

## ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH NON THÁNG MUỘN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Trần Minh Hiếu Anh<sup>1</sup>, Lê Minh Trác<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Xuân Hương<sup>1</sup>, Trần Đức Tú<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tháng muộn và đánh giá kết quả điều trị. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 185 trẻ sơ sinh non tháng từ 34 tuần đến 36 tuần 6 ngày được chẩn đoán suy hô hấp tại Trung tâm Sơ sinh bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 1 đến tháng 7 năm 2025. **Kết quả:** phần lớn trẻ mắc bệnh là trẻ nam (61.6%) với cân nặng trung bình  $2212 \pm 469$  (gram). Có 67% trẻ suy hô hấp nhẹ và 33% trẻ suy hô hấp nặng. Triệu chứng lúc vào thường gặp nhất là phập phồng cánh mũi (95.1%), rút lõm lồng ngực (96.2%), thở nhanh (83.8%). Liệu pháp hỗ trợ hô hấp được sử dụng: thở oxy (52.4%), thở CPAP (36.8%), thở máy xâm nhập (10.3%). Số trẻ sử dụng kháng sinh chiếm 49.2%, thời gian sử dụng trung bình  $3.98 \pm 2$  ngày, đa phần là kháng sinh bậc 1 (92.3%). Dinh dưỡng cho trẻ phần lớn là nuôi ăn hoàn toàn qua đường tiêu hóa (75.7%), dinh dưỡng kết hợp chiếm 23.2%, nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn chỉ 1.1%. Thời gian điều trị trung bình là  $8.9 \pm 5.9$  ngày. Đa số bệnh nhân đều khỏi bệnh, xuất viện (98.4%), chỉ có 3 ca tử vong chiếm 1.6%. **Kết luận:** Phần lớn trẻ sơ sinh non tháng muộn xuất hiện suy hô hấp là trẻ nam, chủ yếu là suy hô hấp nhẹ, điều trị nhiều nhất là thở oxy và dinh dưỡng hoàn toàn qua đường tiêu hóa, kết quả điều trị tốt với tỷ lệ khỏi-ra viện cao.

**Từ khóa:** Suy hô hấp sơ sinh, trẻ sơ sinh non tháng muộn, đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị.

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF RESPIRATORY DISTRESS IN LATE PRETERM NEONATES AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Objective:** To describe the characteristics of respiratory distress in late preterm neonates and to evaluate treatment outcomes. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 185 late preterm neonates (34 weeks to 36 weeks 6 days of gestation) diagnosed with respiratory distress at the Neonatal Center, National Hospital of Obstetrics and Gynecology, from January to July 2025. **Results:** The majority of affected infants were male (61.6%) with a mean birth weight of  $2212 \pm 469$  grams. Mild respiratory distress accounted for 67%, while severe

cases accounted for 33%. The most common presenting signs were nasal flaring (95.1%), chest retractions (96.2%), and tachypnea (83.8%). Respiratory support mainly included oxygen therapy (52.4%), CPAP (36.8%), and invasive mechanical ventilation (10.3%). Antibiotics were administered in 49.2% of cases, with a mean duration of  $3.98 \pm 2$  days; most were first-line antibiotics (92.3%). Nutritional support was predominantly full enteral feeding (75.7%), followed by combined enteral and parenteral nutrition (23.2%); exclusive parenteral nutrition was rare (1.1%). The mean hospital stay was  $8.9 \pm 5.9$  days. Most patients recovered and were discharged (98.4%), with only three deaths (1.6%).

**Conclusion:** Respiratory distress in late preterm neonates occurred mostly immediately after birth and was predominantly mild. Oxygen therapy and full enteral nutrition were the main treatment modalities, yielding favorable outcomes with a high recovery and discharge rate. **Keywords:** Neonatal respiratory distress, Late preterm infants, Clinical characteristics, Treatment outcomes.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp (SHH) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong thời kỳ sơ sinh. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, năm 2022, tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh chiếm tới 47% tỷ lệ tử vong chung của trẻ dưới 5 tuổi<sup>(10)</sup>. Các triệu chứng lâm sàng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh rất đa dạng, phong phú, khác nhau giữa trẻ non tháng, đủ tháng và mức độ suy hô hấp. Mục tiêu điều trị là ổn định tình trạng hô hấp bằng các biện pháp hỗ trợ hô hấp, hồi sức tích cực ngay từ sau khi sinh. Việc nhận biết sớm và điều trị kịp thời SHH ở trẻ sơ sinh là rất cần thiết, góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh. Theo báo cáo hằng năm, Trung tâm Sơ sinh – Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương hàng năm tiếp nhận trên 4000 ca cấp cứu, trong đó SHH cấp chiếm gần 1000 số trường hợp. Mặc dù vậy chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách hệ thống vấn đề nhận biết và xử trí sớm suy hô hấp sơ sinh ở trẻ non tháng muộn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm và đánh giá kết quả điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tháng muộn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.*

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả trẻ sơ sinh có tuổi thai từ 34 đến 36 (6/7) tuần chuyển từ khoa Sản Bệnh viện Phụ sản Trung Ương tới trung tâm Sơ sinh – bệnh viện phụ sản Trung

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Hiếu Anh

Email: tranminhhieuanhydk@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

Ương và được chẩn đoán suy hô hấp, từ tháng 1 đến tháng 7 năm 2025.

**Tiêu chuẩn chẩn đoán suy hô hấp:**

Tiêu chuẩn lâm sàng:

Khi có ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau:

- Thay đổi nhịp thở: thở nhanh >60 lần/phút hoặc thở chậm <30 lần/phút.

- Dấu hiệu thở gắng sức: rút lõm lồng ngực hoặc phập phồng cánh mũi hoặc thở rên.

- Tím khi thở khí trời: tím quanh môi, đầu chi hoặc toàn thân, đo SpO2 <90%<sup>(3)</sup>.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Trẻ bị bỏ rơi, không rõ thông tin hành chính

- Các trường hợp trẻ được chuyển viện.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu, với phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Có 185 trẻ thỏa mãn tiêu chuẩn được thu tuyển trong thời gian nghiên cứu.

- **Biến số, chỉ số:**

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Giới tính, cân nặng, cách sinh, địa dư.

+ Triệu chứng hô hấp lúc vào của đối tượng nghiên cứu: phập phồng cánh mũi, rút lõm lồng ngực, nhịp thở, thở rên, cơn ngưng thở bệnh lý.

+ Hỗ trợ điều trị: Thở máy, thở CPAP, oxy, kháng sinh, bơm Surfactant, nuôi dưỡng.

+ Kết quả điều trị: Khỏi- xuất viện, tử vong.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Thông qua hồ sơ bệnh án của bệnh nhân và bệnh án nghiên cứu.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự phê duyệt và thông qua của Hội đồng Y đức Bệnh viện Phụ sản Trung ương, giấy chứng nhận số 21/CN-PSTW ngày 03/01/2025.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Chúng tôi thu thập được 185 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn từ tháng 1 đến tháng 7 năm 2025. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu được mô tả dưới đây.

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

Đặc điểm chung	Mức độ SHH		Tổng N=185	
	Nhẹ	Nặng		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Giới tính	Nam	69 (55.6)	45 (73.8)	144 (61.6)
	Nữ	55 (44.4)	16 (26.2)	71 (38.4)
Địa dư	Nông thôn	97 (78.2)	37 (60.7)	134 (72.4)
	Thành thị	27 (21.8)	24 (39.3)	51 (27.6)
Cân nặng	<2500g	102 (82.3)	37 (60.7)	139 (75.1)
	≥2.500g	22 (17.7)	24 (39.3)	46 (24.9)
	X±SD (g)	2212 ±469 gram		
Cách sinh	Đẻ thường	30 (24.2)	10 (16.4)	40 (21.6)
	Đẻ mổ	94 (75.8)	51 (83.6)	145 (78.4)
<b>Tổng</b>		124 (67)	61 (33)	185 (100)

Có 67% trẻ SHH nhẹ và 33% trẻ SHH nặng. Trẻ trong nghiên cứu đa phần là trẻ nam chiếm 61.6%. Phần lớn trẻ ở nông thôn (72.4%), cân nặng trung bình lúc sinh là 2212 ±469 gram, đa phần bệnh nhân được đẻ mổ (78.4%).

**Bảng 2. Triệu chứng hô hấp lúc vào của đối tượng nghiên cứu**

Triệu chứng hô hấp lúc vào		Mức độ SHH		Tổng (N=185)
		Nhẹ	Nặng	
		n (%)	n (%)	n (%)
Phập phồng cánh mũi	Có	121 (97.6)	55 (90.2)	176 (95.1)
	Không	3 (2.4)	6 (9.8)	9 (4.9)
Thở rên	Có	17 (13.7)	51 (83.6)	68 (36.8)
	Không	107 (86.3)	10 (16.4)	117 (63.2)
Co rút lồng ngực	Có	122 (98.4)	56 (91.8)	178 (96.2)
	Không	2 (1.6)	5 (8.2)	7 (3.8)
Nhịp thở	Chậm	1 (0.8)	7 (11.5)	8 (4.3)
	Bình thường	19 (15.3)	3 (4.9)	22 (11.9)
	Nhanh	104 (83.9)	51 (83.6)	155 (83.8)
Cơn ngưng thở bệnh lý	Có	7 (5.6)	9 (14.8)	16 (8.6)
	Không	117 (94.4)	52 (85.2)	169 (91.4)

Hầu hết các trẻ đều có dấu hiệu phập phồng cánh mũi (95.1%), và RLLN (96.2%). Trẻ có thở nhanh chiếm 83.8%, thở rên có 36.8%, chỉ 8.6% trẻ có cơn ngưng thở bệnh lý.

**Bảng 3. Đặc điểm của các hỗ trợ điều trị**

Hỗ trợ điều trị	n (%)	X ± SD (Min-Max)
<b>Sử dụng kháng sinh</b>	91 (49.2)	3.98 ± 2 (1-13) (ngày)
<b>Nâng bậc KS (lần)</b>	Không	84 (92.3)
	1 lần	6 (6.6)
	2 lần	1 (1.1)
<b>Dinh dưỡng</b>	Sữa qua sonde dạ dày	140 (75.7)
	Tĩnh mạch hoàn toàn	2 (1.1)
	Kết hợp	43 (23.2)
<b>Hỗ trợ hô hấp</b>	Oxy	183 (98.9)

<b>trong quá trình điều trị</b>	NCPAP	82 (44.3)	2.5 ± 2.2 (1 – 16) (ngày)
	Thở máy không xâm nhập	5 (2.7)	3.4 ± 2.9 (1 – 8) (ngày)
	Thở máy xâm nhập	19 (10.3)	2.3 ± 1.8 (1 – 7) (ngày)

Có 49.2% bệnh nhân được sử dụng kháng sinh với thời gian trung bình 3.98 ± 2 ngày. Phần lớn bệnh nhân không cần nâng bậc kháng sinh (92.3%). Phương pháp nuôi dưỡng chủ yếu là sữa qua đường tiêu hóa (75.7%) với thời gian trung bình 3.7 ± 2.9 ngày. Hầu hết bệnh nhân trong quá trình điều trị được hỗ trợ hô hấp bằng thở oxy (98.9%), với thời gian sử dụng trung bình 3.2 ± 2.6 ngày.

**Bảng 4. Mối liên quan giữa các hỗ trợ điều trị và kết quả điều trị**

<b>Hỗ trợ điều trị</b>		<b>Kết quả điều trị</b>		<b>Tổng N=185</b>	<b>p</b>
		<b>Khỏi - xuất viện</b>	<b>Tử vong</b>		
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Dùng Surfactant</b>	Có	28 (96.6)	1 (3.4)	29 (15.7)	0.396
	Không	154 (98.7)	2 (1.3)	156 (84.3)	
<b>Liệu pháp hỗ trợ hô hấp chính</b>	Thở oxy	97 (100)	0 (0)	97 (52.4)	<0.01
	N-CPAP	68 (100)	0 (0)	68 (36.8)	
	NIV	1 (100)	0 (0)	1 (0.5)	
	Thở máy xâm nhập	16 (84.2)	3 (15.8)	19 (10.3)	
<b>Kháng sinh</b>	Có	89 (97.8)	2 (2.2)	91 (49.2)	0.542
	Không	93 (98.9)	1 (1.1)	94 (50.8)	
<b>Dinh dưỡng</b>	Ăn qua sonde	140 (100)	0 (0)	140 (75.7)	<0.01
	TM hoàn toàn	0 (0)	2 (100)	2 (1.1)	
	Kết hợp	42 (97.7)	1 (2.3)	43 (23.2)	
<b>Tổng</b>		182 (98.4)	3 (1.6)	185 (100)	
<b>Thời gian điều trị (ngày)</b>		<b>X ± SD = 8.9 ± 5.9 (1-36)</b>			

Tỷ lệ bệnh nhân có dùng surfactant thấp 15.7%, sử dụng kháng sinh 49.2%. Bệnh nhân chỉ hỗ trợ oxy đơn thuần chiếm 52.4%, thở CPAP là 36.8% với 100% trẻ khỏi bệnh-ra viện. Thở máy xâm nhập chiếm 10.3% trong đó có 3 ca tử vong chiếm 15.8%. Rất hiếm khi nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn, chỉ có 2 ca chiếm 1.1%, và là 2 ca tử vong. Thời gian điều trị trung bình 8.9 ± 5.9 ngày với tỷ lệ khỏi bệnh cao 98.4%. Sự khác biệt về kết quả điều trị của các liệu pháp hỗ trợ hô hấp và biện pháp dinh dưỡng có ý nghĩa thống kê với p<0.05.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong khoảng thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu tuyển được 185 trẻ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, trong đó phần lớn là trẻ nam (61.6%). Kết quả này tương đồng với kết quả của Hoàng Thị Dung (2021) nghiên cứu về đặc điểm của 245 trẻ suy hô hấp sơ sinh tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, tỷ lệ trẻ sơ sinh suy hô hấp ở nam (63,3%) cao hơn trẻ sơ sinh nữ (36,7%) và luôn chiếm tỷ lệ cao hơn trong các nhóm tuổi<sup>(4)</sup>. Nghiên cứu của Nguyễn Phan Trọng Hiếu (2022) đánh giá kết quả điều trị của 157 trẻ sơ sinh suy hô hấp tại Bệnh viện đa khoa Trung tâm Tiền Giang cũng cho thấy tỷ lệ SHH sơ sinh ở nhóm trẻ nam (60.5%) cao hơn nhóm trẻ nữ (39.5%)<sup>(6)</sup>. Bên cạnh đó, tỷ lệ sinh trẻ trai ngày càng cao do quá trình chọn lọc giới tính. Trong nghiên cứu, có (72,4%) và 51 trẻ ở thành thị

(27,6%). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Dung (2021) với 70.2 % trẻ sơ sinh có SHH ở nông thôn và 29.8% trẻ ở thành thị<sup>(4)</sup>. Nghiên cứu của tác giả Baseer và cộng sự (2020) khác nghiên cứu của chúng tôi, trẻ có địa dư thuộc thành thị chiếm tới 68,97% trong khi nông thôn là 31,03%<sup>(9)</sup>. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về địa điểm tiến hành nghiên cứu. Việt Nam là một nước nông nghiệp, có đến 70% dân số lao động trong lĩnh vực này. Phần lớn trẻ có cân nặng <2500g (75.2%), cân nặng trung bình là 2212 ±469 gram. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Đỗ Thị Trâm Anh (2024), tỷ lệ trẻ non tháng suy hô hấp sơ sinh <2500gam là 71.3%<sup>(1)</sup>, vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trẻ non tháng muộn. Nhóm đẻ mổ chiếm phần lớn số ca SHH (78.4%), tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Phạm Minh Hoàng Gia (2024), tỷ lệ số ca sinh mổ là 67.9% trẻ suy hô hấp sơ sinh chung<sup>(5)</sup>. Khác với nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ non tháng suy hô hấp sơ sinh được đẻ mổ trong nghiên cứu của Đỗ Thị Trâm Anh (2024) thấp hơn nhiều, chỉ 45.3%<sup>(1)</sup>.

Hầu hết các trẻ suy hô hấp nặng trong nghiên cứu đều có dấu hiệu phập phồng cánh mũi (90.2%) và RLLN (91.8%). Kết quả này khác với nghiên cứu của Phạm Thị Thúy Tuệ (2023) nghiên cứu về đặc điểm của trẻ sơ sinh SHH nặng ở bệnh viện Sản nhi Quảng Ngãi, phập phồng cánh mũi chiếm 81.5%, RLLN chiếm

21%<sup>(7)</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi có 36.8% trẻ thở rên, trong đó SHH nặng có 83.6% trẻ thở rên, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Phạm Thị Thúy Tuệ (2023), tỷ lệ trẻ thở rên trong nhóm trẻ sơ sinh SHH nặng là 53.1%<sup>(7)</sup>. Trẻ có thở nhanh chiếm 83.8%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Dung (2021) với tỷ lệ trẻ SHH sơ sinh non tháng thở nhanh 82.8%<sup>(4)</sup>. Chỉ 8.6% trẻ có cơn ngưng thở bệnh lý, kết quả này thấp hơn tỷ lệ trẻ SHH sơ sinh có cơn ngưng thở bệnh lý của Hoàng Thị Dung (16.3%)<sup>(4)</sup>. Trong nhóm trẻ SHH nặng, tỷ lệ có cơn ngưng thở bệnh lý là 14.8%, cao hơn tỷ lệ trẻ sơ sinh SHH nặng có cơn ngưng thở trong nghiên cứu của Phạm Thị Thúy Tuệ (11.7%)<sup>(7)</sup>.

Tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng muộn SHH được sử dụng surfactant trong nghiên cứu của chúng tôi thấp (15.7%), trong đó tỷ lệ khỏi bệnh, xuất viện cao (96.6%). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Bình (2025) tại khoa Hồi sức tích cực Sơ sinh Bệnh viện Trung Ương Huế, có 45.9% trẻ sơ sinh non tháng có suy hô hấp sử dụng surfactant, trong đó tỷ lệ sống là 68%<sup>(2)</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 49.2% bệnh nhân được sử dụng kháng sinh với thời gian trung bình  $3.98 \pm 2$  ngày (dao động 1–13 ngày). Phần lớn bệnh nhân không cần nâng bậc kháng sinh (92.3%), chỉ 7.7% phải thay đổi phác đồ, trong đó 6.6% nâng bậc một lần và 1.1% nâng bậc hai lần. Kết quả cho thấy kháng sinh ban đầu có hiệu quả cao. Tỷ lệ khỏi bệnh ở nhóm sử dụng kháng sinh là 97.8%. Kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Phan Trọng Hiếu (2022), tỷ lệ khỏi bệnh ở trẻ SHH sơ sinh sử dụng kháng sinh là 77.85%<sup>(6)</sup>. Sự khác nhau này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ, và đa phần bệnh nhân hạn chế sử dụng kháng sinh nếu không rõ yếu tố nguy cơ nên số bệnh nhân dùng kháng sinh ít. Phương pháp nuôi dưỡng chủ yếu là sữa qua sonde dạ dày (75.7%) với thời gian trung bình  $3.7 \pm 2.9$  ngày, và tỷ lệ khỏi bệnh trong nhóm này là 100%. Có 23.2% bệnh nhân được nuôi dưỡng kết hợp tĩnh mạch và đường tiêu hóa với thời gian trung bình  $3.1 \pm 1.5$  ngày, sau đó bệnh nhân được chuyển qua ăn đường tiêu hóa hoàn toàn, tỷ lệ khỏi bệnh trong nhóm này cũng cao 97.7%. Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch hoàn toàn ít gặp, chỉ chiếm 1.1% và kéo dài 1 ngày, đều rơi vào những trường hợp nặng tử vong. Nghiên cứu của Nguyễn Phan Trọng Hiếu (2022) có đến 99.3% bệnh nhân suy hô hấp sơ sinh hỗ trợ dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch, trong đó tỷ lệ khỏi bệnh là 78.85%<sup>(6)</sup>. Sự khác nhau này có thể giải thích do tuổi thai lựa chọn cho cỡ mẫu và quan điểm điều trị của các

cơ sở y tế. Hầu hết bệnh nhân trong quá trình điều trị được hỗ trợ hô hấp bằng thở oxy (98.9%), với thời gian sử dụng giao động rộng từ 1 đến 19 ngày, trung bình  $3.2 \pm 2.6$  ngày. Điều này dễ giải thích vì thở oxy được dùng sau khi cai thở máy hoặc NCPAP. Về hỗ trợ hô hấp chính trong quá trình điều trị, có 52.4% bệnh nhân được thở oxy đơn thuần và 36.8% trẻ thở CPAP với 100% trẻ khỏi bệnh-ra viện. Thở máy xâm nhập chiếm 10.3% trong đó có 3 ca tử vong chiếm 15.8%. Thời gian điều trị giao động từ 1-36 ngày, trung bình  $8.9 \pm 5.9$  ngày với tỷ lệ khỏi bệnh cao 98.4%. Một nghiên cứu của Nguyễn Thanh Vân (2025) đánh giá kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh tại bệnh viện Đa Khoa Tiền Giang, tỷ lệ trẻ thở oxy đơn thuần là 25.5%, với 87.5% khỏi bệnh, thở NCPAP chiếm 53.5% với 86.9% trẻ khỏi bệnh, thở máy chiếm 21% với tỷ lệ tử vong 51.52%<sup>(8)</sup>. Sự khác nhau này có thể vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khu trú ở nhóm trẻ sơ sinh non tháng muộn.

## V. KẾT LUẬN

Phần lớn trẻ sơ sinh non tháng muộn có suy hô hấp là trẻ nam, đa phần là suy hô hấp mức độ nhẹ. Triệu chứng thường gặp nhất là phập phồng cánh mũi, rút lõm lồng ngực và thở nhanh. Cơn ngưng thở bệnh lý thường gặp ở trẻ có mức độ suy hô hấp nặng. Có đến 50.8% bệnh nhân không sử dụng kháng sinh, do hạn chế tối đa việc sử dụng và nâng bậc kháng sinh, đa phần kháng sinh ban đầu có hiệu quả cao. Chỉ có 15.7% trẻ sử dụng surfactant, hỗ trợ điều trị sử dụng nhiều nhất là thở oxy, thở NCPAP, nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa hoàn toàn với tỷ lệ khỏi bệnh cao 98.4%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anh Đỗ Thị Trâm, Nga Nguyễn Thị Quỳnh** (2024), "Nguyên nhân và kết quả điều trị suy hô hấp ở trẻ đẻ non tại khoa sơ sinh bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn", Tạp chí y học Việt Nam tập 543- tháng 10- số 2, pp. 45-49.
2. **Bình Nguyễn Thị Thanh, Linh Hoàng Mai, Nôm Nguyễn** (2025), "Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến hội chứng suy hô hấp sơ sinh ở trẻ non tháng", Tạp Chí nghiên cứu y học 188 (3)(3), pp. 199-207.
3. **Bộ Y tế** (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ở trẻ em, Quyết định số 3312/QĐ – BYT ngày 07/08/2015, Sơ Sinh, 238-239.
4. **Dung Hoàng Thị, Sơn Nguyễn Văn** (2021), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", Luận văn Bác sĩ nội trú.
5. **Gia Phạm Minh Hoàng, Phong Trần Đỗ Thanh, Phụng Trang Kim** (2024), "Kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh tại bệnh viện sản nhi Hậu Giang năm 2023", Tạp chí y học Việt Nam tập 541- tháng 8- số 3, pp. 152-154.

6. **Hiếu Nguyễn Phan Trọng, Thiện Trần Chí, Nam Nguyễn Thành** (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 tập 515 - tháng 6-số 1, pp. 82-88.
7. **Tuệ Phan Thị Thúy, Anh Phạm Vân, Tuyển Nguyễn Đình** (2023), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến suy hô hấp sơ sinh nặng tại bệnh viện Sản Nhi Quảng Ngãi", Tạp chí y học Việt Nam tập 529-tháng 8- số 1, pp. 363-365.
8. **Vân Nguyễn Thanh, Nam Nguyễn Thành** (2025), "Đánh giá kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang", Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 66, Special Issue 6, pp. 287-293.
9. **Baseer Kaa Auid-Orcid, Mohamed, M. Auid-Orcid, Abd-Elmawgood, Ea Auid-Orcid** (2020), "Risk Factors of Respiratory Diseases Among Neonates in Neonatal Intensive Care Unit of Qena University Hospital, Egypt"(2214-9996 (Electronic)).
10. **World Health Organization** (2024), "Newborns mortality", <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/newborn-mortality>.

## UNG THƯ BIỂU MÔ TYPE TUYẾN NƯỚC BỌT NGUYÊN PHÁT Ở PHỔI: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Hoàng Văn Lương<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Ung thư biểu mô type tuyến nước bọt nguyên phát ở phổi là một loại u hiếm gặp chiếm <1% các khối u ở phổi. Loại u này phát sinh từ các tuyến nằm trong lớp dưới niêm mạc của khí quản hoặc phế quản và có đặc điểm mô học tương đồng với các u tuyến nước bọt xuất phát từ vùng đầu - cổ cũng như vú, tuyến ức. Bệnh thường gặp ở độ tuổi trung niên, không hút thuốc và dễ nhầm lẫn với viêm phổi do biểu hiện không đặc hiệu. Chúng tôi báo cáo bệnh nhân nữ 39 tuổi nhập viện vì viêm phổi tái diễn nhiều lần. Chụp CLVT ngực cho thấy khối u nội phế quản trung gian phải gây viêm và xẹp một phần thùy dưới phổi phải. Nội soi ghi nhận khối u dễ chảy máu, bít tắc gần hoàn toàn lòng phế quản. Mô bệnh học xác định chẩn đoán ung thư biểu mô type tuyến nước bọt thể biểu mô nhầy-biểu bì độ thấp. Bệnh nhân được loại trừ u di căn từ tuyến nước bọt bằng thăm khám và chẩn đoán hình ảnh toàn thân. Phẫu thuật nội soi cắt nối phế quản kết hợp hóa trị paclitaxel-carboplatin được tiến hành, sau 7 tháng theo dõi không ghi nhận tái phát. Ca bệnh này cho thấy ung thư biểu mô type tuyến nước bọt nguyên phát ở phổi mặc dù hiếm nhưng vẫn cần được nghĩ đến trong chẩn đoán phân biệt các trường hợp ho hoặc viêm phổi tái phát nhiều lần. Phẫu thuật triệt căn vẫn là điều trị tối ưu, mang lại tiên lượng thuận lợi cho ung thư biểu mô nhầy-biểu bì độ thấp. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô type tuyến nước bọt nguyên phát ở phổi, ung thư biểu mô nhầy-biểu bì, phẫu thuật nội soi cắt-nối phế quản.

### SUMMARY

#### PRIMARY PULMONARY SALIVARY GLAND-TYPE CARCINOMA: A RARE CASE REPORT

<sup>1</sup>Trung tâm CDHA&YHHN - Bệnh viện Phổi Trung Ương

<sup>2</sup>Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Lương

Email: bshoangluong@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

### AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Primary salivary gland-type carcinoma of the lung is a rare neoplasm, accounting for less than 1% of all pulmonary tumors. This tumor arises from the submucosal glands of the trachea or bronchi and shares histological features with salivary gland tumors originating from the head and neck region, as well as from the breast and thymus. The disease is typically seen in middle-aged, non-smoking individuals and can easily be misdiagnosed as pneumonia due to its nonspecific clinical presentation. We report the case of a 39-year-old woman who was admitted with recurrent pneumonia. Chest CT revealed an endobronchial mass in the right intermediate bronchus, leading to inflammation and partial atelectasis of the right lower lobe. Bronchoscopy demonstrated a friable mass almost completely obstructing the bronchial lumen. Histopathology confirmed the diagnosis of low-grade mucoepidermoid carcinoma, a subtype of primary salivary gland-type carcinoma of the lung. Systemic evaluation excluded metastasis from salivary glands. The patient underwent bronchoplastic resection with end-to-end anastomosis combined with paclitaxel-carboplatin chemotherapy. After seven months of follow-up, no recurrence was observed. This case highlights that although primary salivary gland-type carcinoma of the lung is rare, it should be considered in the differential diagnosis of patients with chronic cough or recurrent pneumonia. Complete surgical resection remains the treatment of choice and offers a favorable prognosis, particularly in low-grade mucoepidermoid carcinoma.

**Keywords:** Primary pulmonary salivary gland-type carcinoma, mucoepidermoid carcinoma, bronchoplastic resection

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô type tuyến nước bọt nguyên phát ở phổi (Primary Pulmonary Salivary Gland-type Carcinomas) là khối u phổi hiếm gặp, chiếm dưới 1% các khối u nguyên phát ở phổi. Loại u này bắt nguồn từ các tuyến nằm trong lớp dưới niêm mạc của khí quản hoặc phế quản và