

Có 85,8% bà mẹ có kiến thức chung đúng; trong khi đó bà mẹ có kiến thức chung vẫn chưa đúng chiếm 14,2%. Kiến thức chưa đúng tập trung về nguyên nhân gây bệnh viêm phổi và yếu tố gây bệnh viêm phổi (xấp xỉ 55%) và xử trí bệnh viêm phổi khi trẻ mắc bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hồng Gấm** (2017), "Khảo sát kiến thức, thực hành của bà mẹ về chăm sóc Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ dưới 5 tuổi tại Khoa khám Bệnh viện Nhi Đồng Thành phố Cần Thơ năm 2017, *Luận văn Tốt nghiệp Đại học. Đại học Tây Đô* 2017.

2. **Kathy Fitzsimmons Nguyễn Xuân Lành, Quang Văn Trí** (2013), "Kiến thức về bệnh viêm phổi của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi và các yếu tố liên quan".

3. **Nguyễn Thị Thu Thủy** (2019), "Kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc viêm phổi và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Bạch Mai", *Luận văn Thạc sĩ Trường Đại học*

Thăng Long.

4. **Nguyễn Thị Đài Trang, Trần Đỗ Hùng** (2013), "Khảo sát kiến thức về chăm sóc của các bà mẹ có con bị viêm phổi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ", *Tạp chí Y học thực hành* số 6. 6, tr. 16 - 21.

5. **Đàm Thị Tuyết** (2010), "Một số đặc điểm dịch tễ và hiệu quả can thiệp đối với nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ dưới 5 tuổi tại huyện chợ mới, tỉnh Bắc Kạn", *Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Thái Nguyên.*

6. **Fawzia El Sayed Abusaad và Sahar Farouk Hashem** (2014), "Mother's learning needs assessment regarding pneumonia among children less than five years at Saudi Arabia", *Journal of Reserch in Nursing and Midwifery.*

7. **Renu rani Rajiv Kumar Gupta** (2018), "Hand hygiene: Knowledge, attitude and practises among mothers of under 5 years children attending a tertiary care hospital in North India", *International Journal of Community and Public Health.*

NHẬN XÉT KẾT QUẢ CỦA XÉT NGHIỆM SÀNG LỌC SƠ SINH TRÊN BỆNH LÝ SUY GIÁP BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI TỪ THÁNG 9/2018 ĐẾN THÁNG 8/2019

NGUYỄN HỒNG PHƯỢNG
Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sàng lọc sơ sinh phát hiện suy giáp trạng bẩm sinh đang được tiến hành rộng rãi trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Tuy nhiên, có nhiều yếu tố liên quan đến kết quả sàng lọc bệnh lý suy giáp trạng bẩm sinh như sinh non, nhẹ cân, bệnh lý tuyến giáp người mẹ, yếu tố di truyền... chưa được đánh giá đầy đủ.

Mục tiêu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này để đưa ra nhận xét về tình hình sàng lọc suy giáp trạng bẩm sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 9/2018 đến tháng 8/2019.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả:

- Tỷ lệ sàng lọc SGTBS ở BVPSHN từ tháng 9/2018 đến tháng 8/2019 là 76,5%. Tỷ lệ sàng lọc dương tính là 1/1.350, tỷ lệ chẩn đoán dương tính là 1/3.600. Giá trị của sàng lọc dương tính là 37,5%.

- Suy giáp trạng bẩm sinh gặp nhiều hơn ở trẻ gái, trẻ sơ sinh quá ngày sinh, trẻ có cân nặng

sau sinh > 3.500gr, trẻ mắc hội chứng Down.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hồng Phượng

Email: phuongthuykhue@yahoo.com

Ngày nhận: 02/10/2020

Ngày phản biện: 10/11/2020

Ngày duyệt bài: 27/11/2020

- Suy giáp trạng bẩm sinh đa số có nguyên nhân tự phát, ít liên quan đến yếu tố di truyền.

- Có hiện tượng suy giáp thoáng qua gặp ở trẻ sinh non, nhẹ cân gây nên hiện tượng dương tính giả của test sàng lọc.

- Có hiện tượng tăng TSH bị trì hoãn gây âm tính giả của test sàng lọc ở trẻ non tháng nhẹ cân, có bệnh lý kèm theo.

Từ khóa: Sàng lọc sơ sinh, suy giáp bẩm sinh.

SUMMARY
COMMENT ON THE NEWBORN SCREENING SITUATION FOR CONGENITAL HYPOTHYROIDISM AT HANOI OBSTETRICS

AND GYNECOLOGY HOSPITAL FROM SEPTEMBER 2018 TO AUGUST 2019

Background: Newborn screening to detect congenital hypothyroidism is being carried out widely in the world as well as in Vietnam. However, many factors related to the screening results for congenital hypothyroidism such as preterm birth, low birth weight, maternal thyroid disease, genetic factors ... have not been fully evaluated.

Objective: We conducted a study on this topic to comment on the screening situation for congenital hypothyroidism at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from September 2018 to August 2019.

Method: Sectional and descriptive.

Result: Congenital hypothyroidism screening rate in Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from September 2018 to August 2019 was 76.5%. The positive screening rate is 1/1,350, the positive diagnosis rate is 1/3,600. The value of the positive screening is 37.5%.

- Congenital hypothyroidism is more common in girls, infants over the date of birth, children with a postpartum weight > 3,500 grams, and children with Down syndrome.

- Most congenital hypothyroidism has a spontaneous cause, less related to genetic factors.

- There is a transient hypothyroidism phenomenon seen in preterm infants, low birth weight, causing false positives of the screening test.

- There is a delayed increase in TSH, causing false negative of screening test in low birth weight preterm infants with comorbid medical conditions.

Keywords: *Newborn screening, congenital hypothyroidism.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy giáp trạng bẩm sinh là một bệnh lý thường gặp ở trẻ sơ sinh. Bệnh thường biểu hiện bằng các triệu chứng sớm rất mơ hồ, do đó rất dễ bị bỏ sót hoặc chẩn đoán chậm trễ, gây nhiều ảnh hưởng trầm trọng trên toàn bộ quá trình phát triển thể chất - tâm thần, làm cho trẻ đần độn, không có khả năng học tập, lao động kèm một số bệnh lý mạn tính. Việc phát hiện sớm và điều trị thích hợp giúp ngăn ngừa các tác động nêu trên.

Tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, chương trình sàng lọc suy giáp trạng bẩm sinh đã được tiến hành từ tháng 9 năm 2013, tuy nhiên, có nhiều yếu tố liên quan đến kết quả sàng lọc bệnh lý

suy giáp trạng bẩm sinh như sinh non, nhẹ cân, bệnh lý tuyến giáp người mẹ, yếu tố di truyền... chưa được đánh giá đầy đủ. Việc đánh giá xem xét những yếu tố này góp phần quan trọng trong việc chẩn đoán đúng, tránh bỏ sót các trường hợp âm tính giả cũng như dương tính giả, nâng cao chất lượng sàng lọc bệnh SGTBS. Với ý nghĩa như vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nhận xét kết quả của xét nghiệm sàng lọc sơ sinh trên bệnh lý suy giáp bẩm sinh tại BVPSHN từ tháng 9/2018 đến tháng 8/2019" với 2 mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ sàng lọc dương tính và tỉ lệ chẩn đoán dương tính của bệnh lý suy giáp bẩm sinh tại BVPSHN.

2. Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả sàng lọc dương tính.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên những trẻ sơ sinh được sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội được làm test sàng lọc suy giáp bẩm sinh.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả trẻ sơ sinh trên 24h tuổi được làm test sàng lọc suy giáp bẩm sinh.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ sơ sinh có truyền máu

2. Địa điểm nghiên cứu

Trung tâm Sàng lọc Chẩn đoán Trước sinh và Sơ sinh - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/09/2018 đến 31/08/2019.

3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện.

- Cách thức nghiên cứu:

+ Trẻ sơ sinh trên 24 giờ tuổi được lấy mẫu máu gót chân và được định lượng nồng độ TSH bằng kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang trên hệ thống máy Auto Delfia (Hãng sản xuất Perkin Elmer). Kết quả sàng lọc được coi là dương tính khi nồng độ TSH trong mẫu máu khô $\geq 18 \mu\text{IU/ml}$.

+ Lấy thông tin số điện thoại liên hệ, tiến hành gọi điện thoại cho những bệnh nhân có kết quả sàng lọc dương tính để kiểm tra kết quả sau khi khám chuyên khoa Nhi, khai thác thông tin về các yếu tố liên quan.

+ Xử lý và phân tích số liệu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ trẻ được làm sàng lọc sơ sinh

Theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ trẻ được làm sàng lọc SGTBS tại BVPSHN từ tháng 9/2018 đến tháng 8/2019 là 76,5%. Tỷ lệ này cũng phù

hợp với báo cáo của phòng Kế hoạch Tổng hợp, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong thời gian gần đây và tỷ lệ trẻ làm sàng lọc SGTBS cao hơn đáng kể so với những năm trước. (Bảng1). Điều này có thể được lý giải là do đẩy mạnh công tác tư vấn tuyên truyền cho khách hàng trong việc thực hiện xét nghiệm sàng lọc sơ sinh nói chung và xét nghiệm bệnh lý SGTBS nói riêng. Hơn nữa, nhận thức của người dân về sàng lọc sơ sinh cũng được nâng cao hơn so với những năm trước đây.

Bảng 1. Tỷ lệ trẻ sơ sinh được làm sàng lọc SGTBS tại BVPSHN

	2015	2016	2017	2018	2019
Số trẻ sơ sinh	41.604	34.568	38.819	38.750	43.709
Số trẻ sàng lọc SGTBS	22.199	19.852	27.901	29.041	34.363
Tỷ lệ (%)	53,3	57,4	71,8	74,9	78,6

(Nguồn: Bệnh viện Phụ sản Hà Nội)

2. Tỷ lệ trẻ sàng lọc dương tính và chẩn đoán dương tính

Theo thống kê của chúng tôi, số trẻ có kết quả sàng lọc dương tính là 24 trẻ, trong số 32.370 trẻ được làm sàng lọc, chiếm tỷ lệ 1/1.350. Trong 24 trẻ sàng lọc dương tính, có 9 trẻ được chẩn đoán xác định mắc bệnh SGTBS tương đương tỷ lệ 1/3.600. Tỷ lệ này cũng tương đương các công bố trong và ngoài nước trước đó. Do đặc điểm bệnh SGTBS cần được phát hiện và điều trị càng sớm càng tốt, không những thế, việc tiến hành sàng lọc lại vô cùng đơn giản là lấy máu gót chân, có thể thực hiện đại trà trên tất cả các tuyến y tế cơ sở. Vì vậy, xét nghiệm sàng lọc là rất cần thiết và có ý nghĩa to lớn đối với công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

3. Giá trị của xét nghiệm sàng lọc dương tính

Theo kết quả nghiên cứu, số trẻ được chẩn đoán dương tính là 9 trẻ, chiếm 37,5% số trẻ được sàng lọc dương tính (24 trẻ). Như vậy, tỷ lệ dương tính giả là 62,5%. Điều này có thể được lý giải bởi các lý do như sau:

Tại BVPSHN, do đặc điểm các sản phụ sau đẻ thường sẽ ra viện sớm sau 24-48h, vì vậy để đảm bảo trẻ sinh ra được làm sàng lọc, các khoa phòng nội trú thường lấy máu gót chân cho trẻ vào thời điểm sau sinh 24- 48 giờ. Thời điểm này có thể sẽ cho kết quả dương tính giả trong một số trường hợp vì khi lấy máu những giờ đầu sau sinh có thể gặp hiện tượng TSH tăng cao sinh lý do vùng dưới đồi tăng tiết TRH. Sự gia tăng TSH

sinh lý xảy ra và nồng độ TSH có thể duy trì trên 20 μ IU/ml trong 24 đến 48 giờ đầu tiên của cuộc đời. Nồng độ TSH sẽ trở về bình thường sau sinh 3- 5 ngày do T4 và T3 dần dần ức chế ngược lên hạ khâu não và tuyến yên.

Suy giáp thoáng qua có thể gặp ở 10% trẻ sơ sinh và sẽ hết sau vài tuần. Các yếu tố góp phần gây suy giáp thoáng qua là sinh non, thiếu hoặc thừa iod, suy giáp do mẹ dùng thuốc kháng giáp trạng tổng hợp, kháng thể ức chế tuyến giáp truyền từ mẹ sang con.

4. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ chẩn đoán dương tính

4.1. Cân nặng của trẻ

Bảng 2. Tỷ lệ sàng lọc và chẩn đoán dương tính theo cân nặng

Cân nặng	CĐ (+)		CĐ (-)		Tổng
	n	%	n	%	
< 2500 g	1	20	4	80	5
2500- 3500g	6	35,2	11	64,7	17
> 3500g	2	100	0	0	2
Tổng	9		15		

Theo kết quả nghiên cứu, giá trị tiên đoán dương tính ở nhóm cân nặng trên 3.500gr là 100%. Như vậy, cân nặng khi sinh càng cao thì nguy cơ mắc SGTBS của trẻ càng cao. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước trước đây khi nhận xét về mối liên quan giữa cân nặng khi sinh với nguy cơ SGTBS. Lý do vì sao trẻ mắc suy giáp trạng bẩm sinh lại có cân nặng lúc sinh cao chưa được giải thích rõ ràng. Có thể do hormon tuyến giáp liên quan đến các con đường chuyển hóa ở cơ thể thai nhi, đặc biệt là chuyển hóa glucose, nên gây ra tình trạng cân nặng sơ sinh lớn, tương tự như cơ chế trong bệnh lý hạ đường huyết sơ sinh.

Giá trị tiên đoán dương tính ở nhóm trẻ nhẹ cân thấp nhất (20%), hay nói cách khác tỷ lệ dương tính giả cao (80%). Điều này được giải thích đó là do hiện tượng suy giáp thoáng qua ở trẻ nhẹ cân và sinh non. Suy giáp trạng thoáng qua là sự thiếu hụt tạm thời hormon tuyến giáp được xác định ngay sau khi sinh, với xét nghiệm T4 thấp và TSH tăng nhẹ hoặc bình thường, sau đó tự phục hồi việc sản xuất hormon T3, T4 như trẻ bình thường trong tháng đầu tiên. Khoảng 17% đến 40% trẻ em được chẩn đoán mắc suy giáp trạng bằng các chương trình sàng lọc sơ sinh sau đó được xác định là bị suy giáp thoáng qua. Cơ chế là do trẻ đẻ non, nhẹ cân có trục hạ đồi-tuyến yên-tuyến giáp chưa trưởng thành, do đó lượng hormone tuyến giáp (T4, T3) có hoạt tính sinh học được tạo ra thấp, việc giảm hormone tuyến giáp thường thấy vào khoảng

một tuần tuổi. Đa số các chỉ số xét nghiệm TSH, T4, FT4 sẽ trở về bình thường sau 2 tuần kiểm tra lại mà không cần điều trị gì.

Mặt khác, còn một vấn đề hết sức lưu ý là hiện tượng tăng TSH bị trì hoãn ở trẻ nhẹ cân, đặc biệt ở trẻ rất nhẹ cân và trẻ có bệnh lý kèm theo. Nói cách khác, có hiện tượng âm tính giả ở các trẻ này nếu chỉ thực hiện sàng lọc 1 lần duy nhất lúc mới sinh.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp 1 trường hợp bé gái sinh non 31 tuần cân nặng 1.050gr, sàng lọc ban đầu nồng độ TSH chỉ ở mức 23,2µU/ml nhưng sau đó đến viện nhi xét nghiệm chẩn đoán TSH lại tăng 131,4 µU/ml. Rất may mắn trường hợp này TSH lúc làm sàng lọc là cao hơn ngưỡng, nếu sàng lọc với chỉ số thấp hơn ngưỡng sẽ bị bỏ sót chẩn đoán trong trường hợp này. Do vậy, rất cần thiết việc sàng lọc lần 2, lần 3 với các trường hợp trẻ nhẹ cân, rất nhẹ cân cũng như trẻ có bệnh lý kèm theo.

Theo hướng dẫn của hiệp hội Nhi khoa châu Âu và Hoa Kỳ, đều đồng thuận việc phải xét nghiệm lặp lại FT4 và TSH sau lần thứ nhất 2 tuần hoặc ngay trước khi xuất viện với tất cả các trẻ sinh non, nhẹ cân dù kết quả xét nghiệm sàng lọc TSH ban đầu là bình thường hay cao, để loại trừ trường hợp suy giáp thoáng qua cũng như hiện tượng tăng TSH bị trì hoãn.

4.2. Tuổi thai lúc sinh của trẻ

Bảng 3. Tuổi thai của trẻ sàng lọc dương tính

	Số trẻ SL (+)	Số trẻ CĐ (+)	Giá trị của tiên đoán dương tính	Tỷ lệ dương tính giả
Đẻ non (< 37 tuần)	14	3	21,4%	78,6%
Đủ tháng (37- 40 tuần)	8	4	50%	50%
Quá ngày sinh (> 40 tuần)	2	2	100%	0%
Tổng	24	9		

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 2 trẻ sơ sinh quá ngày sinh có sàng lọc TSH dương tính và đều cho kết quả chẩn đoán mắc SGTBS. 2 trẻ này đều sinh mổ do thai quá ngày sinh mà không khởi phát chuyển dạ. Giá trị tiên đoán dương tính ở nhóm trẻ quá ngày sinh là cao nhất (100%). Nói cách khác, thai già tháng có liên quan đến bệnh lý SGTBS. Điều này chưa được giải thích cơ chế rõ ràng, có thể liên quan đến quá trình trưởng thành bánh rau chậm hơn ở những thai SGTBS dẫn đến dấu hiệu khởi phát chuyển dạ diễn ra muộn hơn tuần 40.

Tương tự trẻ nhẹ cân, nhóm trẻ sinh non cần được xét nghiệm lặp lại FT4 và TSH sau đó 2 tuần hoặc ngay sau khi xuất viện dù kết quả xét nghiệm sàng lọc TSH ban đầu là bình thường hay cao, để loại trừ trường hợp suy giáp thoáng qua cũng như hiện tượng tăng TSH bị trì hoãn.

4.3. Giới tính

Trong nhóm trẻ được sàng lọc dương tính có 15 trẻ nữ và 9 trẻ nam, tỷ lệ nữ/nam là 1,7/1. Còn trong nhóm trẻ được chẩn đoán dương tính, có 9 trẻ thì 7 trẻ là nữ, tỷ lệ nữ/nam là 3,5/1. Như vậy số trẻ nữ mắc suy giáp bẩm sinh cao hơn trẻ nam. Tuy số liệu thống kê của chúng tôi chưa nhiều nhưng cũng có phần tương đồng với các thống kê của các nghiên cứu trong và ngoài nước khác. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy một tỷ lệ nữ/nam là 2/1. Nguyên nhân suy giáp thường gặp hơn ở trẻ nữ chưa được lý giải một cách rõ ràng.

4.4. Tình trạng bệnh lý tuyến giáp của mẹ

Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trẻ có kết quả sàng lọc SGTBS có mẹ bị Basedow, có dùng thuốc kháng giáp trạng trong thời gian mang thai. Kết quả sàng lọc của trẻ TSH là 26 µU/ml, kết quả chẩn đoán xác định thì không mắc bệnh. Đây là tình trạng suy giáp trạng thoáng qua do nguyên nhân mẹ sử dụng thuốc kháng giáp trạng.

4.5. Yếu tố di truyền

Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 1 trường hợp hội chứng Down có kết quả sàng lọc SGTBS dương tính và sau đó được chẩn đoán dương tính. Theo các y văn, trẻ mắc hội chứng Down tăng nguy cơ SGTBS cao gấp 30 lần so với trẻ bình thường, tuy nhiên đa số là tình trạng suy giáp ở mức độ nhẹ. Nguyên nhân dẫn đến SGTBS được lý giải nhiều do vấn đề tự miễn dịch ở trẻ mắc Hội chứng Down, cụ thể là kháng thể peroxidase (TPO) được tìm thấy ở nhiều trẻ có HC Down. Các trường hợp trẻ mắc hội chứng Down có SGTBS rất cần được chẩn đoán và điều trị sớm, tránh để nặng nề thêm tình trạng chậm phát triển tâm thần ở những trẻ này.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp trường hợp nào SGTBS có yếu tố gia đình. Cho đến nay, nguyên nhân gây SGTBS vẫn chưa được hiểu biết rõ ràng, bệnh mang tính chất tự phát, có thể gặp ở bất kì lứa tuổi, địa vị, tầng lớp xã hội.

4.6. Song thai

Trong nghiên cứu này có 2 trường hợp sinh đôi cùng trứng có kết quả sàng lọc dương tính. Trong đó, một trường hợp sàng lọc dương tính

với cả 2 trẻ, tuy nhiên xét nghiệm chẩn đoán xác định lại chỉ có 1 trẻ mắc bệnh.

Như vậy, sàng lọc SGTBS ở các trường hợp sinh đôi cần lưu ý tình trạng dương tính giả, nguyên nhân do sự pha trộn máu ở 2 trẻ vẫn tồn tại trong những ngày đầu sau sinh, trẻ mắc bệnh suy giáp có TSH cao sẽ pha phộn với trẻ bình thường có TSH thấp làm TSH của trẻ không mắc bệnh này cao hơn trong những ngày đầu. Vì vậy, những trường hợp sinh đôi cùng trứng, nếu sàng lọc dương tính ở 1 trong 2 trẻ, nên được lặp lại xét nghiệm sàng lọc cho cả 2 trẻ sau đó 1 tuần hoặc ngay trước khi xuất viện.

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ sàng lọc SGTBS ở BVPSHN từ tháng 9/2018 đến tháng 8/2019 là 76,5%. Tỷ lệ sàng lọc dương tính là 1/1.350, tỷ lệ chẩn đoán dương tính là 1/3.600. Giá trị của sàng lọc dương tính là 37,5%

- Suy giáp trạng bẩm sinh gặp nhiều hơn ở trẻ gái, trẻ sơ sinh quá ngày sinh, trẻ có cân nặng sau sinh > 3.500gr, trẻ mắc hội chứng Down.

- Suy giáp trạng bẩm sinh đa số có nguyên nhân tự phát, ít liên quan đến yếu tố di truyền.

- Có hiện tượng suy giáp thoáng qua gặp ở trẻ sinh non, nhẹ cân gây nên hiện tượng dương tính giả của test sàng lọc.

- Có hiện tượng tăng TSH bị trì hoãn gây âm tính giả của test sàng lọc ở trẻ non tháng nhẹ cân, có bệnh lý kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **N. T. Nhạn**, Sàng lọc sơ sinh phát hiện và can thiệp sớm bệnh suy giáp bẩm sinh nhằm giảm thấp tàn phế cho trẻ em, Đề tài Nghiên cứu Khoa học Công nghệ cấp Bộ. (2006)..

2. **N. T. Hoàn**, "Góp phần chẩn đoán và điều trị sớm suy giáp trạng nguyên phát ở trẻ em Việt Nam".

3. **Kanike**, Transient hypothyroidism in the newborn: to treat or not to treat", 2017.

4. **Uhrmann**, "Frequency of transient hypothyroxinaemia in low birthweight infants. Potential pitfall for neonatal screening programmes". *PubMed*, vol. Arch Dis Child. 1981;56 (3):214.

5. Newborn screening for Congenital Hypothyroidism: Recommended Guidelines. Pediatrics 1993, American Academy of Pediatrics Section on Endocrinology and Committee on Genetics, and America Thyroid Association Committee on Public Health.

6. **L. J.**, European Society for Paediatric Endocrinology Consensus Guidelines on Screening, Diagnosis, and Management of Congenital Hypothyroidism.

7. **Cavarzere**, Congenital Hypothyroidism With Delayed TSH Elevation in Low-Birth-Weight Infants: Incidence, Diagnosis and Management, *Eur J Endocrinol*, Vols. 2016 Nov;175 (5):395-402.

8. **H. C. Woo**, Congenital Hypothyroidism with a Delayed Thyroid-Stimulating Hormone Elevation in Very Premature Infants: Incidence and Growth and Developmental Outcomes, *Pediatric*, Vols. 2011 Apr;158 (4):538-42. doi: 10.1016/j.jpeds.2010.10.018. Epub 2011 Jan 13.

9. **Therell.**, B. L. US newborn screening policy dilemmas for the 21 century", *Mol. Genet. Metab.* 74 (2001).

10. **U. S.**, Frequency of transient hypothyroxinaemia in low birthweight infants. Potential pitfall for neonatal screening programmes. *PubMed*, vol. Arch Dis Child. 1981;56 (3):214.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG DÒ KÊNH CỔ TỬ CUNG – KHOANG CẠNH CỔ TỬ CUNG TRONG Ổ BỤNG TRÊN BỆNH NHÂN TỬ CUNG HAI BUỒNG

LÊ THỊ ANH ĐÀO¹,
ĐỖ TUẤN ĐẠT¹, NGUYỄN MẠNH TRÍ²
¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

TÓM TẮT

Một trường hợp bệnh nhân chẩn đoán viêm phần phụ mãn tính do đau bụng hạ vị và ra dịch âm đạo hôi từng đợt trong một năm. Sau phẫu thuật nội soi cắt vòi tử cung không thuyên giảm triệu chứng và hình ảnh ứ dịch dạng ống vẫn tồn

tại. Cộng hưởng từ đã nhận định ra một đường dò giữa kênh cổ tử cung và tổ chức cạnh cổ tử cung trong tổ chức đáy chậu trên một bệnh