB Y học Hà Nội.
6. Vũ Trọng Tùng. (2004). Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật kết hợp xương gãy kín Galeazzi. Đại học Y Hà Nội.
7. Mikic ZDJTJohs. (1995). Treatment of acute injuries of the triangular fibrocartilage complex associated with distal radioulnar joint instability. 20(2):319-323.
8. Mikic ZJTJob, volume jsA. (1975). Galeazzi fracture-dislocations, 57(8):1071-1080.

# 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

Phạm Thị Thúy Tuệ<sup>1</sup>, Phạm Vân Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Tuyền<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Suy hô hấp là một hội chứng rất thường gặp ở thời kì sơ sinh, nhất là những ngày đầu sau sinh. Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh nhanh chóng tiến triển tới ngừng thở và sau đó là ngừng tim, gây tỉ lệ tử vong cao. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng suy hô hấp sơ sinh và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ suy hô hấp nặng tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi. **Phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang gồm 162 trường hợp, trong số này, hồi cứu hồ sơ bệnh án 112 trường hợp từ 01/04/2022 đến 11/08/2022 và tiến cứu 50 trường hợp từ 12/08/2022 đến 31/10/2022. **Kết quả:** Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh chủ yếu gặp ở sơ sinh nam (59,9%), tỉ lệ nam/nữ là 1,5/1; suy hô hấp xảy ra sau sinh <24 giờ (84,0%). Cân nặng trung bình là 2542,8 ± 848,3 gram. Lâm sàng thở nhanh (81,5%); suy hô hấp mức

độ nặng chiếm 25,3% (41/162); hạ glucose máu 29,6% (48/162); tổn thương trên Xquang ngực thẳng 79% (128/162). Nguyên nhân suy hô hấp hay gặp là chậm hấp thu dịch phế nang (36,4%), bệnh màng trong (28,4%), và viêm phổi sơ sinh (17,3%). Một số yếu tố liên quan đến mức độ suy hô hấp nặng: Trẻ nam có tỉ lệ SHH nặng cao hơn trẻ nữ; Trẻ có tuổi thai <34 tuần có tỉ lệ SHH nặng cao hơn trẻ có tuổi thai ≥34 tuần. Trẻ có CNLS <1500 gr có tỉ lệ SHH nặng cao hơn trẻ có CNLS ≥1500 gram. Trẻ hạ thân nhiệt có tỉ lệ SHH nặng cao hơn trẻ không hạ thân nhiệt. **Kết luận:** Phần lớn trẻ xuất hiện suy hô hấp thường xảy ra ở trẻ non tháng, nhẹ cân, trong ngày đầu sau sinh. **Từ khóa:** sơ sinh, suy hô hấp.

## SUMMARY

### CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS RELATING TO SEVERE NEONATAL RESPIRATORY DISTRESS AT QUANG NGAI HOSPITAL FOR CHILDREN AND WOMEN

**Background:** Respiratory failure is a highly frequent syndrome in the neonatal period, especially in the first days after birth. Newborn respiratory distress rapidly progresses to apnea and then goes

<sup>1</sup>Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyền

Email: nguyendinhhtuyen889@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.6.2023

Ngày duyệt bài: 7.7.2023

into cardiac arrest, increasing the risk of mortality. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of newborn respiratory failure and some factors relating to severe neonatal respiratory distress at Quang Ngai Hospital for Women and Children. **Method:** A descriptive cross-sectional study was carried out on 162 cases. Among them, a retrospective of 112 cases between April 1, 2022 and August 11, 2022 and a prospective of 50 from August 12, 2022 to October 31, 2022. **Results:** Respiratory distress in neonates was common in males (59.9%). The male/female ratio was 1.5/1, after birth  $\leq$  24 hours old (84%). The average weight was  $2542.8 \pm 848.3$  grams. Clinical manifestations of tachypnea (81.5%), children with severe respiratory failure (25.3%), hypoglycemia (29.6%), lesions detected on chest X-ray (79.0%). Common causes of respiratory failure are the alveolar liquid absorption slows (36.4%), endothelial disease (28.4%), neonatal pneumonia (17.3%). Some factors relating to severe neonatal respiratory distress: the rate of severe respiratory failure in males is more than in females. Children with a gestational age of  $<34$  weeks have a higher rate of severe respiratory failure than those of a gestational age of  $\geq 34$  weeks. Children with a birth weight  $<1500$  grams have a higher risk of severe respiratory failure than those who with a weight  $\geq 1500$  grams. Children with hypothermia have a higher proportion of severe respiratory failure than children without hypothermia. **Conclusion:** Neonatal respiratory distress usually occurs in preterm newborns, with low birth weight, on the first day after birth. **Keywords:** neonatal, respiratory distress syndrome.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Suy hô hấp là một hội chứng rất thường gặp ở thời kì sơ sinh, nhất là những ngày đầu sau sinh. Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh nhanh chóng tiến triển tới ngừng thở và sau đó là ngừng tim, gây tỉ lệ tử vong cao. Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh rất đa dạng, phong phú, khác nhau giữa trẻ non tháng và đủ tháng, giữa các nguyên nhân và mức độ suy hô hấp. Tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ngãi trong những năm gần đây được đầu tư nhiều trang thiết bị hiện đại cho phòng hồi sức tích cực góp phần nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc trẻ sơ sinh. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đề cập tới đặc điểm và yếu tố liên quan bệnh lý suy hô hấp sơ sinh từ khi có các biện pháp can thiệp. Do đó, để giúp nâng cao hiệu quả điều trị SHH, góp phần làm giảm tỉ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh, chúng tôi tiến hành "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". Mục tiêu nghiên cứu: **Mục tiêu 1:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng suy hô hấp sơ sinh. **Mục tiêu 2:** Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ suy hô

hấp nặng tại Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

- **Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang  
 - **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 162 trường hợp trong đó hồi cứu 112 trường hợp tiền cứu 50 trường hợp.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.** Trẻ sơ sinh có  $\geq 1$  triệu chứng sau lúc nhập viện:

- Nhịp thở nhanh  $>60$  lần/phút hoặc chậm  $<30$  lần/phút
- Dấu hiệu tím trung tâm hoặc đo SpO<sub>2</sub>  $<90\%$ .
- Có  $\geq 1$  dấu gắng sức: cơn ngưng thở bệnh lý, thở rên, RLLN nặng, phập phồng cánh mũi, rút lõm hõm ức, co kéo ien sườn.

Loại trừ các trường hợp: Trẻ bị bỏ rơi, không rõ tiền sử mẹ; Hồ sơ không đáp ứng yêu cầu.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

162 bệnh nhân, trong đó 112 trường hợp hồi cứu và 50 trường hợp tiền cứu.

**3.1. Đặc điểm chung**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

	Đặc điểm chung		Tần số/tỉ lệ (%)
	Nam	Nữ	
	97/65 (59,9/40,1)		
Tuổi thai (tuần)	$< 28$		5 (3,1)
	28- $< 37$		76 (46,9)
	$>37$		81 (50)
Cân nặng trung bình (gram)			2542,8 $\pm$ 848,3
Cách sinh	Sinh thường		52 (32,1)
	Sinh mổ có chuyển dạ		78 (48,1)
	Sinh mổ chưa chuyển dạ		32 (19,8)
Tuổi mẹ	$<18$		18 (11,1)
	18 - 35		137 (84,6)
	$>35$		7 (4,3)
Yếu tố nguy cơ của mẹ và cuộc chuyển dạ	Ôi vỡ non		32 (19,8)
	Ôi vỡ sớm $>18$ giờ		5 (3,1)
	Viêm ối/Viêm màng ối		4 (2,5)
	Đái đường thai kỳ		6 (3,7)
	Tiền sản giật /Sản giật		10 (6,2)

**Nhận xét:** Nam nhiều hơn nữ, tỉ lệ nam/nữ là 1,5/1 tuổi thai trung bình là  $35,5 \pm 3,9$  tuần, trẻ sinh ra đủ tháng (37 -  $<42$  tuần) chiếm tỉ lệ cao nhất (50%), cân nặng trung bình  $2542,8 \pm 848,3$  gam. Đa số nhóm nghiên cứu là sinh mổ, chiếm 67,9%. Ôi vỡ non là yếu tố nguy cơ (19,8%); mẹ vị thành niên  $<18$  tuổi (11,1%).

**3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

**3.2.1. Đặc điểm lâm sàng**

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng trẻ sơ sinh suy hô hấp**

Đặc điểm lâm sàng		Tần số	Tỷ lệ (%)	P	
Thời điểm SHH (giờ)	< 24	Non tháng	76	55,9	P 0,001
		Đủ tháng	60	44,1	
	>24	Non tháng	5	19,2	
		Đủ tháng	21	80,8	
Các triệu chứng hô hấp	Thở nhanh ( $\geq 60$ lần/phút)		132	81,5	p < 0,05
	Thở chậm (<30 lần/phút)		7	4,3	
	Cơ cứng ngưng thở		19	11,7	
	Phập phồng cánh mũi		132	81,5	
	Cơ kéo giãn sườn		154	95,1	
	Cơ kéo lõm ức		147	90,7	
	Rút lõm lồng ngực		34	21,0	
	Thở rên		86	53,1	
Phân loại thân nhiệt	Hạ thân nhiệt	Non tháng	66	63,5	p < 0,05
		Đủ tháng	38	36,5	
	Bình thường	Non tháng	23	26,5	
		Đủ tháng	36	73,5	
	Sốt	Non tháng	2	22,2	
		Đủ tháng	7	77,8	
Mức độ suy hô hấp	nhẹ		121	74,7	p < 0,05
	nặng		41	25,3	

**Nhận xét:** Phần lớn trẻ SHH nhập viện trong ngày đầu sau sinh, trẻ non tháng SHH sớm <24 giờ nhiều hơn so với trẻ đủ tháng; 85,8% trẻ có rối loạn về tần số thở; phần lớn trẻ hạ thân nhiệt lúc nhập khoa (104/162). Trong đó tỉ lệ hạ thân nhiệt ở trẻ non tháng (63,5%) nhiều hơn trẻ đủ tháng (36,5%) có ý nghĩa thống kê; Trẻ SHH mức độ nhẹ (74,7%); mức độ nặng 25,3%.

### 3.2.2 Đặc điểm cận lâm sàng

**Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng trẻ sơ sinh suy hô hấp**

Triệu chứng cận lâm sàng	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Khí máu động mạch	pH < 7,35	83	51,2
	paO <sub>2</sub>	11	6,8
	paCO <sub>2</sub>	40	24,7
Nồng độ glucose máu	Hạ	48	29,6
	Bình thường	112	69,2
	Tăng	2	1,2
Xquang ngực thẳng	Bệnh màng trong	46	28,4
	Viêm phổi	29	17,9
	Chậm hấp thu dịch phế nang	43	26,5
Siêu âm tim	Bình thường	31	19,1
	Tăng áp phổi	14	8,6
	Bệnh TBS tím	1	0,6
	Khác	70	43,2

**Nhận xét:** Trẻ có pH <7,35 chiếm tỉ lệ khá cao (51,2%); paCO<sub>2</sub> >45 mmHg chiếm 24,7%

và paO<sub>2</sub> <50 mmHg chiếm 6,8%. Tỉ lệ hạ glucose máu là 29,6%; 79% phát hiện có tổn thương trên Xquang ngực thẳng. Tổn thương phổi gặp nhiều nhất lần lượt là bệnh màng trong (28,4%) và chậm hấp thu dịch phế nang (26,5%); 71,6% trẻ được siêu âm tim, 52,5% có phát hiện bất thường trên siêu âm tim. Trong đó tăng áp phổi chiếm 8,6% và tim bẩm sinh tím chiếm 0,6%. Trường hợp khác chiếm 43,2% gồm: còn ống động mạch, thông liên thất, thông liên nhĩ, còn lỗ bầu dục.

### 3.2.3. Các nguyên nhân gây suy hô hấp

**Bảng 3. Các nguyên nhân gây suy hô hấp**

Nguyên nhân	Số bệnh nhân (n = 162)	Tỷ lệ (%)	
Tại phổi	Bệnh màng trong	46	28,4
	Cơ thở nhanh thoáng qua	59	36,4
	Viêm phổi sơ sinh	28	17,3
	Viêm phổi hít phân su	1	0,6
	Tăng áp phổi	7	4,3
	Bệnh phổi khác	4	2,5
Ngoài phổi	Ngạt	11	6,8
	Nhiễm trùng sơ sinh	1	0,6
	Tim bẩm sinh nặng	1	0,6
Khác	4	2,5	

**Nhận xét:** Nguyên nhân gây SHH ở trẻ sơ sinh chiếm tỷ lệ cao nhất là cơ thở nhanh thoáng qua (36,4%); BMT chiếm 28,4%, và viêm phổi sơ sinh chiếm 17,3%. Nguyên nhân suy HH

tại phổi khác gồm: 02 trường hợp kén phổi, 01 tràn khí màng phổi –trung thất – tràn khí dưới da tự phát và 01 trường hợp cơn ngưng thở ở trẻ đẻ non.

**3.3. Một số yếu tố liên quan đến mức độ suy hô hấp nặng**

**Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến mức độ suy hô hấp nặng**

ĐẶC ĐIỂM		Phân loại SHH				Tổng n	p
		Nặng		Nhẹ			
		n	%	n	%		
Giới	Nam	31	32,0	66	68,0	97	<0,05
	Nữ	10	15,4	55	84,6	65	
Tuổi thai (tuần)	<34	19	36,5	33	63,5	52	<0,05
	≥34	22	20,0	88	80,0	110	
Cân nặng (gam)	<1500	12	66,7	6	33,3	18	< 0,05
	≥1500	29	20,1	115	79,9	100,0	
Hạ thân nhiệt	Có	39	37,5	65	62,5	104	<0,05
	Không	2	3,4	56	96,6	58	

**Nhận xét:** Trẻ nam có tỉ lệ SHH nặng cao hơn trẻ nữ. Trẻ có tuổi thai <34 tuần có tỉ lệ SHH nặng cao hơn trẻ có tuổi thai ≥34 tuần. Trẻ có CNLS <1500 gam có tỉ lệ SHH nặng cao hơn trẻ có CNLS ≥1500 gam. Trẻ hạ thân nhiệt có tỉ lệ SHH nặng cao hơn trẻ không hạ thân nhiệt.

**IV. BÀN LUẬN**

**1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi có 162 trẻ sơ sinh được chẩn đoán SHH, nam (59,9%) cao hơn trẻ nữ (40,1%), tỉ lệ nam/nữ là 1,5/1. Tuổi thai trung bình 35,5 ± 3,9 tuần, thấp nhất là 24 tuần, cao nhất là 40 tuần. Trẻ đủ tháng (37 - <42 tuần) chiếm tỉ lệ cao nhất (50,0%), cân nặng trung bình 2542,8 ± 848,3 gr. Đa số là sinh mổ chiếm 67,9%. Nghiên cứu của chúng tôi có 84,6% số trẻ có mẹ từ 18 - 35 tuổi, mẹ <18 tuổi chiếm 11,1%; Ối vỡ non (19,8%), ối vỡ sớm >18 giờ chiếm 3,1%; mẹ vị thành niên <18 tuổi (11,1%), viêm ối/viêm màng ối chiếm 2,5%, đái đường thai kỳ chiếm 3,7%, TSG/sản giật chiếm 6,2% (bảng 1). Nghiên cứu của một số tác giả khác: Nghiên cứu của Hoàng Thị Dung [2] tại Thái Nguyên năm 2021, tỉ lệ trẻ nam (63,3%) cao hơn trẻ nữ (36,7%), tỉ lệ nam/nữ là 1,7/1. Trẻ sơ sinh non tháng chiếm 61,6% cao hơn so với trẻ sơ sinh đủ tháng (38,4%), cân nặng thấp <2500 gr chiếm tỉ lệ cao (55,9%), mẹ tuổi từ 18-35 chiếm 78,8% và 21,2% số trẻ có mẹ <18 tuổi và >35 tuổi. Theo Nguyễn Phan Trọng Hiếu [3], 157 trẻ sơ sinh SHH tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2022, SHH gặp nhiều ở bé trai hơn bé gái, tỉ lệ nam/ nữ 1,53/1. Tuổi thai trung bình 34,53 ± 3,40 tuần, nhỏ nhất 25 tuần, lớn nhất 40 tuần, trẻ sinh non chiếm 63,39%, cân nặng trung bình 2163 ± 857 gr, nhỏ nhất 600 gr, lớn nhất 4000 gr, trẻ sơ sinh cân nặng

thấp <2500 gr chiếm tỉ lệ (60,51%); sinh thường 47,77%, sinh mổ 52,23%, ối vỡ kéo dài >18 giờ chiếm 5,1%, mẹ khỏe chiếm 77,07%. Một số tác giả nước ngoài, Nghiên cứu của Baseer và cộng sự [4], tại Ai Cập (2020) trên 145 trẻ sơ sinh SHH ghi nhận, tỉ lệ nam/nữ 1,3/1, sinh thường 23,45%; sinh mổ 76,55%; tuổi mẹ dao động từ 18-45 tuổi và trung bình là 27,6 ± 6,8. mẹ Đái tháo đường (17,24%), thiếu ối (13,79%), tiền sản giật (6,20%), nhau tiền đạo (2,06%) và bệnh lý tim mạch (2,06%). Nhiễm trùng tử cung và viêm màng ối gây ra bởi ối vỡ non gây tổn thương phổi của bào thai và tế bào phế nang type 2 dẫn đến giảm tổng hợp và sản xuất surfactant. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các giả trong và ngoài nước.

**2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

**Lâm sàng:** Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn trẻ xuất hiện SHH trong ngày đầu sau sinh <24 giờ (84,0%). Trẻ non tháng xuất hiện SHH sớm <24 giờ nhiều hơn so với trẻ đủ tháng. Trẻ có rối loạn về tần số thở, chủ yếu là thở nhanh (81,5%), co kéo gian sườn (95,1%), co kéo hõm ức (90,7%) và phập phồng cánh mũi (81,5%). Trẻ bị hạ thân nhiệt (104/162 trẻ), trong đó tỉ lệ hạ thân nhiệt ở trẻ non tháng (63,5%) nhiều hơn trẻ đủ tháng (36,5%) có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu của Hoàng Thị Dung [2], ghi nhận trẻ sơ sinh thường gặp SHH ngay sau sinh (44,1%), trong số này, trẻ sơ sinh non tháng SHH ngay sau sinh (60,3%) cao hơn so với nhóm trẻ sơ sinh đủ tháng (18,1%), thở nhanh >60 lần/phút chiếm 86,1% và là dấu hiệu hay gặp nhất, tím (84,5%), RLLN nặng (81,6%), phập phồng cánh mũi (47,3%), thở rên (42,4%), hạ thân nhiệt chiếm tỉ lệ tương đối cao 64,2% và chủ yếu gặp ở trẻ non tháng. Nhóm trẻ non

tháng có tỉ lệ hạ thân nhiệt là 27,2% cao hơn so với nhóm trẻ sơ sinh đủ tháng là 8,5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . tỉ lệ trẻ có mức độ SHH nhẹ (82,4%) và nặng (17,6%), tương tự nghiên cứu của chúng tôi. Theo Nguyễn Phan Trọng Hiếu [3] năm 2022 tại bệnh viện Tiền Giang không suy hô hấp chiếm tỉ lệ 9,55%, SHH nhẹ chiếm 48,41%, SHH nặng chiếm 42,04%. Nghiên cứu của tác giả Baseer [4], tại Ai Cập (2020) 62,8% bệnh nhi khởi phát SHH ngay sau sinh; 17,9% trong ngày đầu tiên và 19,3% sau ngày thứ nhất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ có pH  $< 7,35$  chiếm tỉ lệ khá cao (51,2%),  $paCO_2 > 45$  mmHg chiếm 24,7% và  $paO_2 < 50$  mmHg chiếm 6,8%, Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Dung [2]. Toàn bộ trẻ đều được làm xét nghiệm glucose máu, trong đó 29,6% có hạ glucose máu tỉ lệ này thấp hơn so với kết quả của Hoàng Thị Dung (39,6%) [2]. Trong nhóm nghiên cứu, 88,3% trẻ được chụp Xquang ngực thẳng, 79% phát hiện có tổn thương trên Xquang ngực thẳng. Tổn thương phổi gặp nhiều nhất lần lượt là bệnh màng trong (28,4%) và chậm hấp thu dịch phế nang (26,5%). Có 71,6% trẻ được siêu âm tim; 52,5% có phát hiện bất thường. Trong số này, tăng áp phổi chiếm 8,6% và tim bẩm sinh tím chiếm 0,6%. Trường hợp khác chiếm 43,2% gồm: còn ống động mạch, thông liên thất, thông liên nhĩ, còn lỗ bầu dục.

Nguyên nhân gây SHH ở trẻ sơ sinh chiếm tỉ lệ cao nhất là cơn thở nhanh thoáng qua với 36,4%; bệnh màng trong chiếm 28,4%, và viêm phổi sơ sinh chiếm 17,3%. Những nguyên nhân ngoài phổi chiếm tỉ lệ 10,5% (bảng 3). Nghiên cứu của Khaled A. Abdel Baseer và cộng sự [4]

ở Ai Cập (2020) trên 145 trẻ sơ sinh SHH ghi nhận bệnh màng trong chiếm nguyên nhân hàng đầu với tỉ lệ 49,6%, cơn thở nhanh thoáng qua chiếm thứ 2 với 22%, viêm phổi sơ sinh chiếm 17,2% và viêm phổi hít phân su chiếm 6,21%. Một số yếu tố liên quan đến mức độ suy hô hấp nặng.

**3. Liên quan đến mức độ suy hô hấp nặng:** Kết quả của chúng tôi, SHH nặng ở nam cao hơn nữ có ý nghĩa thống kê (Bảng 4). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác: tác giả Wen [7], (2019) với tỉ lệ suy hô hấp ở nam cao hơn nữ 1,24 lần; nghiên cứu của Paraskevi [6], (2021) nam cao hơn nữ 2,9 lần; tác giả Nguyễn Phan Trọng Hiếu [3], (2022) nam cao hơn nữ 1,53 lần.

Liên quan giữa tuổi thai và mức độ suy hô hấp nặng: Tuổi thai thấp là một trong những yếu tố hàng đầu làm tăng tỉ lệ SHH nặng ở trẻ sơ

sinh, trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thai  $< 34$  tuần có tỉ lệ SHH nặng cao hơn trẻ có tuổi thai  $\geq 34$  tuần có ý nghĩa thống kê (bảng 4). Điều này hoàn toàn tương tự với các nghiên cứu của các tác giả trước đó như Wen [7], (2019) tỉ lệ chung của SHH ở trẻ sinh non tuổi thai nhỏ hơn 32 tuần là 6% trong đó tỉ lệ SHH nặng là 41,2%. Theo Nguyễn Phan Trọng Hiếu [3] (2022) trẻ rất non có tỉ lệ SHH nặng cao hơn gấp 2,68 lần và với nhóm trẻ cực non tỉ lệ suy hô hấp nặng cao gấp 7,18 lần, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Liên quan giữa cân nặng lúc sinh và mức độ suy hô hấp nặng: Trong nghiên cứu chúng tôi trẻ  $< 1500$  gr có tỉ lệ SHH nặng cao hơn trẻ có CNLS  $\geq 1500$  gram có ý nghĩa thống kê, tương tự với các nghiên cứu của các tác giả khác: Theo Liu [5] (2014) tỉ số SHH nặng ở trẻ có CNLS thấp và CNLS bình thường là 2/1. Nguyễn Phan Trọng Hiếu [3] (2022) nhóm trẻ có cân nặng lúc nhập viện  $< 1000$  gr có tỉ lệ SHH nặng cao gấp 6,3 lần so với nhóm trẻ có cân nặng  $> 2500$  gr. Trẻ hạ thân nhiệt có tỉ lệ SHH nặng cao hơn trẻ không hạ thân nhiệt; tác giả Paraskevi [6], (2021) hạ thân nhiệt là yếu tố ít liên quan mức độ SHH nặng với  $p = 0,686$ , điểm khác biệt này có thể là do sự chăm sóc ngay sau sinh rất tốt đã giảm đáng kể tỉ lệ trẻ hạ thân nhiệt.

## V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng suy hô hấp sơ sinh thường gặp rối loạn về tần số thở, chủ yếu là thở nhanh (81,5%), co kéo gian sườn (95,1%), hõm ức (90,7%) và phập phồng cánh mũi (81,5). Đặc điểm cận lâm sàng gồm: hạ glucose máu, tổn thương phổi trên Xquang, bệnh lý bẩm sinh tại tim khá cao. Tỉ lệ suy hô hấp nặng gặp ở trẻ nam, hạ thân nhiệt, tuổi thai  $< 34$  tuần, cân nặng  $< 1500$  gr.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2015)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em, Hà Nội, Ban hành theo Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, tr. 239.
- Hoàng Thị Dung, Nguyễn Văn Sơn (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), tr. 53-60.
- Nguyễn Phan Trọng Hiếu, Trần Chí Thiện, Nguyễn Thành Nam (2022)**, Đánh giá kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh và một số yếu tố liên quan, Tạp chí Y học Việt Nam, 515 (1), tr.82-88.
- Baseer Khaled a Abdel, Mohamed Mostafa (2020)**, Risk factors of respiratory diseases among neonates in neonatal intensive care unit of Qena University hospital, Egypt, Annals of global health, 86 (1).

5. Liu Jing, Yang Na (2014), High-risk factors of respiratory distress syndrome in term neonates: a retrospective case-control study, *Balkan Medical Journal*, 31(1), pp. 64.
6. Paraskevi Stylianou-Riga, Boutsikou Theodora, et al. (2021), Maternal and neonatal risk factors for neonatal respiratory distress syndrome in term neonates in Cyprus: a prospective case-control study, *Italian journal of pediatrics*, 47 (1), pp. 1-9.
7. Wen Yu-Hua, Yang Hwai-I (2019), Association of maternal preeclampsia with neonatal respiratory distress syndrome in very-low-birth-weight infants, *Scientific reports*, 9 (1), pp. 1-8.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN KHE HỞ XƯƠNG Ồ RĂNG ĐIỀU TRỊ GHÉP XƯƠNG CÓ SỬ DỤNG FIBRIN

Võ Ngọc Cường<sup>1</sup>, Phan Minh Hoàng<sup>2</sup>, Đỗ Tiến Hải<sup>3</sup>,  
Võ Khánh Tường<sup>3</sup>, Trương Nhật Khuê<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** khe hở môi – vòm miệng là những dị tật bẩm sinh phổ biến nhất ở vùng răng hàm mặt. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả các đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân có khe hở xương ổ răng có chỉ định ghép xương có sử dụng Fibrin giàu tiểu cầu tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt ca lâm sàng trên 39 bệnh nhân bị dị tật khe hở môi – vòm miệng tại khoa Vi phẫu – Tạo hình Hàm mặt, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh có chỉ định phẫu thuật ghép xương khe hở xương ổ răng một bên trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2020-06/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung vị của đối tượng nghiên cứu là 14 với khoảng tứ phân vị từ 10 – 18. Hơn một nửa đối tượng thuộc nhóm tuổi trên 12 tuổi với đa số là bệnh nhân nam (64,1%). Đa số bệnh nhân có vị trí khe hở xương ở ổ răng trái chiếm 51,3% và phẫu thuật bên trái chiếm 64,1%. Trung vị của khoảng cách cổ răng ngắn nhất của hai răng cạnh khe hở và khoảng cách khe hở xương ổ răng lần lượt là 8,88 (6,45-12,1) và 3,27 (2,09-5,01). Tương quan cổ răng theo chiều trên dưới của hai răng cạnh khe hở có trung vị là 7,06 và khoảng tứ phân vị là 6,18-9,39. **Kết luận:** Độ tuổi mang lại kết quả tốt nhất là 7-12 tuổi, cần tư vấn cho bệnh nhân có khe hở xương ổ răng thực hiện phẫu thuật trong giai đoạn này để mang lại hiệu quả tốt nhất.

**Từ khóa:** khe hở xương ổ răng, PRF, bệnh nhân, đặc điểm lâm sàng.

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ALVEOLAR CLEFT USING PLATELET-RICH FIBRIN TREATMENT

**Background:** Cleft lip and palate are the most frequent congenital malformations in the maxillofacial area. **Objectives:** Description of clinical characteristics in patients with alveolar cleft who are indicated for dental bone grafting using platelet-rich fibrin at Central Dental Hospital HCMC. **Materials and methods:** A descriptive study of a series of clinical cases was conducted 39 patients with cleft lip and palate at Central Dental Hospital HCMC. During the study period of January 2020 to June 2022, these individuals were indicated for unilateral alveolar cleft bone graft surgery. **Results:** The study results showed that the median age of the patients was 14, with an interquartile range of 10 to 18. More than half of the participants were over the age of 12, with the most (64.1%) being male. The majority of patients (51.3%) had a bone cleft in the left alveolar cavity, and 64.1% received surgery on the left side. The median (interquartile range) of the shortest cervical distance of the two teeth nearest to the cleft and the distance of the alveolar cleft were 8.88 (6.45-12.1) and 3.27 (2.09-5.01), respectively. Correlation between teeth in the upper and lower direction of the two teeth close to the cleft has a median of 7.06 and an interquartile range of 6.18-9.39. **Conclusion:** The optimal age for surgery is 7-12 years old. Children with alveolar cleft should be advised to have surgery within this time period for the best results.

**Keywords:** alveolar cleft, PRF, patients, clinical characteristics

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi – vòm miệng là những dị tật bẩm sinh phổ biến nhất ở vùng răng hàm mặt [6]. Tỷ lệ mắc khe hở chung trên Thế giới là 1,25/1000 trẻ sinh ra và khu vực Châu Á có trẻ sinh ra mắc các dị tật này cao hơn các vùng khác [10]. Hằng năm, tại trung tâm điều trị toàn diện khe hở môi – vòm miệng, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh tiếp

<sup>1</sup>Bệnh viện huyện Bình Chánh Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị Bệnh Nghề Nghiệp Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Ngọc Cường

Email: vongoccuong1969@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.6.2023

Ngày duyệt bài: 4.7.2023