

100% thuộc nhóm trẻ sinh non có tuổi thai ≥ 32 tuần. Đến 6 tháng tuổi hiệu chỉnh, có 73,7% trẻ bắt kịp tăng trưởng, trong đó 78,2% trẻ thuộc nhóm 32 - < 37 tuần và chỉ có 33,3% trẻ thuộc nhóm sinh rất non tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thanh Bình (2018), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của trẻ sơ sinh đẻ non tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế", Tạp chí Y Học TP. HCM. 22(4), tr. 215-221.
2. Hoàng Thị Hương (2019), "Nghiên cứu sự tăng trưởng thể chất trong 6 tháng đầu của trẻ sơ sinh nhẹ cân", Bệnh viện Từ Dũ. 23(2), tr. 35-42.
3. Nguyễn Thị Phương (2020), "Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ đẻ non tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên", Tạp chí Khoa học và Công nghệ ĐHTN. 225(11), tr. 83-88.
4. Trần Thị Mỹ Tuyết và các cộng sự. (2019), "Đánh giá sự tăng trưởng thể chất, vận động thô nhóm trẻ sinh non lúc 6 tháng tuổi điều chỉnh", Tạp chí Y Học TP. HCM. 23(5), tr. 170-175.
5. Nguyễn Văn Trung (2018), "Nghiên cứu tình hình đẻ non tại khoa Phụ Sản – Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng trong 06 tháng từ tháng 02/2017 đến tháng 07/2017", Bệnh viện Đa khoa Đan Phượng. 17(3).
6. Mariana G Oliveira (2008), "Growth of very low birth weight infants at 12 months corrected age in southern Brazil", pubmed. 54(1), tr. 36-42.
7. "Preterm birth" (2018), World Health Organization.
8. John A. Troutman et al (2018), "Development of growth equations from longitudinal studies of body weight and height in the full term and preterm neonate: From birth to four years postnatal age", National Library of Medicine. 110(11), tr. 916-932.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH HẸP KHÍ QUẢN BẨM SINH ĐỐI VỚI CÁC BỆNH NHÂN SUY HÔ HẤP NGUY KỊCH CẦN THỞ MÁY TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Trung Kiên¹, Đặng Văn Thức², Nguyễn Lý Thịnh Trường²

TÓM TẮT

Hẹp khí quản bẩm sinh có suy hô hấp nguy kịch cần hỗ trợ thở máy là một trong những bệnh lý đe dọa trực tiếp đến tính mạng bệnh nhi. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị cho các bệnh nhân hẹp khí quản bẩm sinh có tình trạng suy hô hấp nguy kịch tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương. Từ tháng 12 năm 2016 đến tháng 5 năm 2022 có 31 trẻ được xác định hẹp khí quản bẩm sinh có tình trạng suy hô hấp nguy kịch cần hỗ trợ thở máy tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tuổi trung vị của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 136 ngày, cân nặng khi phẫu thuật trung vị là 5,8kg. Có 20 trẻ nam và 11 trẻ nữ (tỷ lệ 2/1). Có 9 bệnh nhân (29%) có kết quả cấy nội khí quản có dương tính với vi khuẩn hoặc virus trước khi phẫu thuật và 16 bệnh nhân (51,6%) có kết quả cấy nội khí quản dương tính với vi khuẩn hoặc virus sau phẫu thuật. Có 23 bệnh nhân (74,2%) có tổn thương trong tim phổi hợp, trong đó có 19 bệnh nhân (61,3%) có sling động mạch phổi. Toàn bộ các bệnh nhân trong nghiên cứu được tiến hành tạo hình khí quản trượt, trừ 1 trường hợp được tạo hình bằng cách cắt nối tận - tận. Chiều dài trung bình của đoạn hẹp khí quản là 4,2cm (tối thiểu 2 cm, tối đa 6cm). Thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình của

các bệnh nhân trong nghiên cứu là $133,66 \pm 55,28$ phút, thời gian thở máy sau phẫu thuật trung bình là $196,41 \pm 216,09$ giờ, thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $25,19 \pm 11,10$ ngày. Có 5 bệnh nhân (16,1%) tử vong sớm sau phẫu thuật và 1 bệnh nhân (3,2%) tử vong muộn sau phẫu thuật. Kết quả khám lại trên các bệnh nhân sống sót cho thấy có 1 trẻ bị khàn tiếng sau phẫu thuật, tất cả các trường hợp sống sót còn lại khác đều ổn định. Trong cùng thời gian nghiên cứu, có 61 trường hợp hẹp khí quản bẩm sinh khác được điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương, trong đó chỉ có duy nhất 1 trường hợp tử vong sau phẫu thuật. Kết quả điều trị cho các bệnh nhân hẹp khí quản bẩm sinh có tình trạng suy hô hấp nguy kịch cần hỗ trợ thở máy tại Bệnh viện Nhi Trung ương là khả quan. Phát hiện sớm bệnh lý hẹp khí quản bẩm sinh có thể giúp cải thiện tiên lượng và kết quả điều trị. **Từ khóa:** Hẹp khí quản bẩm sinh, phẫu thuật tạo hình khí quản trượt, suy hô hấp nguy kịch, thở máy.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF CONGENITAL TRACHEAL STENOSIS IN SEVERE RESPIRATORY FAILURE PATIENTS REQUIRING VENTILATORS AT A CENTRAL PEDIATRIC HOSPITAL

Congenital trachea stenosis, who have a respiratory failure that required mechanical ventilation, is a life-threatening condition. We evaluated the outcomes for those patients who underwent surgical treatment at Heart Center-Vietnam National Children's Hospital. From December 2016 to May 2022, a total of 31 patients who underwent surgical repair required preoperative ventilation due to congenital trachea

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lý Thịnh Trường

Email: nlttruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2023

Ngày duyệt bài: 27.2.2023

stenosis were retrospective studies. The median age at operation was 136 days, and the median weight at operation was 5,8kg. There were 20 males and 11 females (ratio 2/1). Nine patients (29%) have positive results of bacterial or virus with endotracheal tube culture before the operation, and 16 patients (51,6%) have positive results with endotracheal tube culture postoperative. There were 23 patients (74,2%) associated with intracardiac anomalies, with 19 patients (61,3%) who have a pulmonary artery sling. The slide tracheoplasty was performed in all cases, except one case with resection and end-to-end anastomosis. The median length of trachea stenosis was 4,2cm (2 - 6 cm). The mean bypass time was 133,66 ± 55,28 minutes, the mean ventilation time was 196,41 ± 216,09 hours, and the mean days' postoperative length of stay was 25,19 ± 11,10 days. There were 5 patients (16,15%) died in hospital, and 1 late death (3,2%). The last follow-up results show excellent results, with only one patient who has unilateral vocal cord paralysis. During the same study time, an additional 62 patients required surgical treatment for congenital trachea stenosis, who have spontaneous breathing, at Heart Center- Vietnam National Children's Hospital with only one early death. Results of surgical repair for patients who have a critical respiratory failure due to congenital trachea stenosis were good at Vietnam National Children's Hospital. Earlier detection of this rare congenital disease may improve the outcomes of treatments.

Keywords: Congenital trachea stenosis, slide tracheoplasty, critical respiratory failure, mechanical ventilation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khí quản bẩm sinh là một thương tổn đường thở hiếm gặp, với phần lớn các trường hợp có thương tổn hẹp khí quản do vòng sụn khép kín, có nguy cơ tử vong rất cao nếu không được can thiệp kịp thời. Một số không ít trường hợp được phát hiện tình cờ khi đặt nội khí quản do tình trạng suy hô hấp nguy kịch cần hỗ trợ thở máy. Nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật tạo hình khí quản khá cao, dao động từ 17%-47% trong những nghiên cứu từ những thập niên 90 của thế kỷ trước.[1][2] Trong thời gian gần đây, phẫu thuật tạo hình trượt khí quản đã có những bước tiến đáng kể góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật xuống 2,5%-9,9% đối với các bệnh nhân hẹp khí quản bẩm sinh do vòng sụn khép kín.[3][4][5]

Tại Bệnh viện Nhi Trung ương, trước năm 2016, gần như toàn bộ các bệnh nhân được phát hiện hẹp khí quản bẩm sinh đều tử vong, bất chấp mọi nỗ lực điều trị. Từ năm 2016, chúng tôi bắt đầu chương trình điều trị cho tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán hẹp khí quản bẩm sinh, chủ yếu bằng phương pháp phẫu thuật tạo hình

khí quản trượt. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị nhóm bệnh bẩm sinh hiếm gặp này với đối tượng là những bệnh nhân có tình trạng suy hô hấp nguy kịch cần hỗ trợ thở máy tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu từ tháng 12 năm 2016 đến tháng 5 năm 2022

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán hẹp khí quản bẩm sinh có tình trạng suy hô hấp nguy kịch cần thở máy trước phẫu thuật, được tiến hành phẫu thuật tạo hình khí quản, có đủ hồ sơ bệnh án đáp ứng yêu cầu của nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân được chẩn đoán hẹp khí quản được phẫu thuật nhưng không phải thở máy trước mổ, các bệnh nhân được chẩn đoán hẹp khí quản nhưng không đồng ý phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện từ tháng 12/2016 đến tháng 5/2022

Các biến thu thập vào nghiên cứu: các biến về đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật, các diễn biến trong quá trình phẫu thuật, các biến chứng và diễn biến tại hồi sức sau phẫu thuật và kết quả khám lại sau phẫu thuật.

Phương pháp phẫu thuật. Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được tiến hành phẫu thuật tạo hình khí quản bởi 1 phẫu thuật viên. Phẫu thuật được tiến hành qua đường giữa xương ức với sự hỗ trợ của tuần hoàn ngoài cơ thể, các thương tổn trong tim được sửa chữa trước khi tiến hành phẫu thuật tạo hình khí quản. Toàn bộ mặt trước khí quản được bộc lộ, vị trí hẹp được xác định bằng mắt thường. Hai đầu khí quản được trượt lên nhau và nối lại bằng chỉ polyoxadone 5.0 hoặc 6.0 khâu vắt. Trong trường hợp hẹp lan xuống phế quản gốc, chúng tôi tiến hành tạo hình phế quản gốc cùng lúc bằng kỹ thuật trượt. Sau khi miệng nối khí quản được hoàn thành, chúng tôi tiến hành kiểm tra xem miệng nối có bị rò khí hay không bằng cách bóp bóng qua nội khí quản với áp lực dương 40cm nước.

Xử lý số liệu. Số liệu được thu thập theo bệnh án nghiên cứu mẫu và được xử lý theo phương pháp thống kê với phần mềm R. Dữ liệu được trình bày dưới dạng bảng biểu, theo tỷ lệ phần trăm và dạng tần suất, dạng trung bình kèm độ lệch chuẩn, trung vị và tối đa-tối thiểu với biến thích hợp. Biểu đồ Kaplan Meier được xử

dụng nhằm đánh giá tỷ lệ sống sót sau phẫu thuật. Giá trị p được xác định nhỏ hơn hoặc bằng 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc trong nghiên cứu y sinh học, đã được Hội đồng đạo đức của Viện nghiên cứu sức khỏe trẻ em-Bệnh viện Nhi Trung ương (QĐ số 801/BVNTW-VNCSK cấp ngày 04 tháng 05 năm 2022) thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 12 năm 2016 đến tháng 5 năm 2022, có tổng số 31 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

Cân nặng trung vị của các bệnh nhân trước phẫu thuật là 5,8kg (tối thiểu là 2,5kg, tối đa là 10kg), tuổi trung vị của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 136 ngày. Tất cả các bệnh nhân đều phải thông khí nhân tạo trước phẫu thuật với chỉ số máy thở cao trong phần lớn các bệnh nhân. Chi tiết đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật được mô tả trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trước mổ

	n (%) hoặc trung vị (tối đa - tối thiểu)
Tuổi (ngày)	136 (2-546)
Giới	
Nam	20 (64,5%)
Nữ	11 (35,5%)
Cân nặng (kg)	5,8 (2,5-10)
Hình thái cây khí quản	
Bình thường	27 (87%)
Phế quản thùy trên phổi phải xuất phát sớm	2 (6,5%)
Thiếu sản một phổi	2 (6,5%)
Thở máy trước phẫu thuật	31 (100%)
Áp lực đường thở tối đa trước phẫu thuật (cmH ₂ O)	30 (22-60)
Áp lực riêng phần CO ₂ khí máu trước phẫu thuật (mmHg)	95,5 (65-115)
Xẹp phổi	3 (9,7%)
Cây NKQ dương tính	9 (29%)
Hồi sinh tim phổi ngay trước mổ	6 (19,4%)
Tổn thương trong tim phổi hợp	23 (74,2%)
Dị tật tại các cơ quan khác (Down, VARCTEL...)	2 (6,5%)

Có 6 bệnh nhân (19,4%) cần cấp cứu ngừng tuần hoàn ngay khi bệnh nhân được chuyển tới phòng mổ do tắc nghẽn hoàn toàn đường thở và không thể thông khí nhân tạo được. Chi tiết diễn biến trong phẫu thuật được mô tả trong bảng 2.

Bảng 2: Các diễn biến trong và sau mổ

	n (%), trung bình ± SD hoặc trung vị (tối đa - tối thiểu)
Xử lý tổn thương trong tim phổi hợp	
Trồng lại động mạch phổi (sling động mạch phổi)	19 (61,3%)
Làm đường hầm trong thất (thất phải hai đường ra)	2 (6,5%)
Vá lỗ thông liên nhĩ (thông liên nhĩ)	2 (6,5%)
Vá lỗ thông liên thất (thông liên thất)	1 (3,2%)
Phẫu thuật chuyển vị động mạch (chuyển gốc động mạch)	1 (3,2%)
Thời gian chạy máy (phút)	133,66 ± 55,28
Thời gian phẫu thuật (phút)	5,01 ± 1,08
Chiều dài trung bình đoạn hẹp (cm)	4.2 (2-6)
Thời gian thở máy sau phẫu thuật (giờ)	196,41 ± 216,09
Cây nội khí quản hoặc cây máu dương tính	16 (51,6%)
Thời gian nằm hồi sức sau mổ (ngày)	17,73 ± 11,53
Thời gian nằm viện trung bình sau mổ (ngày)	25,19 ± 11,10
Tử vong tại bệnh viện	5 (16,1%)
Tử vong muộn	1 (3,2%)

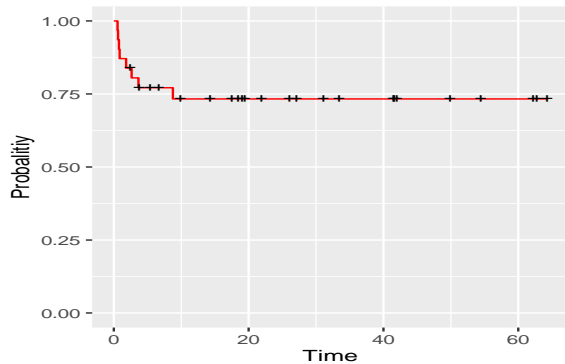
Có 5 bệnh nhân (16,1%) tử vong sớm tại bệnh viện và 1 bệnh nhân (3,2%) tử vong muộn sau phẫu thuật 1 tháng tại gia đình. Trong đó có 2 trường hợp tử vong do rò miệng nối khí quản sau phẫu thuật. Bệnh nhân đầu tiên tử vong khi chúng tôi mới tiến hành phẫu thuật tạo hình khí quản, rò khí quản xuất hiện sau mổ. Sau mổ bệnh nhân có nhiễm trùng xương ức, và được làm lại xương ức đồng thời khâu treo động mạch chủ do tình trạng mềm sụn khí quản mức độ nặng. Bệnh nhân tử vong tại bệnh viện do tình trạng thở máy kéo dài, cây nội khí quản có nấm và trực khuẩn mủ xanh, có rò miệng nối sau phẫu thuật. Một bệnh nhân khác tử vong do tình trạng rò khí quản mặc dù đã mổ lại 2 lần tìm lỗ rò, bệnh nhân tử vong trong bệnh cảnh của sốc nhiễm trùng không kiểm soát được do nhiễm khuẩn trung thất.

Có 2 trường hợp tạo hình khí quản trên trẻ sơ sinh, trong đó 1 trường hợp tử vong sau phẫu thuật 10 ngày. Bệnh nhân sau phẫu thuật được đóng ngực, tuy nhiên các chỉ số máy thở tăng dần kèm theo ảnh hưởng đến huyết động nên

bệnh nhân được mở ngực lại vào ngày thứ 2 sau mổ và để hở xương ức, tuy vậy các chỉ số của máy thở phải tăng dần và không đáp ứng với điều trị hỗ trợ thông thường, trẻ mất trong tình trạng suy hô hấp và suy đa tạng kèm theo nhiễm trùng toàn thân nặng. Một bệnh nhân sơ sinh khác được chẩn đoán hẹp khí quản kèm theo chuyển gốc động mạch-vách liên thất nguyên vẹn, được phẫu thuật sửa toàn bộ. Tình trạng huyết động sau phẫu thuật ổn định với tưới máu cơ tim bình thường và các thông số máy thở rất thấp. Tuy nhiên, 48 giờ sau phẫu thuật thì diễn biến của trẻ xấu dần và tử vong trong tình trạng suy tuần hoàn và suy hô hấp mặc dù đã được sử dụng ECMO hỗ trợ từ ngày thứ 4 sau phẫu thuật.

Trường hợp cuối cùng tử vong do tình trạng sốc nhiễm trùng sau phẫu thuật. Trong quá trình phẫu thuật, toàn bộ niêm mạc của đường thở là tổ chức mỡ gây hủy hoại hoàn toàn hệ thống niêm mạc, kết quả cấy ra trực khuẩn mũ xanh đa kháng.

Biểu đồ Kaplan Meier (**Biểu đồ 1**) cho thấy tỷ lệ sống sót sau phẫu thuật tạo hình khí quản đối với các bệnh nhân hẹp khí quản bẩm sinh có tình trạng suy hô hấp nguy kịch cần thông khí nhân tạo tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương sau 1 năm và 5 năm lần lượt là 83,9% và 73,3%.



Biểu đồ 1: Sống sót sau phẫu thuật tạo hình khí quản trượt đối với các bệnh nhân HKQ có SHH

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật tạo hình khí quản tại các Trung tâm phẫu thuật có số lượng bệnh nhân mổ nhiều hiện nay dao động từ 2,5% đến 9,9% tùy theo từng nghiên cứu.[3][4][5] Đối với các bệnh có kèm theo tổn thương sling động mạch phổi, tỷ lệ tử vong dao động từ 12,9% đến 14,3%.[6][7] Tuy vậy, các nghiên cứu trước đây của nước ngoài bao hàm cả các bệnh nhân mổ phiến và vào viện không có tình

trạng nguy kịch về hô hấp. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tử vong sớm sau phẫu thuật là 16,1%, cao hơn một chút so với những nghiên cứu khác, nhưng 100% các bệnh nhân đều thở máy trước phẫu thuật, toàn bộ các bệnh nhân đều chỉ mới được phát hiện bệnh lý hẹp khí quản bẩm sinh khi nhập viện trong tình trạng suy hô hấp cần hỗ trợ thông khí nhân tạo. Có tới gần 1/5 số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng tắc nghẽn hoàn toàn đường thở và không thể thông khí nhân tạo được khi bệnh nhân trên đường vận chuyển từ đơn vị hồi sức tới phòng mổ. Các bệnh nhân này vừa được cấp cứu ngừng tuần hoàn vừa mở ngực cấp cứu để đặt máy tim phổi nhân tạo nhằm hỗ trợ cho thông khí cũng như huyết động của bệnh nhân. Ngoài các bệnh nhân hẹp khí quản có tình trạng suy hô hấp nguy kịch cần thở máy trước phẫu thuật được mô tả trong nghiên cứu này, đã có tổng số 61 trường hợp hẹp khí quản bẩm sinh khác được phẫu thuật tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương theo dạng mổ thường quy với chỉ duy nhất 1 bệnh nhân tử vong sớm tại bệnh viện trong giai đoạn đầu của nghiên cứu chúng tôi.

Kỹ thuật tạo hình khí quản trượt đã phát triển trong nhiều năm qua và dần thay thế những kỹ thuật tạo hình khí quản khác như tạo hình bằng cắt nối tận-tận, tạo hình bằng miếng vá màng tim, tạo hình bằng miếng sụn sườn, tạo hình bằng khí quản của người cho chết não.[1][2][9][10] Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có duy nhất 1 bệnh nhân được tạo hình đoạn hẹp khí quản bằng kỹ thuật cắt nối tận-tận. Bệnh nhân có chiều dài đoạn hẹp ngắn khoảng 5-7mm dạng vòng xơ, thuận lợi cho việc tiến hành cắt nối tận-tận sau khi giải phóng hai đầu của khí quản. Tất cả các bệnh nhân còn lại đều được chúng tôi tiến hành phẫu thuật trượt do có thương tổn vòng sụn khép kín. Ưu điểm của phương pháp trượt giúp tăng gấp đôi đường kính và tăng gấp 4 lần diện tích của khí quản được tạo hình, đồng thời vẫn có thể có khả năng lớn lên cùng bệnh nhân.[11][12] Mặc dù toàn bộ các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu trước khi phẫu thuật đều có tình trạng ứ CO2 trong máu và cần duy trì áp lực thở máy rất cao, nhưng sau khi được tạo hình khí quản thì chỉ số CO2 trong khí máu trở về như bình thường và áp lực thở máy tối đa giảm xuống giới hạn bình thường hoặc giới hạn cao của bình thường cho tất cả các bệnh nhân. Cho đến thời điểm hiện tại, cùng với sự hoàn thiện về mặt kỹ thuật và gây mê cũng như hồi sức, phẫu thuật tạo hình

khí quản trượt cho nhóm bệnh nhân hẹp khí quản bẩm sinh có thương tổn vòng sụn khép kín cần thở máy trước phẫu thuật đã cho kết quả khả quan tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương.

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị bệnh hẹp khí quản bẩm sinh có suy hô hấp nguy kịch cần hỗ trợ thở máy tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Nhi Trung ương là đáng khích lệ và tương đương với các trung tâm lớn khác trên thế giới. Phát hiện sớm bệnh lý hẹp khí quản bẩm sinh có thể giúp cải thiện tiên lượng và kết quả điều trị. Cần có thêm thời gian theo dõi lâu dài sau phẫu thuật nhằm đánh giá chính xác hơn kết quả điều trị đối với nhóm bệnh bẩm sinh hiếm gặp và nguy cơ cao này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Elliott M, Roebuck D, Noctor C, McLaren C, Hartley B, Mok Q, et al. The management of congenital tracheal stenosis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2003 Dec;67:S183-92.
2. Antón-Pacheco JL, Cano I, Comas J, Galletti L, Polo L, García A, et al. Management of congenital tracheal stenosis in infancy☆. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2006 Jun;29(6):991-6.
3. Manning PB, Rutter MJ, Lisek A, Gupta R, Marino BS. One slide fits all: The versatility of slide tracheoplasty with cardiopulmonary bypass

- support for airway reconstruction in children. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2011 Jan;141(1):155-61.
4. Butler CR, Speggorin S, Rijnberg FM, Roebuck DJ, Muthialu N, Hewitt RJ, et al. Outcomes of slide tracheoplasty in 101 children: A 17-year single-center experience. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2014 Jun;147(6):1783-90.
 5. Zhang H, Wang S, Lu Z, Zhu L, Du X, Wang H, et al. Slide tracheoplasty in 81 children: Improved outcomes with modified surgical technique and optimal surgical age. *Medicine (Baltimore).* 2017 Sep;96(38):e8013.
 6. Chen H, Shi G, Zhu L, Wang S, Lu Z, Xu Z. Intermediate-Term Outcomes of Slide Tracheoplasty in Pediatric Patients With Ring-Sling Complex. *Ann Thorac Surg.* 2020 Mar; 109 (3):820-7.
 7. Yong MS, d'Udekem Y, Brizard CP, Robertson T, Robertson CF, Weintraub R, et al. Surgical management of pulmonary artery sling in children. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2013 Apr;145(4):1033-9.
 8. Vu HV, Huynh QK, Nguyen VDQ. Surgical reconstruction for congenital tracheal malformation and pulmonary artery sling. *J Cardiothorac Surg.* 2019 Dec;14(1):49.
 9. Backer CL, Mavroudis C, Gerber ME, Holinger LD. Tracheal surgery in children: an 18-year review of four techniques. *Thorac Surg.* 2001;8.
 10. Tsugawa C, Nishijima E, Muraji T, Satoh S, Takamizawa S, Yamaguchi M, et al. Tracheoplasty for long segment congenital tracheal stenosis: analysis of 29 patients over two decades. *J Pediatr Surg.* 2003 Dec;38(12):1703-6.

NHIỄM NẤM NÔNG Ở TỔN THƯƠNG DA CỦA BỆNH NHÂN VẢY NẾN TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình nhiễm nấm ở tổn thương da của bệnh nhân vảy nến tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 1/2016 - 12/2019. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định vảy nến và được thực hiện xét nghiệm soi trực tiếp tìm nấm. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm nấm nông trên da của bệnh nhân vảy nến là 9,4%, không có sự khác biệt về tuổi, giới giữa nhóm có nhiễm nấm và không nhiễm nấm. Nấm Dermatophytes thường gặp với tỷ lệ 42%, tiếp theo là nấm Malassezia 34,9% và nấm Candida chiếm tỷ lệ thấp nhất 23,1%. Tỷ lệ nhiễm nấm Malassezia ở thể thông thường cao hơn so với các nhóm còn lại với $p < 0,05$. Tỷ lệ nhiễm nấm Dermatophytes ở thể mũ cao

Trần Cẩm Vân¹, Phạm Thị Minh Phương¹

hơn so với các nhóm còn lại với $p < 0,05$. Nhiễm nấm Candida gặp ở tất cả các thể lâm sàng. **Kết luận:** Nhiễm nấm nông trên tổn thương da của bệnh nhân vảy nến thường gặp, chủ yếu do nấm Dermatophytes, nấm Malassezia và nấm Candida.

Từ khóa: nấm nông, vảy nến

SUMMARY

SUPERFICIAL FUNGAL INFECTION ON SKIN LESION OF PATIENT WITH PSORIASIS AT NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Objectives: To investigate the prevalence of superficial fungal infection on skin lesion of patient with psoriasis at National hospital of Dermatology and Venereology from January 2016 to December 2019. **Population and methods:** Cross-sectional description. The patient was diagnosed with psoriasis and have test of direct examination for fungi. **Results:** The prevalence of superficial fungal infection was 9.4%, there was no difference in age and gender. Dermatophytes were common with 42%, followed by

¹Bệnh viện Da liễu Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Cẩm Vân

Email: trancamvan@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023