

MÔ HÌNH CẤP CỨU NGOẠI VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC PHÚ QUỐC: KẾT QUẢ - BÀI HỌC KINH NGHIỆM SAU 2 NĂM TRIỂN KHAI

Lê Hoàng Vĩnh¹, Vũ Đức Định¹, Nguyễn Thị Thu Trang¹,
Mai Xuân Đạt¹, Lê Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Đăng Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Đánh giá kết quả triển khai mô hình cấp cứu ngoại viện tại VMPQ trong 2 năm (2023-2024), 2. Tổng kết một số kinh nghiệm thực tiễn. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** 1. Về kết quả triển khai mô hình cấp cứu ngoại viện: Về lượng bệnh nhân thu dung: 12060, trong đó tỷ lệ nam/nữ: 52,3% so với 47,7%, BN trẻ em chiếm 30,2%, người lớn 69,8%, BN là khách du lịch: 45,45% trong đó số bệnh nhân người nước ngoài chiếm 65,5%. Triage: 1,2: 10,5%. Nhóm bệnh lý chính: Rối loạn tiêu hóa (62,2%); Chấn thương các loại (20,02%); Sốt virus (11,75%) và bệnh lý hô hấp (8,34%). Các kỹ thuật đã được triển khai: Đầy đủ các kỹ thuật HSCC, Phẫu thuật Thần kinh, Chấn thương chỉnh hình, NICU (hồi sức sơ sinh), cho kết quả điều trị tốt. Vận chuyển an toàn 135 ca đến các cơ sở Y tế trong và ngoài nước; kết quả các chỉ số chất lượng: 7/7 (100%) chỉ số chất lượng (bao gồm chỉ số hài lòng khách hàng) đạt mục tiêu đề ra. 2. Một số kinh nghiệm: (1) Xây dựng mô hình phù hợp. (2) Tối ưu nguồn lực. (3) Theo dõi các chỉ số chất lượng. (4) Đảm bảo tính liên tục trong quá trình cấp cứu, điều trị, vận chuyển bệnh nhân. **Kết luận:** (1) Kết quả triển khai mô hình Cấp cứu ngoại viện tại VMPQ đạt mục tiêu đề ra (bao gồm số lượng, chất lượng cấp cứu, điều trị và chỉ số hài lòng khách hàng). (2) Mô hình Cấp cứu ngoại viện gồm Cấp cứu, HSTC, Vận chuyển bệnh nhân là phù hợp với đặc điểm Phú Quốc (trong vòng 5 năm tới hoặc hơn).

Từ khóa: Cấp cứu ngoại viện, vận chuyển bệnh nhân, chỉ số chất lượng, kinh nghiệm thực tiễn.

SUMMARY

PRE-HOSPITAL EMERGENCY MODEL AT VINMEC PHU QUOC INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL: RESULTS - LESSONS LEARNED AFTER 2 YEARS OF IMPLEMENTATION

Objective: 1. Evaluate the results of implementing the pre-hospital emergency model at VMPQ in 2 years (2023-2024), 2. Summarize some practical experiences. **Methods:** Retrospective case description study. **Result:** 1. Results of implementing the pre-hospital emergency model: Number of patients admitted: 12,060, of which the male/female

ratio: 52.3% compared to 47.7%, children patients accounted for 30.2%, adults 69.8%), patients are tourists: 45.45%, of which 65.5% are foreign patients. Triage: 1.2: 10.5%. Main pathological group: Digestive disorders (62.2%); Injuries of all kinds (20.02%); Viral fever (11.75%) and respiratory disease (8.34%). Procedures that have been deployed: Full range of procedures for HSCC, Neurosurgery, Orthopedics, NICU, providing good treatment results. Safely transporting 135 cases to domestic and foreign medical facilities; Results of quality indicators: 7/7 (100%) CL index (including customer satisfaction index) achieved the set target. 2. Some experiences: (1) Building appropriate models. (2) Optimize resources. (3) Monitor quality indicators. (4) Ensure continuity during emergency treatment, treatment, and patient transportation. **Conclusion:** (1) The results of implementing the CCTV model at VMPQ achieved the set goals (including quantity, quality of emergency care, treatment and customer satisfaction index). (2) The pre-hospital emergency model including Emergency, Treatment at the hospital, patient transport is consistent with PQ characteristics (within the next 5 years or more).

Keywords: Pre-hospital emergency, patient transport, quality indicators, practical experience.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phú Quốc (PQ) nằm ở phía tây nam và là hòn đảo lớn nhất Việt Nam có diện tích 589.27 km², dân số 179499 người (2019). Phú Quốc đã được công nhận là thành phố loại II năm 2021 và đạt đô thị loại I năm 2025. Du lịch là mũi nhọn kinh tế lớn nhất tại PQ với tổng lượng khách hơn 7 triệu/năm, nguồn khách đến từ khắp nơi trên thế giới (châu Âu, Mỹ, Trung Quốc, Nhật Bản...).

Hệ thống Y tế tại Phú Quốc cấp độ Bệnh viện hiện chỉ có Trung tâm Y tế TP (TTYT) và Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec PQ (ĐKQT VM). TTYT Chưa có đội cấp cứu ngoại viện (CCTNV) đúng nghĩa và việc này do khoa Cấp cứu đảm nhiệm. Vì vậy BV ĐKQT VM đã xây dựng và triển khai mô hình CCNV để góp phần hỗ trợ công tác cấp cứu (CC) bệnh nhân (BN) trên Đảo.

Sau thời một thời gian hoạt động và điều chỉnh, Chúng tôi tiến hành tổng kết đánh giá: (1) Một số kết quả ban đầu về mô hình CCNV (2) Bài học kinh nghiệm trong giai đoạn từ tháng 1.2023-30.6.2024.

¹Bệnh viện ĐKQT Vinmec Phú Quốc

²Bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Định

Email: drvuducding@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 26.3.2025

II. TỔNG QUAN

2.1. Phú Quốc và Hệ thống Y tế trên Đảo

2.1.1. Vài nét về Phú Quốc

- Là thành phố loại 2 trực thuộc tỉnh Kiên Giang.
- Bao gồm 22 Đảo lớn nhỏ trong đó Phú Quốc là Đảo lớn nhất cho diện tích 574km², rộng 25km, dài xấp xỉ 60km. Dân số 180.000 người (2024). Lượng khách du lịch hơn 7tr người/năm (2019).

2.1.2. Hệ thống y tế Phú Quốc

- Hai bệnh viện: TTYT PQ và Vinmec PQ; 04 Phòng khám lớn tư nhân; 11 trạm Y tế các phường, xã.

- Nhân lực tổng thể khoảng 200 Bác sĩ (BS).

- Chưa có hệ thống cấp cứu riêng (như 115).

Việc cấp cứu ban đầu do khoa CC TTYT đảm nhiệm: 05 BS và 03 xe cứu thương.

2.1.3. Bệnh viện ĐKQT Vinmec Phú Quốc

- Quĩ mô 150 giường bệnh. 190 cán bộ nhân viên.

- Trang thiết bị cho cấp cứu: 04 xe cứu thương trang bị đầy đủ và các trang thiết bị khác cho CC và HSTC.

- Tổ chức CC thuộc khoa HSCC. Nhân lực 05 BS HSCC (02 Nội trú, 03 Chuyên khoa); 03 BS Ngoại, 05 BS Nhi, 04 BS Nội, 05 BS Sản.

- Các kỹ thuật (KT) CC-HS: Tiều sợi huyết trong tắc mạch não, NMCT cấp, tắc mạch phổi, hạ thân nhiệt, lọc máu, thay huyết tương...phẫu thuật thần kinh (PTTK), thay khớp háng, gối, vai...đã triển khai thực hiện đầy đủ (ECMO đang triển khai).

- Đã tổ chức mô hình cấp cứu ngoại viện được gần 3 năm.

2.2. Mô hình cấp cứu ngoại viện Vinmec Phú Quốc

2.2.1. Một số mô hình cấp cứu ngoại viện trong và ngoài nước.

2.2.1.1. Trong nước

a. Công lập

- Trung tâm cấp cứu 115/trạm cấp cứu.

- Tổ chức cấp cứu chuyên nghiệp. Trung tâm cấp cứu 115 hoạt động độc lập, trực thuộc SYT và có thể gồm 04 bộ phận: Bệnh viện 115, Trung tâm điều phối cấp cứu, Trung tâm đào tạo cấp cứu trước BV, Mạng lưới các trạm cấp cứu khu vực. Trạm cấp cứu trực thuộc BV đa khoa tỉnh, thành phố.

b. Ngoài công lập

- Tổ chức nhỏ, tại một số địa phương.

- Chỉ nhận cấp cứu với những cá nhân, đơn vị có ký hợp đồng dịch vụ.

- Tổ chức vận chuyển là chính.

2.2.1.2. Mô hình nước ngoài: 911 (Mỹ), 1339 (Hàn quốc), 120 (Trung Quốc), 119 (Nhật)...

- Hai nhóm lớn: Mô hình Anh - Mỹ (Paramedic) và Mô hình Pháp-Đức (SAMU).

- Tư nhân, kết hợp Nhà nước và tư nhân.

- Tính chuyên nghiệp cao.

- Tổ chức hoạt động: Tiếp nhận cuộc gọi, xử lý phân loại cuộc gọi, điều tiết phương tiện cấp cứu, liên hệ các cơ sở Y tế tiếp nhận.

2.2.2. Mô hình cấp cứu ngoại viện Vinmec Phú Quốc

a. Cách thức tổ chức

- Trực thuộc BV ĐKQT Vinmec Phú Quốc.

- Hoạt động theo sơ đồ: Tiếp nhận cuộc gọi, xử lý phân loại cuộc gọi, tổ chức xuất xe cấp cứu, xử lý cấp cứu ban đầu, tiếp nhận BN tại BV, chuyển đơn vị Y tế khác.

- Có số Hotline tiếp nhận cấp cứu 24/7.

b. Nhân lực, trang thiết bị

- Nhân lực chính: BS khoa HSCC, khoa ngoại chấn thương, ngoại TK, khoa Nội. Tổ chức thành các team cấp cứu với thành phần linh hoạt tùy tình huống.

- Trang bị: 04 xe Cấp cứu với đầy đủ trang thiết bị, Hệ thống telemedicine, robots, máy móc trang bị cho HSTC và vận chuyển đường xa.

c. Dịch vụ cung cấp

- Cấp cứu tại chỗ.

- Điều trị:

+ Nội viện (ICU, ngoại khoa...).

+ Ngoại viện: Điều trị tại nhà, telemedicine, tư vấn từ xa.

- Vận chuyển (trong và ngoài nước).

d. Đối tượng sử dụng dịch vụ

- Người dân trên Đảo.

- Khách du lịch.

(Tập trung vào đối tượng người nước ngoài).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số kết quả công tác cấp cứu ngoại viện

3.1.1. Kết quả về thu dung, điều trị, vận chuyển bệnh nhân

- Số lượng, phân loại: Tổng số BN thu dung: 12060, trong đó:

+ Tỷ lệ nam/nữ: 52,3% so với 47,7%. BN trẻ em chiếm 30,2%. Người lớn 69,8%). BN là khách du lịch: 45.45% trong đó số BN người nước ngoài chiếm 65.5%

+ Triage: 1,2: 10,5%.

+ Theo mặt bệnh: Nhóm bệnh lý chính: Rối loạn tiêu hóa (62,2%); Chấn thương các loại (20,02%); Sốt virus (11,75%) và bệnh lý hô hấp (8,34%).

- Kết quả về xử trí, HSTC BN nặng: Tử vong 02 ca shock NK có suy tạng. Tất cả các ca PT, tiêu huyết khối (mạch não, mạch tim), rắn độc

cần đều thành công.

- Kết quả vận chuyển BN: Vận chuyển an toàn 135 ca (xe cấp cứu, phà, máy bay dân

dụng, trực thăng).

3.1.2. Các chỉ số chất lượng

a. Các chỉ số chất lượng cấp cứu ngoại viện

Bảng 3.1. Kết quả các chỉ số chất lượng cấp cứu

STT	Tên chỉ số	Mô tả chỉ số	Kết Quả
1	Tỉ lệ xuất xe cấp cứu đáp ứng tiêu chuẩn thời gian quy định (tối đa 3 phút)	Tổng số lượt xuất xe	140
		Số lượt xuất xe trong thời gian 3 phút	136
		Tỉ lệ %	97,1%
		Thời gian xuất xe trung bình (phút)	2,58
2	Tỉ lệ các trường hợp cấp cứu ngoại viện có điểm ATS không giảm điểm sau khi sử dụng dịch vụ cấp cứu ngoại viện	Tổng số ca bệnh nhân cấp cứu ngoại viện	136
		Số ca có cấp cứu ngoại viện có điểm ATS không giảm điểm	136
		Tỉ lệ % tuân thủ	100
3	Tỷ lệ khách hàng được team cấp cứu ngoại viện tiếp cận hiện trường trong thời gian <30 phút từ khi có chỉ định của DOD (Bác sĩ trực điều hành)	Tổng số ca bệnh cấp cứu ngoại viện	136
		Số ca bệnh cấp cứu ngoại viện được tiếp cận trong thời gian 30 phút	136
		Tỉ lệ % tuân thủ	100
		Thời gian tiếp cận trung bình (phút)	18±11

b. Các chỉ số chất lượng trong điều trị

Bảng 3.2. Kết quả các chỉ số chất lượng điều trị

STT	Tên chỉ số	Mô tả chỉ số	Kết quả
1	Chỉ số tuân thủ thời gian cửa kim tiêu sợi huyết cho STEMI (<30 phút)	Tổng số ca STEMI	14
		Số ca STEMI được tiêu sợi huyết trong thời gian cửa kim <30 phút	13
		Tỉ lệ % tuân thủ tiêu sợi huyết trong thời gian cửa kim	92.9
		Thời gian tiêu sợi huyết trung bình (phút)	25,3
2	Tình trạng giảm chênh đoạn ST và tình trạng tái thông mạch vành sau tiêu sợi huyết	Tỉ lệ % giảm chênh đoạn ST trung bình sau tiêu sợi huyết	77%
		Tình trạng tái thông dòng MV trên lâm sàng sau tiêu sợi huyết	
		Số ca tái thông hoàn toàn	10
		Số ca Tái thông 1 phần	4
		Số ca Không tái thông	0
3	Chỉ số tuân thủ thời gian cửa kim tiêu sợi huyết cho bệnh nhân nhồi máu não (<1h)	Số ca có biến chứng xuất huyết	1
		Tổng số ca nhồi máu não được tiêu sợi huyết	15
		Số ca nhồi máu não tiêu sợi huyết trong thời gian 1h	13
		Tỉ lệ % tuân thủ	86,67
		Số ca có cải thiện điểm NIHSS sau tiêu sợi huyết	14
		Số ca biến chứng xuất huyết sau tiêu sợi huyết	1
4	Kiểm soát tỉ lệ tuân thủ gói 1 giờ đầu SEPIS BUDLE ở bệnh nhân Sốc Nhiễm Khuẩn	Số ca chuyển viện hút huyết khối cơ học	5
		Tổng số ca sốc nhiễm trùng	10
		Thời gian người bệnh được sử dụng kháng sinh 1h đầu	9
		Tổng số ca tuân thủ	9
		Tổng số ca không tuân thủ	1
		Số ca tử vong	2

c. Chỉ số đánh giá hài lòng KH

NES (Net Excellence Score) = % điểm 5 – (% điểm 1 + % điểm 2 + % điểm 3).

Bảng 3.3. Kết quả các chỉ số đánh giá hài lòng khách hàng

Năm	Mục tiêu (%)	Kết quả (%)	Đánh giá
2023	80	85	Đạt
1-6.2024	83, 88	91	Đạt

3.2. Một số kinh nghiệm

Bảng 3.4. Một số kinh nghiệm từ thực tiễn

TT	Đặc điểm thực tế địa phương	Giải pháp	Bài học kinh nghiệm
1	- Đặc thù biển đảo (xa và dễ bị	1. Tổ chức mô hình CCNV bao gồm 03 khâu:	- Xây dựng

	cô lập khi thời tiết xấu, phương tiện vào đất liền hạn chế). Địa bàn rộng, dân cư, Khách sạn, resorts không tập trung. - Đối tượng: Dân địa phương, Khách du lịch (trên 60% người nước ngoài). - Y tế địa phương chưa đáp ứng được các KT cao. - VinMec PQ: + Hệ thống CCNV ngoài công lập. + Nhân lực và chuyên môn có hạn.	- Cấp cứu. - HSTC, điều trị cấp cứu (đặc biệt với các bệnh lý có cửa sổ điều trị ngắn). Mục tiêu nhằm ổn định BN, đủ ĐK sẽ chuyển theo yêu cầu. - Vận chuyển BN (đường bộ, đường thủy, hàng không). 2. Phối hợp: - Trong hệ thống Vinmec: tư vấn, hội chẩn, vào hỗ trợ trực tiếp. - Ngoài hệ thống: Xây dựng các luồng phối hợp với TTYT PQ, BV đa khoa tỉnh Kiên Giang, các BV tại TP HCM. 3. Quy trình chung: CC - ĐT ổn – Chuyển BN – Nhận lại BN theo dõi ĐT tiếp. 4. Xác định bán kính khu vực hoạt động.	mô hình phù hợp. - Tận dụng nguồn lực hỗ trợ bên ngoài.
2	- Nhân lực mỏng (05 BS, 20 ĐD HSCC, BS ngoại 01 CTCH, 01 PTTK, 01 ngoại bụng. - BS, ĐD kiêm nhiệm nhiều vị trí.	1. Xây dựng khung năng lực cho các vị trí. Tổ chức đánh giá, đào tạo. 2. Team cấp cứu – vận chuyển có thể đầy đủ hoặc chỉ có ĐD + Lái xe (tùy tình hình thực tế). 3. Đào tạo cho cả Lái xe hỗ trợ (BLS, phụ thủ thuật...). 4. Công cụ hỗ trợ: telemedicine (robots, trang bị khác...).	Tối ưu nguồn lực
3	- Công tác CCNV của Địa phương còn hạn chế. - Chất lượng CCNV cần được theo dõi đánh giá liên tục.	- Xây dựng bộ chỉ số CL phù hợp để theo dõi CL công tác CCNV (hiện có 07 chỉ số đang được theo dõi). - Rà soát, đánh giá, điều chỉnh, bổ sung các chỉ số CL cho phù hợp (ban đầu 03, hiện tại 07-Đang cân nhắc bổ sung thêm chỉ số về vận chuyển BN).	Kiểm soát các chỉ số chất lượng.
4	- Ku vực biển Đảo. - Hạn chế về YT chất lượng cao. - Nguồn lực Vinmec PQ có hạn. - BN cần được theo dõi điều trị liên tục tại các CSYT khác nhau cho đến khi ổn định.	- Xây dựng quy trình CC, Điều trị, vận chuyển, nhận lại BN theo dõi. - Xây dựng luồng phối hợp với các đơn vị Y tế có liên quan (trong và ngoài hệ thống Vinmec). - Xây dựng các quy định về hội chẩn, bàn giao, theo dõi, tiếp nhận BN (kể cả với người nước ngoài).	Đảm bảo tính liên tục

IV. KẾT LUẬN

4.1. Kết quả triển khai mô hình cấp cứu ngoại viện tại VMPQ trong giai đoạn 2023-6 tháng đầu năm 2024 cho kết quả như sau

- Về lượng bệnh nhân thu dung: 12060, trong đó tỷ lệ nam/nữ: 52,3% so với 47,7%, BN trẻ em chiếm 30,2%, người lớn 69,8%), BN là khách du lịch: 45.45% trong đó số BN người nước ngoài chiếm 65.5%. Triage: 1,2: 10,5%. Nhóm bệnh lý chính: Rối loạn tiêu hóa (62,2%); Chấn thương các loại (20,02%); Sốt virus (11,75%) và bệnh lý hô hấp (8,34%).

- Về kết quả điều trị và triển khai kỹ thuật. Tử vong 02 ca shock NK có suy tạng. Tất cả các ca phẫu thuật, tiêu huyết khối đều thành công.

- Về kết quả vận chuyển: 100% các ca vận chuyển an toàn.

- Về các chỉ số chất lượng: 7/7 chỉ số chất lượng chuyên môn và các chỉ số hài lòng KH đạt mục tiêu đề ra.

4.2. Bài học kinh nghiệm

- Xây dựng mô hình phù hợp.
- Tận dụng nguồn lực hỗ trợ bên ngoài.
- Tối ưu nguồn lực
- Kiểm soát các chỉ số chất lượng.
- Đảm bảo tính liên tục

V. KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả trên đây, chúng tôi khuyến nghị:

1. Tiếp tục triển khai mở rộng mô hình CCNV Vinmec xuống phía nam Phú Quốc.
2. Triển khai thêm các KT hỗ trợ HSCC như ECMO, cathlab...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BYT** (2023), Quy chế trực Bệnh viện – Thông tư 32/2023/TT-BYT.
2. **BYT** (2019), Thông tư 32/2019/TT-BYT về việc sửa đổi bổ sung một số điều về quy chế cấp cứu – hồi sức tích cực và chống độc theo thông tư 39/2018/TT-BYT.
3. **BYT** (2020), Dự thảo thông tư Quy định về tổ chức và hoạt động cấp cứu trước viện bệnh viện.

4. **Hoàng Bùi Hải** (2024), Cấp cứu ngoại viện, Nhà xuất bản Đại học Quốc Gia Hà Nội.
5. **Amber Mehmood et al** (2018), "Assessment of pre-hospital emergency medical services in low-income settings using a health systems approach", International Journal of Emergency Medicine, 6(207), pp. 2-10.
6. **Tim Nutbeam et al** (2015), Prehospital Emergency Medicine, Wiley Blackwell-BMJI Books.

ĐẶC ĐIỂM TRÀN DỊCH DƯỠNG TRẤP MÀNG PHỔI SAU PHẪU THUẬT BỆNH TIM BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Nguyễn Quỳnh Thy¹, Văn Thị Thu Hương³, Nguyễn Minh Trí Việt²,
Nguyễn Thị Ngọc Phượng², Tăng Chí Thượng¹, Trần Thao Giang²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Những năm gần đây, phẫu thuật sửa chữa sớm các bệnh tim bẩm sinh có nhiều tiến bộ giúp cải thiện chất lượng sống cho các bệnh nhi. Tuy nhiên, tử vong do các biến chứng sau mổ vẫn là vấn đề còn tồn tại và được phần lớn bác sĩ hồi sức cũng như bác sĩ tim mạch quan tâm đến. Trong số các biến chứng sau mổ tim thì tràn dịch dưỡng trấp màng phổi (TDDTMP) là một trong các biến chứng được ghi nhận làm tăng rõ rệt tỷ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện cũng như nằm tại khoa hồi sức, thở máy kéo dài, v.v... Tại Việt Nam, biến chứng TDDTMP sau phẫu thuật bệnh tim bẩm sinh (PTBTBS) ở trẻ em vẫn chưa được nghiên cứu nhiều. Tương tự, tại bệnh viện Nhi Đồng 2 vẫn chưa có nghiên cứu về tình trạng này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, hồi cứu từ tháng 01/2015 đến 01/2024 và tiến cứu từ tháng 02/2024 đến tháng 06/2024 các bệnh nhân được chẩn đoán TDDTMP sau PTBTBS thỏa tiêu chí chọn mẫu và loại trừ. **Kết quả:** Có 41 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Tỷ số nam:nữ là 1,28:1. Tuổi trung vị là 45 ngày tuổi, nhóm tuổi sơ sinh chiếm tỷ lệ cao nhất; Bệnh tim bẩm sinh thường gặp nhất theo thứ tự là chuyển vị đại động mạch, thiếu sản cung động mạch chủ và bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi, thông liên thất; Phương pháp phẫu thuật tim 2 thất không kèm sửa chữa cung động mạch chủ chiếm tỷ lệ cao nhất (65,85%), phẫu thuật Glenn chiếm tỷ lệ thấp nhất (14,63%); Thời gian từ lúc phẫu thuật đến lúc chẩn đoán TDDTMP trung vị là 7 ngày. Phần lớn bệnh nhi tràn dịch dưỡng trấp ở 2 bên và đều có sẵn đường truyền trung tâm ở tĩnh mạch cảnh. Giảm albumin máu và giảm natri máu thường gặp. Tỷ lệ tử vong là 21,95%, thời gian thở máy trung vị là 18 ngày, thời gian đặt dẫn lưu màng phổi trung vị là 25 ngày và thời gian nằm viện trung vị là 47 ngày. **Kết luận:** TDDTMP sau PTBTBS thường gặp ở trẻ sơ sinh, trong tuần đầu hậu phẫu và thường xuất hiện sau phẫu thuật các bệnh tim bẩm sinh như chuyển vị

đại động mạch, thiếu sản cung động mạch chủ, bất thường hồi lưu tĩnh mạch chủ và thông liên thất, đặc biệt là ở các trẻ có sẵn đường truyền tĩnh mạch cảnh. Giảm albumin máu, giảm natri máu và nhiễm trùng là các biến chứng thường gặp ở các bệnh nhi này.

Từ khóa: Tràn dịch dưỡng trấp, phẫu thuật tim bẩm sinh, tràn dịch màng phổi, biến chứng sau phẫu thuật tim bẩm sinh.

SUMMARY

POST-OPERATIVE CHYLOTHORAX IN CHILDREN UNDERGOING CONGENITAL HEART SURGERY AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

Background: In recent years, early surgical correction of congenital heart diseases has made significant progress, improving the quality of life for pediatric patients. However, mortality due to postoperative complications remains a concern and is of great interest to both intensivists and cardiologists. Among postoperative cardiac complications, chylothorax is one of the conditions associated with a significant increase in mortality rate, prolonged hospital stays, extended intensive care unit admissions, prolonged mechanical ventilation, and more. In Vietnam, postoperative chylothorax following congenital heart disease surgery in children has not been widely studied. Similarly, at Children's Hospital 2, there has been no research on this condition.

Methods: A case series study, retrospectively from January 2015 to January 2024, and prospectively from February 2024 to June 2024, including patients diagnosed with chylothorax after congenital heart disease surgery who meet the inclusion and exclusion criteria. **Results:** A total of 41 patients were included in the study. The male-to-female ratio was 1.28:1. The median age was 45 days, with the neonatal age group accounting for the highest proportion. The most common congenital heart diseases, in order, were transposition of the great arteries, aortic arch hypoplasia, total anomalous pulmonary venous return, and ventricular septal defect. The most frequent surgical approach was biventricular repair without aortic arch reconstruction (65.85%), while the Glenn procedure had the lowest proportion (14.63%). The median time from surgery to the diagnosis of chylothorax was 7 days. Most patients had bilateral chylous effusion and already had a central venous catheter in the internal jugular vein. Hypoalbuminemia and hyponatremia were commonly observed. The

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

³Bệnh viện đa khoa Tâm Anh- HCM

Chịu trách nhiệm chính: Văn Thị Thu Hương

Email: thuhuongvanthi@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025