

Tỷ lệ bảo tồn chức năng buồng trứng đạt 100% ở nhóm không xạ trị, 66,7% ở nhóm xạ trị bổ trợ, và 30,4% ở nhóm hóa xạ trị triệt căn.

- Chất lượng đời sống tình dục và mối liên quan với chức năng buồng trứng: 72% bệnh nhân duy trì chất lượng tình dục ở mức bình thường hoặc tuyệt vời trong nhóm còn chức năng buồng trứng. 100% các trường hợp mất chức năng buồng trứng có chất lượng tình dục kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. Viet Nam: Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2023. Viet Nam. Published online 2023.
3. Đánh giá kết quả điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn figo ib1-ii1 bằng phương pháp phẫu thuật tại Bệnh viện K. Accessed May 9, 2024. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/1536/1362>
4. Wallace WHB, Thomson AB, Saran F, Kelsey TW. Predicting age of ovarian failure after radiation to a field that includes the ovaries. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2005;62(3):738-744. doi:10.1016/j.ijrobp.2004.11.038
5. Laios A, Duarte Portela S, Papadopoulou A, Gallos ID, Otify M, Ind T. Ovarian transposition and cervical cancer. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* 2021;75:37-53. doi:10.1016/j.bpobgyn.2021.01.013
6. Kuria M, Gitau S, Warfa K. Cervical cancer with bilateral ovarian metastases: case report and review of literature. *BJR|Case Reports.* 2018;4(4):20180047. doi:10.1259/bjrcr.20180047
7. Morice P, Juncker L, Rey A, El-Hassan J, Haie-Meder C, Castaigne D. Ovarian transposition for patients with cervical carcinoma treated by radiosurgical combination. *Fertility and Sterility.* 2000;74(4):743-748. doi:10.1016/S0015-0282(00)01500-4
8. Trần Đặng Ngọc Linh, Nguyễn Thế Kỳ Cường. Ảnh hưởng của xạ trị lên chức năng buồng trứng ở bệnh nhân ung thư cổ tử cung được phẫu thuật chuyển vị buồng trứng. Hội thảo hàng năm phòng chống ung thư tp hồ chí minh lần thứ 26. Published online 2023.
9. Hoekman EJ, Knoester D, Peters AAW, Jansen FW, de Kroon CD, Hilders CGJM. Ovarian survival after pelvic radiation: transposition until the age of 35 years. *Arch Gynecol Obstet.* 2018;298(5):1001-1007. doi:10.1007/s00404-018-4883-5
10. Li Z, Qi H, Li Z, Bao Y, Yang K, Min Q. Research progress on the premature ovarian failure caused by cisplatin therapy. *Front Oncol.* 2023;13. doi:10.3389/fonc.2023.1276310

KẾT CỤC THAI NGHÉN CỦA THAI THOÁT VỊ RỖN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lê Thiệu Quyết¹, Trần Danh Cường^{1,2},
Trần Minh Hiếu², Nguyễn Thị Bích Vân^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích kết cục thai nghén ở các trường hợp thoát vị rốn được chẩn đoán tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 103 thai phụ có thai được chẩn đoán thoát vị rốn. **Kết quả:** Tỷ lệ đình chỉ thai nghén là 58,25%, trong các trường hợp giữ thai có 88,37% trường hợp đẻ đủ tháng. Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 74,42%. **Kết luận:** Thai thoát vị rốn có tỷ lệ đình chỉ thai nghén cao đặc biệt là nhóm có bất thường hình thái hoặc bất thường di truyền kèm theo.

Từ khóa: Thoát vị rốn, thai bất thường, đình chỉ thai nghén, kết cục thai nghén

SUMMARY

PREGNANCY OUTCOMES OF FETUSES WITH OMPHALOCELE AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To analyze the pregnancy outcomes in cases of omphalocele diagnosed at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 103 pregnant women carrying fetuses diagnosed with omphalocele. **Results:** The rate of pregnancy termination was 58.25%. Among the continued pregnancies, 88.37% resulted in full-term deliveries. Cesarean section was performed in 74.42% of cases. **Conclusion:** Omphalocele is associated with a high rate of pregnancy termination, especially in cases with accompanying structural or genetic abnormalities. **Keywords:** Omphalocele, fetal anomaly, pregnancy termination, pregnancy outcome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị rốn (omphalocele) là một dị tật bẩm sinh của thành bụng, trong đó các tạng trong ổ bụng thoát ra ngoài qua gốc rốn và được bao

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thiệu Quyết

Email: qb5hh4@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025

phủ bởi một màng gồm phúc mạc, trung mô và màng ối. Dị tật này có thể được phát hiện sớm nhờ siêu âm trong giai đoạn đầu thai kỳ và thường kèm theo đến các bất thường nhiễm sắc thể hoặc dị tật hệ thống khác như tim, thần kinh trung ương, tiết niệu – sinh dục,... Tỷ lệ mắc thoát vị rốn được ước tính khoảng 1/4.000 đến 1/10.000 trẻ sinh sống¹. Tuy nhiên, tiên lượng của thai nhi bị thoát vị rốn rất khác nhau, phụ thuộc vào việc dị tật là đơn độc hay đi kèm với các bất thường khác. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng các yếu tố như kích thước khối thoát vị, cơ quan thoát vị, bất thường phối hợp và bất thường nhiễm sắc thể có ảnh hưởng lớn đến kết cục thai nghén².

Tại Việt Nam, số liệu về kết cục thai nghén ở các trường hợp thoát vị rốn còn hạn chế, đặc biệt là các yếu tố liên quan đến tiên lượng và hướng xử trí thai kỳ. Việc hiểu rõ các yếu tố ảnh hưởng đến kết cục thai nghén sẽ giúp ích cho công tác tư vấn, theo dõi và điều trị trước – sau sinh một cách hiệu quả hơn. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Phân tích kết cục thai nghén ở các trường hợp thoát vị rốn được chẩn đoán tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Hồ sơ các thai phụ được chẩn đoán thai thoát vị rốn tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương, có hội chẩn liên viện vì thoát vị rốn từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 12 năm 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Đơn thai, thai sống
- Tuổi thai lớn hơn 12 tuần
- Được hội chẩn bởi Hội đồng hội chẩn liên bệnh viện tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Hướng xử trí của Hội đồng và của vợ chồng bệnh nhân được thông tin rõ ràng tại trích Biên bản Hội chẩn liên bệnh viện.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án ghi chép không đầy đủ các thông tin đáp ứng cho nội dung nghiên cứu.
- Thai bị đình chỉ thai nghén do nguyên nhân từ mẹ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và chọn mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức “ước tính một tỷ lệ trong quần thể”

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Số đối tượng tham gia nghiên cứu.

p = 0,60 là tỷ lệ thai thoát vị rốn bị đình chỉ

thai nghén

$\alpha = 0,05$ là mức ý nghĩa thống kê. Khi α bằng 0,05 (độ tin cậy 95%) thì $Z^2(1-\alpha/2)$ bằng 1,96.

d: Độ sai lệch mong muốn giữa mẫu và quần thể, lấy bằng 10%.

Thay số vào công thức tính được $n = 92,19$

Vậy nghiên cứu, cỡ mẫu tối thiểu 93 đối tượng.

Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy mẫu chủ đích.

Phương pháp xử lý số liệu. Dữ liệu thu thập từ bộ câu hỏi được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích thống kê bao gồm: thống kê số lượng, tính tỷ lệ phần trăm, kiểm định Chi-square để so sánh tỷ lệ và kiểm định T-test để so sánh trung bình giữa hai biến.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm: Trung tâm chẩn đoán trước sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01 năm 2024 đến hết tháng 12 năm 2022.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả, quan sát các bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị theo phác đồ của Bệnh viện Phụ sản Trung ương, có sự đồng ý của bệnh viện. Thông tin người bệnh được bảo mật, không ảnh hưởng đến quá trình điều trị, và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Thông tin chung của nhóm nghiên cứu

	Nhóm	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi thai phụ	<20 tuổi	06	5,83
	20 – 30 tuổi	48	46,60
	30 – 40 tuổi	39	37,86
	≥ 40 tuổi	10	9,71
	Tổng	103	100
Địa chỉ	Hà Nội	28	27,18
	Tỉnh khác	75	73,82
	Tổng	103	100
Số lần đẻ con	Con so	39	37,86
	Con rạ	64	62,14
	Tổng	103	100

Nhận xét: Tuổi trung bình của thai phụ trong nhóm nghiên cứu là $30,10 \pm 6,45$ (17 – 47), trong đó độ tuổi hay gặp nhất là nhóm từ 20 – 30 tuổi chiếm tỷ lệ 46,60%. Số thai phụ có thai bị thoát vị rốn ở các tỉnh khác Hà Nội chiếm tỷ lệ cao 73,82%. Số thai phụ có thai bị thoát vị rốn gặp ở người đẻ con rạ nhiều hơn gặp ở người đẻ con so, chiếm 62,14%

Bảng 2: Thoát vị rốn và số lượng các loại bất thường kèm theo

Nhóm	Số lượng	Tỷ lệ%
Phân loại		
Thoát vị rốn	62	60,19

thoát vị rốn	đơn độc		
	Thoát vị rốn kết hợp	41	39,81
	Tổng	103	100
Kết quả làm xét nghiệm di truyền	Không làm	53	51,46
	Bình thường	37	35,92
	Bất thường	13	12,62
	Tổng	103	100

Nhận xét: Có 62 trường hợp chiếm 60,19% thai thoát vị rốn đơn độc không kèm theo bất thường hình thái khác. Có 50 trường hợp được thực hiện chọc ối làm xét nghiệm di truyền chiếm 49,54%, trong đó kết quả bất thường được phát hiện ở 13/50 trường hợp.

Bảng 3: Kết luận thai kỳ theo các bất thường

Nhóm		Theo dõi thai	Đình chỉ thai nghén	p
Phân loại theo bất thường hình thái	Thoát vị rốn đơn độc	41 (66,13%)	21 (33,87%)	0,000
	Thoát vị rốn kết hợp	2 (4,88%)	39 (95,12%)	
	Tổng	43	60	
Phân loại theo bất thường di truyền	Không bắt thường di truyền	28 (75,68%)	9 (24,32%)	0,022
	Bất thường di truyền	4 (30,77%)	9 (69,33%)	
	Tổng	32	18	

Nhận xét: Nhóm thoát vị rốn đơn độc có tỷ lệ tiếp tục thai kỳ là 66,13% (41/62), trong khi tỷ lệ đình chỉ thai nghén là 33,87% (21/62). Ngược lại, nhóm thoát vị rốn kết hợp có tỷ lệ đình chỉ thai nghén rất cao, lên đến 95,12% (39/41), và chỉ 4,88% (2/41) tiếp tục thai kỳ. Tỷ suất chênh (OR)=38,07. Ở nhóm không có bất thường di truyền, tỷ lệ giữ thai cao hơn nhiều (75,68%) so với nhóm có bất thường (30,77%). Ngược lại, tỷ lệ đình chỉ thai ở nhóm có bất thường di truyền cao hơn đáng kể (69,23%) so với nhóm không có bất thường (24,32%). Tỷ suất chênh (OR)=7,00.

Bảng 4: Kết quả theo dõi giữ thai

Nhóm		Số lượng	Tỷ lệ %
Kết quả theo dõi thai	Đẻ đủ tháng	38	88,37
	Đẻ non tháng	5	11,63
	Thai lưu	0	0
	Tổng	43	100
Hình thức đẻ	Đẻ đường âm đạo	11	25,58
	Mổ lấy thai	32	74,42
	Tổng	43	100

Nhận xét: Trong nhóm thai phụ được tiếp tục theo dõi thai kỳ, phần lớn các trường hợp đẻ đủ tháng (88,37%), chỉ có 11,63% đẻ non tháng và không ghi nhận trường hợp thai lưu nào.

Trong nghiên cứu, phần lớn các trường hợp được đẻ bằng phương pháp mổ lấy thai, chiếm 74,42%, trong khi đẻ đường âm đạo chỉ chiếm 25,58%.

Bảng 5: Mô liên quan giữa kích thước khối thoát vị và hình thức đẻ

Kích thước khối thoát vị	Đẻ đường âm đạo	Mổ lấy thai	p
<50mm	11 (29,73%)	26 (70,27%)	0,312
≥50mm	0 (0%)	6 (100%)	
Tổng	11	32	

Nhận xét: Nhóm đẻ đường âm đạo có 11 người, tất cả đều có khối thoát vị <50mm, không ghi nhận trường hợp nào có khối thoát vị ≥50mm. Nhóm mổ lấy thai có 32 người, trong đó 6 người (18,8%) có khối thoát vị ≥50mm. Kết quả cho thấy khối thoát vị ≥50mm chỉ gặp ở nhóm mổ lấy thai, không gặp ở nhóm đẻ thường. Tuy nhiên sự khác biệt giữa đẻ đường âm đạo hay mổ lấy thai không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đình chỉ thai nghén (ĐCTN) ở các trường hợp thoát vị rốn là 58,25% (60/103), trong khi 41,75% (43/103) trường hợp được tiếp tục theo dõi thai kỳ. Kết quả này cho thấy quyết định tiếp tục hay chấm dứt thai kỳ không chỉ phụ thuộc vào sự hiện diện của dị tật thoát vị rốn mà còn chịu ảnh hưởng rõ rệt bởi các yếu tố đi kèm, đặc biệt là bất thường hình thái và di truyền. Khi phân tích theo đặc điểm hình thái, chúng tôi nhận thấy sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm. Ở nhóm thoát vị rốn đơn độc, tỷ lệ tiếp tục thai kỳ là 66,13% (41/62), trong khi tỷ lệ ĐCTN chỉ chiếm 33,87% (21/62). Ngược lại, trong nhóm có bất thường hình thái phối hợp, tỷ lệ ĐCTN lên tới 95,12% (39/41), và chỉ có 4,88% (2/41) được tiếp tục thai kỳ. Phân tích thống kê cho thấy sự khác biệt này có ý nghĩa với odds ratio (OR) = 38,07; $p < 0,05$, cho thấy thai nhi có thoát vị rốn kèm bất thường hình thái có nguy cơ bị đình chỉ thai cao gấp gần 40 lần so với nhóm đơn độc. Tương tự, khi xét đến yếu tố di truyền, nhóm không có bất thường di truyền có tỷ lệ tiếp tục thai kỳ là 75,68% (28/37), trong khi nhóm có bất thường di truyền chỉ đạt 30,77% (8/26). Tỷ lệ ĐCTN tương ứng là 24,32% và 69,23%. Mức chênh lệch này thể hiện qua OR = 7,00; $p < 0,05$, cho thấy khả năng giữ thai ở nhóm không có bất thường di truyền cao gấp 7 lần nhóm có bất thường. Điều này phản ánh thực tế lâm sàng rằng phần lớn các thai nhi mang bất thường nhiễm sắc thể nặng như trisomy 13, trisomy 18

hay hội chứng Beckwith–Wiedemann thường được chỉ định đình chỉ thai để tránh tiên lượng xấu sau sinh. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó. Trong nước, Trương Quang Vinh (2013) ghi nhận tỷ lệ ĐCTN là 56,77% (34/60), tương đương với 58,25% trong nghiên cứu của chúng tôi³. Ở Trung Quốc, nghiên cứu của Li-Li Xu (2019) trên 107 ca ghi nhận tỷ lệ ĐCTN là 56,07%, trong đó tất cả các trường hợp có bất thường nhiễm sắc thể đều được đình chỉ thai. Đáng chú ý, nhóm đơn độc có tỷ lệ ĐCTN là 33,9% (20/59), trong khi nhóm có bất thường phối hợp là 75% (12/16), tương đồng với kết quả của chúng tôi². Tại châu Âu, nghiên cứu của Kleinrouweler (2011) tại Hà Lan ghi nhận tỷ lệ ĐCTN là 60,22% (53/88)⁴. Tại Mỹ, Joanne E. Baerg (2019) báo cáo tỷ lệ ĐCTN là 50% đối với các trường hợp có bất thường di truyền và 30% ở nhóm đơn độc⁵. Nghiên cứu quy mô lớn của Anna Fogelström (2021) tại Thụy Điển trên 449 ca cho thấy có tới 263 trường hợp (59%) quyết định đình chỉ thai⁶. Các số liệu gần đây tiếp tục khẳng định xu hướng này: Ozge Yücel Çelik (2023) tại Thổ Nhĩ Kỳ ghi nhận 63,6% (14/22) ĐCTN; Yanting Que (2023) tại Trung Quốc ghi nhận 66,7% (80/120); K. Nitzsche (2021) tại Đức ghi nhận tỷ lệ 54%⁸. Tổng hợp các kết quả trên cho thấy, yếu tố quyết định trong việc giữ hay đình chỉ thai kỳ không đơn thuần là sự hiện diện của thoát vị rốn, mà là sự đồng thời hiện diện của các yếu tố nguy cơ kèm theo – đặc biệt là bất thường hình thái và bất thường di truyền. Do đó, đánh giá hình thái học chi tiết qua siêu âm và thực hiện xét nghiệm di truyền tiền sản có vai trò quan trọng trong việc tiên lượng và cá thể hóa tư vấn quản lý thai kỳ. Việc cung cấp đầy đủ thông tin cho thai phụ sẽ giúp đưa ra quyết định phù hợp với hoàn cảnh thực tế và mong muốn cá nhân của họ.

Kết quả theo dõi thai kỳ trong nghiên cứu cho thấy tiên lượng tương đối khả quan ở nhóm thai thoát vị rốn được tiếp tục thai kỳ. Trong tổng số 43 trường hợp, có 38 trường hợp (88,37%) sinh đủ tháng, 5 trường hợp (11,63%) đẻ non và không ghi nhận trường hợp thai lưu trong tử cung, cho thấy rằng nếu không kèm theo bất thường hình thái hoặc di truyền nặng, thai thoát vị rốn đơn độc vẫn có khả năng phát triển đến đủ tháng và chào đời an toàn dưới sự theo dõi sát. Kết quả của chúng tôi tương đồng với Li-Li Xu (2019) tại Trung Quốc, ghi nhận 46/47 trường hợp sinh sống². Về phương thức đẻ, đa số được mổ lấy thai (32/43; 74,42%), trong khi đẻ đường âm đạo chỉ chiếm 25,58% (11/43). Tất cả các trường hợp đẻ đường âm

đạo đều có kích thước khối thoát vị < 50 mm, trong khi nhóm mổ lấy thai có 6/32 trường hợp (18,8%) có khối ≥ 50 mm, và không có trường hợp nào đẻ đường âm đạo với khối ≥ 50 mm, cho thấy xu hướng lâm sàng thận trọng khi đối mặt với khối thoát vị lớn. Tuy vậy, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,312$), cho thấy kích thước khối chưa phải yếu tố quyết định duy nhất trong lựa chọn phương thức đẻ. So sánh với các nghiên cứu quốc tế Mikaël Tassin (2013) tại Pháp với tỷ lệ mổ lấy thai 61,8%; Anna Fogelström (2021) tại Thụy Điển với 68,6% mổ lấy thai; và K. Nitzsche (2021) tại Đức với tỷ lệ mổ lấy thai lên tới 82,4%^{2,6}. Một số tác giả như D. Adams (2020) và Mariatu A. Verla (2019) cũng khuyến nghị mổ lấy thai trong các trường hợp khối lớn (>5 cm), chứa gan hoặc nguy cơ biến chứng trong chuyển dạ như vỡ túi thoát vị hay tổn thương tạng^{7,8}. Tổng hợp các dữ liệu trên cho thấy mổ lấy thai là lựa chọn phổ biến và an toàn hơn trong phần lớn các trường hợp thoát vị rốn, đặc biệt khi có yếu tố nguy cơ, tuy nhiên việc chỉ định vẫn cần cá thể hóa, cân nhắc toàn diện về kích thước khối, thành phần khối, tình trạng thai và yếu tố sản khoa của mẹ để đảm bảo an toàn cho cả mẹ và con.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ đình chỉ thai nghén là 58,25%, chủ yếu liên quan đến các trường hợp có bất thường hình thái hoặc di truyền kèm theo. Trong số các trường hợp được tiếp tục theo dõi, phần lớn thai kỳ đẻ đủ tháng chiếm 88,37% và tỷ lệ mổ lấy thai là 74,42%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gong TT, Wu QJ, Chen YL, et al.** Evaluating the time trends in prevalence of exomphalos in 14 cities of Liaoning province, 2006 to 2015. *Sci Rep.* 2016;6(1):32901. doi:10.1038/srep32901
2. **Xu LL, Zhen L, Lou JW, et al.** Can cell-free DNA testing be used in pregnancies with isolated fetal omphalocele? Preliminary evidence from cytogenetic results of prenatal cases. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* 2021; 34(4): 624-628. doi:10.1080/14767058.2019. 1611769
3. **Trương Quang Vinh, Lưu Thị Hồng, Đàm Thị Quỳnh Liên.** Nhận xét thái độ xử trí thoát vị rốn, khe hở thành bụng chẩn đoán trước sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. *Tạp chí Phụ Sản.* 2014; 12(2): 164-167. doi:10.46755/vjog.2014. 2.949
4. **Kleinrouweler CE, Kuijper CF, Van Zalen-Sprock MM, Mathijssen IB, Bilardo CM, Pajkrt E.** Characteristics and Outcome and the Omphalocele Circumference/ Abdominal Circumference Ratio in Prenatally Diagnosed Fetal Omphalocele. *Fetal Diagn Ther.* 2011;30(1):60-69. doi:10.1159/000323326
5. **Baerg JE, Munoz AN.** Long term complications and outcomes in omphalocele. *Seminars in*

- Pediatric Surgery. 2019;28(2): 118-121. doi:10.1053/j.sempedsurg.2019.04.004
6. **Fogelström A, Caldeman C, Oddsberg J, Löf Granström A, Mesas Burgos C.** Omphalocele: national current birth prevalence and survival. *Pediatr Surg Int.* 2021;37(11): 1515-1520. doi:10.1007/s00383-021-04978-z
 7. **Adams AD, Stover S, Rac MW.** Omphalocele—What should we tell the prospective parents? *Prenatal Diagnosis.* 2021;41(4):486-496. doi:10.1002/pd.5886
 8. **Verla MA, Style CC, Olutoye OO.** Prenatal diagnosis and management of omphalocele. *Seminars in Pediatric Surgery.* 2019;28(2):84-88. doi:10.1053/j.sempedsurg.2019.04.007

KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG CÓ HẬU MÔN NHÂN TẠO TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC NĂM 2024

Nguyễn Văn Hiền¹, Trần Văn Nhường¹, Phạm Hoàng Hà¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả tiến cứu thực hiện tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024 trên 50 người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng có làm hậu môn nhân tạo. **Mục tiêu:** Mô tả kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng có hậu môn nhân tạo. **Kết quả:** Kết quả điều trị tốt là 96,0%, tuân thủ điều trị thuốc tốt là 56,0%, chăm sóc HMNT tốt là 66,0%; tự chăm sóc hậu môn nhân tạo tốt là 56,0%, vệ sinh cá nhân tốt là 56,0%; rất hài lòng về chăm sóc là 28,0%, hài lòng là 70,0%; kết quả chăm sóc tốt là 86,0%.

Từ khóa: kết quả chăm sóc, ung thư đại trực tràng, phẫu thuật, hậu môn nhân tạo.

SUMMARY

RESULTS OF CARE OF PATIENTS AFTER COLORECTAL CANCER SURGERY WITH ARTIFICIAL ANALOGUE AT VIET DUC HOSPITAL IN 2024

Prospective descriptive study conducted at Viet Duc Hospital from January 2024 to December 2024 on 50 patients after colorectal cancer surgery with colostomy. **Objectives:** Describe the results of care for patients after colorectal cancer surgery with colostomy. **Results:** Good treatment outcome was 96.0%, good medication adherence was 56.0%, good HMNT care was 66.0%; good self-care of the artificial anus was 56.0%, good personal hygiene was 56.0%; very satisfied with care was 28.0%, satisfied was 70.0%; good care outcome was 86.0%.

Keywords: care outcome, colorectal cancer, surgery, artificial anus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là căn bệnh ung thư phổ biến thứ ba trên thế giới. Theo Quỹ nghiên cứu ung thư quốc tế (World Cancer Research

Fund), Ung thư đại trực tràng là ung thư thường gặp thứ ba ở nam giới và là bệnh ung thư phổ biến thứ hai ở phụ nữ [6].

Tại Việt Nam, theo thống kê của Bộ Y tế, tỷ lệ người Việt Nam mắc bệnh đại tràng mãn tính cao gấp 4 lần trên toàn cầu, cao hơn tổng số bệnh nhân mắc đại tràng ở châu Âu, bệnh đại tràng rất phổ biến ở nước ta và ở độ tuổi từ 30 trở đi. Trong số 4 triệu người Việt mắc bệnh đại tràng thì có tới 20% sẽ chuyển thành ung thư đại tràng (số liệu của Bộ y tế năm 2015) và ung thư đại trực tràng ngày càng trở thành một bệnh phổ biến[2]. Để điều trị tốt các ca UTĐTT không thể thiếu người điều dưỡng (ĐD) vì luôn đồng hành cùng bác sĩ (BS) trong việc điều trị, chăm sóc NB từ khi NB nhập viện cho đến khi ra viện. ĐD theo dõi dấu hiệu sinh tồn, các biến chứng, chăm sóc về tâm lý, dinh dưỡng, chế độ vận động để đáp ứng các nhu cầu cơ bản cho NB. Tuy nhiên, đến nay tại các bệnh viện ung thư chưa có một nghiên cứu nào thực hiện một cách toàn diện về chăm sóc NB sau phẫu thuật UTĐTT, đó chính là lý do đề tài được tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu sau: *Mô tả kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng có hậu môn nhân tạo.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là người bệnh ung thư đại trực tràng sau phẫu thuật có hậu môn nhân tạo.

Từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024

2.2. Thiết kế nghiên cứu mô: nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.3. Cỡ mẫu: toàn bộ người bệnh ung thư đại trực tràng có HMNT

2.4. Xử lý số liệu: phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 để tính tần số, tỷ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thời gian nằm viện của ĐTNC

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hiền.

Email: nguyenvhienvd83@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025