

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Salari, N., et al.,** The global prevalence of osteoporosis in the world: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *J Orthop Surg Res*, 2021. 16(1): p. 609.
2. **Hoang, D.K., et al.,** Burden of osteoporosis in Vietnam: An analysis of population risk. *PloS one*, 2021. 16(6): p. e0252592.
3. **Hernlund, E., et al.,** Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden: a report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA). *Archives of osteoporosis*, 2013. 8(1): p. 136.
4. **Kajiki, Y., et al.,** Psoas muscle index predicts osteoporosis and fracture risk in individuals with degenerative spinal disease. *Nutrition*, 2022. 93: p. 111428.
5. **Ward, R.J., et al.,** ACR appropriateness criteria® osteoporosis and bone mineral density. *Journal of the American College of Radiology*, 2017. 14(5): p. S189-S202.
6. **Huang, C.-b., et al.,** Based on CT at the third lumbar spine level, the skeletal muscle index and psoas muscle index can predict osteoporosis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2022. 23(1): p. 933.
7. **Pickhardt, P., et al.,** Effect of IV contrast on lumbar trabecular attenuation at routine abdominal CT: correlation with DXA and implications for opportunistic osteoporosis screening. *Osteoporosis International*, 2016. 27(1): p. 147-152.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHỨC NĂNG NGHE CỦA TRẺ MẮC BỆNH KHIẾM THÍNH BẨM SINH TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Công Hoàng¹, Lê Thị Hương Lan¹,
Bùi Bằng Giang¹, Nguyễn Minh Tuấn¹, Đào Minh Nguyệt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, chức năng nghe của trẻ mắc bệnh khiếm thính bẩm sinh (KTBS) tại Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 300 trẻ KTBS tại 7 Trung tâm Bảo trợ và Công tác xã hội, Trường nuôi dạy trẻ khuyết tật ở 3 vùng miền của Việt Nam. **Kết quả:** Tuổi trung bình của trẻ KTBS là 11,3±2,4 với triệu chứng là không nói được 68,7%; học kém 48,7%; không tập trung 42,7%; ồng tai chít hẹp 5,7%; viêm tai 3,7% và không có vành tai 2,3%. Hầu hết trẻ không có âm ốc tai (99,7% ở tai phải và 99,3% ở tai trái), không có sóng V (98,3% ở cả tai phải và tai trái), không có phản xạ cơ bản đập (98,7% ở tai phải và 96,0% ở tai trái). Tỷ lệ nghe kém mức độ 4 là 66,7% ở tai phải và 69,0% ở tai trái; nghe kém mức độ 3 là 19,3% ở tai phải và 19,7% ở tai trái. Tỷ lệ nghe kém tiếp nhận là 96,3% và nghe kém hỗn hợp 3,7%. **Kết luận:** Trẻ mắc KTBS thường không nói được, học kém, có mức độ nghe kém nặng và hầu hết là nghe kém tiếp nhận.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, chức năng nghe, khiếm thính bẩm sinh.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND AUDITORY FUNCTION OF CHILDREN WITH CONGENITAL HEARING LOSS IN VIETNAM
Objective: To describe the clinical characteristics

and auditory function of children with congenital hearing loss in Vietnam. **Study subject and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 300 children with congenital hearing loss at 7 Social Protection and Welfare Centers; Special Schools for Children with Disabilities across three regions of Vietnam. **Results:** The average age of congenital hearing loss children was 11.3±2.4 years old with symptoms: 68.7% inability to speak; 48.7% poor learning; 42.7% lack of concentration; 5.7% narrow ear canal; 3.7% otitis media and 2.3% absence of auricle. Almost children had no otoacoustic emission (99.7% in the right ear and 99.3% in the left ear), no V wave (98.3% in both the right and left ears), no stapedius reflex (98.7% in the right ear and 96.0% in the left ear). The proportion of level 4 hearing loss was 66.7% in the right ear and 69.0% in the left ear; level 3 hearing loss was 19.3% in the right ear and 19.7% in the left ear. The proportion of sensorineural hearing loss was 96.3% and mixed hearing loss was 3.7%. **Conclusion:** The congenital hearing loss children often have inability to speak, poor learning, have severe hearing loss level, and mostly was sensorineural hearing loss.

Keywords: clinical characteristic, auditory function, congenital hearing loss.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khiếm thính bẩm sinh (KTBS) là hiện tượng trẻ sinh ra bị suy giảm một phần hay toàn bộ khả năng cảm nhận về âm thanh ngay từ khi mới sinh [4], thường kèm theo không nói được (câm và điếc). KTBS ảnh hưởng lớn đến trí tuệ, nhận thức, nhân cách, khả năng giao tiếp và hòa nhập với cộng đồng của trẻ mắc bệnh, gây ra các hệ lụy lớn về kinh tế, xã hội [6]. Việt Nam là nước thuộc khu vực có tỉ lệ nghe kém cao trên

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Hoàng

Email: giapson2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

thế giới, với ước tính cứ 1.000 trẻ sinh ra thì có 1-3 trẻ mắc KTBS, tương ứng mỗi năm có khoảng 15.000-20.000 trẻ mắc KTBS [7]. Trẻ mắc KTBS thường được phát hiện muộn (từ 2-3 tuổi), sau khi phụ huynh thấy trẻ chậm nói/ không nói được, nói ngọng, không phản ứng với âm thanh, học kém [3]. Trẻ mắc KTBS có thể phát triển ngôn ngữ tốt hơn nếu được phát hiện khiếm thính trong 3 tháng đầu đời và can thiệp sớm trước 6 tháng tuổi. Việc khám lâm sàng, đánh giá chức năng nghe của trẻ là cực kỳ cần thiết giúp chẩn đoán phát hiện sớm KTBS; qua đó lựa chọn các biện pháp can thiệp kịp thời, phù hợp với từng giai đoạn của bệnh, mang lại cơ hội phục hồi khả năng nghe, phát triển ngôn ngữ giúp trẻ [1], [6]. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, chức năng nghe của trẻ mắc bệnh khiếm thính bẩm sinh tại Việt Nam.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 300 trẻ (<15 tuổi) mắc KTBS tại 7 Trung tâm Bảo trợ và Công tác xã hội, Trường nuôi dạy trẻ khuyết tật ở 3 vùng miền của Việt Nam.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Từ 1-12/2024 tại Trung tâm Bảo trợ và Công tác xã hội tỉnh Thái Nguyên, Trường chuyên biệt Thanh Tâm (Đà Nẵng), Trường nuôi dạy trẻ khuyết tật Thủy Biểu (Huế), Trường Hearing and Beyond in Vietnam (Quảng Nam), Trường chuyên biệt Tương Lai (Thành phố Hồ Chí Minh), Trường Hy Vọng Quận 6 - Thành phố Hồ Chí Minh và Trường nuôi dạy trẻ em khuyết tật tỉnh Bến Tre.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu: công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ sử dụng sai số tuyệt đối:

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

Trong đó: n: Số lượng bệnh nhân tối thiểu cần nghiên cứu

$Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị điểm Z tại mức ý nghĩa α , với $\alpha = 0,05 \rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

d: Độ chính xác mong muốn, chọn $d = 0,06$.

$p=0,4167$ (41,67% trẻ KTBS có áp lực hàm tai và đỉnh nhĩ lượng không bình thường [2]).

Thay số $n=260$, lấy thêm 10,0% phòng sai số, thực tế thu 300 trẻ KTBS.

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu: chọn chủ đích.

Thực tế chọn chủ đích được 300 trẻ KTBS tại 7 Trung tâm Bảo trợ và Công tác xã hội, Trường nuôi

dạy trẻ khuyết tật ở 3 vùng miền của Việt Nam theo địa điểm nghiên cứu đã chọn (Miền Bắc: 100 trẻ, Miền Trung: 100 trẻ, Miền Nam: 100 trẻ).

2.4. Chỉ số nghiên cứu

- Phân bố đặc điểm chung của trẻ KTBS tham gia nghiên cứu

- Tỉ lệ biểu hiện lâm sàng của trẻ KTBS

- Tỉ lệ kết quả nội soi tai mũi họng của trẻ KTBS

- Tỉ lệ kết quả đo nhĩ lượng của trẻ KTBS

- Tỉ lệ kết quả đo phản xạ cơ bàn đạp của trẻ KTBS

- Phân bố kết quả khảo sát âm ốc tai và điện thính giác thân não của trẻ KTBS

- Tỉ lệ kết quả đánh giá mức độ nghe kém của trẻ KTBS

- Tỉ lệ hình thức nghe kém ở trẻ KTBS

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

- Bệnh nhân được khám lâm sàng và nội soi bởi bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

- Đo chức năng nghe: Đo nhĩ lượng, đo phản xạ gân cơ bàn đạp, đo âm ốc tai (OAE), đo đáp ứng điện thính giác thân não (ABR), đo đáp ứng trạng thái bền vững thính giác (ASSR).

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0: số liệu định tính mô tả bằng số lượng (SL) và tỉ lệ (%); số liệu định lượng mô tả bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($TB \pm \Delta LC$).

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của trẻ khiếm thính bẩm sinh tham gia nghiên cứu

Đặc điểm		SL	%
Tuổi	0-5 tuổi	6	2,0
	6-11 tuổi	157	52,3
	12-15 tuổi	137	45,7
	$TB \pm \Delta LC$ (NN-LN)	11,3 $\pm$ 2,4 (từ 5-15 tuổi)	
Giới	Nam	151	50,3
	Nữ	149	49,7
Dân tộc	Kinh	266	88,7
	Khác	34	11,3
Tổng		300	100,0

Tuổi trung bình của trẻ KTBS là 11,3 $\pm$ 2,4 tuổi; tỉ lệ trẻ nam (50,3%) và nữ (49,7%) là tương đồng; tỉ lệ trẻ là người dân tộc Kinh (88,7%).

Bảng 2. Biểu hiện lâm sàng của trẻ khiếm thính bẩm sinh ($n=300$)

Lâm sàng		SL	%
Triệu chứng cơ năng	Không phản ứng với âm thanh	102	34,0
	Nói ngọng	74	24,7
	Chậm nói	93	31,0

	Không nói được	206	68,7
	Không tập trung	128	42,7
	Học kém	144	48,0
Triệu chứng thực thể	Không có vành tai	7	2,3
	Ống tai chít hẹp	17	5,7
	Viêm tai	11	3,7

Tỉ lệ trẻ KTBS kèm theo không nói được chiếm 68,7%; trẻ không tập trung 42,7% và học kém chiếm 48,0%. Có 17 trẻ chít hẹp ống tai chiếm 5,7%; tỉ lệ không có vành tai 2,3% và viêm tai 3,7%.

Bảng 3. Kết quả nội soi tai mũi họng của trẻ khiếm thính bẩm sinh (n=300)

	Nội soi	SL	%
Nội soi tai	Màng nhĩ bình thường	294	98,0
	Ống tai hẹp	2	0,7
	Màng nhĩ có sẹo cũ	4	1,3
Nội soi mũi	Mũi có bệnh lý	27	9,0
	Mũi bình thường	273	91,0
Nội soi họng	Họng có bệnh lý	31	10,3
	Họng bình thường	269	89,7

Chỉ có 02 trẻ (0,7%) có ống tai hẹp và 04 trẻ (1,3%) có sẹo màng nhĩ cũ. Tỉ lệ mũi có bệnh lý 9,0% và họng có bệnh lý 10,3%.

Bảng 4. Kết quả đo nhĩ lượng của trẻ khiếm thính bẩm sinh

Nhĩ lượng	Tai phải (n=300)		Tai trái (n=300)	
	SL	%	SL	%
Áp lực và đỉnh nhĩ lượng bình thường (A)	184	61,4	177	59,1
Áp lực hòm tai bình thường, đỉnh nhĩ lượng thấp (As)	93	31,0	97	32,3
Áp lực hòm tai bình thường, đỉnh nhĩ lượng nhĩ cao (Ad)	1	0,3	1	0,3
Lượng nhĩ không có đỉnh, hình đôi (B)	15	5,0	16	5,3
Lượng nhĩ có đỉnh lệch âm (C)	7	2,3	9	3,0

Tỉ lệ áp lực hòm tai bình thường, đỉnh nhĩ lượng thấp (As) tai phải 31,0%, tai trái 32,3%. Tỉ lệ nhĩ lượng không có đỉnh, hình đôi (B) tai phải 5,0%, tai trái 5,3%. Tỉ lệ nhĩ lượng có đỉnh lệch âm (C) tai phải 2,3%, tai trái 3,0%.

Bảng 5. Kết quả đo phản xạ cơ bàn đạp của trẻ khiếm thính bẩm sinh

Phản xạ cơ bàn đạp	Tai phải (n=300)		Tai trái (n=300)	
	SL	%	SL	%
Có phản xạ	4	1,3	12	4,0
Không có phản xạ	296	98,7	288	96,0

Đa số các trẻ không có phản xạ cơ bàn đạp; có 4 trẻ có phản xạ gân cơ bàn đạp tai phải chiếm 1,3% và 12 trẻ có phản xạ gân cơ bàn đạp tai trái chiếm 4,0%.

Bảng 6. Kết quả khảo sát âm ốc tai và điện thính giác thân não của trẻ khiếm thính bẩm sinh

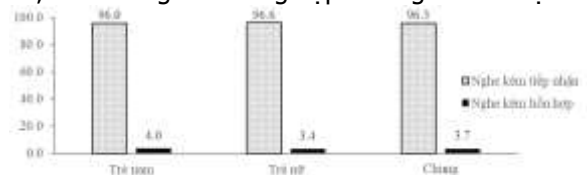
Kết quả		Tai phải (n=300)		Tai trái (n=300)	
		SL	%	SL	%
AOE	Pass	1	0,3	2	0,7
	Refer	299	99,7	298	99,3
ABR	Có sóng V	5	1,7	5	1,7
	Không có sóng V	295	98,3	295	98,3

Hầu hết các trường hợp trẻ không có âm ốc tai; có 1 trẻ có âm ốc tai phải chiếm 0,3% và 2 trẻ có âm ốc tai trái chiếm 0,7%. Hầu hết các trường hợp trẻ không có sóng V; có 5 trẻ có sóng V cả tai phải và tai trái, đều chiếm 1,7%.

Bảng 7. Kết quả đánh giá mức độ nghe kém của trẻ khiếm thính bẩm sinh

Độ nghe kém	Tai phải (n=300)		Tai trái (n=300)	
	SL	%	SL	%
Độ 1	0	0	0	0
Độ 2	42	14,0	34	11,3
Độ 3	58	19,3	59	19,7
Độ 4	200	66,7	197	69,0

Đa số trẻ nghe kém độ 4, trong đó tai phải là 200 tai, chiếm 66,7%; tai trái là 197 tai, chiếm 69,0%. Không có trường hợp nào nghe kém độ 1.



Biểu đồ 1. Hình thức nghe kém ở trẻ khiếm thính bẩm sinh (n=300)

Nghe kém tiếp nhận là ở trẻ nam chiếm tỉ lệ 96,0%, trẻ nữ là 96,6%. Tỉ lệ nghe kém tiếp nhận chung là 96,3% và nghe kém hỗn hợp chung là 3,7%. Không có trường hợp nào nghe kém dẫn truyền.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 300 trẻ KTBS có độ tuổi trung bình là $11,3 \pm 2,4$ tuổi với tỉ lệ trẻ nam (50,3%) và nữ (49,7%) là tương đương nhau. Trên lâm sàng, có 68,7% trẻ không nói được; 42,7% trẻ không tập trung; 48,0% trẻ học kém; 34,0% trẻ không phản ứng với âm thanh và 31,0% trẻ chậm nói. Kết quả này cũng giống nghiên cứu của Phạm Đình Nguyên với lý do chính khiến phụ huynh đưa trẻ đi khám phát hiện KTBS là chậm nói, không phản ứng âm thanh, nói ngọng, học kém [3]. Kết quả khám thực thể thấy tỉ lệ trẻ không có vành tai 2,3%; ống tai chít hẹp 5,7% và viêm tai 3,7% (11

trường hợp). Các trường hợp viêm tai giữa ứ dịch có thể tiến triển đến các bệnh lý mãn tính của tai giữa và là nguyên nhân thường gặp nhất làm giảm sức nghe của trẻ, làm ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng giao tiếp, học tập của trẻ.

Kết quả nội soi thấy đa phần trẻ có màng nhĩ bình thường (98,0%), tỉ lệ trẻ có sẹo màng nhĩ cũ 1,3%, mũi có bệnh lý 9,0% và tai có bệnh lý 10,3%. Kết quả này của chúng tôi có đôi chút khác biệt với nghiên cứu của Phạm Vũ Hồng Hạnh thấy 100,0% trẻ có nội soi tai mũi họng bình thường [2]. Có sự khác biệt này là do sự khác biệt về đặc điểm mẫu nghiên cứu.

Kết quả đo nhĩ lượng thấy tỉ lệ trẻ có áp lực và đỉnh nhĩ lượng bình thường (A) tai phải là 61,4%; tai trái là 59,1%. Tỉ lệ áp lực hòm tai bình thường, đỉnh nhĩ lượng thấp (As) tai phải 31,0%, tai trái 32,3%. Tỉ lệ nhĩ lượng không có đỉnh, hình đồi (B) tai phải 5,0%, tai trái 5,3%. Tỉ lệ nhĩ lượng có đỉnh lệch âm (C) tai phải 2,3%, tai trái 3,0%. Kết quả này cũng tương đối phù hợp với nghiên cứu của Phạm Vũ Hồng Hạnh với tỉ lệ áp lực và đỉnh nhĩ lượng bình thường 58,33%; áp lực hòm tai bình thường, đỉnh nhĩ lượng thấp (As) 37,5% và nhĩ lượng có đỉnh lệch âm (C) 2,5% [2]. Nghiên cứu của Phạm Vũ Hồng Hạnh cho kết quả 100,0% trẻ KTBS không có phản xạ gân cơ bàn đạp [2] trong khi nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả: có 4 trẻ có phản xạ gân cơ bàn đạp tai phải chiếm 1,3% và 12 trẻ có phản xạ gân cơ bàn đạp tai trái chiếm 4,0%.

Tiến hành sàng lọc bằng phương pháp OAE cho kết quả: hầu hết các trường hợp trẻ không có âm ốc tai trong đó tai phải là 299 tai và tai trái có 298 tai. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Phạm Vũ Hồng Hạnh và Phạm Đình Nguyên đều tỉ lệ trẻ có kết quả OAE là refer chiếm 100,0% [2], [3]. Kết quả đo ABR thấy hầu hết (98,3%) các trường hợp trẻ không có sóng V; chỉ có 5 trẻ có sóng V cả tai phải và tai trái, đều chiếm 1,7%. So sánh với nghiên cứu của Phạm Vũ Hồng Hạnh thấy có 4 tai xuất hiện sóng V (chiếm tỉ lệ 3,33%) [2] và Phạm Đình Nguyên cho tỉ lệ xuất hiện sóng V ở tai phải là 9,9% và tai trái là 15,4% [2]. Mỗi nghiên cứu có kết quả khác nhau tùy thuộc vào đặc điểm mẫu; địa điểm và tuổi của đối tượng nghiên cứu.

Về mức độ nghe kém, nghiên cứu của chúng tôi đa số trẻ nghe kém độ 4 với tỉ lệ ở tai phải chiếm 66,7% và tai trái là 69,0%; nghe kém độ 3 ở tai phải chiếm 19,3%, tai trái là 19,7%; nghe kém độ 2 ở tai phải chiếm 14,0%, tai trái là 11,3%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phạm Đình Nguyên với tỉ lệ nghe kém mức độ sâu ở tai phải chiếm 82,4% và tai

trái 73,6%; nghe kém mức độ nặng ở tai phải chiếm 12,1% và tai trái chiếm 18,7%; nghe kém mức độ trung bình ở tai phải 5,5% và tai trái 7,7% [3]. Nghiên cứu của Phạm Vũ Hồng Hạnh cũng cho tỉ lệ trẻ KTBS có trung bình ngưỡng nghe >90 dB (mức độ sâu) là 78,33% và trung bình ngưỡng nghe ≤90 dB là 21,67% [2]. Các kết quả trên cho thấy hầu hết các trường hợp KTBS sẽ gặp khó khăn trong giao tiếp do thính lực giảm ở mức độ nặng hoặc sâu. Kết quả nghiên cứu ở Biểu đồ 1 cũng cho thấy tỉ lệ nghe kém tiếp nhận là ở trẻ nam chiếm 96,0%, trẻ nữ là 96,6%. Nghe kém hỗn hợp ở trẻ nam là 4,0% và trẻ nữ là 3,4%. Không có trường hợp nào nghe kém dẫn truyền. Như vậy có thể thấy KTBS của các trẻ mắc phải trong nghiên cứu chủ yếu là do tổn thương ở tai trong và đường dẫn truyền thần kinh. Khiếm thính tiếp nhận là loại phức tạp trong các dạng khiếm thính, ảnh hưởng rất lớn đến khả năng nghe của người bệnh và tình trạng này thường là vĩnh viễn [6]. Các nguyên nhân thường gặp gây ra khiếm thính tiếp nhận như sử dụng các loại thuốc gây ngộ độc tai, yếu tố di truyền, các bệnh do virus như đốm sau sởi, quai bị, rubella [5]. Cần có một nghiên cứu tìm hiểu cụ thể các nguyên nhân gây khiếm thính tiếp nhận trên nhóm trẻ này để đưa ra phương án điều trị cho phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của trẻ KTBS là $11,3 \pm 2,4$ với triệu chứng kèm theo là không nói được 68,7%; học kém 48,0%; không tập trung 42,7%; ống tai chít hẹp 5,7%; viêm tai 3,7% và không có vành tai 2,3%. Hầu hết trẻ không có âm ốc tai (99,7% ở tai phải và 99,3% ở tai trái), không có sóng V (98,3% ở cả tai phải và tai trái), không có phản xạ cơ bàn đạp (98,7% ở tai phải và 96,0% ở tai trái). Tỉ lệ nghe kém mức độ 4 là 66,7% ở tai phải và 69,0% ở tai trái; nghe kém mức độ 3 là 19,3% ở tai phải và 19,7% ở tai trái. Tỉ lệ nghe kém tiếp nhận là 96,3% và nghe kém hỗn hợp 3,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2023), Quyết định số: 359/QĐ-BYT: Quyết định về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn Phát hiện sớm - Can thiệp sớm khuyết tật trẻ em", Bộ Y tế, Hà Nội.
2. **Phạm Vũ Hồng Hạnh** (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chức năng nghe và gen ở trẻ điếc bẩm sinh có chỉ định cấy điện cực ốc tai, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Phạm Đình Nguyên** (2018), Nghiên cứu khiếm thính không mắc phải ở trẻ em, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.
4. **Frederic R.E. Acke and Els M.R. De Leenheer** (2022), "Hearing Loss in Stickler Syndrome: An Update", 13 (9), pp. 1571.

5. Korver A.M., Smith R.J., Van Camp G., et al. (2017), "Congenital hearing loss", Nat Rev Dis Primers, 3 pp. 16094.
6. Lieu J.E.C., Kenna M., Anne S., et al. (2020), "Hearing Loss in Children: A Review", Jama, 324 (21), pp. 2195-2205.
7. Stevens G., Flaxman S., Brunskill E., et al. (2013), "Global and regional hearing impairment prevalence: an analysis of 42 studies in 29 countries", Eur J Public Health, 23 (1), pp. 146-152.

KẾT QUẢ SÀN KHOA XỬ TRÍ TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2024

Mai Trọng Hưng^{1,2}, Đỗ Tuấn Đạt^{1,3}, Lê Văn Đạt^{1,2}, Lương Hoàng Thành^{1,2},
Đinh Thị Thu Trang^{1,2}, Phạm Đồng Long, Phạm Quang Dũng²,
Nguyễn Ngọc Chi Mai², Nguyễn Đức Dương², Hồ Văn Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sản khoa ở những thai phụ Tiền sản giật (TSG) tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 84 sản phụ được chẩn đoán tiền sản giật (TSG) tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2024 đến 31/12/2024. **Kết quả:** Trong số 84 đối tượng, có 76,2% thai phụ được chẩn đoán TSG có dấu hiệu nặng, 23,8% thuộc nhóm TSG không có dấu hiệu nặng. Đa số các sản phụ đều được chỉ định mổ lấy thai, chiếm tỷ lệ 97,6%. Sản phụ được chuyển sang đơn vị hồi sức tích cực chiếm 9,5%. Tuổi thai trung bình lúc chấm dứt thai kỳ (CDTK) ở nhóm TSG có dấu hiệu nặng là nhỏ hơn so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng ($32,2 \pm 3$ tuần và $35,7 \pm 1,9$ tuần). Ở thời điểm 1 phút sau sinh, số trẻ có chỉ số APGAR < 7 điểm ở nhóm TSG nặng chiếm 40,6% trong khi ở nhóm không có dấu hiệu nặng, tỷ lệ này chỉ chiếm 5%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm trẻ sơ sinh ở thời điểm 5 phút sau sinh, hầu hết trẻ đều có chỉ số APGAR > 7 điểm. Nhóm TSG có dấu hiệu nặng có cân nặng trẻ sơ sinh thấp hơn so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng, ở cả cân nặng trung bình và tỉ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân. Trong các kết quả xấu gặp ở trẻ sơ sinh, phổ biến nhất là trẻ có cân nặng < 2000g gồm 52 trường hợp, tiếp theo là hỗ trợ hô hấp sau sinh với 48 trường hợp. Chỉ có 1 trường hợp tử vong chu sinh, không có trường hợp thai chết lưu. **Kết luận:** Mổ lấy thai là phương pháp CDTK chính trong TSG chiếm 97,6%. Biến chứng bất lợi cho mẹ bao gồm chuyển sang đơn vị hồi sức tích cực (9,5%), suy chức năng gan (3,6%), hội chứng HELLP (1,2%), phù phổi cấp (1,2%), không có sản phụ nào tử vong. Trẻ sơ sinh nặng < 2kg chiếm 61,9%, trẻ cần phải hỗ trợ hô hấp sau sinh chiếm 57,1%, tử vong chu sinh (1,2%), không có trường hợp thai chết lưu. Thai phụ thuộc nhóm TSG có dấu hiệu nặng có xu hướng có kết quả sản khoa bất lợi hơn ở cả mẹ và con.

Từ khóa: Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ, tiền sản giật, chấm dứt thai kỳ.

Từ viết tắt: Tăng huyết áp (THA), tiền sản giật (TSG), chấm dứt thai kỳ (CDTK)

SUMMARY

OBSTETRIC OUTCOMES OF PRE-ECLAMPSIA MANAGEMENT AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024

Objective: To evaluate obstetric outcomes in pregnant women with pre-eclampsia (PE) at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2024. **Subjects and Methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 84 pregnant women diagnosed with PE at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2024, to December 31, 2024. **Results:** Among the 84 cases, 76.2% were diagnosed with severe PE, while 23.8% had non-severe PE. The majority of patients underwent cesarean section, accounting for 97.6%. ICU admission occurred in 9.5% of cases. The average gestational age at termination of pregnancy (TOP) was lower in the severe PE group compared to the non-severe group (32.2 ± 3 weeks vs. 35.7 ± 1.9 weeks). At 1 minute after birth, 40.6% of newborns in the severe PE group had an APGAR score < 7, compared to only 5% in the non-severe group. At 5 minutes, there was no significant difference between the groups, with most newborns scoring > 7. Newborns in the severe PE group had lower birth weights, both in average weight and in the proportion of low birth weight infants. Among adverse neonatal outcomes, the most common was birth weight < 2000g (52 cases), followed by postnatal respiratory support (48 cases). There was only one case of perinatal death and no cases of stillbirth. **Conclusion:** Cesarean section was the primary method of TOP in PE cases, accounting for 97.6%. Maternal complications included ICU transfer (9.5%), liver dysfunction (3.6%), HELLP syndrome (1.2%), and pulmonary edema (1.2%), with no maternal deaths. Low birth weight (< 2kg) occurred in 61.9% of newborns, respiratory support was required in 57.1%, and perinatal mortality was 1.2%, with no stillbirths. Pregnant women with severe PE tended to have worse obstetric outcomes for both mother and child.

Keywords: Hypertensive disorders in pregnancy, pre-eclampsia, termination of pregnancy

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

²Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Trọng Hưng

Email: bacsymaitronghung@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025