

Bảng 7. Mức độ cần thiết của việc báo cáo SCYK

Mức độ cần thiết của việc báo cáo SCYK (n = 363)	Cần thiết (%)	Không cần thiết (%)	Không ý kiến (%)
Báo cáo sự cố làm giảm thiểu sự cố	95,3	0,0	4,7
Báo cáo và phân tích SCYK sẽ giúp tôi học tập để phòng ngừa tái diễn	96,4	0,3	3,3
Sẵn sàng tham gia học tập để rút kinh nghiệm	93,1	0,6	6,3
Sẵn sàng báo cáo theo quy định của bệnh viện	95,8	0,3	3,9
Cần tạo điều kiện thuận lợi, khuyến khích nhân viên báo cáo sự cố	96,4	0,6	3,0
Cần trung thực tự đánh giá trách nhiệm của cá nhân	96,1	0,3	3,6

Nhận xét: Hầu hết ĐD, KTV tham gia nghiên cứu đồng ý rằng việc báo cáo SCYK là cần thiết; là phương pháp quan trọng để học tập và phòng ngừa sự cố y khoa tái diễn trong tương lai.

Bảng 8. Tỷ lệ ĐD, KTV đã báo cáo SCYK

Báo cáo	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đã từng	240	66,1
Chưa bao giờ	123	33,9
Tổng	363	100,0

Nhận xét: Có 2/3 trên tổng số 363 ĐD, KTV tham gia nghiên cứu đã từng báo cáo về SCYK mà mình được gặp/chứng kiến.

KẾT LUẬN

Kiến thức của điều dưỡng và kỹ thuật viên tại Bệnh viện Phổi Trung ương về sự cố y khoa khá cao tuy nhiên vẫn còn một số hạn chế:

- Có 49,9% ĐD, KTV trả lời đúng 4 -5 câu hiểu biết về khái niệm SCYK; còn 35,8% hiểu chưa đầy đủ số nhóm SCYK theo phân loại của Việt Nam. Mức độ "Đạt" về kiến thức chiếm 77,4%, tuy nhiên vẫn có 22,6% ĐD, KTV chưa đạt về kiến thức.

- Có 59,2% ĐD, KTV cho rằng SCYK không

tồn tại đến NB; 12,4% không rõ hậu quả.

- Có 33,9% ĐD, KTV chưa bao giờ báo cáo SCYK khi gặp/ chứng kiến SCYK tại nơi làm việc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Anh, Nguyễn Việt Hùng, Phạm Ngọc Trường (2012). Tỷ lệ mới mắc và yếu tố nguy cơ nhiễm trùng vết mổ tại một số bệnh viện của Việt Nam, 2009 - 2010. *Tạp chí y học thực hành*, 7.

2. Bộ Y tế. Thông tư số 19/2013/TT-BYT hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện.

3. Phạm Thúy Trinh và cộng sự (2010). Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ tại khoa ngoại tổng hợp bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. *Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh*, 14(1).

4. 11th Annual Public Report (2015). Adverse Health Events In Minnesota. *Minnesota Department of Health*, 1 - 114.

5. R. Monina Klevens, Jonathan R. Edwards, Chesley L. Richards, et al (2007). Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals, 2002. *Public Health Reports*, 122, 160 - 166.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ NẶNG CỦA VIÊM PHỔI CÓ NHIỄM RSV Ở TRẺ EM

VŨ CÔNG THÀNH, ĐÀO MINH TUẤN
Bệnh viện nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm: Vũ Công Thành
Email: drthanh201187@gmail.com
Ngày nhận: 15/9/2020
Ngày phản biện: 16/10/2020
Ngày duyệt bài: 28/10/2020

TÓM TẮT

Viêm phổi là bệnh lý thường gặp và là nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ em. Virus là nguyên nhân quan trọng gây viêm phổi

ở trẻ em, trong đó RSV là nguyên nhân thường gặp nhất.

Mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi có nhiễm RSV.

Phương pháp: Nghiên cứu 182 bệnh nhân viêm phổi có nhiễm RSV trong thời gian từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 5 năm 2020. Kết quả: Tỷ lệ viêm phổi nhiễm RSV chiếm 3,7% số bệnh nhân có bệnh lý hô hấp phải nhập viện nội trú trong 1 năm. Bệnh nhân mắc bệnh rải rác quanh năm, cao nhất vào mùa đông xuân (tháng 12), thấp nhất là mùa hè (tháng 6). Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ = 1,6/1. Tuổi vào viện trung bình $4,6 \pm 5,5$ (tháng) và gặp cao nhất ở nhóm tuổi < 6 tháng tuổi là 79,1%. Trẻ viêm phổi nặng và rất nặng chiếm tới 95,1% số trẻ trong nghiên cứu. Tuổi thai non tháng, suy dinh dưỡng lúc vào viện, tuổi khi nhập viện, thiếu máu khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 nhóm viêm phổi rất nặng, nặng và không nặng.

Kết luận: Tỷ lệ nhiễm RSV gia tăng vào mùa đông xuân, trẻ nhập viện chủ yếu là ở nhóm trẻ dưới 1 tuổi, với các triệu chứng nặng, suy hô hấp nặng ở các mức độ khác nhau. Một số yếu tố liên quan như đẻ non, suy dinh dưỡng, thiếu máu, tuổi nhập viện nhỏ làm gia tăng tỷ lệ mắc viêm phổi nặng ở các trẻ nhiễm RSV.

Từ khóa: viêm phổi, RSV

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới năm 2006, trẻ em dưới 5 tuổi ở các nước đang phát triển, nhiễm khuẩn hô hấp dưới cấp tính đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong ở lứa tuổi này [1], [2]. Ở trẻ em, tỷ lệ mắc viêm phổi vi rút khá cao, chiếm 60 đến 70% [1], [3]. Những vi rút gây viêm phổi hay gặp nhất như vi rút hợp bào hô hấp (RSV). Trong năm 2005 ước tính có khoảng 33,8 triệu trường hợp nhiễm trùng đường hô hấp dưới do nhiễm RSV xảy ra trên toàn thế giới ở trẻ dưới 5 tuổi, với ít nhất 3,4 triệu trẻ bị nhiễm trùng đường hô hấp dưới cần phải nhập viện điều trị và có khoảng 66000 - 199000 trẻ dưới 5 tuổi chết vì nhiễm trùng đường hô hấp dưới do nhiễm RSV [4]. Việc nghiên cứu và cập nhật tình hình viêm phổi do virus RSV tại các đơn vị điều trị về hô hấp là rất cần thiết. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu sau: “Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi có nhiễm virus hợp bào hô hấp ở trẻ em”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm bệnh nhi từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi có nhiễm RSV tại trung tâm hô hấp - Bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 06/2019 đến 05/2020

Tiêu chuẩn của bệnh nhân nghiên cứu

Bệnh nhân từ 2 tháng- 5 tuổi.

Đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi : Trẻ ho, sốt kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu:

- Thở nhanh:

< 2 tháng tuổi: ≥ 60 lần/phút

2 - < 12 tháng tuổi: ≥ 50 lần/phút

1 - 5 tuổi: ≥ 40 lần/phút

- Rút lõm lồng ngực (phần dưới lồng ngực lõm vào ở thì hít vào)

- Khám phổi thấy bất thường: giảm thông khí, có tiếng bất thường (ran ẩm, ran phé quản, ran nổ...).

Được chẩn đoán có nhiễm RSV

- Xét nghiệm tìm được RSV bằng phương pháp Quick test hoặc PCR tại khoa Vi sinh Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Bệnh phẩm dịch mũi họng lấy ở thời điểm khi vào viện.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Viêm tiểu phế quản

- Gia đình bệnh nhi không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Các bệnh lý nền nặng kèm theo: nhiễm trùng máu, tim bẩm sinh

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế mô tả tiến cứu

2.2. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện

2.3. Cách thức nghiên cứu

Các trẻ nằm viện tại trung tâm hô hấp trong thời gian nghiên cứu đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi nặng và có xét nghiệm RSV dương tính tại lúc vào viện hoặc trong quá trình nằm viện. Mẫu bệnh phẩm làm xét nghiệm RSV được lấy từ các dịch hô hấp (dịch tỵ hầu, dịch nội khí quản)

3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ ngày 01/06/2019 đến 30/05/2020, trong tổng số 4919 bệnh nhân nhập viện tại Trung tâm hô hấp Bệnh viện Nhi Trung Ương có 182 trẻ viêm phổi có nhiễm RSV (tỷ lệ 3,7%). Chúng tôi thu được kết quả sau:

1. Phân bố theo tuổi

Bảng 1. Phân bố theo tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
2 - <6 tháng	144	79,1
6 tháng - 12 tháng	28	15,4
1 tuổi - 5 tuổi	10	5,5
Tuổi trung bình (tháng)	4,6 ±5,5	
Tổng số	182	100

Nhận xét:

Trong nghiên cứu, phần lớn trẻ ở nhóm tuổi < 6 tháng tuổi (79,1%)

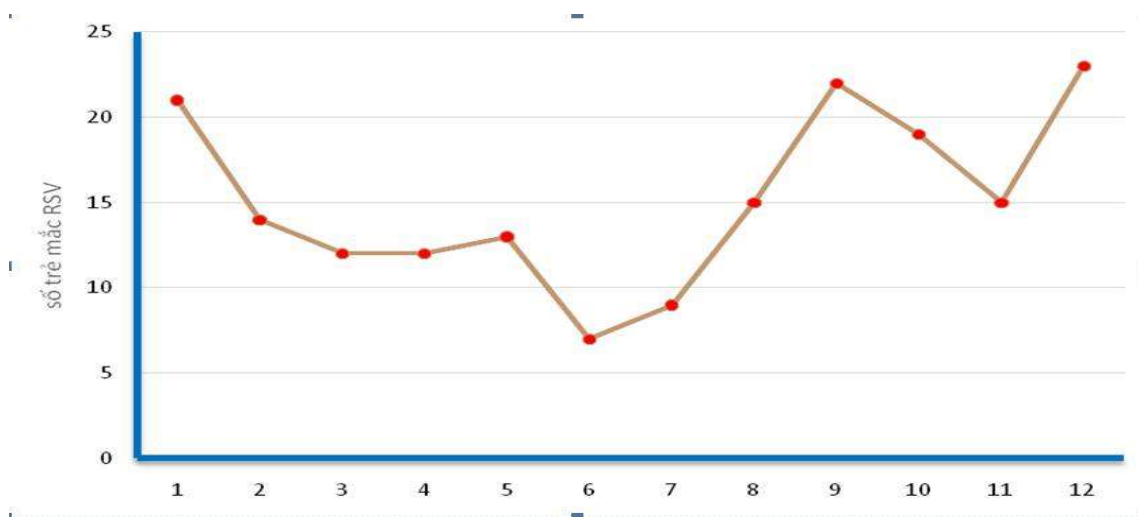
Tuổi trung bình = 4,6 ±5,5 (tháng)

Tuổi nhỏ nhất là 2 tháng, tuổi lớn nhất là 4 tuổi.

2. Phân bố theo giới

Đa số bệnh nhân là nam chiếm 111 bệnh nhân (61%), nữ 71 bệnh nhân (39%); tỷ lệ nam/nữ = 1,56/1.

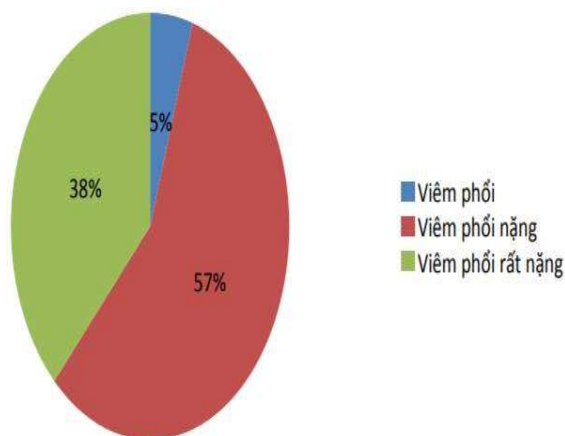
3. Phân bố bệnh nhân theo tháng mắc bệnh trong năm



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo tháng mắc bệnh trong năm

Nhận xét: Bệnh nhân mắc bệnh rải rác quanh năm, cao nhất là tháng 12 (23,7%), thấp nhất là tháng 6 (6,9%).

4. Phân bố theo mức độ nặng viêm phổi



Biểu đồ 2. Phân bố theo mức độ nặng viêm phổi

Nhận xét: Trẻ viêm phổi nặng và rất nặng chiếm tới 95% số bệnh nhân trong nghiên cứu, trong đó viêm phổi nặng là 57%, viêm phổi rất nặng là 38%. Chỉ 5% số trẻ viêm phổi không nặng.

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng khi nhập viện

Triệu chứng \ Bệnh nhân	Số BN	Tỷ lệ %
Sốt	120	65,9
Ho	182	100
Khò khè	155	85,2
Sổ mũi	80	43,9
Tiêu chảy	57	31,3
Cơ giật do sốt	9	4,9

Nhận xét: Sốt 120 bệnh nhân (65,9%), khò khè 155 bệnh nhân (85,2%), ho 182 bệnh nhân (100%), sổ mũi 80 bệnh nhân (43,9%), tiêu chảy 57 bệnh nhân (31,3%), cơ giật do sốt 9 bệnh nhân (4,9%).

Triệu chứng thực thể khi nhập viện:
Bảng 3. Triệu chứng thực thể khi nhập viện

Triệu chứng	Bệnh nhân	Tổng số	Tỷ lệ %
Thở nhanh		182	100
Tím tái		47	25,8
Rút lõm lồng ngực		148	81,3
Ran ẩm to, nhỏ hạt		182	100
Ran rít, ran ngứa		125	68,7
SpO ₂ không O ₂	< 95 %	167	91,8
	≥ 95%	15	8,2
Gan lách to		13	7,1

Nhận xét:
- 100 % bệnh nhân có biểu hiện thở nhanh và ran ẩm to, nhỏ hạt ở phổi. Trong số đó, có 68,7% bệnh nhân có kèm theo ran rít, ran ngứa ở phổi.
- ¼ số trẻ có biểu hiện tím khi vào viện.
- Rút lõm lồng ngực gặp ở 148 bệnh nhân (81,3%), nồng độ SpO₂ < 95% không có O₂ hỗ trợ là 167 bệnh nhân (91,8%), SpO₂ ≥ 95% là 15 bệnh nhân (8,2%)
- Có 7,1% số trẻ có biểu hiện gan lách to.

Bảng 4. Liên quan giữa tình trạng đẻ non đến mức độ nặng của viêm phổi

Đẻ non	Viêm phổi (n=9)		Viêm phổi nặng (n=104)		Viêm phổi rất nặng (n=69)		p
	n	%	n	%	n	%	
Không(n=147)	9	100	92	88,5	46	66,7	< 0,05
Có (n=35)	0	0	12	11,5	23	33,3	

Nhận xét: Tỷ lệ đẻ non ở nhóm viêm phổi rất nặng là 33,3% cao hơn so với nhóm viêm phổi nặng là 11,5%, và cao hơn nhiều so với viêm phổi không nặng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05

Liên quan giữa tuổi vào viện của trẻ với mức độ nặng viêm phổi

Bảng 5. Liên quan giữa tuổi vào viện của trẻ với mức độ nặng viêm phổi

Lứa tuổi	Viêm phổi (n=9)		Viêm phổi nặng (n=104)		Viêm phổi rất nặng (n=69)		p
	n	%	n	%	n	%	
2 - <6 tháng (n = 144)	0	0	84	80,8	60	86,9	< 0,05
6- <12 tháng (n = 28)	1	11,1	19	18,3	8	11,6	
1- <5 tuổi (n = 10)	8	88,9	1	0,9	1	1,5	

Nhận xét: Tuổi nhập viện càng nhỏ, tỷ lệ bệnh nặng càng nhiều hơn. Mức độ nặng giảm dần theo tuổi. Trong nghiên cứu thấy rằng đa số trẻ viêm phổi RSV nặng, rất nặng thường gặp ở nhóm trẻ < 6 tháng tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng lúc vào viện và mức độ viêm phổi

Bảng 6. Liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng lúc vào viện và mức độ nặng viêm phổi

SDD lúc vào viện		VP rất nặng (n=69)		VP nặng (n=104)		Viêm phổi(n=9)		p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Suy dinh dưỡng	Có(n=82)	60	86,9	20	19,2	2	22,2	< 0,05
	Không(n=100)	9	13,1	84	80,8	7	77,8	

Nhận xét: Trẻ suy dinh dưỡng gặp ở nhóm viêm phổi rất nặng với tỷ lệ cao nhất. Ngược lại tỷ lệ trẻ không suy dinh dưỡng gặp ở nhóm trẻ viêm phổi không nặng với tỷ lệ cao nhất. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Liên quan giữa tình trạng thiếu máu và mức độ nặng của VP

Bảng 7. Liên quan giữa tình trạng thiếu máu và mức độ nặng của VP

Thiếu máu	VP rất nặng (n = 69)		VP nặng (n = 104)		VP (n = 9)		p
	n	%	n	%	n	%	
Có(n=69)	47	68,1	17	16,3	5	55,6	< 0,05
Không(n=113)	22	31,9	87	83,7	4	44,4	

Nhận xét: Tỷ lệ thiếu máu ở nhóm viêm phổi rất nặng và viêm phổi cao hơn nhóm không thiếu máu. Tuy nhiên ở nhóm VP nặng, tỷ lệ không thiếu máu lại nhiều hơn. Sự khác biệt về tỷ lệ thiếu máu ở 3 nhóm VP nặng, rất nặng và VP có ý nghĩa thống kê.

BÀN LUẬN

Tỷ lệ viêm phổi nhiễm RSV nhập viện tại trung tâm hô hấp trong thời gian 1 năm nghiên cứu chiếm tỷ lệ 3,7%. Con số này chưa bao gồm các trường hợp viêm tiểu phế quản do virus RSV. Đây là bệnh lý khá thường gặp tại trung tâm hô hấp, đặc biệt là các trường hợp viêm tiểu phế quản nặng. Điều này cho thấy RSV là căn nguyên quan trọng gây nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ. Nhiễm RSV rải rác quanh năm, tỷ lệ nhiễm cao nhất từ tháng 9 đến tháng 1 năm sau và cao nhất vào tháng 12 với tỷ lệ 23 %. Kết quả của chúng tôi tương tự các tác giả Lu L và cộng sự khi nghiên cứu 1803 trẻ sơ sinh nhập viện từ năm 2010 đến năm 2014 tại Suzhou- Trung Quốc. Theo một số nghiên cứu thì một số loại virus, vi khuẩn gây bệnh sẽ không phát triển được khi nhiệt độ trên 30 độ C, đó là lý do mà viêm phổi gặp ít hơn trong các mùa hè và thu [7].

Trẻ viêm phổi nặng và rất nặng chiếm tới 95,1% số bệnh nhân trong nghiên cứu, trong đó viêm phổi nặng là 57,3%, viêm phổi rất nặng là 37,8%. Chỉ 4,9 % số trẻ viêm phổi không nặng. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại trung tâm hô hấp Bệnh viện nhi Trung Ương, là nơi tuyến cuối điều trị nên hầu hết các bệnh nhân đều viêm phổi nặng và rất nặng, số ca bệnh viêm phổi không nặng chỉ chiếm 4,9%, đây là những ca thường có bệnh lý nền hoặc tổn thương phổi phức tạp.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng có mối liên quan giữa tiền sử đẻ non và mức độ nặng của bệnh. Trẻ đẻ non chưa hoàn thiện hệ miễn dịch nên khả năng chống đỡ với các tác nhân gây bệnh đường hô hấp còn kém. Lứa tuổi càng nhỏ thì tỷ lệ mắc VP nặng càng cao, tỷ lệ viêm phổi nặng và rất nặng ở nhóm trẻ dưới 6 tháng là cao nhất, tiếp theo là nhóm 6-12 tháng, và tỷ lệ viêm phổi nặng được ghi nhận thấp nhất ở nhóm trên 12 tháng. Sự khác biệt các tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này phù hợp về mặt lý thuyết và cũng được khẳng định bởi nhiều nghiên cứu tương tự. Trẻ dưới 6 tháng, hệ miễn dịch nói chung đặc biệt là miễn dịch dịch thể, lượng IgA tiết trên bề mặt niêm mạc phế quản còn chưa hoàn chỉnh và rất thấp nên khả năng chống lại tác nhân gây bệnh rất yếu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong bảng 3.6 cho thấy tình trạng dinh dưỡng có liên quan mật thiết đến mức độ nặng của bệnh viêm phổi RSV. Trẻ bị SDD có nguy cơ mắc bệnh nặng hơn so với trẻ không suy dinh dưỡng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi giống với nghiên cứu của Chalipat S.S (2013) tại Ấn Độ, SDD càng nặng điểm nghiêm trọng trên lâm sàng (Clinical severity score) càng cao, thời gian nằm viện càng dài, khả năng phải sử dụng kháng sinh lớn [8]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thiếu máu ở nhóm viêm phổi rất nặng và viêm phổi cao hơn nhóm không thiếu máu. Tuy nhiên ở nhóm VP nặng, tỷ lệ không thiếu máu lại nhiều hơn. Sự khác biệt về tỷ lệ thiếu máu ở 3 nhóm VP nặng, rất nặng và VP không có ý nghĩa thống kê. Có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn để đánh giá được hết mối liên quan giữa thiếu máu và mức độ nặng của VP. Tuy nhiên, qua nghiên cứu, chúng ta cũng thấy việc bổ sung dinh dưỡng cân đối và đầy đủ cho trẻ em đang phát triển là điều quan trọng nhất để tăng đề kháng với các bệnh nhiễm trùng.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi rút ra 1 số kết luận sau:

- Tỷ lệ viêm phổi nhiễm RSV chiếm 3,7% số bệnh nhân có bệnh lý hô hấp phải nhập viện nội trú trong 1 năm.

- Bệnh nhân mắc bệnh rải rác quanh năm, cao nhất vào mùa đông xuân (tháng 12), thấp nhất là mùa hè (tháng 6).

- Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ = 1,6/1.

- Tuổi trung bình mắc bệnh $4,57 \pm 5,53$ (tháng) và gặp cao nhất ở nhóm tuổi < 6 tháng tuổi là 79,1%.

- Trẻ viêm phổi nặng và rất nặng chiếm tới 95,1% số ĐTNC, trong đó viêm phổi nặng là 57,3%, viêm phổi rất nặng là 37,8%. Chỉ 4,9 % số trẻ viêm phổi không nặng.

- Tuổi thai non tháng, suy dinh dưỡng lúc vào viện, tuổi khi nhập viện, thiếu máu khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 nhóm viêm phổi rất nặng, nặng và không nặng. Điều này gợi ý đây là những yếu tố liên quan tới tình trạng nặng của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Simoes EAF, et al (2006). Acute Respiratory Infections in Children. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition. Washington (DC): The

International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Chapter 25

2. **WHO, UNICEF** (2008). Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia (GAPP).

3. **Pavia AT** (2011). Viral infections of the lower respiratory tract: old viruses, new viruses, and the role of diagnosis. Clin Infect Dis; pp.284–9.

4. **Nair H**, et al (2010). "Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta analysis", *Lancet*, 375, pp.1545 - 1555.

5. **World health organization** (2005), "Cough or difficult breathing", *Pocket book of hospital care for children*, Chapter 4, pp.69 - 106.

6. **Elisabeth G Huijskens, Renée CBiesmans, Anton G Buiting, Charles C Obihara and John W Rossen** (2012). Diagnostic value of respiratory virus detection in symptomatic children using real-time PCR. *Virology Journal*, 9; p. 276.

7. **Lu L, Yan Y, Yang B** et al (2015), "Epidemiological and clinical profiles of respiratory syncytial virus infection in hospitalized neonates in Suzhou, China", *BMC infectious diseases*, 15(1), 431.

8. **Mishra A, Tambolkar S.A** et al (2013), Effect of Malnutrition on Severity of Presentation and Outcome of Acute Bronchiolitis, *Chalipat S.S WebmedCentral Paediatrics*, 4(2).

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KHỐI U BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH

ĐẶNG THỊ HƯƠNG

Bệnh viện Phụ sản Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật khối u buồng trứng tại bệnh viện phụ sản Nam Định.

Đối tượng nghiên cứu: 365 bệnh nhân có hồ sơ bệnh án chẩn đoán là khối u buồng trứng được phẫu thuật tại bệnh viện phụ sản Nam Định trong 2 năm từ tháng 1/1/2018 đến tháng 31/12/2019, có kết quả giải phẫu bệnh là u buồng trứng.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu trên hồ sơ bệnh án.

Kết quả: mổ nội soi chiếm đa số (81,1%). Kích thước U ở nhóm PTNS là 6,87 cm nhỏ hơn so với nhóm PTMM (8,18 cm) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. PTNS ở nhóm có kích thước nhỏ < 5 cm cao nhất chiếm 86,7%, nhóm có kích thước trên 10 cm có tỷ lệ mổ nội soi thấp nhất (58,7%). Cắt 2 phần phụ ở nhóm trên 45 tuổi chiếm 67,1%. Ở nhóm có kích thước U dưới 5 cm thì phương pháp xử trí bóc U chiếm 46,7%; đối với nhóm có kích thước từ 5 đến 10 cm và nhóm trên 10 cm thì phương pháp xử trí

chủ yếu là cắt 2 phần phụ. Tai biến thấp và nhẹ: Nhóm PTMM có 2 trường hợp sốt; có 02 trường hợp tụ máu thành bụng trong nhóm PTNS.

Kết luận: mổ nội soi chiếm đa số (81,1%). Kích thước U ở nhóm PTNS là 6,87 cm nhỏ hơn so với nhóm PTMM (8,18 cm) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. PTNS và bóc u buồng trứng thực hiện chủ yếu ở nhóm u buồng trứng có kích thước nhỏ < 5 cm, tỷ lệ cắt 2 phần phụ còn cao, ở nhóm trên 45 tuổi chiếm 67,1%. Tai biến thấp và nhẹ là sốt sau mổ và tụ máu thành bụng.

Từ khóa: u buồng trứng, phẫu thuật

SUMMARY

OVARIAN TUMOR SURGERY RESULTS AT NAM DINH PROVINCIAL OBSTETRICS HOSPITAL

Objective: To observe the results of ovarian tumor surgery at Nam Dinh Provincial Obstetrics Hospital.

Study subjects: 365 patients with medical records who were diagnosed with ovarian tumors undergoing surgery at Nam Dinh Provincial Obstetrics Hospital for 2 years from January 1, 2018, to December 31, 2019, and had results of pathology as an ovarian tumor.

Research method: cross-sectional, retrospective description of medical records.

Chịu trách nhiệm: Đặng Thị Hương

Email: bshuongsnd88@gmail.com

Ngày nhận: 09/9/2020

Ngày phản biện: 21/10/2020

Ngày duyệt bài: 03/11/2020