

vancomycin, teicoplanin, linezolid và tigecyclin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdallah L, Remadi J-P, Habib G, et al.** Long-term prognosis of left-sided native-valve Staphylococcus aureus endocarditis (2016). Archives of Cardiovascular Diseases, 109 (4):260-267.
2. **Hidalgo-Tenorio C, Gálvez J, Martínez-Marcos FJ, et al** (2020). Clinical and prognostic differences between methicillin-resistant and methicillin-susceptible Staphylococcus aureus infective endocarditis. BMC Infectious Diseases, 20:160-171.
3. **Drissa M, Amani F, Drissa H** (2018). Staphylococcus aureus infective endocarditis at a tertiary Tunisian hospital. A changing profile?. The Egyptian Heart Journal, 70:365-368.
4. **Hoen B, Duval X. Infective endocarditis** (2013). N Engl J Med, 368:1425-1433.
5. **Joo EJ, Park DA, Kang CI, et al** (2019). Reevaluation of the impact of methicillin-resistance on outcomes in patients with Staphylococcus aureus bacteremia and endocarditis. Korean J Intern Med, 34:1347-1362.
6. **Lê Văn Anh** (2015). Thử nghiệm can thiệp của dược sĩ lâm sàng vào việc sử dụng vancomycin nhằm đảm bảo hiệu quả và an toàn trong điều trị tại bệnh viện Bạch Mai. Luận án Tiến sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
7. **Li JS, Sexton DJ, Mick N, et al** (2000). Proposed modifications to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. Clin Infect Dis, 30:633-638.
8. **Nguyễn Thanh Huy, Phạm Nguyễn Vinh** (2013). Đặc điểm viêm nội tâm mạc nhiễm trùng theo tiêu chuẩn Duke cải biến tại Viện Tim, năm 2010 và 2011. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 17 (3): 73-78.
9. **Selton-Sutty C, Ce'lard M, Moing VL, et al** (2012). Preeminence of Staphylococcus aureus in Infective Endocarditis: A 1-Year Population-Based Survey. Clinical Infectious Diseases, 54(9):1230-1239.
10. **Tran HM, Truong VT, Ngo TMN, et al** (2017). Microbiological profile and risk factors for in-hospital mortality of infective endocarditis in tertiary care hospitals of south Vietnam. PLoS ONE, 12(12): e0189421.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở TRẺ SƠ SINH VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN GIÁN TIẾP TẠI CẦN THƠ

Trần Quang Khải¹, Nguyễn Minh Phương¹, Bùi Quang Nghĩa¹,
Nguyễn Thị Mỹ Liên¹, Nguyễn Đức Trí², Nguyễn Mạnh Cường³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chiếu đèn ở trẻ sơ sinh vàng da do tăng bilirubin gián tiếp tại Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 121 bệnh nhi vàng da sơ sinh do tăng bilirubin gián tiếp được chiếu đèn tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** Giới tính nam chiếm đa số (50,4%), với tỷ số nam/nữ là 1,02, tỉ lệ trẻ non tháng 17,4%. Có 35,5% trẻ vàng da vùng 5 theo Kramer, chủ yếu gặp ở trẻ non tháng. Nồng độ bilirubin gián tiếp trung bình là 274,4±78,4 µmol/l. Bilirubin gián tiếp ở trẻ sinh thường cao hơn sinh mổ, có bệnh kèm theo cao hơn không có bệnh kèm theo (p<0,05). Kết quả điều trị 96,7% thành công với chiếu đèn, 3,3% thất bại và phải thay máu. Trẻ sinh mổ, vàng da sớm xuất hiện <7 ngày tuổi, có thời gian chiếu đèn dài hơn. **Kết luận:** Chiếu đèn là phương pháp điều trị mang lại hiệu quả cao đối với trẻ vàng da

tăng bilirubin gián tiếp, cần lưu ý các trẻ vàng da sinh mổ, mắc bệnh lý nhiễm trùng kèm theo, vàng da sớm trước 7 ngày tuổi nhằm rút ngắn thời gian chiếu đèn và nằm viện. **Từ khóa:** vàng da, tăng bilirubin máu, trẻ sơ sinh, chiếu đèn.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS AND THE EFFECTIVENESS OF PHOTOTHERAPY IN NEONATES WITH INDIRECT HYPERBILIRUBINEMIA JAUNDICE AT CAN THO

Objectives: To describe the clinical, para-clinical characteristics and evaluate of the effectiveness of phototherapy in neonates with indirect hyperbilirubinemia jaundice at the Neonatal Department, Can Tho Children's Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 121 infants with indirect hyperbilirubinemia jaundice and used phototherapy as the treatment at Can Tho Children's Hospital from June 2021 to June 2022. **Results:** Male sex accounted for 50.4%, with a male/female ratio was 1.02, premature infant rate of 17.4%. There were 35.5% of infants with zone 5 jaundice according to Kramer, mainly seen in premature infants. The average indirect bilirubin concentration was 274.4±78.4 µmol/l. Indirect bilirubin was higher in infants born vaginally than those born by surgery, with comorbidities higher than those without comorbidities (p<0.05). Treatment results: 96.7% of neonates were

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ

³Bệnh viện 103, Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Khải

Email: tqkhai@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.8.2023

Ngày duyệt bài: 7.9.2023

successfully cured, 3.3% failed and had to exchange transfusion. Infants with comorbidities, had jaundice in zone 5, were born vaginally, jaundice appeared before 7 age day, prolonged phototherapy exposure time. **Conclusion:** Phototherapy in neonates of indirect hyperbilirubinemia with was highly effective; it needs to focus on infants with infection diseases, jaundice appeared soon in order to optimal time treatment and stay hospital. **Keywords:** jaundice, hyperbilirubinemia, neonatal, phototherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vàng da sơ sinh là một trong những nguyên nhân nhập viện thường gặp nhất trong tuần đầu ở trẻ sơ sinh, và cũng là biểu hiện của nhiều bệnh lý. Khi vàng da là biểu hiện của bệnh lý, bilirubin tăng cao, vượt qua hàng rào máu não, làm tổn thương các hạch nền và nhân xám, gây di chứng nặng nề suốt đời, thậm chí tử vong. Theo một công bố của Alkén J tại Thụy Điển năm 2019, trong số 992.378 trẻ sơ sinh còn sống, 6,8/100.000 trẻ sơ sinh bị tăng bilirubin máu nguy hiểm và 1,3/100.000 trẻ sơ sinh tiến triển đến vàng da nhân.¹ Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Bình trên 124 trẻ sơ sinh vàng da tăng bilirubin gián tiếp (GT) tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế, có đến 67,7% trẻ vàng da đến vùng Kramer 5 (vàng da toàn thân).²

Hiện tại, có hai phương pháp chính điều trị vàng da tăng bilirubin gián tiếp ở trẻ sơ sinh là chiếu đèn và thay máu. Thay máu là một trong những biện pháp hữu hiệu điều trị vàng da tăng bilirubin gián tiếp nhưng đây là một thủ thuật có xâm lấn, có tai biến rủi ro và đòi hỏi có ê-kíp thực hiện chuyên môn cao. Tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, phương pháp chính điều trị trẻ sơ sinh vàng da là chiếu đèn. Đã có một số đề tài nghiên cứu về vấn đề này ở các khu vực khác, tuy nhiên tại Cần Thơ, chưa có nghiên cứu chuyên sâu về vàng da ở trẻ sơ sinh. Chính vì lẽ đó, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chiếu đèn ở trẻ sơ sinh vàng da do tăng bilirubin gián tiếp tại Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả trẻ sơ sinh được chẩn đoán vàng da tăng bilirubin gián tiếp tại Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 06/2021 đến 06/2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Tuổi: ≤28 ngày tuổi.
- Trẻ có biểu hiện vàng da trên lâm sàng.
- Xét nghiệm bilirubin toàn phần >7mg%.³

- Gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ có tăng bilirubin trực tiếp (TT) kèm theo (bilirubin TT>1 mg% khi bilirubin toàn phần (TP)≤5 mg% hoặc bilirubin TT>20% khi bilirubin TP>5 mg%).³

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 06/2021 đến 06/2022.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu:

$$p(1-p)$$

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2} = 104$$

Trong đó: + n: cỡ mẫu

+ α=0,05: mức ý nghĩa thống kê

+ Z=1,96: hệ số tin cậy

+ d=0,09: sai số cho phép theo mức độ chính xác của nghiên cứu

+ p=0,677: tỷ lệ trẻ sơ sinh vàng da tăng bilirubin GT Kramer vùng 5 theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Bình.²

Thực tế chúng tôi thu được 121 mẫu.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện đến khi đủ số mẫu.

Nội dung nghiên cứu: Tiến hành thu thập số liệu theo 2 mục tiêu gồm: hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng (vùng vàng da, ngày tuổi xuất hiện vàng da) và tiến hành định lượng bilirubin trực tiếp, toàn phần. Theo dõi những trẻ có chỉ định chiếu đèn và ghi nhận kết quả. Ghi nhận tổng thời gian chiếu đèn (tính từ khi trẻ bắt đầu được chiếu đèn đến khi kết thúc chiếu đèn). Đánh giá kết quả điều trị: thành công với chiếu đèn khi trẻ hết vàng da, thất bại với chiếu đèn khi phải kết hợp thêm phương pháp điều trị vàng da khác như thay máu.

Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học, nhập số liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2022, chúng tôi ghi nhận được 121 trẻ sơ sinh thoả tiêu chuẩn chọn mẫu tại Khoa Sơ sinh Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Một số đặc điểm chung (n=121)

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	61	50,4
	Nữ	60	49,6

Tuổi thai lúc sinh	Non tháng (<37 tuần)	21	17,4
	Đủ tháng (≥37 tuần)	100	82,6
Cân nặng lúc sinh	Nhẹ cân so với tuổi thai	3	2,5
	Phù hợp cân so với tuổi thai	115	95,0
Phương pháp sinh	Lớn cân so với tuổi thai	3	2,5
	Sinh thường	69	57,0
	Sinh mổ	52	43,0

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy vàng da sơ sinh gặp ở nam nhiều hơn ở nữ với tỉ lệ nam nữ là 50,4% và 49,6%. Trẻ chủ yếu đủ cân so với tuổi thai (95%). Trẻ non tháng chiếm 17,4%, đủ tháng chiếm 82,6%. Tỉ lệ trẻ sinh thường chiếm nhiều hơn trẻ sinh mổ với tỉ lệ lần lượt là 57% và 43%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2: Một số đặc điểm lâm sàng (n=121)

Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)	
Ngày tuổi xuất hiện vàng da	1-2 ngày	48	39,7
	3-7 ngày	39	32,2
	>7 ngày	34	28,1
Vùng vàng da	2	8	6,6
	3	29	24,0
	4	41	33,9
	5	43	35,5
Bệnh lý kèm theo	Không	73	60,3
	Nhiễm trùng huyết	16	13,2
	Viêm phổi	14	11,6

Bảng 4: Liên quan giữa nồng độ bilirubin và một số đặc điểm lâm sàng (n=121)

Đặc điểm lâm sàng		Nồng độ bilirubin GT (μmol/L)	Giá trị lớn nhất (μmol/L)	Giá trị nhỏ nhất (μmol/L)	p
Ngày tuổi xuất hiện vàng da	1-2 ngày	273,7±91,9	503	97,7	0,262
	3-7 ngày	288,8±69,9	480	139,7	
	>7 ngày	258±64,8	458,1	166,3	
Phương pháp sinh	Sinh thường	287,3±76,9	480	128,5	0,036
	Sinh mổ	257,2±77,8	503	97,7	
Bệnh kèm theo	Có	286,5±98,1	503	97,7	0,049
	Không	266,4±61,6	466,5	138,6	

Nhận xét: Trẻ xuất hiện vàng da trong 3-7 ngày tuổi có nồng độ bilirubin GT cao nhất 288,8 (μmol/L). Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ bilirubin GT và thời điểm trẻ xuất hiện vàng da (p>0,05). Nồng độ bilirubin GT ở nhóm trẻ được sinh thường cao hơn nhóm trẻ được sinh mổ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Tỷ lệ nồng độ bilirubin GT trong máu cao ở nhóm trẻ có bệnh kèm theo hơn nhóm trẻ không có bệnh kèm theo (p<0,05).

3.3. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 5: Kết quả điều trị (n=121)

Nhiễm trùng rốn	8	6,6
Nhiễm trùng đường ruột	4	3,3
Suy hô hấp	8	6,6

Nhận xét: Ngày tuổi xuất hiện vàng da chủ yếu là trong 7 ngày tuổi (71,9%), trong đó, trẻ xuất hiện vàng da sớm trong 2 ngày đầu với 48/121 trẻ (39,7%). Vàng da sau 7 ngày tuổi chiếm tỷ lệ thấp (28,1%). Đa số trẻ nhập viện vàng da vùng 5 (35,5%). Trong 121 trẻ được nghiên cứu, có 48 trẻ mắc bệnh khác kèm theo chiếm tỷ lệ 39,7%, chủ yếu là nhiễm trùng huyết (13,2%) và viêm phổi (11,6%).

Bảng 3: Đặc điểm vùng vàng da ở trẻ non tháng (n=21) và đủ tháng (n=100)

Đặc điểm vàng da	Vùng 1-4	Vùng 5	Tổng	χ ² , p
Non tháng	9(42,9%)	12(57,1%)	21	χ ² =5,178 p=0,023
Đủ tháng	69(69%)	31(31%)	100	
Tổng	78	43	121 (100%)	

Nhận xét: Trẻ non tháng vàng da chủ yếu là vùng 5 với 12/21 trẻ (57,1%), trong khi nhóm trẻ đủ tháng, vàng da vùng 5 chiếm tỷ lệ thấp (31%). Sự khác biệt về tỉ lệ vàng da Kramer 5 của 2 nhóm non tháng và đủ tháng khác biệt có ý nghĩa thống kê (χ²= 5,178, p= 0,023).

Nồng độ bilirubin TP, GT trong máu của trẻ trước chiếu đèn trung bình là 288±78,9 μmol/L và 274,36±78,4 μmol/L.

Kết quả điều trị	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thành công với chiếu đèn	117	96,7
Thất bại với chiếu đèn	4	3,3
Tổng	121	100

Nhận xét: Tỷ lệ thành công với chiếu đèn là 96,7% và 3,3% điều trị thất bại, phải kết hợp thay máu. Bốn trẻ thất bại với chiếu đèn đơn thuần đều vàng da vùng 5, đều có bệnh lý kèm theo (nhiễm trùng huyết, viêm phổi, suy hô hấp) và các triệu chứng lâm sàng về thần kinh như lơ mơ, bú kém.

Bảng 6: Thời gian chiếu đèn trung bình và một số đặc điểm lâm sàng (n=121)

Đặc điểm	Thời gian chiếu đèn trung bình (giờ)	p
Non tháng	77,1±36,2	0,537
Đủ tháng	71,4 ±38,4	
Vàng da <7 ngày tuổi	83,1 ±40,27	0,034
Vàng da >7 ngày tuổi	60,1±34,74	
Có bệnh kèm theo	73,04±43,3	0,885
Không có bệnh kèm theo	71,97±34,2	

Nhận xét: Thời gian chiếu đèn trung bình ở nhóm trẻ non tháng lâu hơn nhóm trẻ đủ tháng, trẻ xuất hiện vàng da trong 7 ngày đầu dài hơn nhóm sau 7 ngày. Trẻ mắc bệnh lý kèm theo có thời gian chiếu đèn lâu hơn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu này ghi nhận tỷ số nam/nữ là 1,02/1. Tỷ số này tương tự với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Dipak Kumar ở Ấn Độ năm 2021 với tỷ số trẻ nam/nữ là 1,7/1.⁴ Tác giả May Ahmed Khairy nghiên cứu 175 trẻ vàng da tại Bệnh viện trường Đại học Cairo với tỷ số nam nữ là 1,3/1.⁵ Như vậy, vàng da sơ sinh có tỷ lệ cao hơn ở trẻ nam, theo các tác giả có thể trẻ nam có nhiều nguy cơ mắc bệnh gây tan máu hơn so với trẻ nữ, như thiếu men G6PD. Kết quả nghiên cứu này cho thấy có 17,4% trẻ non tháng, 82,6% trẻ đủ tháng. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Dipak Kumar, tác giả này ghi nhận có 91% trẻ vàng da đủ tháng.⁴ Kết quả này không phù hợp với y văn vàng da sơ sinh gặp nhiều ở trẻ sinh non với tỷ lệ 60-80%.³ Chúng tôi có thể giải thích kết quả này là do các trẻ sinh non được chăm sóc tại các phòng dưỡng nhi của bệnh viện, tại đây trẻ được nhân viên y tế phát hiện vàng da từ rất sớm và được cho chiếu đèn, dẫn đến số trường hợp nhập viện giảm. Có 57% trẻ được sinh thường, 43% sinh mổ. Theo y văn, trẻ sinh thường có nguy cơ tăng bilirubin cao hơn trẻ sinh mổ, điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Nguyên nhân là do khi sinh thường, máu ở nhau thai truyền sang thai nhi nhiều hơn làm tăng số lượng hồng cầu nên làm tăng bilirubin trong máu do tán huyết.³

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Ngày tuổi xuất hiện vàng da chủ yếu là trong 7 ngày tuổi (71,9%), trong đó, trẻ chủ yếu xuất hiện vàng da sớm trong 2 ngày đầu với tỷ lệ 39,7%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Bình với thời gian vàng da xuất hiện chủ yếu trong 2 ngày tuổi, trong đó dưới 24 giờ tuổi chiếm 32,9%, dưới 48 giờ tuổi là

65,8%.² Trẻ non tháng xuất hiện vàng da sớm hơn (trong 1-2 ngày tuổi) so với nhóm trẻ đủ tháng. Nguyên nhân có thể do chức năng của các cơ quan chưa hoàn thiện, nên quá trình chuyển hóa bilirubin kém, mặt khác trẻ đẻ non thường dễ mắc các bệnh khác kèm theo khiến vàng da xuất hiện sớm hơn. Trong số trẻ vàng da nhập viện thì vàng da vùng 5 chiếm tỷ lệ cao nhất 35,5%, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Bình cũng cho kết quả tương tự với vàng da vùng 5 chiếm là chủ yếu (46,3%).² Nhóm trẻ non tháng, vàng da chủ yếu xuất hiện ở vùng 5, trong khi đó, ở nhóm trẻ đủ tháng, vàng da vùng 3,4,5 chiếm tỷ lệ cao, trong đó, chủ yếu là vàng da vùng 4 với 36/100 trẻ đủ tháng. Trong nghiên cứu, tỷ lệ trẻ có bệnh kèm theo là 41,3%, trong những bệnh này, nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao nhất 34,7%, trong đó gồm nhiễm trùng huyết 13,2%, nhiễm trùng rốn 6,6%, nhiễm trùng đường ruột 3,3%, viêm phổi 11,6%. Theo Dipak Kumar có 36% trẻ có bệnh lý đi kèm trong đó nhiễm trùng huyết là 11%.⁴ Tỷ lệ nồng độ bilirubin GT trong máu cao ở nhóm trẻ có bệnh nhiễm trùng kèm theo hơn nhóm trẻ không có bệnh nhiễm trùng ($p < 0,05$). Từ đó cho thấy nhiễm trùng là một yếu tố nguy cơ gây ra bệnh lý vàng da, có ảnh hưởng đến nồng độ bilirubin GT, cũng như thời gian chiếu đèn trung bình về sau.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị. Có 96,7% trẻ điều trị thành công bằng chiếu đèn và 3,3% điều trị thất bại, phải kết hợp thay máu. Tỷ lệ này cũng tương xứng với nhiều nghiên cứu trong nước. Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của Bùi Thị Bạch Huệ trên 116 trẻ vàng da tán huyết có chỉ định chiếu đèn là 100%, với 1 ca chiếu đèn có kết hợp truyền máu do thiếu máu và ngạt.⁶ Như vậy, điều trị vàng da tăng bilirubin GT ở trẻ sơ sinh bằng chiếu đèn có hiệu quả cao, đây là một phương pháp điều trị chính, an toàn và dễ thực hiện. Nếu các trẻ sơ sinh vàng da đều được phát hiện sớm và điều trị bằng chiếu đèn thì có thể giải quyết một cách có hiệu quả vàng da tăng bilirubin GT ở trẻ sơ sinh, giảm được tối đa các trường hợp thay máu cũng như giảm được đáng kể bệnh não do bilirubin GT. Theo nghiên cứu của tác giả Jonhanna Viau Conlindres và CS năm 2012 trên 45 trẻ sơ sinh đủ tháng vàng da có chỉ định chiếu đèn ở Mỹ ghi nhận thời gian chiếu đèn trung bình là 110,4±42,6 giờ nếu trẻ được chiếu đèn LED đơn thuần với công suất 30-40 $\mu\text{Wcm}^{-2}\text{nm}^{-1}$.⁷ Tác giả Bùi Thị Bạch Huệ ghi nhận thời gian chiếu đèn liên tục trung bình là 48-72 giờ.⁶ Trẻ vàng da từ ngày 3-7 ngày có thời gian chiếu đèn dài nhất ($p < 0,05$). Các trẻ nhập

viện sau 7 ngày tuổi ít có bệnh kèm theo hơn nhóm trẻ vàng da trong 7 ngày đầu, nồng độ bilirubin cũng thấp nhất, nên thời gian chiếu đèn ngắn nhất. Điều này càng chứng tỏ việc theo dõi và phát hiện trẻ vàng da có ý nghĩa quan trọng hàng đầu trong điều trị. Kết quả nghiên cứu này cho thấy thời gian chiếu đèn ở nhóm trẻ sinh non tháng là 77,1 giờ, dài hơn nhóm trẻ đủ tháng là 71,4 giờ. Trẻ sanh non tháng có thời gian chiếu đèn lâu hơn vì diễn biến giảm nồng độ bilirubin trong máu trẻ sanh non thường chậm hơn trẻ sanh đủ tháng, kèm theo chức năng gan kém hơn, khả năng đào thải phân su chậm hơn, chức năng tiêu hoá kém và quá trình tái hấp thu bilirubin tại ruột tăng hơn so với trẻ sanh đủ tháng. Thời gian chiếu đèn có mối liên quan một cách có ý nghĩa thống kê với nồng độ bilirubin GT trong máu trước chiếu đèn ($p < 0,05$). Đối với mỗi một $\mu\text{mol/l}$ nồng độ bilirubin GT tăng lên, thời gian chiếu đèn sẽ là 0,172 giờ. Theo nghiên cứu của tác giả Jonhanna Viau Colindres và cộng sự năm 2012 trên 45 trẻ sơ sinh đủ tháng vàng da có chỉ định chiếu đèn ở Mỹ ghi nhận mỗi giờ chiếu đèn LED sẽ giảm $0,057 \pm 0,045$ mg/dl bilirubin.⁷

V. KẾT LUẬN

Điều trị vàng da tăng bilirubin GT ở trẻ sơ sinh bằng chiếu đèn mang lại hiệu quả cao, cần lưu ý những trẻ có các đặc điểm lâm sàng như trẻ sinh mổ, vàng da sớm <7 ngày tuổi để rút

ngắn thời gian chiếu đèn và nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alkén J, Håkansson S, Ekéus C, Gustafson P, Norman M.** Rates of Extreme Neonatal Hyperbilirubinemia and Kernicterus in Children and Adherence to National Guidelines for Screening, Diagnosis, and Treatment in Sweden. *JAMA network open.* 2019;2(3):e190858.
2. **Nguyễn Thị Thanh Bình, Trần Thị Phương Thảo, Phan Hùng Việt.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của vàng da tăng bilirubin gián tiếp ở trẻ sơ sinh. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế.* 2017;7(1):84-89.
3. **Mitra S, Rennie J.** Neonatal jaundice: aetiology, diagnosis and treatment. *British journal of hospital medicine (London, England : 2005).* 2017; 78(12):699-704.
4. **Dipak Kumar, et al.** A Prospective Investigation of the Aetiology and Clinical Characteristics of Newborn Jaundice in Bihar, India. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research.* 2021;13(4):272-276.
5. **Khairy MA, Abuelhamd WA, Elhawary IM, Mahmoud Nabayel AS.** Early predictors of neonatal hyperbilirubinemia in full term newborn. *Pediatr Neonatol.* 2019;60(3):285-290.
6. **Bùi Thị Bạch Huệ, Nguyễn Thanh Đại.** Đánh giá hiệu quả và an toàn trong chiếu đèn và truyền máu trẻ vàng da tán huyết tại Bệnh viện Phụ Sản Quốc tế Sài Gòn Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2010;14(4):1-5.
7. **Viau Colindres J, Rountree C, Destarac MA, et al.** Prospective randomized controlled study comparing low-cost LED and conventional phototherapy for treatment of neonatal hyperbilirubinemia. *J Trop Pediatr.* 2012;58(3):178-183.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DẪY VÁCH NGĂN CHÍNH XOANG BƯỚM VÀ VAI TRÒ TRONG TIẾP CẬN HỐ YÊN QUA ĐƯỜNG XUYÊN XOANG BƯỚM

Hoàng Đình Âu¹, Mã Mai Hiền²

TÓM TẮT

Mục đích: Có rất nhiều biến thể giải phẫu của xoang bướm như khí hóa xoang bướm, tế bào bướm sàng sau (Onodi cell), vách ngăn xoang bướm và mối liên quan đến các cấu trúc mạch máu thần kinh. Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm mục đích đánh giá chiều cao của vách ngăn chính xoang bướm, cũng như loại của nó (xương, màng hoặc hỗn hợp) và tần

suất gặp ở nhóm bệnh nhân trước phẫu thuật nội soi chức năng xoang tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang phân tích vách ngăn chính xoang bướm trên 149 bệnh nhân (75 nữ, 74 nam) trước PTNS chức năng xoang, được chụp MSCT xoang không tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch nhằm đo chiều cao vách ngăn chính của xoang bướm và loại vách ngăn chính. Quy trình chụp MSCT từ xoang trán đến hết xoang bướm với các lớp mỏng 0.625mm, tái tạo theo mặt phẳng coronal vuông góc với khẩu cái cứng và axial song song với khẩu cái cứng. Chiều cao vách ngăn chính được đo trên mặt phẳng coronal từ thành dưới đến thành trên, đo theo đường thẳng (nếu vách ngăn chính thẳng) hoặc cong (nếu vách ngăn chính không đều). Vách ngăn chính xoang bướm được chia làm 3 loại: xương hoàn toàn, bán phần xương- màng

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhou@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023