

[7]. Do đó, bệnh nhân vẫn được theo dõi tiếp sau 6 tháng dùng điều trị. Trong nghiên cứu này không có bệnh nhân nào tái phát hay kích thước khối u phát triển to lên so với thời điểm dùng điều trị.

Tác dụng phụ của propranolol trong điều trị u mạch máu gan thường ít gặp hoặc thoáng qua đã được nhiều tác giả ghi nhận như hạ huyết áp (2,8 – 14,5%), hạ đường máu (0,9 – 11,4%), chậm nhịp tim (0,9 – 8,7%), rối loạn giấc ngủ (3,7 – 13,5%), rối loạn tiêu hóa (0,8 – 17%) [3]. Nghiên cứu của chúng tôi không gặp bệnh nhân nào có biến chứng nặng nề của thuốc như hạ huyết áp, nhịp tim chậm, hạ đường máu. Chỉ có 2 bệnh nhân (5,4%) có rối loạn tiêu hóa, xuất hiện đi ngoài phân lỏng sau dùng thuốc một vài ngày, tuy nhiên các phản ứng phụ này không cần điều trị can thiệp.

#### KẾT LUẬN

Điều trị u mạch máu gan ở trẻ em bằng propranolol là một phương pháp an toàn và hiệu quả. Sự tiến triển tự nhiên của u mạch máu có giai đoạn tự thoái triển, vì vậy cần có nghiên cứu đánh giá khả năng tự thoái triển của u mạch máu gan khi không điều trị ở mức độ nào để có chỉ định điều trị hợp lý nhất.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Valérie Vilgrain, Leila Boulos, Marie-Pierre Vullierme, (2000), Imaging of Atypical Hemangiomas of the Liver with Pathologic Correlation, *RadioGraphics*, 20, 379–397.
2. Vũ Văn Tuyên, (2010), *Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ và siêu âm của u máu gan*, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Amai Mhanna, Wayne H. Franklin, Anthony J. Mancini, (2011), Hepatic infantile hemangiomas treated with oral propranolol - A case series, *Pediatric Dermatology*, 28 (1), 39 - 45.
4. Mazereeuw-Hautier J, Hoeger PH, Benlahrech S, (2010), Efficacy of propranolol in hepatic infantile hemangiomas with diffuse neonatal hemangiomatosis, *J Pediatr*, 157 (2), 340- 342.
5. Nguyễn Quốc Hải, Trương Anh Mậu, Lê Văn Tùng, (2011), Điều trị bướu máu ở trẻ em bằng propranolol, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 15 (3), 155- 159.
6. Nguyễn Văn Sơn, (2013), *Đánh giá kết quả bước đầu điều trị u mạch máu trẻ em vùng đầu mặt cổ bằng propranolol*, Đại học Y Hà Nội.
7. Yu.I. Kucherov, Yu.V. Zhirkova, A.N. Getmanet al, (2014), Clinical case of treatment of hepatic haemangioma by propranolol in the newborn, *Vestn Ross Akad Med Nauk*, 5 - 6, 81 - 85.

## KẾT QUẢ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH BẰNG XÉT NGHIỆM DOUBLE TEST VÀ TRIPLE TEST TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA THÁI NGUYÊN

NGUYỄN THỊ NGỌC HÀ  
Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ nguy cơ thai bị dị tật bẩm sinh bằng các xét nghiệm Double test, Triple test tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên và tìm mối liên quan giữa các nguy cơ dị tật bẩm sinh với tuổi của thai phụ. **Phương pháp:** Xét nghiệm hormone máu mẹ Double test (PAPP-A, fb-HCG), Triple test (AFP,  $\beta$ -hCG và uE3) và phân tích nguy cơ thai dị tật bằng phần mềm Prisca. **Kết quả:** Tỷ lệ thai có nguy cơ cao chiếm 5,7%, trong số đó, HC Down không kèm nguy cơ tuổi mẹ 36,4% (4/11 ca), HC Down kèm nguy cơ tuổi mẹ 54,5% (6/11 ca) và Hội chứng Down kết hợp hội chứng Edwards 9,1% (1/11 ca); nguy cơ thấp chiếm 94,3% (181/192 ca). Tuổi mẹ càng cao thì nguy cơ về dị tật bẩm sinh càng chiếm tỷ lệ cao: nhóm > 35 tuổi có tỷ lệ nguy cơ cao nhất (54,5%). **Kết luận:** (1) Tỷ lệ thai có nguy cơ cao chiếm 5,7%; nguy cơ thấp chiếm 94,3%; (2) Tuổi mẹ càng cao nguy cơ con bị dị

tật bẩm sinh càng lớn: nhóm > 35 tuổi có tỷ lệ nguy cơ cao nhất.

**Từ khóa:** Thai bị dị tật bẩm sinh, Double test, Triple test.

#### SUMMARY

RESULT OF PRENATAL SCREENING TEST (DOUBLE TEST AND TRIPLE TEST) IN HOSPITAL OF THAI NGUYEN UNIVERSITY OF MEDICINE AN PHARMACY UNIVERSITY

**Objectives:** Evaluation of the rate of pregnancy risk birth defects by Double test and Triple test and the relationship between the risk of birth defects with the age of the pregnant women. **Methods:** Double test (PAPP-A and free beta HCG), Triple test (AFP,  $\beta$ -hCG and uE3) with software Prisca. **Results:** The rate of high-risk 5,7%, of which, Down syndrome without the risk of maternal age was 36,4 %, Down syndrome with the risk of maternal age was 54,5% and the risk of Edwards syndrome was 9,1%; low risk was 94,3%; Double test higher maternal age, the risk of birth defects higher: group > 35 years of age had the highest risk ratio (54,5%). **Conclusion:** (1) The rate of high-risk was 5,7%; the lower risk was 94,3%; (2) Age of the mother the higher, the risk of birth defects higher: group > 35 years of age had the highest risk ratio.

**Keywords:** Pregnancy risk birth defects, Double test, Triple test.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Ngọc Hà  
Địa chỉ: Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên  
Email: hanguyennngoc75@gmail.com  
Ngày nhận: 12/12/2016  
Ngày phân biện: 23/12/2016  
Ngày duyệt bài: 04/1/2017  
Ngày xuất bản: 30/1/2017

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ trẻ sinh ra bị dị tật bẩm sinh hiện nay đang có dấu hiệu gia tăng. Theo thống kê của Trung tâm chẩn đoán trước sinh – Bệnh viện Phụ sản Trung ương tỷ lệ thai nhi bị dị tật bẩm sinh ở Việt Nam hiện nay khoảng 3% [2]. Nguyên nhân dị tật bẩm sinh có thể là do môi trường ô nhiễm, thức ăn, đồ uống, sử dụng thuốc, hóa chất, nhiễm virus, di truyền... Với sự tiến bộ của y học, chẩn đoán trước sinh, xét nghiệm sàng lọc có thể phát hiện sớm những bất thường của thai nhi, từ đó đưa ra những chỉ định can thiệp kịp thời, hạn chế sự ra đời của trẻ bị dị tật [1],[5].

Sàng lọc trong 3 tháng đầu thai kỳ nhờ vào siêu âm đo độ mờ gáy và làm xét nghiệm Double test (Free beta hCG và PAPP-A), có thể sàng lọc hội chứng Down, trisomy 13 và trisomy 18. Trong đó, PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A) là một loại glycoprotein do nhau thai bài tiết, Free Beta hCG là một thành phần của hCG (human chorionic gonadotropin). Với siêu âm độ mờ gáy chính xác và phần mềm tính toán nguy cơ qua xét nghiệm Double test, có thể phát hiện được 90% thai nhi bị hội chứng Down. Hội chứng Down (HC Down) do thừa một nhiễm sắc thể số 21 trong bộ gen còn gọi là tam thể 21 hoặc trisomy 21. Bệnh gây ra tình trạng chậm phát triển thể chất và tâm thần và có tần suất khoảng 1:700 trẻ sơ sinh [5],[8].

Sàng lọc trong 3 tháng giữa thai kỳ nhờ vào Triple test (AFP, Free beta hCG và UE 3): AFP (alpha-fetoprotein) là loại protein do thai sản xuất,  $\beta$ -hCG là loại nội tiết do nhau sản xuất trong quá trình mang thai và uE3 là một loại estrogen được cả nhau và thai sản xuất. Bộ ba xét nghiệm này có thể sàng lọc hội chứng Down, trisomy 18 và khuyết tật ống thần kinh thai nhi. Triple test giúp phát hiện 65% những bất thường kể trên. Với trisomy 13 và trisomy 18 thì có nhiều bất thường về hình thái học thai nhi. Khuyết tật ống thần kinh thai nhi có thể phát hiện qua siêu âm. Những bất thường này có thể quan sát được qua siêu âm lúc thai 20 – 24 tuần, có thể phát hiện đến 90%. Riêng hội chứng Down thì chỉ phát hiện qua siêu âm hình thái học 57%, như vậy có 43% trẻ bị hội chứng Down không biết được qua siêu âm hình thái. Kết hợp Triple test và siêu âm hình thái học làm tăng khả năng phát hiện bất thường thai nhi [2], [3].

Xét nghiệm sàng lọc trước sinh Double test và Triple test, là loại xét nghiệm tầm soát sử dụng máu mẹ để tìm nguy cơ một số rối loạn bẩm sinh ở thai. Đây là loại xét nghiệm không xâm lấn và hoàn toàn không gây ảnh hưởng đến mẹ và thai [1],[5]. Tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên và các phòng khám khu vực hàng ngày có rất nhiều các thai phụ đến để được tư vấn và làm xét nghiệm sàng lọc trước sinh. Tuy nhiên, hiện chưa có một báo cáo thống kê nào đánh giá tình trạng nguy cơ các dị tật bẩm sinh của các thai phụ một cách cụ thể. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Kết quả sàng lọc trước sinh bằng xét nghiệm Double test và Triple test tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên” nhằm

các mục tiêu:

- Xác định tỷ lệ nguy cơ dị tật bẩm sinh ở các thai phụ làm Double test và Triple test tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên.

- Phân tích mối liên quan giữa các nguy cơ dị tật bẩm sinh với tuổi của thai phụ.

## PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng nghiên cứu

192 thai phụ được tư vấn và làm xét nghiệm Double test và Triple test tại các phòng khám sản và Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên.

\* Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Tuổi thai từ 11 - 22 tuần.

+ Một thai, thai sống.

+ Có kết quả của siêu âm thai (Xác định tuổi thai).

\* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đa thai.

- Không có thông tin rõ ràng.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

\* Địa điểm nghiên cứu: Khoa xét nghiệm Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

\* Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

\* Phương pháp thu thập số liệu:

- Các sản phụ được tư vấn làm xét nghiệm sẽ khai đầy đủ thông tin trên phiếu thu thập thông tin.

- Thu thập mẫu huyết thanh và tiến hành xét nghiệm Double test nếu thai từ 11 đến 13 tuần 6 ngày và làm Triple test khi thai từ 15 đến 22 tuần. Xét nghiệm được tiến hành trên hệ thống máy xét nghiệm miễn dịch tự động IMMULITE 2000XPI và phần mềm phân tích Prisca tính nguy cơ mang thai hội chứng Down, Edwards, Patau, Dị tật ống thần kinh cho từng thai phụ.

\* Các tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu: Theo phần mềm Prisca:

+ Nguy cơ Hội chứng Down: ngưỡng của nguy cơ là 1/250

+ Nguy cơ Hội chứng Down theo tuổi mẹ: ngưỡng của nguy cơ là 1/250

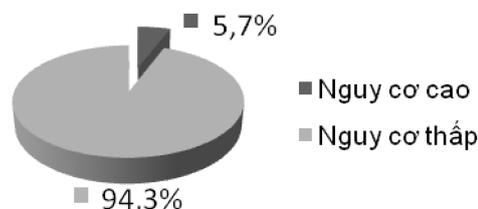
+ Nguy cơ Hội chứng Edwards, Patau: ngưỡng của nguy cơ là 1/100

+ Nguy cơ dị tật ống thần kinh: ngưỡng của nguy cơ là 1/75

3. Phân tích và xử lý số liệu: Chương trình Excel.

## KẾT QUẢ

1. Kết quả xét nghiệm Double test và Triple test theo phần mềm Prisca



Biểu đồ 1. Tỷ lệ nguy cơ dị tật bẩm sinh

Nhận xét: tỷ lệ nguy cơ dị tật bẩm sinh là 11/192 thai phụ chiếm 5,7%

**Bảng 1. Kết quả sàng lọc nguy cơ dị tật bẩm sinh bằng xét nghiệm Double test**

Kết quả xét nghiệm Double test theo phần mềm Prisca		n	%
Nguy cơ cao (+)	HC Down	3	3,1%
	HC Edwards, Patau	0	0
	HC Down + Nguy cơ tuổi mẹ	5	5,1%
	HC Edwards, Patau + Down	0	0
	HC Down + Nguy cơ tuổi mẹ + HC Edwards, Patau	0	0
Nguy cơ thấp (-)	HC Down, HC Edwards, Patau, Nguy cơ tuổi mẹ	90	91,8%
Tổng		98	100 %

Nhận xét: Trong 98 thai phụ được tư vấn làm double test, có 8 thai phụ nguy cơ cao mắc các dị tật bẩm sinh (chiếm 8,2%). Trong đó 3/98 (3,1%) thai phụ có nguy cơ con bị Down, 5/98 (5,1%) thai phụ có nguy cơ con Down theo tuổi mẹ.

**Bảng 2. Kết quả sàng lọc nguy cơ dị tật bẩm sinh bằng xét nghiệm Triple test**

Kết quả xét nghiệm Triple test theo phần mềm Prisca		n	%
Nguy cơ cao (+)	HC Down	1	1,06%
	HC Edwards	0	0
	Dị tật ống thần kinh	0	0
	HC Down + Nguy cơ tuổi mẹ	1	1,06%
	HC Edwards + Down theo tuổi mẹ	0	0
Nguy cơ thấp (-)	HC Down + HC Edwards	1	1,06%
	HC Down + Nguy cơ tuổi mẹ + HC Edwards	0	0
	HC Down, HC Edwards, Nguy cơ tuổi mẹ	91	96,82%
Tổng		94	100%

Nhận xét: Trong 94 thai phụ làm Triple test, có 3 thai phụ nguy cơ cao mắc các dị tật bẩm sinh (chiếm 3,2%). Trong đó, 1/94 (1,06%) thai phụ có nguy cơ con bị Down, 1/94 (1,06%) thai phụ có nguy cơ con Down theo tuổi mẹ và 1/94 (1,06%) thai phụ có nguy cơ con bị Down kết hợp hội chứng Edwards.

#### 4. Nguy cơ dị tật bẩm sinh với tuổi của thai phụ

**Bảng 3. Nguy cơ dị tật bẩm sinh với tuổi của thai phụ**

Nguy cơ	N	Tuổi mẹ			
		< 20	20 - 30	30 - 35	> 35
HC Down	4	0	2	2	0
HC Down + nguy cơ tuổi mẹ	6	0	0	0	6
Down + Edwards	1	0	0	1	0
Tổng	192	0	2	3	6
Test X <sup>2</sup>	So sánh nguy cơ cao giữa nhóm ≤35 tuổi và nhóm >35 tuổi, p<0,05				

Nhận xét: Nhóm thai phụ < 20 tuổi không thấy có nguy cơ cao, nhóm từ 20 - 30 tuổi có nguy cơ cao 2/15 chiếm 13,3% (HC Down). Nhóm từ 30 - 35 tuổi tỷ lệ nguy cơ cao là 27% (trong đó 2 ca nguy cơ HC Down, 1 ca Down kết hợp Edwards). Nhóm > 35 tuổi tỷ lệ nguy cơ cao chiếm 54,5%, đó là nguy cơ cao về HC Down kèm nguy cơ theo tuổi mẹ.

#### BÀN LUẬN

Dị tật bẩm sinh là một trong những bất thường hay gặp ở thai nhi và trẻ sơ sinh, là một trong những nguyên nhân chính gây nên tử vong và bệnh tật của

trẻ trong những năm đầu của cuộc sống. Sàng lọc trước sinh là chương trình sử dụng những kỹ thuật thăm dò và xét nghiệm cho các thai phụ nhằm xác định các dị tật bẩm sinh của thai nhi giúp điều trị sớm hoặc chấm dứt thai kỳ đối với những thai nhi có bệnh lý di truyền hoặc dị tật bẩm sinh không khắc phục được; trong đó đặc biệt quan tâm phát hiện các dị tật ống thần kinh, hội chứng Down, hội chứng Edward là những dị tật có hậu quả nghiêm trọng đến sự phát triển trí tuệ của trẻ [1],[2],[3]. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 192 thai phụ (biểu đồ 1) cho thấy: tỷ lệ nguy cơ dị tật bẩm sinh là 5,7%. Tỷ lệ này cao hơn thống kê của Vũ Công Thành và cs (2012) khi sàng lọc 359 thai phụ, tỷ lệ nguy cơ dị tật bẩm sinh là 3% [6]. Kết quả của chúng tôi cao hơn có thể chúng tôi sàng lọc nhiều ở giai đoạn thai 11 đến 14 tuần và số thai phụ sàng lọc của chúng tôi ít hơn trong nghiên cứu của tác giả Vũ Công Thành. Trong số đó, tỷ lệ nguy cơ cao ở thai phụ sàng lọc ở quý I của thai kỳ chiếm chủ yếu 8,2%, tỷ lệ này cũng cao hơn so với kết quả của Ths Hà Thị Mỹ Dung (2015) là 6,3% [3]. Sở dĩ, tỷ lệ nguy cơ dị tật bẩm sinh của chúng tôi cao do số thai phụ đến sàng lọc thường là những thai phụ có tiền sử nhiễm virus, nhiễm khuẩn, thai lưu, sảy thai... Trong 98 thai phụ được sàng lọc ở quý đầu của thai kỳ, có 5,1% thai phụ Down kèm theo nguy cơ cao theo tuổi mẹ và chỉ có 3,1 % là nguy cơ Down đơn thuần. Mặc dù số liệu của chúng tôi chưa đủ lớn để đưa ra kết luận về nguy cơ Down có liên quan đến tuổi mẹ, tuy nhiên, đây cũng là một kết quả cho chúng ta nhận thấy rằng tuổi thai phụ càng cao thì nguy cơ hội chứng Down càng lớn.

Kết quả sàng lọc trước sinh các thai phụ quý 2 của thai kỳ bằng xét nghiệm Triple test theo bảng 2: có 3,2% số thai phụ có nguy cơ cao mắc các dị tật bẩm sinh, kết quả này cũng phù hợp với kết quả của tác giả Vũ Công Thành năm 2012 [6]. Tuy nhiên, xét nghiệm này chỉ phát hiện được 60% thai có nguy cơ, bỏ sót đến 40% trường hợp [6], [8]. Theo FMF, ở quý I thai kỳ, siêu âm kết hợp xét nghiệm Double test sẽ phát hiện được 90% thai có nguy cơ với tỷ lệ dương tính giả 2,4% [2], [3]. Như vậy, Double test cho kết quả tốt hơn. Điều này cũng phù hợp với kết quả sàng lọc của chúng tôi, trong nhóm sàng lọc bằng Double test, nguy cơ cao chiếm 8,2%, còn nhóm sàng lọc bằng Triple test, chỉ có 3,2% có nguy cơ cao. Đặc biệt, có 01 thai phụ nguy cơ cao khi làm Double test, nhưng khi làm lại bằng triple test lại nguy cơ thấp. Như vậy, có thể khuyến cáo cho các thai phụ nên đi làm xét nghiệm sàng lọc sớm trong quý đầu của thai kỳ, sẽ phát hiện được tỷ lệ nguy cơ dị tật cao hơn làm xét nghiệm Triple test.

Kết quả bảng 2 chưa thấy sự khác biệt giữa nguy cơ cao hội chứng Down với tuổi của thai phụ. Trong 3 thai phụ nguy cơ cao có 1 thai phụ có nguy cơ cao hội chứng Down với hội chứng Edwards. Hội chứng Edwards (hay hội chứng trisomy 18) là một rối loạn di truyền nhiễm sắc thể đi kèm với dị tật ở nhiều cơ quan trong cơ thể. Trẻ mắc hội chứng này thường chậm lớn sau sinh, nhẹ cân, bất thường ở các cơ quan kèm theo hàng loạt các dị tật đặc trưng khác, tuy nhiên

nhiều bào thai mắc hội chứng này chết trước khi được sinh ra. Chính vì vậy, việc xác định sớm nguy cơ hội chứng Edwards có thể hạn chế được những gánh nặng về dị tật cho những đứa trẻ sinh ra đời.

Những đối tượng nguy cơ cao sẽ được tư vấn chọc dò nước ối để phân tích nhiễm sắc thể đồ, từ đó sẽ có chẩn đoán chính xác về tình trạng thai. Do chưa làm được nhiễm sắc thể đồ và số lượng bệnh nhân còn hạn chế nên chúng tôi chưa đánh giá và thống kê về tỷ lệ phát hiện và tỷ lệ dương tính giả.

Kết quả thu được ở bảng 3 cho thấy: nhóm nguy cơ cao phần lớn ở thai phụ trên 35 tuổi 6/11 trường hợp (chiếm 54,5%), nguy cơ cao ở nhóm 20-35 tuổi có 5 trường hợp (chiếm 45,5%). Đặc biệt, bảng 1 cũng thấy rõ được sự khác biệt giữa tuổi thai phụ với nguy cơ dị tật bẩm sinh (hội chứng Down). Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của Vũ Công Thành 2012 [6]. Như vậy, tuổi càng cao nguy cơ dị tật bẩm sinh càng lớn, tuy nhiên không chỉ tuổi cao mới có nguy cơ dị tật bẩm sinh mà nhóm tuổi dưới 35 cũng gặp không ít thai phụ có nguy cơ cao. Đây cũng là một khuyến cáo cho các bà mẹ nên coi sàng lọc trước sinh là một xét nghiệm cần thiết để phát hiện sớm dị tật bẩm sinh và sinh ra những đứa con khỏe mạnh.

#### KẾT LUẬN

1) Tỷ lệ thai có nguy cơ cao chiếm 5,7% (11/192 ca), trong số đó, HC Down không kèm nguy cơ tuổi mẹ 36,4% (4/11 ca), HC Down kèm nguy cơ tuổi mẹ 54,5% (6/11 ca), HC Down kết hợp hội chứng Edwards 9,1% (1/11 ca); thai nguy cơ thấp chiếm 94,3% (181/192 ca)

- 8,2 % sàng lọc quý I có nguy cơ cao

- 3,2 % sàng lọc quý II có nguy cơ cao

2) Nguy cơ dị tật bẩm sinh so với tuổi của thai phụ: Tuổi mẹ càng cao thì nguy cơ về dị tật bẩm sinh càng lớn: nhóm > 35 tuổi có tỷ lệ nguy cơ cao nhất.

#### KHUYẾN NGHỊ

Cần thực hiện việc sàng lọc trước sinh sớm từ quý I của thai kỳ một cách rộng rãi, có thể cho tất cả các thai phụ, chứ không chỉ khu trú trong nhóm nguy cơ cao.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2010), Quyết định số 573/QĐ-BYT ngày 11 tháng 02 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành quy trình sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh.

2. Trần Thị Ngọc Bích và cs (2012), Nghiên cứu tình hình dị tật bẩm sinh tại khoa sơ sinh bệnh viện Phụ sản Trung ương, *Y học thực hành*, Bộ Y tế, số 3(814), tr.130-133.

3. Hà Thị Mỹ Dung và cs (2015), *Nghiên cứu tình hình sàng lọc dị tật trước sinh ở các bà mẹ mang thai đến khám và chăm sóc thai tại trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2014-2015*. <http://csskss.thuathienhue.gov.vn/>

4. Nguyễn Thị Hoa. *Đánh giá giá trị của các test sàng lọc trước sinh để phát hiện thai nhi có bất thường nhiễm sắc thể*. Luận văn thạc sỹ Y học 2010; Đại học Y Hà Nội.

5. Nguyễn Việt Nhân. *Tài liệu hướng dẫn Sàng lọc trước sinh*. Đại học Y Dược Huế 2010.

6. Vũ Công Thành và cs(2014), *Nghiên cứu đánh giá giá trị của xét nghiệm sàng lọc trước sinh (Triple test) tại Bệnh viện Đa khoa Medlatec, Hà Nội*.

7. Đỗ Thị Thanh Thủy, Phùng Như Toàn, Phạm Việt Thanh, Trương Đình Kiệt. *Kết quả bước đầu áp dụng sàng lọc và chẩn đoán trước sinh ở ba tháng giữa thai kỳ nhằm can thiệp sớm các trường hợp dị tật bẩm sinh*. *Tạp chí Y học TP HCM* 2007, 11 (1): 274-280.

8. Bahado-Singh RO, Oz AU, Kovanci E, et al (1998), New Down syndrome screening algorithm: ultrasonographic biometry and multiple serum markers combined with maternal age, *Am J Obstet Gynecol* 179 (6 Pt1) 1627-31

## NGHIÊN CỨU YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THẤT BẠI LÂM SÀNG TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI DO MYCOPLASMA PNEUMONIA BẰNG KHÁNG SINH MACROLID TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

LÊ THỊ HỒNG HANH  
Bệnh viện Nhi Trung ương

#### TÓM TẮT

*Tổng quan: Mycoplasma pneumoniae là một nguyên nhân thường gặp gây viêm phổi ở trẻ em. Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, kết quả điều trị và tìm hiểu các yếu tố liên*

*quan đến thất bại lâm sàng trong điều trị viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae bằng kháng sinh Macrolid tại Bệnh viện Nhi Trung ương.*

*Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu tiền cứu mô tả 116 bệnh nhân từ 1 đến 15 tuổi mắc viêm phổi được chẩn đoán bằng X-quang và có PCR M.Pneumoniae dương tính trong dịch tỵ hầu/nội khí quản.*

*Kết quả: 88,79% bệnh nhân ≥ 3 tuổi; nam/ nữ = 1,15/1; sốt (95,68%); ho (99,13%); khó thở (11,20%) rale ẩm (66,67%); ran phế quản (17,24%); phát ban (7,76%); tiêu chảy (15,51%); đau ngực (5,17%); mờ thùy phổi (44,83%); mờ tập trung rốn phổi (31,03%);*

Chịu trách nhiệm: Lê Thị Hồng Hanh

Địa chỉ: Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: lehonghanhbvnh@gmail.com

Ngày nhận: 12/12/2016

Ngày phản biện: 20/12/2016

Ngày duyệt bài: 27/12/2016

Ngày xuất bản: 30/1/2017