

- Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh dự phòng trên bệnh nhân phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị. Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108. 2021; Hội nghị Khoa học Dược Bệnh viện năm 2021:145-155.
7. **Võ Thị Hà, Võ Nguyễn Mỹ Ngân và cs.** Kết quả của can thiệp nhằm tối ưu sử dụng kháng sinh dự phòng tại khoa Ngoại Thần kinh - Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;525(4):203-209.
 8. **Vũ Đức Thọ, Trần Văn Đạo.** Kết quả điều trị kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật một số bệnh tiêu hóa. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;512(3):1-5.
 9. **Phan Văn Gây, Hoàng Việt Hùng và cs.** Đánh giá tình trạng sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tại khoa Ngoại chung - Bệnh viện Quân Y 105 năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;528(1):29-32.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA TIM BẨM SINH Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TUYÊN QUANG

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Lê Thị Kim Dung², Nguyễn Thị Phụng², Đỗ Thị Thu Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: phân tích một số yếu tố nguy cơ của tim bẩm sinh ở trẻ dưới 5 tuổi tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang năm 2023-2024. **Đối tượng:** nhóm bệnh gồm 168 trẻ dưới 5 tuổi mắc tim bẩm sinh và nhóm chứng là 336 trẻ không mắc tim bẩm sinh và các dị tật bẩm sinh khác đến khám, điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang. **Phương pháp:** Nghiên cứu bệnh chứng. **Kết quả:** Một số yếu tố nguy cơ đến tim bẩm sinh ở trẻ dưới 5 tuổi được xác định trong nghiên cứu này bao gồm: Mẹ mắc cảm cúm (OR=2,3; 95%CI: 1,4-3,8), đái tháo đường (OR=3,2; 95%CI: 1,5-6,9), tăng huyết áp (OR=2,8; 95%CI: 1,4-5,9), mẹ đã từng phá thai hoặc sảy thai (OR=2,0; 95%CI: 1,2-3,5) và bố \geq 40 tuổi khi mẹ mang thai (OR=4,2; 95%CI: 1,4-13,3). **Kết luận:** Mẹ mắc cảm cúm, đái tháo đường, tăng huyết áp khi mang thai, mẹ đã từng phá thai hoặc sảy thai và bố \geq 40 tuổi khi mẹ mang thai là yếu tố nguy cơ của tim bẩm sinh.

Từ khóa: tim bẩm sinh, tím, trẻ < 5 tuổi, siêu âm tim, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

SOME RISK FACTORS FOR CONGENITAL HEART DISEASE IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT TUYEN QUANG GENERAL HOSPITAL

Objective: To analyze risk factors for congenital heart disease (CHD) in children under 5 years old at Tuyen Quang General Hospital during 2023-2024. **Subjects:** The study group consisted of 168 children under 5 years old diagnosed with CHD, and the control group included 336 children without CHD or other congenital defects who visited Tuyen Quang General Hospital for consultation or treatment. **Method:** Case-control study. **Results:** Several risk factors for CHD in children under 5 years old were

identified in this study, including maternal flu (OR = 2,3; 95% CI: 1,4-3,8), diabetes (OR = 3,2; 95% CI: 1,5-6,9), hypertension (OR = 2,8; 95% CI: 1,4-5,9), history of miscarriage or abortion (OR = 2,0; 95% CI: 1,2-3,5), and the father being \geq 40 years old at the time of conception (OR = 4,2; 95% CI: 1,4-12,3). **Conclusion:** Maternal flu, diabetes, hypertension during pregnancy, history of miscarriage or abortion, and a father aged \geq 40 years at the time of conception are risk factors for congenital heart disease.

Keywords: congenital heart disease, cyanosis, children < 5 years, echocardiography, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tim bẩm sinh (TBS) là những khuyết tật ở tim và hoặc mạch máu lớn xảy ra do sự ngừng hoặc chậm phát triển của phôi tim trong thời kỳ bào thai. Bệnh lý TBS có thể đơn giản hoặc phức tạp và ngày càng phổ biến trong thực hành Nhi khoa. Theo các nghiên cứu, TBS có tỉ lệ mắc khoảng 0,8-1% trẻ sống sau ra đời. Một nghiên cứu năm 2020 ước tính trên toàn cầu có gần 12 triệu người mắc bệnh TBS vào năm 2017, tăng 18,7% so với năm 1990, số ca tử vong do bệnh TBS năm 2017 ước tính là 261.247 ca, giảm 34,5% so với số ca tử vong ước tính vào năm 1990, tuy vậy TBS vẫn là nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ sơ sinh toàn cầu có thể sẽ tiếp tục gia tăng trong những năm tới [3]. Ở Việt Nam, theo các báo cáo của các bệnh viện Nhi, tỉ lệ bệnh TBS là khoảng 1,5% trẻ vào viện và khoảng 30-35% trẻ vào khoa tim mạch [2]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy tỉ lệ các bệnh TBS phức tạp có xu hướng tăng dần [1]. Hiện nay, với sự tiến bộ đáng kể của siêu âm tim nên TBS đã được phát hiện sớm ở cả giai đoạn trước khi sinh và sơ sinh, đồng thời những tiến bộ trong phẫu thuật và các phương pháp điều trị khác đã cải thiện khả năng sống sót và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân TBS. Tuy nhiên, rất ít tiến bộ đã đạt được trong việc phòng ngừa nguyên phát – thay đổi các yếu

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hương

Email: detaihuong1982@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

tổ nguy cơ để giảm số lượng trẻ em bị ảnh hưởng. Tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang, trong những năm gần đây số trẻ được phát hiện mắc TBS ngày càng tăng, việc điều trị còn gặp nhiều khó khăn. Để giảm được tỉ lệ trẻ mắc TBS thì việc tìm hiểu các yếu tố nguy cơ nhằm đưa ra những khuyến cáo trong phòng bệnh TBS là cần thiết. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: phân tích một số yếu tố nguy cơ của TBS ở trẻ từ 0 tháng đến 5 tuổi điều trị tại Khoa Nhi bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang.

Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Phân tích một số yếu tố nguy cơ của tim bẩm sinh ở trẻ từ 0 đến 5 tuổi điều trị tại khoa Nhi bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu: trẻ từ 0 đến 5 tuổi điều trị tại khoa Nhi bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang

Tiêu chuẩn lựa chọn: Cha, mẹ, người trực tiếp nuôi dưỡng trẻ tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Nhóm bệnh là những trẻ từ 0 đến 5 tuổi điều trị tại khoa Nhi bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang được chẩn đoán xác định là TBS dựa vào siêu âm tim.

Nhóm chứng là những trẻ từ 0 đến 5 tuổi không bị TBS, không mắc các dị tật bẩm sinh và các bệnh tim mạch phải điều trị tại khoa Nhi bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang, lựa chọn trẻ trong nhóm chứng tương đồng về tuổi và giới với trẻ mắc TBS.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ sinh sống ở nơi khác, không thuộc tỉnh Tuyên Quang

Cha, mẹ của trẻ không có khả năng trả lời phỏng vấn đầy đủ các thông tin của mẫu phiếu nghiên cứu do giới hạn về ngôn ngữ, trình độ văn hóa hoặc không nhớ chính xác các thông tin.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân tích đơn biến các yếu tố nguy cơ thuộc về mẹ đến tim bẩm sinh ở con

Yếu tố từ mẹ	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		cOR (95% CI)	p
	n	%	n	%		
Mẹ mang thai từ 35 tuổi trở lên	50	29,8	21	6,3	6,4 (3,7-11)	< 0,001
Sinh con thứ 2 trở lên	112	66,7	138	41,1	2,9 (1,9-4,2)	< 0,001
Đã từng phá thai, sảy thai	40	23,8	45	13,4	2,0 (1,3-3,2)	< 0,003
Tiếp xúc thường xuyên với khói thuốc lá khi mang thai	35	20,8	30	8,9	2,7 (1,6-4,6)	< 0,001
Cảm cúm	50	29,8	57	17,0	2,1 (1,3-3,2)	< 0,001
Sốt	57	33,9	87	25,9	1,5 (1,0-2,2)	0,06
Đái tháo đường	25	14,9	17	5,1	3,3 (1,7-6,3)	< 0,001
Tăng huyết áp	25	14,9	19	5,7	2,9 (1,6-5,5)	< 0,001
Viêm nhiễm đường sinh dục	10	6,0	12	3,6	1,7 (0,7-4,0)	0,22

Nhóm bệnh: trẻ không được siêu âm tim; mắc các bệnh tim mạch phải không do bẩm sinh
Nhóm chứng: trẻ mắc các bệnh nặng phải nằm điều trị tại phòng cấp cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu bệnh chứng

Thiết kế nghiên cứu: bệnh chứng

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện trẻ trong nhóm bệnh và nhóm chứng đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, tỉ lệ nhóm bệnh và nhóm chứng được chọn là 1:2. Thực tế chúng tôi chọn được 168 trẻ vào nhóm bệnh và 336 trẻ vào nhóm chứng.

Chỉ số nghiên cứu: Mỗi liên quan giữa các yếu tố thuộc về bố, mẹ và TBS ở con. Mỗi liên quan của các yếu tố thuộc về trẻ và TBS

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: Các yếu tố nguy cơ thuộc về bố, mẹ và con được các bác sĩ chuyên khoa Nhi phỏng vấn trực tiếp bố, mẹ của đối tượng nghiên cứu theo mẫu bệnh án thiết kế sẵn.

Siêu âm tim được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa tim mạch, thu thập số liệu về kết quả siêu âm tim dựa trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học dựa trên phần mềm SPSS 25.0.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài tiến hành khi được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên.

Béo phì	6	3,6	8	2,4	1,5 (0,5-4,5)	0,44
Stress	3	1,8	3	0,9	2,0 (0,4-10,1)	0,38
Không dùng acid folic trong thời kỳ mang thai	50	29,8	55	16,4	2,2 (1,4-3,4)	< 0,001
Thuốc nam	16	10,7	18	5,4	1,9 (0,9-3,7)	0,08

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho kết quả các yếu tố nguy cơ thuộc về mẹ đến TBS ở con là: mẹ mang thai khi ở độ tuổi từ 35 trở lên (OR=6,4); sinh con thứ hai trở lên (OR=2,9); đã từng phá thai, sảy thai (OR=2,0); mẹ tiếp xúc thường xuyên với khói thuốc lá khi mang thai

(OR=2,7); cảm cúm (OR=2,1); đái tháo đường (OR=3,3); tăng huyết áp (OR=2,9); không dùng acid folic trong thời kỳ mang thai (OR=2,2) có nguy cơ sinh con mắc TBS cao hơn bà mẹ không có tiền sử trên (p<0,05).

Bảng 2. Phân tích đơn biến các yếu tố nguy cơ thuộc về bố đến tim bẩm sinh ở con

Yếu tố	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		cOR (95% CI)	P
	n	%	n	%		
Tuổi của bố ≥ 40 tuổi khi mẹ có thai	35	20,8	8	2,4	10,8 (4,9-23,9)	<0,001
Hút thuốc thường xuyên, nghiện thuốc lá	60	35,7	66	19,6	2,3 (1,5-3,4)	<0,001
Uống nhiều rượu, nghiện rượu	30	17,9	35	10,4	1,9 (1,1-3,2)	0,02

Nhận xét: Phân tích các yếu tố thuộc về bố cho thấy: trẻ có bố có tuổi ≥ 40 tuổi khi mẹ có thai có nguy cơ sinh con mắc TBS cao gấp 10,8 lần so với bố có tuổi < 40 tuổi, (95%CI: 4,9-23,9; p<0,001); bố hút thuốc lá thường xuyên, nghiện

thuốc lá cũng làm tăng nguy cơ sinh con mắc TBS cao gấp 2,3 lần (95%CI: 1,5-3,4; p<0,001); trẻ có cha uống nhiều rượu, nghiện rượu ngay trước khi mẹ mang thai có nguy cơ sinh con mắc TBS cao hơn 1,9 lần (95%CI: 1,1-3,2; p=0,02).

Bảng 3. Phân tích đơn biến các yếu tố nguy cơ thuộc về trẻ đến tim bẩm sinh

Yếu tố	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		cOR (95% CI)	P
	n	%	n	%		
Sinh non	24	14,3	15	4,5	3,6 (1,8-7)	<0,001
Cân nặng khi sinh <2500 gr	17	12,5	12	3,6	3 (1,4-6,5)	0,003
Cân nặng khi sinh ≥ 4000gr	7	4,2	10	3,0	1,4 (0,5-3,8)	0,5
Thu tinh nhân tạo	2	1,2	3	0,9	1,3 (0,2-8,1)	0,75
Trẻ sinh đôi trở lên	1	0,6	3	0,9	0,7 (0,1-6,4)	0,72

Nhận xét: Phân tích các yếu tố nguy cơ thuộc về con cho thấy: trẻ sinh non có nguy cơ mắc TBS cao gấp 3,6 lần so với nhóm còn lại (cOR = 3,6; 95%CI: 1,8-7); trẻ có cân nặng khi sinh <2500gram có nguy cơ mắc TBS cao gấp 3 lần so với nhóm còn lại (95%CI: 1,4-6,5).

Bảng 4. Phân tích hồi quy đa biến Logistic các yếu tố nguy cơ của tim bẩm sinh

Yếu tố trong mô hình (Biến số độc lập)	cCor (95% CI)	aOR (95% CI)	p
Các yếu tố nguy cơ thuộc về mẹ			
Cảm cúm	2,1 (1,3-3,2)	2,3 (1,4-3,8)	0,001
Đái tháo đường	3,3 (1,7-6,3)	3,2 (1,5-6,9)	0,004
Tăng huyết áp	2,9 (1,6-5,5)	2,8 (1,4-5,9)	0,006
Mẹ không uống acid folic	2,2 (1,4-3,4)	0,7 (0,4-1,2)	0,2
Tuổi mang thai ≥ 35	6,4 (3,7-11)	2,1 (0,9-4,8)	0,08
Sinh con thứ 2 trở lên	2,9 (1,9-4,2)	1,6 (1,0-2,5)	0,06
Đã từng phá thai hoặc sảy thai	2,0 (1,3-3,2)	2,0 (1,2-3,5)	0,014
Hút thuốc lá thường xuyên, tiếp xúc với khói thuốc lá	2,7 (1,6-4,6)	1,6 (0,7-3,6)	0,2
Các yếu tố nguy cơ thuộc về bố			
Bố ≥ 40 tuổi khi mẹ mang thai	10,8 (4,9-23,9)	4,2 (1,4-12,3)	0,009
Uống nhiều rượu, nghiện rượu	1,9 (1,1-3,2)	0,8 (0,4-1,7)	0,6
Hút thuốc, nghiện thuốc lá	2,3 (1,5-3,4)	1,7 (0,9-3,3)	0,1
Các yếu tố nguy cơ thuộc về con			
Sinh non	3,6 (1,8-7)	0,4 (0,1-1,2)	0,1
Cân nặng < 2500g	3 (1,4-6,5)	2,0 (0,6-7,2)	0,3

cOR: Crude Odds Ratio (Tỷ suất chênh thô), aOR: Adjusted Odds Ratio (Tỷ suất chênh hiệu chỉnh).

Nhận xét: Phân tích hồi quy đa biến Logistic

cho kết quả các yếu tố nguy cơ của TBS ở trẻ dưới 5 tuổi bao gồm: Mẹ mắc cảm cúm (OR=2,3; 95%CI: 1,4-3,8), đái tháo đường (OR=3,2; 95%CI: 1,5-6,9), tăng huyết áp (OR=2,8; 95%CI:

1,4-5,9), mẹ đã từng phá thai hoặc sảy thai (OR=2,0; 95%CI: 1,2-3,5) và bố \geq 40 tuổi khi mẹ mang thai (OR=4,2; 95%CI: 1,4-12,3).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nhóm yếu tố liên quan từ mẹ và tim bẩm sinh. Trong mô hình hồi quy Logistic (Bảng 4), sau khi xem xét các yếu tố nguy cơ của TBS nhận thấy các yếu tố nguy cơ của TBS ở trẻ dưới 5 tuổi bao gồm: Mẹ mắc cảm cúm (OR=2,3; 95%CI: 1,4-3,8), đái tháo đường (OR=3,2; 95%CI: 1,5-6,9), tăng huyết áp (OR=2,8; 95%CI: 1,4-5,9), mẹ đã từng phá thai hoặc sảy thai (OR=2,0; 95%CI: 1,2-3,5) và bố \geq 40 tuổi, $p < 0,05$.

Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy nguy cơ mắc TBS ở con của những bà mẹ mắc cúm trong ba tháng đầu thai kỳ tăng hơn 2,3 lần so với các bà mẹ không bị mắc cảm cúm, tương tự như kết quả của nghiên cứu phân tích tổng hợp của Ziwei Ye (2019) về nhiễm trùng virus ở bà mẹ và TBS ở thai nhi, cho thấy rằng những bà mẹ có tiền sử nhiễm virus ở thời kỳ đầu mang thai có nguy cơ sinh con mắc TBS cao hơn đáng kể (RR = 2,28), 95%CI: 1,54–3,36; $p < 0,0001$) [8]. Phụ nữ bị cúm trong thời gian 3 tháng đầu của của thai kỳ có nguy cơ sinh con mắc bệnh TBS cao hơn so với dân số nói chung, lý do cho điều này vẫn chưa rõ ràng. Tuy nhiên, việc tiêm phòng cúm, phát hiện và điều trị sớm nhiễm virus ở thai phụ có thể giúp giảm tỉ lệ mắc bệnh TBS ở con.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả mẹ mắc đái tháo đường trong thời kỳ mang thai có nguy cơ sinh con mắc TBS cao gấp 3,2 lần, tương tự như nghiên cứu của Madleen Lemaitre với tỉ lệ mắc TBS ở con của những bà mẹ mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ cao gấp 4 lần (95%CI: 3,51-4,43) [5]. Đái tháo đường thai kỳ có tác động đáng kể đến chức năng và cấu trúc tim của trẻ ở cả giai đoạn trước và sau khi sinh thậm chí có thể kéo dài đến cuối tuổi trưởng thành. Do đó, phòng ngừa, phát hiện sớm và quản lý chặt chẽ đái tháo đường thai kỳ cho bà mẹ có thể giúp giảm thiểu nguy cơ mắc TBS con.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nguy cơ TBS ở con của những bà mẹ bị tăng huyết áp cao gấp 2,8 lần so với những bà mẹ không bị tăng huyết áp. Nghiên cứu của Anushuya Ramakrishnan cũng cho thấy mối liên quan đáng kể giữa tăng huyết áp ở mẹ và TBS ở con đối với cả hai nhóm đã được điều trị (OR 2,0; 95%CI: 1,5-2,7) và tăng huyết áp không được điều trị (OR 1,4; CI 95%: 1,2-1,7), cũng như đối với tăng huyết áp nói chung bất kể tình trạng điều trị (OR 1,8; CI 95%: 1,5-2,2) [7]. Nguy cơ gia

tăng này được cho là do nồng độ hormone insulin trong máu cao, có thể ảnh hưởng đến sự phát triển bình thường của thai nhi (giai đoạn đầu thai nhi phát triển trong bụng mẹ). Do đó đối với những phụ nữ mang thai có nguy cơ mắc tăng tăng huyết áp, cần được theo dõi và tăng cường sàng lọc sớm sự phát triển của tim của trẻ sơ sinh để can thiệp sớm tránh bỏ lỡ thời gian điều trị tốt nhất và giảm nguy cơ tử vong ở trẻ mắc TBS.

Trong nghiên cứu của chúng tôi con của những bà mẹ có tiền sử sản khoa xấu (phá thai hoặc sảy thai) có nguy cơ mắc TBS cao gấp 2 lần so với con của những bà mẹ có tiền sử sản khoa bình thường, tương tự với nghiên cứu của Abqari thấy rằng tỉ lệ mắc TBS ở con tăng 2,454 lần (95%CI: 1,565-3,848) của những bà mẹ có tiền sử sản khoa xấu tiềm ẩn [4]. Những phát hiện này cho thấy rằng việc quản lý chăm sóc sức khỏe sản khoa và tư vấn cho những phụ nữ có tiền sử sảy thai nên là cần thiết để giảm tỉ lệ mắc TBS ở con.

4.2. Nhóm yếu tố liên quan từ bố và tim bẩm sinh. Sau khi phân tích hồi quy các yếu tố nguy cơ từ bố như: bố \geq 40 tuổi khi mẹ mang thai, bố hút thuốc lá và uống rượu thì thấy bố \geq 40 tuổi khi mẹ mang thai làm tăng nguy cơ sinh con mắc tim bẩm sinh gấp 4,2 lần so với bố $<$ 40 tuổi (95%CI: 1,4-12,3). Tỉ lệ này của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Jiayu Peng (2019) cho kết quả người bố \geq 40 tuổi sinh con có nguy cơ mắc TBS cao gấp 1,27 lần [6]. Điều này cho thấy rằng nên sinh con ở một độ tuổi sinh sản nhất định có thể hữu ích để giảm tỉ lệ mắc TBS.

4.3. Nhóm yếu tố liên quan từ trẻ và tim bẩm sinh. Khi phân tích đơn biến các yếu tố nguy cơ thuộc về con, chúng tôi nhận thấy trẻ sinh non có nguy cơ mắc TBS cao gấp 3,6 lần so với nhóm còn lại (cOR = 3,6; 95%CI: 1,8-7); $p < 0,001$; trẻ có cân nặng khi sinh $<$ 2500gram có nguy cơ mắc TBS cao gấp 3 lần so với nhóm còn lại (95%CI: 1,4-6,5; $p = 0,003$). Tuy nhiên khi phân tích đa biến không nhận thấy mối liên quan này. Có thể do nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ nên cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để thấy được rõ hơn mối liên quan.

V. KẾT LUẬN

Một số yếu tố nguy cơ của tim bẩm sinh ở trẻ từ 0 đến 5 tuổi điều trị tại khoa Nhi bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang là: mẹ mắc cảm cúm, đái tháo đường, tăng huyết áp khi mang thai, mẹ đã từng phá thai hoặc sảy thai và bố \geq 40 tuổi khi mẹ mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Phương** (2016), Nghiên cứu mô hình bệnh tim bẩm sinh điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Trường đại học Y Hà Nội, tr 63
2. **Nguyễn Thị Diệu Thủy** (2023), " Bệnh tim bẩm sinh ở trẻ em", Bài giảng Nhi khoa tập 2, Nhà xuất bản Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.32.
3. **Smith AGC Zimmerman MS, Sable CA** (2020), "Global, regional, and national burden of congenital heart disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017", *Lancet Child Adolesc Health*. 4(3), pp 185-200.
4. **Shaad Abqari et al** (2016), "Profile and risk factors for congenital heart defects: A study in a tertiary care hospital". 9(3), pp. 216.
5. **Madleen Lemaitre et al** (2023), "Pre-gestational diabetes and the risk of congenital heart defects in the offspring: A French nationwide study". 49(4), pp. 101446.
6. **Jiayu Peng et al** (2019), "The non-genetic paternal factors for congenital heart defects: a systematic review and meta-analysis". 42(7), pp. 684-691.
7. **Anushuya Ramakrishnan et al** (2015), "Maternal hypertension during pregnancy and the risk of congenital heart defects in offspring: a systematic review and meta-analysis". 36, pp. 1442-1451.
8. **Ziwei Ye et al** (2019), "Maternal viral infection and risk of fetal congenital heart diseases: a meta-analysis of observational studies". 8(9), pp. e011264.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ NGỘ ĐỘC CẤP Ở BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN TẠI MIỀN NAM VIỆT NAM: NGHIÊN CỨU HỒI CỨU 10 NĂM (2010-2019)

Lê Quốc Hùng¹, Nguyễn Thị Thủy Ngân¹,
Nguyễn Văn Thuận¹, Hồ Thị Chí Thanh, Trần Thị Thúy¹,
Nguyễn Thị Tú Nhi¹, Đặng Thị Thúy Kiều¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Ngộ độc cấp và ngộ độc nọc độc là một trong những bệnh lý phổ biến, ảnh hưởng lớn đến sức khỏe người dân trên toàn cầu. Mỗi quốc gia, vùng miền có các đặc trưng riêng về mô hình bệnh ngộ độc. Sự biến đổi các yếu tố như khí hậu, kinh tế, xã hội có thể dẫn đến sự thay đổi trong mô hình ngộ độc, đòi hỏi khảo sát định kỳ để hỗ trợ chẩn đoán, điều trị và hoạch định chính sách y tế hiệu quả.
Phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả, phân tích tất cả các trường hợp ngộ độc cấp nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 2010 đến 2019. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án các bệnh nhân được chẩn đoán xuất viện là ngộ độc cấp.
Kết quả: Trong 10 năm nghiên cứu, có 14.125 bệnh nhân ngộ độc cấp được điều trị nội trú tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Phần lớn bệnh nhân là người Kinh (97.8%) và sống ở nông thôn (72.1%). Nam giới chiếm đa số (63%), tỷ lệ nữ/nam là 1:2. Tuổi trung vị là 35 tuổi (IQR: 25-49) và nhóm tuổi 20-29 luôn chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nhóm nguyên nhân gây ngộ độc cấp. Rắn và côn trùng độc là nguyên nhân hàng đầu (44.7%) gây ngộ độc cấp. Kế đến là ngộ độc thuốc bảo vệ thực vật (30.6%), ngộ độc thuốc điều trị (11.9%), ngộ độc do các tác nhân ít gặp (10.4%) và ngộ độc không xác định tác nhân (2.4%). Tỷ lệ tử vong giảm từ 8.9% năm 2010 xuống còn 2.9% năm 2019. **Kết luận:** Ngộ độc cấp và ngộ độc nọc độc là

một vấn đề y tế nghiêm trọng, chiếm 1% tổng số bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Chợ Rẫy, với xu hướng tăng về số lượng và đa dạng tác nhân gây độc. Đặc biệt, người trẻ tuổi là đối tượng bị ảnh hưởng nhiều nhất đòi hỏi cần có chiến lược can thiệp phòng ngừa hiệu quả hơn. **Từ khóa:** ngộ độc cấp, rắn độc cắn, ngộ độc thuốc bảo vệ thực vật, ngộ độc phospho hữu cơ, ngộ độc thuốc diệt cỏ, ngộ độc paraquat, ngộ độc thuốc điều trị, ngộ độc paracetamol,

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF ACUTE ENVENOMING AND POISONING IN ADULT PATIENTS IN SOUTHERN VIETNAM: A TEN-YEAR RETROSPECTIVE STUDY FROM 2010 TO 2019

Overview: Acute poisoning and envenoming are among the most common medical conditions, significantly impacting public health worldwide. Each country or region exhibits unique characteristics in the pattern of poisoning cases. Changes in factors such as climate, economy, and society can alter poisoning patterns, requiring periodic surveys to support effective diagnosis, treatment, and health policy planning. **Research methods:** This is a retrospective descriptive study analyzing all cases of acute poisoning hospitalized at Chợ Rẫy Hospital from 2010 to 2019. Data were collected from patient records with discharge diagnoses of acute poisoning. **Results:** Over the 10-year study period, 14,125 patients with acute poisoning and envenoming were treated as inpatients at Chợ Rẫy Hospital. The majority of patients were of Kinh ethnicity (97.8%) and resided in rural areas (72.1%). Males made up the majority (63%), with a female-to-male ratio of 1:2. The median age was 35 years (IQR: 25-49), and the 20-29 age

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Hùng

Email: hung64vien@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2024

Ngày duyệt bài: 11.11.2024