

- Infants Treated for Cytomegalovirus. *Pediatr Infect Dis J.* Apr 1 2025;44(4):319-325. doi:10.1097/inf.0000000000004605
2. **Alarcon A, Martinez-Biarge M, et al.** Clinical, biochemical, and neuroimaging findings predict long-term neurodevelopmental outcome in symptomatic congenital cytomegalovirus infection. *J Pediatr.* Sep 2013;163(3):828-34.e1. doi:10.1016/j.jpeds.2013.03.014
 3. **Harrison GJ. Cytomegalovirus.** In: Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ, eds. *Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases.* Eighth edition ed. Elsevier; 2019:1429-1450:chap 159.
 4. **Leruez-Ville M, Chatzakis C, et al.** Consensus recommendation for prenatal, neonatal and postnatal management of congenital cytomegalovirus infection from the European congenital infection initiative (ECCI). *The Lancet Regional Health – Europe.* 2024;40doi:10.1016/j.lanepe.2024.100892
 5. **Luck SE, Wieringa JW, et al.** Congenital Cytomegalovirus: A European Expert Consensus Statement on Diagnosis and Management. *Pediatr Infect Dis J.* Dec 2017;36(12):1205-1213. doi:10.1097/inf.0000000000001763
 6. **Nishikawa JK, Aban I, et al.** Predictors of Neutropenia Secondary to Ganciclovir Exposure During Treatment of Congenital Cytomegalovirus Disease. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society.* 2024;13(Supplement_4):16-17. doi:10.1093/jpids/piae093.045
 7. **Papaevangelou V, Pedrero-Tomé R, et al.** Severe Neutropenia in Infants With Congenital Cytomegalovirus on Antiviral Therapy. *Pediatr Infect Dis J.* Nov 1 2025;44(11):1044-1050. doi:10.1097/inf.0000000000004905

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỖ THÀNH BỤNG Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Châu Hồng Thương¹, Tăng Chí Thượng³, Phạm Thị Thanh Tâm¹, Nguyễn Đức Toàn^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hở thành bụng là một dị tật bẩm sinh của thành bụng, thường nằm bên phải đường giữa, do rối loạn phát triển bào thai làm các cơ quan trong ổ bụng không trở về khoang bụng bình thường. Trên siêu âm, bệnh được phát hiện qua hình ảnh các tạng và ruột thoát vị tự do trong khoang ổ, không được bao phủ bởi màng; các cấu trúc thoát vị chủ yếu là ruột non, ngoài ra có thể gặp dạ dày, đại tràng và hiếm hơn là tuyến sinh dục [4,5]. Trên thế giới, một nghiên cứu năm 2023 báo cáo tỷ lệ mắc hở thành bụng là 3,3 trên 10.000 ca sinh sống [3]. Tại Việt Nam, dữ liệu còn hạn chế, nhưng nghiên cứu của Hoàng Trường và cộng sự ước tính tỷ lệ này là 1,43 trên 10.000 ca sinh sống giai đoạn 2007–2010 [6]. Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở trẻ sơ sinh mắc hở thành bụng.

Mục tiêu: Xác định các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị hở thành bụng ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Phương pháp: Mô tả loạt ca từ 01/01/2020 đến 30/06/2025 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Kết quả: Có 61 trường hợp hở thành bụng ở trẻ sơ

sinh trong thời gian nghiên cứu. Tỷ lệ nam/nữ là 1,1/1, tuổi thai có trung vị 36,3 tuần (35,0 – 37,5 tuần), cân nặng lúc sinh có trung vị 2140 g (1900 – 2400 g), sinh mổ chiếm 50,8%, tỷ lệ chẩn đoán tiền sản là 85,2%, tuổi mẹ có trung vị 21,0 tuổi (19,0 – 24,0 tuổi). Phân độ tổn thương ruột trong hở thành bụng ở trẻ sơ sinh như sau: độ I (86,9%), độ II (9,8%), độ III (3,3%). Các dị tật bẩm sinh kèm theo gồm tim bẩm sinh (1,7%), teo ruột non (1,7%). Về đặc điểm lâm sàng lúc nhập viện và an toàn chuyển viện gồm suy hô hấp (77,0%), sốc (14,6%), hạ thân nhiệt (85,2%), thủng ruột (8,2%), bọc túi plastic vô khuẩn (50,8%), đắp gạc ẩm vô khuẩn (42,6%), không bù dịch (4,9%). Về phẫu thuật, thời gian đặt túi silo trung vị 5,0 ngày (4,0 – 5,0 ngày), đặt túi silo và không được mổ chiếm 3,3%. Về đặc điểm lâm sàng và biến chứng sau mổ: nhiễm trùng vết mổ (21,3%), viêm màng não (21,3%), viêm phổi (9,8%), tắc ruột (9,8%), viêm ruột hoại tử (9,8%), hội chứng ruột ngắn (3,3%), thời gian thở máy trung vị 5,0 ngày (4,0 – 8,0 ngày), thời gian bắt đầu dinh dưỡng tiêu hóa (từ ngày hậu phẫu) là 7,0 ngày (6,0 – 10,0 ngày), thời gian đạt dinh dưỡng tiêu hóa hoàn toàn là 15,0 ngày (10,0 – 18,5 ngày), thời gian nuôi ăn tĩnh mạch 18,5 ngày (15,0 – 25,0 ngày). Thời gian nằm viện trung vị 30,0 ngày (23,0 – 40,0 ngày). Tỷ lệ tử vong là 3,3%, nguyên nhân tử vong là bệnh màng trong (1,6%), sốc nhiễm trùng (1,6%). Như vậy, chúng tôi ghi nhận thời gian nằm viện kéo dài >30 ngày là kết cục nổi bật nhất trong nghiên cứu này. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan tới thời gian nằm viện kéo dài > 30 ngày là non tháng, nhẹ cân so với tuổi thai, toan chuyển hóa nặng kéo dài, thời gian đặt túi silo, thời gian thở máy xâm lấn, thời gian bắt đầu dinh dưỡng tiêu hóa sau phẫu thuật và thời gian nuôi ăn tĩnh mạch.

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Toàn

Email: toanped@gmail.com

Mã bài: **ND1 - 22**

Ngày nhận bài: 27/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 26/3/2026

Ngày duyệt bài: 27/5/2026

Kết luận: Thực hiện phân tích đa biến bằng mô hình logistic đa biến, các yếu tố thực sự liên quan tới thời gian nằm viện kéo dài > 30 ngày là non tháng, nhẹ cân so với tuổi thai và toan chuyển hóa nặng kéo dài. Việc nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ này có ý nghĩa quan trọng trong phân tầng nguy cơ, tối ưu hóa chiến lược điều trị và góp phần rút ngắn thời gian nằm viện, cải thiện kết quả điều trị cho trẻ sơ sinh hở thành bụng.

Từ khóa: hở thành bụng, sơ sinh, thời gian nằm viện.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH TREATMENT OUTCOMES OF GASTROSCHISIS IN NEWBORNS AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Gastroschisis is a congenital abdominal wall defect, typically located to the right of the midline, resulting from abnormal fetal development in which abdominal organs fail to return to the abdominal cavity. On prenatal ultrasound, it is identified by freely floating herniated viscera in the amniotic fluid without a covering membrane; the herniated structures mainly include the small intestine, but may also involve the stomach, colon, and, in rare cases, the gonads [4,5]. Globally, a 2023 study reported an incidence of gastroschisis of 3.3 per 10,000 live births [3]. In Vietnam, epidemiological data remain limited; however, a population-based study by Hoang Truong et al. estimated an incidence of approximately 1.43 per 10,000 live births during 2007–2010 [6]. This study was conducted to identify factors associated with treatment outcomes in neonates with gastroschisis.

Objectives: To identify factors associated with treatment outcomes of neonatal gastroschisis at Children's Hospital No. 1.

Methods: A case series study was conducted from January 1, 2020, to June 30, 2025, at Children's Hospital 1.

Results: There were 61 cases of gastroschisis in newborns during the study period. The male-to-female ratio was 1.1:1. The median gestational age was 36.3 weeks (35.0–37.5), and the median birth weight was 2,140 g (1,900–2,400). Cesarean delivery accounted for 50.8% of cases. Prenatal diagnosis was achieved in 85.2%, and the median maternal age was 21.0 years (19.0–24.0). The severity of bowel injury was classified as grade I in 86.9%, grade II in 9.8%, and grade III in 3.3%. Associated congenital anomalies included congenital heart disease (1.7%) and small intestinal atresia (1.7%). Regarding clinical characteristics on admission and transport safety, respiratory distress was observed in 77.0% of neonates, shock in 14.6%, hypothermia in 85.2%, and intestinal perforation in 8.2%. During transport, sterile plastic bag coverage was used in 50.8% of cases, sterile moist gauze dressing in 42.6%, and no fluid resuscitation in 4.9%. In terms of surgical management, the median duration of silo placement was 5.0 days (4.0–5.0), and 3.3% of patients underwent silo placement without definitive surgical closure. Postoperative clinical characteristics and complications included surgical site infection (21.3%), meningitis (21.3%), pneumonia (9.8%), intestinal obstruction (9.8%), necrotizing enterocolitis (9.8%), and short bowel syndrome (3.3%). The median duration of invasive mechanical ventilation was 5.0 days (4.0–8.0). Enteral feeding was initiated at a

median of 7.0 postoperative days (6.0–10.0), full enteral nutrition was achieved at 15.0 days (10.0–18.5), and the median duration of parenteral nutrition was 18.5 days (15.0–25.0). The median length of hospital stay was 30.0 days (23.0–40.0). The overall mortality rate was 3.3%, with causes of death including respiratory distress syndrome (1.6%) and septic shock (1.6%). Prolonged hospital stay (>30 days) was the most significant outcome. Univariate analysis identified prematurity, small for gestational age, prolonged severe metabolic acidosis, silo placement >5 days, invasive mechanical ventilation >5 days, initiation of enteral feeding >7 days postoperatively, and parenteral nutrition duration >18.5 days as factors associated with prolonged hospital stay (>30 days).

Conclusion: Multivariate logistic regression analysis demonstrated that prematurity, small for gestational age, and prolonged severe metabolic acidosis were independently associated with prolonged hospital stay. Early identification of these risk factors is crucial for risk stratification, optimization of management strategies, and reduction of hospital stay, thereby improving treatment outcomes in neonates with abdominal wall defects.

Keywords: Gastroschisis, newborn, length of stay.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hở thành bụng là một dị tật bẩm sinh thuộc nhóm khuyết tật thành bụng, thường xuất hiện ở vị trí bên phải đường giữa bụng. Dị tật này xảy ra do sự rối loạn trong quá trình phát triển bào thai, dẫn đến việc các cơ quan trong ổ bụng không thể trở về đúng vị trí trong khoang bụng như bình thường. Trên siêu âm thai, hở thành bụng được chẩn đoán dựa vào hình ảnh các tạng và ruột thoát vị tự do trong khoang ối, không được bao bọc bởi bất kỳ lớp màng nào. Các cấu trúc thường thoát vị bao gồm chủ yếu là ruột non, nhưng cũng có thể bao gồm dạ dày, đại tràng, và trong một số trường hợp hiếm gặp hơn là tuyến sinh dục [4,5]. Trên thế giới, một nghiên cứu được đăng trên tạp chí Phẫu thuật Nhi khoa năm 2023 đã báo cáo tỷ lệ mắc bệnh hở thành bụng trên thế giới là 3,3 trên 10.000 ca sinh sống [3]. Tại Việt Nam, những số liệu về hở thành bụng bẩm sinh không nhiều và hiện nay chưa có thống kê nào về tỷ lệ trẻ sơ sinh mắc bệnh. Tuy nhiên, nghiên cứu giám sát dị tật bẩm sinh quần thể miền Nam Việt Nam do tác giả Hoàng Trường và cộng sự thực hiện cho thấy ước tính khoảng 1,43 trẻ trên 10.000 ca sinh sống trong giai đoạn 2007–2010 [6]. Hiện nay, khả năng chẩn đoán tình trạng này sớm trong thai kỳ và xác định thai nhi có "nguy cơ cao" từ tuyến trước đã được cải thiện; bên cạnh đó, những cải tiến trong kỹ thuật phẫu thuật và những tiến bộ trong hỗ trợ dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch và đường tiêu hóa trong giai đoạn hậu phẫu làm cho kết quả điều trị có thể đã thay đổi nhiều theo thời gian. Ở đây, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định các yếu tố liên quan tới kết quả điều

trị của hở thành bụng ở trẻ sơ sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả trẻ ≤ 28 ngày tuổi nhập viện Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 06 năm 2025, được chẩn đoán và điều trị hở thành bụng theo Phác đồ Điều trị của Bệnh viện Nhi Đồng 1. Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án dưới 80% thông tin cần thu thập hoặc bị thất lạc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 01/01/2020 đến 30/06/2025 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, lấy trọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Xác định các yếu tố liên quan tới kết quả điều trị hở thành bụng ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Thu thập số liệu: từ hồ sơ bệnh án, sử dụng bảng thu thập số liệu soạn sẵn.

Xử lý số liệu: phân tích theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm STATA 18.

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi ghi nhận có 61 trường hợp hở thành bụng ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 trong khoảng thời gian nghiên cứu từ 01/01/2020 đến 30/06/2025 với các kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng (N = 61)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Giới tính	
Nam	32 (52,4%)
Nữ	29 (47,6%)
Tuổi thai (tuần)	36,3 (35,0 – 37,5)
Phân loại tuổi thai	
Đủ tháng (≥ 37 tuần)	25 (41,0%)
Non tháng (< 37 tuần)	36 (59,0%)
Cân nặng lúc sinh (gam)	2140 (1900 – 2400)
Phân loại cân nặng lúc sinh theo tuổi thai	
SGA	29 (47,5%)
AGA	32 (52,5%)

Đặc điểm lâm sàng (N = 61)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Phương pháp sinh	
Thường	30 (49,2%)
Mổ	31 (50,8%)
Chẩn đoán tiền sản	
Có	52 (85,2%)
Không	9 (14,8%)
Tuổi mẹ (tuổi)	21 (19 – 24)
Dị tật bẩm sinh kèm theo	
Tim bẩm sinh	1 (1,7%)
Teo ruột non	1 (1,7%)
An toàn chuyển viện	
Chăm sóc khối thoát vị	
Bọc túi plastics vô khuẩn	31 (50,8%)
Đắp gạc ẩm vô khuẩn	26 (42,6%)
Bọc túi nước tiểu vô khuẩn	4 (6,6%)
Đặc điểm lâm sàng lúc nhập viện	
Hạ thân nhiệt	52 (85,2%)
Suy hô hấp	47 (77,0%)
Sốc	9 (14,6%)
Thủng ruột	5 (8,2)

Nhận xét: Phần lớn trẻ trong nghiên cứu sinh non (59,0%) với tuổi thai trung vị 36,3 tuần, trẻ có cân nặng lúc sinh nhẹ cân so với tuổi thai chiếm 47,5%, tỷ lệ chẩn đoán tiền sản khá cao (85,2%) trong khi dị tật bẩm sinh kèm theo khá hiếm gặp (3,3%). Những rối loạn đi kèm thường là hạ thân nhiệt, suy hô hấp, sốc, trong đó hạ thân nhiệt chiếm tỷ lệ cao nhất (85,2%).

Bảng 2. Đặc điểm chẩn đoán

Đặc điểm chẩn đoán (N = 61)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Phân độ tổn thương ruột trong hở thành bụng	
Độ I	53 (86,9%)
Độ II	6 (9,8%)
Độ III	2 (3,3%)

Nhận xét: Phần lớn các trường hợp tổn thương ruột độ I chiếm 86,9%, tỷ lệ tổn thương độ II và độ III thấp.

Bảng 3. Đặc điểm điều trị

Đặc điểm chẩn đoán (N = 61)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Đặt túi silo	61 (100%)
Thời gian đặt túi silo (ngày)	5,0 (4,0 – 5,0)
Phẫu thuật	59 (96,7%)
Đặt túi silo và không được mổ	2 (3,3%)
Thời gian thở máy xâm lấn (ngày)	5,0 (4,0 – 8,0)
Thời gian bắt đầu dinh dưỡng tiêu hóa sau phẫu thuật	7,0 (6,0 – 10,0)
Thời gian dinh dưỡng tĩnh mạch	18,5 (15,0 – 25,0)
Thời gian đạt dinh dưỡng tiêu hóa hoàn toàn	15,0 (10,0 – 18,5)

Nhận xét: Tất cả trường hợp đều được đặt túi silo với thời gian trung vị 5,0 ngày, tỷ lệ được phẫu thuật cao (96,7%) và 3,3% tử vong trước phẫu thuật. Thời gian dinh dưỡng tĩnh mạch (18,5 ngày) và thời gian bắt đầu dinh dưỡng tiêu hóa sau phẫu thuật (7,0 ngày) cho thấy quá trình hồi phục tiêu hóa tương đối dài.

Bảng 4. Đặc điểm kết quả điều trị

Đặc điểm chẩn đoán (N = 61)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Thời gian nằm viện (ngày)	30,0 (23,0 – 40,0)
Tỷ lệ biến chứng sau mổ	
Nhiễm trùng vết mổ	13 (21,3%)
Viêm màng não	13 (21,3%)
Viêm phổi	6 (9,8%)
Tắc ruột	6 (9,8%)
Viêm ruột hoại tử	6 (9,8%)
Hội chứng ruột ngắn	2 (3,3%)
Tỷ lệ tử vong	2 (3,3%)

Nhận xét: Sau phẫu thuật tỷ lệ biến chứng vẫn còn khá cao với nhiễm trùng vết mổ và viêm màng não cùng chiếm 21,7%, tắc ruột, viêm phổi, viêm màng não cùng chiếm 9,8%. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong tương đối thấp cho thấy hiệu quả tích cực điều trị và khả năng hồi phục tốt nếu được chăm sóc đúng cách và kịp thời.

Chúng tôi ghi nhận thời gian nằm viện kéo dài >30 ngày là kết cục nổi bật nhất trong nghiên cứu này.

Bảng 5. Phân tích đơn biến xác định mối liên quan giữa các dịch tễ học, lâm sàng, điều trị và thời gian nằm viện > 30 ngày của trẻ thành bụng bẩm sinh

Đặc điểm	LOS > 30 ngày (N = 29), n (%)	LOS ≤ 30 ngày (N = 32), n (%)	Giá trị p
Tuổi thai (tuần)	34,6 (35,6 – 37,0)	37,0 (35,1 – 37,9)	0,023
Non tháng < 37 tuần	23 (79,3)	13 (40,6)	0,002
Đủ tháng ≥ 37 tuần	6 (20,7)	19 (59,4)	
Cân nặng lúc sinh	2.140 (1.875 – 2300)	2.150 (1.900 – 2.650)	0,154
Phân loại cân nặng lúc sinh			
SGA	20 (69,0)	9 (28,1)	0,001
AGA	9 (31,0)	23 (71,9)	
Giới tính			
Nam	17 (58,6)	15 (46,9)	0,359
Nữ	12 (41,4)	17 (53,1)	
Phương pháp sinh			
Thường	14 (48,3)	16 (50,0)	0,893
Mổ	15 (51,7)	16 (50,0)	
Tuổi mẹ (tuổi)	20,0 (20,0 – 23,0)	22,0 (19,0 – 25,5)	0,831
Chẩn đoán tiền sản	25 (86,2)	27 (84,4)	1,000
Toan chuyển hóa nặng kéo dài	16 (55,2)	5 (15,6)	0,001
Thời gian treo túi silo	5,0 (4,8 – 6,0)	4,0 (3,0 – 5,0)	0,020

Đặc điểm	LOS > 30 ngày (N = 29), n (%)	LOS ≤ 30 ngày (N = 32), n (%)	Giá trị p
Thời gian thở máy xâm lấn	6,0 (5,0 – 9,0)	4,5 (3,3 – 6,0)	0,003
Thời gian nuôi ăn tĩnh mạch	25,0 (20,0 – 35,0)	15,0 (14,0 – 17,0)	0,007
Thời gian bắt đầu dinh dưỡng đường tiêu hóa sau phẫu thuật	8,0 (7,0 – 13,0)	7,0 (5,0 – 8,0)	0,014
Biến chứng sau mổ			
Liên quan phẫu thuật	13 (44,8)	8 (25,0)	0,104

Nhận xét: Các yếu tố được khảo sát như cân nặng lúc sinh nhẹ cân so với tuổi thai, non tháng, toan chuyển hóa nặng kéo dài, thời gian thở máy, thời gian treo túi silo, thời gian bắt đầu dinh dưỡng tiêu hóa từ sau phẫu thuật, thời gian nuôi ăn tĩnh mạch có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian nằm viện > 30 ngày của bệnh nhi ($p < 0,05$).

Bảng 6. Phân tích đa biến bằng hồi quy logistic xác định các yếu tố liên quan tới thời gian nằm viện > 30 ngày của trẻ thành bụng bẩm sinh

Yếu tố	OR (KTC 95%)	Giá trị p
Non tháng (< 37 tuần)	4,72 [1,01 – 21,98]	0,048
Nhẹ cân so với tuổi thai	8,73 [1,66 – 45,93]	0,011
Toan chuyển hóa nặng kéo dài	9,28 [1,47 – 58,42]	0,018
Thời gian đặt túi silo > 5 ngày	4,02 [0,65 – 24,90]	0,134
Thời gian thở máy xâm lấn > 5 ngày	0,91 [0,16 – 4,98]	0,911
Thời gian nuôi ăn dinh dưỡng tĩnh mạch > 18,5 ngày	1,72 [0,39 – 7,65]	0,474
Thời gian bắt đầu dinh dưỡng sau phẫu thuật > 7 ngày	2,32 [0,46 – 11,61]	0,306

Nhận xét: thực hiện phân tích đa biến với mô hình logistic đa biến, chúng tôi ghi nhận có 3 yếu tố thực sự liên quan đến thời gian nằm viện > 30 ngày ở trẻ sơ sinh hở thành bụng là non tháng, nhẹ cân so với tuổi thai và toan chuyển hóa nặng kéo dài.

IV. BÀN LUẬN

Hở thành bụng bẩm sinh ở trẻ sơ sinh vẫn là một thách thức lớn tại Việt Nam do nguy cơ biến chứng và tử vong cao. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm xác định các yếu tố liên quan tới điều trị hở thành bụng ở trẻ sơ sinh, đặc biệt với kết quả điều trị quan trọng là thời gian nằm viện kéo dài > 30 ngày.

Về dịch tễ, tuổi mẹ có trung vị 21 tuổi, tương đồng với Hồ Tấn Thanh Bình (21 tuổi) và Gom (20 tuổi), cho thấy bệnh thường gặp ở nhóm mẹ trẻ^{[1][7]}. Tỷ số nam/nữ là 1,1/1. Trẻ sinh non chiếm 59,0%, với tuổi thai trung vị 36,3 tuần (35,0–37,5), phù hợp với Gom và Trần Sỹ Giảng, nhưng cao hơn nghiên cứu của Hồ Tấn Thanh Bình^{[1][2][7]}. Cân nặng lúc sinh trung vị là 2140 g (1900–2400 g), trẻ nhẹ cân chiếm 75,4%, tương tự các nghiên cứu trong nước và quốc tế. Tỷ lệ trẻ nhẹ cân so với tuổi thai là 47,5%, thấp hơn đáng kể so với Hồ Tấn Thanh Bình (91,3%)^[1]. Tỷ lệ chẩn đoán tiền sản đạt 85,2%, cho thấy sự cải thiện rõ rệt trong phát hiện trước sinh, tiệm cận các trung tâm quốc tế. Tuy nhiên, tình trạng lâm sàng khi nhập viện còn nhiều bất lợi, với hạ thân nhiệt 85,2%, suy hô hấp 77,0%, sốc 14,6% và thủng ruột 8,2%, cao hơn một số nghiên cứu trước, phản ánh những hạn chế trong vận chuyển và hồi sức sơ sinh ban đầu tại tuyến trước^[1]. Về mức độ tổn thương ruột, độ I chiếm ưu thế (86,9%), trong khi độ II chiếm 9,8% và độ III chiếm 3,3%, khác biệt rõ so với nghiên cứu của Hồ Tấn Thanh Bình, nơi tổn thương nặng chiếm đa số^[1].

Trong điều trị, thời gian treo túi silo trung vị là 5,0 ngày, tương đương Gom và ngắn hơn các nghiên cứu trong nước^{[1][2][7]}. Thời gian bắt đầu nuôi ăn tiêu hóa trung vị 7,0 ngày sau phẫu thuật, sớm hơn Hồ Tấn Thanh Bình; thời gian đặt nuôi ăn hoàn toàn là 15,0 ngày^[1]. Thời gian nuôi ăn tĩnh mạch trung vị 18,5 ngày và thời gian thở máy trung vị 5,0 ngày, tương đồng với các báo cáo khác, cho thấy hiệu quả của chiến lược hồi sức và chăm sóc hậu phẫu.

Nguyên nhân tử vong là bệnh màng trong và sốc nhiễm trùng. Tỷ lệ tử vong chung là 3,3%, thấp hơn rõ rệt so với nhiều nghiên cứu trước, cho thấy sự cải thiện trong chẩn đoán tiền sản, vận chuyển sơ sinh, hồi sức ban đầu và chăm sóc sau mổ.

Phân tích các yếu tố liên quan đến thời gian nằm viện > 30 ngày cho thấy các yếu tố có ý nghĩa thống kê bao gồm: sinh non ($p = 0,002$), nhẹ cân so với tuổi thai ($p = 0,001$), toan chuyển hóa nặng kéo dài ($p = 0,001$), thời gian treo túi silo ($p = 0,020$), thời gian nuôi ăn tĩnh mạch ($p = 0,007$), thời gian bắt đầu nuôi

ăn đường tiêu hóa sau phẫu thuật ($p = 0,014$) và thời gian thở máy xâm lấn ($p = 0,003$).

V. KẾT LUẬN

Khi thực hiện phân tích đa biến bằng mô hình logistic đa biến, các yếu tố thực sự liên quan tới thời gian nằm viện kéo dài > 30 ngày là non tháng, nhẹ cân so với tuổi thai và toan chuyển hóa nặng kéo dài. Việc nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ này có ý nghĩa quan trọng trong phân tầng nguy cơ, tối ưu hóa chiến lược điều trị và góp phần rút ngắn thời gian nằm viện, cải thiện kết quả điều trị cho trẻ sơ sinh hở thành bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Tấn Thanh Bình.** Các đặc điểm trong hồi sức nội khoa hở thành bụng bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 5/2006–tháng 3/2007. Hội nghị nhi khoa Bệnh viện Nhi Đồng 1. 2007.

2. **Trần Sỹ Giảng và cộng sự.** Điều trị khe hở thành bụng bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 2018 – 2023. Tạp chí Y Học Việt Nam. 2025;555(3).
3. **Baker M, Smith J, et al.** Global Incidence of Gastroschisis: A Comprehensive Review. Journal of Pediatric Surgery. 2023;58(4):701–710.
4. **Bielicki IN, Somme S, et al.** Abdominal Wall Defects—Current Treatments. Children (Basel). Feb 23 2021;8(2):170.
5. **Hawkins RB, Raymond SL, et al.** Immediate versus silo closure for gastroschisis: Results of a large multicenter study. J Pediatr Surg. Jul 2020;55(7):1280–1285.
6. **Hoang T, Nguyen DT, et al.** External birth defects in Southern Vietnam: a population-based study at the grassroots level of health care in Binh Thuan Province. BMC Pediatr. Apr 30 2013;13:67.
7. **Gom, et al.** Characteristics and outcomes of neonates with gastroschisis managed in a public tertiary hospital in a developing country. South African Journal of Child Health. 2019;13(4):160–166.

ỨNG DỤNG SIÊU ÂM TRONG THIẾT LẬP CATHETER ĐỘNG MẠCH QUAY Ở TRẺ EM

Lê Thị Uyên Ly¹, Võ Thanh Vũ¹, Mã Tú Thanh¹,
Đào Thị Ngân¹, Trần Thị Ngọc Trâm¹

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Thiết lập catheter động mạch ở bệnh nhi tại các đơn vị chăm sóc đặc biệt là một kỹ thuật phức tạp, với tỷ lệ thành công ngay lần đặt đầu tiên còn hạn chế. Nguyên nhân chủ yếu do đường kính động mạch ở trẻ nhỏ, trẻ chưa biết cách hợp tác trong quá trình thực hiện, và kỹ thuật thường được tiến hành dựa vào bắt mạch và xác định mốc giải phẫu. Vì thế, nghiên cứu này được thực hiện dựa trên việc ứng dụng siêu âm để đánh dấu vị trí động mạch quay, ước lượng độ sâu, đường kính và hướng đi của động mạch trước khi đặt.

Phương pháp: Nghiên cứu thực nghiệm, thiết kế đo lường sau can thiệp, được tiến hành ở các bệnh nhi có chỉ định thiết lập catheter động mạch tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc và Cấp cứu đáp ứng đầy đủ tiêu chí lựa chọn. Thời gian nghiên cứu từ tháng 11/2024–03/2025.

Kết quả: Tỷ lệ thành công ngay lần đặt đầu tiên đạt 61,10%; tỷ lệ thành công cuối cùng đạt 90,60%; số lần đâm kim trung bình là 1,86 lần. Phân tích hồi quy cho thấy mức độ kích thích của trẻ có ảnh hưởng đáng kể đến khả năng

thành công ngay lần đầu thực hiện kỹ thuật ($B = -3,189$; $OR = 0,41$; $p < 0,05$).

Kết luận: Áp dụng siêu âm đánh dấu vị trí động mạch ngay từ ban đầu khi thiết lập catheter động mạch quay đã cho thấy tỷ lệ thành công cao, giảm số lần đâm kim và tỷ lệ biến chứng thấp sau thủ thuật. Các đơn vị chăm sóc tích cực nhi khoa nên nhân rộng kỹ thuật này khi được trang bị đầy đủ máy siêu âm và nhân lực được đào tạo về siêu âm tiếp cận mạch máu ngoại biên.

Từ khóa: Catheter động mạch quay, siêu âm hướng dẫn, trẻ em, chăm sóc đặc biệt.

SUMMARY

APPLICATION OF ULTRASOUND IN RADIAL ARTERIAL CATHETERIZATION IN PEDIATRIC

Background: Arterial catheterization in pediatric intensive care units settings is a technically challenging procedure, with a relatively low first-attempt success rate. These difficulties are primarily attributable to the small arterial diameter in children, limited patient cooperation during the procedure, and the traditional reliance on palpation and superficial anatomical landmarks for arterial localization. Therefore, this study was conducted using ultrasound to mark the radial artery and estimate its depth, diameter, and anatomical course prior to needle insertion.

Methods: This was a One-group posttest-only design. This study was conducted in pediatric patients with

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Ngân

Email: ngandao0748@gmail.com

Mã bài: **NĐ1 - 24**

Ngày nhận bài: 27/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 26/3/2026

Ngày duyệt bài: 27/5/2026