

- outcomes and reduce costs. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2004 Dec;128(6):876–82.
5. **Chen H, Shi G, Zhu L, Wang S, Lu Z, Xu Z.** Intermediate-Term Outcomes of Slide Tracheoplasty in Pediatric Patients With Ring-Sling Complex. *Ann Thorac Surg.* 2020 Mar;109(3):820–7.
 6. **Chung SR, Yang JH, Jun TG, Kim WS, Kim YH, Kang IS, et al.** Clinical outcomes of slide tracheoplasty in congenital tracheal stenosis†. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2015 Mar;47(3):537–42.
 7. **Zhang H, Wang S, Lu Z, Zhu L, Du X, Wang H, et al.** Slide tracheoplasty in 81 children: Improved outcomes with modified surgical technique and optimal surgical age. *Medicine (Baltimore).* 2017 Sep;96(38):e8013.
 8. **Manning PB, Rutter MJ, Lisec A, Gupta R, Marino BS.** One slide fits all: The versatility of slide tracheoplasty with cardiopulmonary bypass support for airway reconstruction in children. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2011 Jan;141(1):155–61.

KẾT CỤC THAI KỲ CÁC TRƯỜNG HỢP THOÁT VỊ HOÀNH BẨM SINH ĐƠN THUẦN TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Bùi Thị Thu Hà¹, Võ Minh Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ tử vong và một số yếu tố liên quan đến tử vong ở trẻ thoát vị hoành bẩm sinh đơn thuần chẩn đoán tại bệnh viện Từ Dũ giai đoạn 2018-2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu loạt ca khảo sát 142 trường hợp được chẩn đoán thoát vị hoành bẩm sinh tại bệnh viện Từ Dũ từ năm 2018 – 2022. Kết quả nghiên cứu ghi nhận kết quả điều trị tại Bệnh viện Từ Dũ, Nhi Đồng I, Nhi Đồng II và Nhi Đồng Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Tỉ lệ tử vong 45/142 trường hợp chiếm 31,7% (KTC95%: 23,9 – 39,4). Trẻ được chẩn đoán thoát vị hoành chứa gan tăng nguy cơ tử vong gấp 18,3 lần (OR=18,3; KTC95%: 1,3 – 256,7). Trẻ có PH máu sau sinh $\leq 7,2$ tăng nguy cơ tử vong gấp 21,7 lần so với PH máu $>7,2$ (OR=21,7; KTC95%: 2,5 – 186,2) Trẻ có SpO₂ giảm $< 85\%$ tăng nguy cơ tử vong gấp 32,5 lần so với SpO₂ $\geq 85\%$. (OR=32,5; KTC95%: 1,6 – 647,1). Trẻ có FIO₂ > 40 tăng nguy cơ tử vong gấp 17,7 lần so với trẻ có FIO₂ ≤ 40 (OR=17,7; KTC95%: 2,3 – 136,3). **Kết luận:** Trẻ được chẩn đoán thoát vị hoành chứa gan trước sinh có tiên lượng tử vong cao. Một số yếu tố sau sinh như PH máu sau sinh $\leq 7,2$, SpO₂ $<85\%$ và trẻ có FIO₂ $>40\%$ được kết luận làm tăng nguy cơ tử vong của thoát vị hoành.

Từ khóa: Thoát vị hoành, kết cục thai kỳ, tiên lượng tử vong

SUMMARY

PREGNANCY OUTCOME OF CASES OF CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA IN TU DU

Research objectives: The mortality rate and some factors related to mortality in children with congenital diaphragmatic hernia diagnosed at Tu Du hospital in the period 2018-2022. **Methods:**

¹Bệnh viện Từ Dũ

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhantuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022

Retrospective study of a series of 142 cases diagnosed with a diaphragmatic hernia born at Tu Du hospital from 2018 to 2021. The study results recorded the results of treatment at Tu Du, Children's I hospital, Children II hospital and Children's Hospitals in Ho Chi Minh City. **Results:** The mortality rate was 45/142 cases, accounting for 31.7% (CI 95%: 23.9 - 39.4). Children diagnosed with diaphragmatic hernia containing the liver had an increased risk of death 18.3 times (OR=18.3; 95% CI: 1.3 - 256.7). Children with postpartum blood pH ≤ 7.2 increased the risk of death 21.7 times compared with blood pH > 7.2 (OR=21.7; 95% CI: 2.5 - 186.2) Children with decreased SpO₂ $< 85\%$ increased risk of death 32.5 times compared with SpO₂ $\geq 85\%$. (OR=32.5; 95% CI: 1.6 - 647.1). Children with FIO₂ > 40 increased the risk of death 17.7 times more than children with FIO₂ ≤ 40 (OR=17.7; 95% CI: 2.3 - 136.3). **Conclusion:** Children diagnosed with diaphragmatic hernia before birth have a high mortality rate. Some postpartum factors such as postpartum blood pH ≤ 7.2 , SpO₂ $<85\%$ and children with FIO₂ $>40\%$ were concluded to increase the mortality risk of diaphragmatic hernia.

Keywords: Diaphragm hernia, pregnancy outcome, mortality prognosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị hoành bẩm sinh lần đầu tiên phát hiện năm 1579 bởi Ambrolso, là một loại dị tật bẩm sinh hiếm gặp, tỉ suất mới mắc là 2,62/10,000 ở thai phụ và 1,76/ 10,000 trẻ sơ sinh sống (Theo EUROCAT thu thập dữ liệu từ 43 quốc gia Châu Âu) [1]. Chẩn đoán chính trong bào thai cho đến nay vẫn dựa trên siêu âm, quan sát thấy sự hiện diện trong lồng ngực các cơ quan trong ổ bụng như dạ dày, ruột, gan, lách, thận, đại tràng, ruột non. Hậu quả cuối cùng là phần phổi 2 bên bị chèn ép, dẫn đến thiếu sản phổi. Thêm vào đó, hệ mạch máu phổi cũng bị xơ hóa, gây tăng áp phổi sớm và suy hô hấp cấp ngay sau sinh. Đó chính là nguyên nhân dẫn đến tử vong sớm của trẻ sau sinh, dù có các phương

tiện được hồi sức tích cực và hiện đại.

Tại Việt nam, do điều kiện cơ sở vật chất còn hạn chế, nên tỉ lệ tử vong sau sinh vẫn còn cao (30-60% tùy từng địa phương). Từ hội nghị ngoại nhi lần thứ IV (2014)[7], các chuyên gia hồi sức sơ sinh, ngoại nhi tổng quát, sản khoa... đã thống nhất rằng việc quản lý thoát vị hoành bẩm sinh muốn hiệu quả phải bắt đầu từ sớm. Trong thời kỳ bào, nâng cao công tác sàng lọc, chẩn đoán, chọc ối tìm bất thường nhiễm sắc thể, hội chẩn sản nhi quyết định chấm dứt các thai kỳ thoát vị hoành bẩm sinh kèm đa dị tật bẩm sinh, hay các trường hợp nặng có tiên lượng tử vong sau sinh. Công tác hồi sức ngay sau sinh, chuyển viện, sử dụng thành thạo và kịp thời các phương tiện thông khí, kháng sinh, thuốc dẫn mạch phổi, vận mạch và các phát sinh khác...) để giúp trẻ vượt qua thời kỳ trăng mật, ổn định sinh hiệu để sẵn sàng cho cuộc mổ.

Năm 2018, sự hợp tác sản- nhi giữa bệnh viện Từ Dũ và các bệnh viện Nhi đồng trong thành phố bắt đầu, nhất là các bệnh viện Nhi đồng thành phố đã hỗ trợ Từ Dũ trong công tác hồi sức trẻ thoát vị hoành bẩm sinh tại khoa sinh BV Từ Dũ, chủ động đưa xe đón, máy thở, ekip HSSS và chuyển viện. Từ đó đến nay, kết cục các thai kỳ thoát vị hoành bẩm sinh đã dần dần được cải thiện. Tuy nhiên, chưa có một nghiên cứu nào xuyên suốt đánh giá đến cuối cùng những các những trẻ thoát vị hoành bẩm sinh từ khi được chẩn đoán trước sinh tại bệnh viện Từ Dũ đến sau mổ tại bệnh viện Nhi đồng. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài "*Kết cục thai kỳ các trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh đơn thuần tại Từ Dũ*" với câu hỏi nghiên cứu: "Tỉ suất tử vong sau điều trị của các trường hợp thai thoát vị hoành bẩm sinh đơn thuần đến khám tại khoa chăm sóc trước sinh bệnh viện Từ Dũ là bao nhiêu? Các yếu tố nào có liên quan đến tử vong trẻ bị thoát vị hoành bẩm sinh đơn thuần?"

Mục tiêu nghiên cứu:

1. *Xác định tỉ suất tử vong sau điều trị của bệnh nhi mắc thoát vị hoành bẩm sinh đơn thuần được chẩn đoán qua siêu âm tại bệnh viện Từ Dũ giai đoạn 2018-2022.*

2. *Phân tích một số yếu tố trước và sau sinh liên quan đến tử vong ở trẻ thoát vị hoành bẩm sinh đơn thuần chẩn đoán tại bệnh viện Từ Dũ giai đoạn 2018-2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca hồi cứu

Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

- + Đơn thai còn sống sau sinh
- + Chẩn đoán thoát vị hoành bẩm sinh: bằng siêu âm tiền sản tại Từ Dũ.
- + Thoát vị hoành bẩm sinh đơn thuần: là thoát vị hoành chỉ không bất thường nhiễm sắc thể, không kèm thêm các dị tật bẩm sinh khác
- + Theo dõi, quản lý thai kỳ và sanh tại bệnh viện Từ Dũ.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Thoát vị hoành bẩm sinh nặng, có chỉ định chấm dứt thai kỳ có sự đồng thuận của hội đồng tư vấn sản-nhi, bằng cách gây sẩy thai to hay hủy thai và sinh non.

+ Thai kỳ phải chấm dứt nửa chừng do bệnh lý mẹ nặng (tiền sản giật nặng, HC HELLP, bệnh tim nặng, lupus...) hay do con (sẩy thai to, sinh non < 28 tuần, thai lưu, nhiễm trùng bào thai...)

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 15/02/2022-15/06/2022

- Địa điểm nghiên cứu:

- Bệnh viện Từ Dũ
- Các Bệnh viện: Nhi đồng 1, Nhi đồng 2, Nhi đồng Thành phố

Phương pháp thu mẫu: Chọn mẫu toàn bộ các hồ sơ bệnh án thỏa tiêu chí chọn mẫu.

Phương pháp nghiên cứu: qua hồ sơ bệnh án và phần mềm vi tính qua bảng phân tích số liệu.

1) Lọc danh sách các trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh đơn thuần, có mã ICD Q.79 trong thời gian từ 01/01/2018 đến 30/04/2022.

2) Theo dõi quá trình khám thai định kỳ

3) Lọc ra các trường hợp nhập viện và sinh tại Từ Dũ với mã số nhập viện

4) Lên danh sách các trường hợp chuyển viện và địa điểm chuyển đến bệnh viện Nhi đồng 1,2, Thành Phố.

5) Từ phần mềm vi tính của kế hoạch tổng hợp các bệnh viện, chúng tôi tìm được các mã số hồ sơ nhập viện và mã số lưu trữ tại kho hồ sơ các bệnh viện.

6) Thu thập các thông tin từ lúc chuyển viện đến lúc nhập viện tại bệnh viện Nhi đồng, phẫu thuật, xuất viện, tái khám cho đến ngày thứ 30 sau sinh.

Nội dung nghiên cứu chính:

- Đặc điểm trước sinh: chẩn đoán thoát vị hoành dựa trên kết quả siêu âm, đo các chỉ số tiên lượng tử vong oLHR, o/e LHR (jani), QLI.

- Đặc điểm sau sinh: kết quả theo dõi điều trị thoát vị hoành trước phẫu thuật.

- Đặc điểm phẫu thuật điều trị thoát vị hoành bẩm sinh.

- Kết cục chung: tỷ lệ tử vong chung trong điều trị thoát vị hoành bẩm sinh trước và sau phẫu thuật..

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các biến số định tính được thể hiện bằng tỉ suất, tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được thể hiện bằng trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị, tứ phân vị. Thời gian sống còn tính bằng đơn vị tuần kể từ lúc hút nạo thai trứng. Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố tiên lượng tử vong thoát vị hoành đơn biến, và đa biến để khử nhiễu ($p < 0,05$). Tỉ số chênh (OR) được sử dụng để xác định khả năng tử vong nếu có các yếu tố nguy cơ này.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/01/2018 đến 30/04/2022 chúng tôi thu thập được 142 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu. Chúng tôi thu được các kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm dịch tễ học

Bảng 1. Đặc điểm chung thoát vị hoành

Bảng 2. Phân bố nội dung khôi thoát vị

Biến số	N=142	Tỉ lệ (%)	Khoảng tin cậy 95%	
Thoát vị hoành trái	133	93,7	88,4	96,6
Chứa ruột	136	95,8	91,1	98,0
Chứa dạ dày	110	77,5	69,9	83,6
Chứa gan	24	16,9	11,6	23,9
Chứa lách	18	12,7	8,2	19,1
Chứa thận	3	2,1	0,7	6,0
Đa ối	53	37,3	29,8	45,5

Nhận xét: Về vị trí phần lớn là thoát vị hoành trái (94%) so với thoát vị hoành phải. Tạng thoát vị phát hiện dựa trên siêu âm trước sinh là ruột (95,8%), dạ dày 77,5%. Thận chiếm tỉ lệ rất ít (2,1%). Đa ối chiếm tỉ lệ 37,3%

3.3. Tỉ lệ tử vong tại thời điểm xuất viện các trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh đơn thuần



Biểu đồ 1: Tỉ lệ tử vong tại thời điểm xuất viện

Bảng 3: Hồi qui đa biến giữa các biến số

Biến số	OR	OR*	KTC95%*	P*
Vị trí thoát vị: Phải	4,8	3,8	0,1 - 269,1	0,541
Đa ối: Có	2,1	3,0	0,4 - 21,2	0,271

bẩm sinh bẩm sinh

Biến số	N=142	Tỉ lệ (%)
Tuổi mẹ	≤ 20	8
	21-34	111
	≥ 35	23
Địa chỉ	Tỉnh	127
	TP Hồ Chí Minh	15
Trình độ học vấn	≤ Cấp 2	23
	Cấp 3	57
	> Cấp 3	62
Nghề nghiệp	Nội trợ	37
	Công nhân viên chức	44
	Lao động phổ thông	53
	Khác	8

Nhận xét: Nhóm tuổi mẹ chiếm tỉ lệ cao nhất là 21-34 tuổi (78,2%). Đa phần nguồn bệnh đến từ các tỉnh thành lân cận (89,4%). Tỉ lệ cấp 3 (40,1%) và > cấp 3 (43,7%). Phần lớn sản phụ trong nghiên cứu là lao động phổ thông (37,3%).

3.2. Đặc điểm về thoát vị hoành

Nhận xét: Tỉ lệ tử vong trước mổ 45/142 trường hợp chiếm 31,7% (KTC95%: 23,9 - 39,4).

3.4. Mối liên quan giữa các yếu tố trước, sau sinh và kết cục tử vong

Sau khi phân tích đơn biến, chúng tôi ghi nhận được 16 yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong ở trẻ sinh được chẩn đoán thoát vị hoành bao gồm: vị trí thoát vị, đa ối, thoát vị hoành chứa gan, oLHR, o/e LHR (jani), phương pháp sanh, nhẹ cân, apgar 1 phút, apgar 5 phút, PH máu sau sinh, SpO2, FiO2, vận mạch trước mổ, nhiễm trùng huyết và tràn khí/ dịch màng phổi trước mổ vào phân tích hồi quy đa biến.

Thoát vị hoành chứa gan: Có	3,9	18,3	1,3 – 256,7	0,030
oLHR: 1-1,39	5,2	1,1	0,1 – 16,6	0,938
< 1	5,8	2,3	0,1 – 61,6	0,793
o/e LHR (jani): 26-45,99	4,3	7,1	0,5 – 99,9	0,149
< 26	5,2	8,1	0,4 – 163,1	0,172
Phương pháp sanh: MLT cấp cứu	2,3	1,9	2,3 – 12,3	0,490
Nhẹ cân: <2500 gram	3,2	6,8	0,7 – 68,1	0,102
Apgar 1 phút: < 4	6,7	1,1	0,1 – 16,4	0,932
Apgar 5 phút: < 7	5,7	1,7	0,2 – 14,2	0,616
PH máu: ≤ 7,2	21,5	21,7	2,5 – 186,2	0,005
SpO2: < 85%	20,3	32,5	1,6 – 647,1	0,023
FiO2: >40	8,7	17,7	2,3 – 136,3	0,006
Vận mạch trước mổ: Có	27,2	1,7	0,2 – 21,7	0,645
Nhiễm trùng trước mổ				
Nhiễm trùng huyết	2,9	5,4	0,5 – 57,7	0,166
Tràn khí/ dịch màng phổi trước mổ				
Có	16,1	9,4	0,9 – 89,2	0,052

P* Hồi quy đa biến OR*: OR hiệu chỉnh KTC95%*: Khoảng tin cậy hiệu chỉnh

Nhận xét: Trẻ được chẩn đoán thoát vị hoành chứa gan tăng nguy cơ tử vong gấp 18,3 lần. Trẻ có PH máu sau sinh ≤ 7,2, giảm SpO2 <85% và trẻ có FiO2 >40% tăng nguy cơ tử vong từ 17,7 – 35,2 lần.

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ tử vong 45/142 trường hợp chiếm 31,7% (KTC95%: 23,9 – 39,4). Tỷ lệ trẻ sống ổn định sau điều trị 97/142 trường hợp chiếm 68,3% (KTC95%: 60,6 – 76,1). Trong 45 trường hợp tử vong 60% trẻ tử vong sau sinh. Các trường hợp hồi sức thành công sau sinh trong đó 31,1% tử vong trong giai đoạn theo dõi chưa phẫu thuật và 8,9% tử vong sau phẫu thuật.

So sánh với các nghiên cứu tại Việt nam, do điều kiện cơ sở vật chất còn hạn chế, nên tỉ lệ tử vong sau sinh vẫn rất cao từ 30-60% tùy thời điểm và tùy từng địa phương. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Trang [6] tử vong chung sau sinh 35,6% gồm tử vong trước phẫu thuật 33,9%, tử vong sau phẫu thuật là 1,7% cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Bùi Đức Hậu và cs[4] đã áp dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực cho 89 trẻ thoát vị hoành bẩm sinh từ năm 2001-2007 cho tỉ lệ thành công 88,8% so với tỷ lệ mổ thành công thấp so với nghiên cứu của chúng tôi là 101 ca có phẫu thuật có 4 trường hợp tử vong chiếm 3,9% phẫu thuật thành công là 96,1%. Nghiên cứu của Đặng Quốc Bửu [2] năm 2018 tỷ lệ tử vong chung của trước và sau phẫu thuật là 21,4%, thấp hơn so với kết quả khảo sát của chúng tôi. Sự khác biệt nguyên nhân là do nghiên cứu của Đặng Quốc Bửu khảo sát trên đối tượng bệnh nhi đã nhập viện tại Bệnh viện Nhi Đồng (nghĩa là có một tỉ lệ trẻ đã chết trước đó),

trong khi nghiên cứu của chúng tôi bao gồm các trường hợp tử vong sau sinh tại nhi sơ sinh bệnh viện Từ Dũ, tỷ lệ tử vong trước phẫu thuật tại bệnh viện nhi đồng cũng như tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật. Một số nghiên cứu trên thế giới, trong đó nghiên cứu của Teresa Victoria năm 2018 tỷ lệ sống sót khoảng 60% [8].

Qua các nghiên cứu thực hiện tại Việt Nam cũng như trên thế giới cho thấy thoát vị cơ hoành bẩm sinh là tình trạng cấp cứu, nguy hiểm có thể ảnh hưởng đến tính mạng của thai nhi. Tỉ lệ sống sót ở từng nơi khác nhau là do cách chọn mẫu cũng như các tiến bộ tại các trung tâm tiền sản khác nhau. Với FETO trước sinh và ECMO sau sinh đã tạo cơ hội lựa chọn những bệnh nhân có tiên lượng nặng, nguy cơ tử vong cao để can thiệp trong thời kỳ bào thai và ngay sau sinh. Ba thập kỷ cải tiến trong liệu pháp phẫu thuật cho thai nhi đối với thoát vị hoành đã giảm đáng kể nguy cơ tử vong ở trẻ.

Qua phân tích hồi quy đa biến chúng tôi ghi nhận được một yếu tố chẩn đoán trước sinh trong đó trẻ được chẩn đoán thoát vị hoành chứa gan tăng nguy cơ tử vong gấp 18,3 lần (OR=18,3; KTC95%: 1,3 – 256,7) Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của D. Mullassery [5]. Một số yếu tố theo dõi sau sinh kết quả phân tích đa biến chúng tôi ghi nhận nguy cơ tử vong gắn liền với tình trạng suy hô hấp do nhiễm toan chuyển hóa. Cụ thể trẻ có PH máu sau sinh ≤ 7,2 tăng nguy cơ tử vong gấp 21,7 lần so với PH máu >7,2 (OR=21,7; KTC95%: 2,5 – 186,2). Trong các thông số về hô hấp trẻ có SpO2 giảm < 85% tăng nguy cơ tử vong gấp 32,5 lần so với SpO2 ≥ 85% và FiO2 > 40% tăng nguy cơ tử vong gấp 17,7 lần so với trẻ có FiO2 ≤ 40%. Kết

quả này cũng tương đồng với Dawson và cs [3]. Thoát vị hoành là một dạng dị tật bẩm sinh nguy hiểm nguy cơ tử vong cao qua nghiên cứu cũng xác định được một số yếu tố trước và sau sinh liên quan đến tử vong ở trẻ thoát vị hoành bẩm sinh đơn thuần chẩn đoán qua siêu âm. Trong đó thoát vị hoành chứa gan là chẩn đoán có tiên lượng tử vong cao nhất. Trong thời gian theo dõi tỷ lệ tử vong cao nhất ở tình trạng nhiễm toan hô hấp, suy hô hấp. Từ kết quả cho thấy thầy thuốc thực hành lâm sàng cần theo dõi chặt chẽ PH máu, SpO₂, FiO₂ trong thời gian chờ phẫu thuật điều trị thoát vị hoành sau sinh. Tuy nhiên nghiên cứu có một số hạn chế do thời gian tiến hành nghiên cứu bị hạn chế, nghiên cứu chỉ được thực hiện dưới dạng hồi cứu, dẫn đến việc thông tin thu thập có giới hạn.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tử vong 45/142 trường hợp chiếm 31,7% (KTC95%: 23,9 – 39,4). Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ tử vong của trẻ trong đó nguy cơ trước trẻ được chẩn đoán thoát vị hoành chứa gan tăng nguy cơ tử vong gấp 18,3 lần (OR=18,3; KTC95%: 1,3 – 256,7). Một số yếu tố nguy cơ tử vong sau sinh bao gồm trẻ có PH máu sau sinh $\leq 7,2$, giảm SpO₂ <85% và trẻ có FiO₂ >40% tăng nguy cơ tử vong từ 17,7 – 35,2 lần. Với các trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh đơn thuần chứa gan, cần được tư vấn kỹ cho gia

đình nguy cơ tử vong. Sau sinh, pH máu, FiO₂ và SPO₂ đo lần đầu tiên là các thông số gợi ý có ý nghĩa trong tiên lượng tử vong của bé về sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D. Chatterjee, R. J. Ing J. Gien** (2020), "Update on Congenital Diaphragmatic Hernia", *Anesth Analg.* 131(3), 808-821.
2. **Cam Ngọc Phượng, Đặng Quốc Bửu, Phạm Thị Thanh Tâm** (2018), "Kết quả điều trị thoát vị hoành bẩm sinh tại bệnh viện nhi đồng 1", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 22(3), 107 - 112.
3. **J. A. Dawson** (2010), "Defining the reference range for oxygen saturation for infants after birth", *Pediatrics.* 125(6), e1340-7.
4. **Bùi Đức Hậu;** (2014), "Phẫu thuật tạo hình cơ hoành bằng tấm ghép 1/2013-8/2014 tại bệnh viện Nhi đồng 2, Tài liệu hội nghị Ngoại khoa toàn quốc lần thứ IV, 37-38.
5. **D. Mullasery** (2010), "Value of liver herniation in prediction of outcome in fetal congenital diaphragmatic hernia: a systematic review and meta-analysis", *Ultrasound Obstet Gynecol.* 35(5), 609-14.
6. **Nguyễn Thị Thuý Trang** (2020), "Khảo sát tiên lượng tử vong trên siêu âm trước sinh, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, chuyên ngành ngoại nhi, Đại Học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
7. **Cam Ngọc Phượng** (2014), "Đặc điểm cao áp phổi tồn tại ở trẻ sơ sinh", *Tài liệu khoa học hội nghị Ngoại Nhi toàn quốc lần thứ IV.* 16, 261-270.
8. **T. Victoria** (2018), "Right Congenital Diaphragmatic Hernias: Is There a Correlation between Prenatal Lung Volume and Postnatal Survival, as in Isolated Left Diaphragmatic Hernias?", *Fetal Diagn Ther.* 43(1), 12-18.

THỰC TRẠNG SUY TỈNH MẠCH MẠN TÍNH CHI DƯỚI Ở CÔNG NHÂN MAY MẶC TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Thị Điện¹, Đinh Thị Thu Hương²,
Lê Đức Cường³, Nguyễn Thị Thanh Trung¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 400 công nhân may thuộc 4 công ty may mặc tại Thái Bình bằng phương pháp mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang nhằm mô tả thực trạng và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới (STMMTCD) ở công nhân tại một số công ty may mặc Thái Bình. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ suy tĩnh mạch

(STM) ở nhóm công nhân nghiên cứu là 75,3%. Sự khác biệt về tỷ lệ STMMTCD có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm giới tính, tư thế làm việc và tuổi nghề. Tỷ lệ STMMTCD ở nhóm công nhân có tuổi nghề dưới 5 năm chiếm 63,2% và lên tới 82,8% ở nhóm tuổi nghề từ 15 năm trở lên. Công nhân làm việc thường xuyên ở tư thế đứng mặc STMMTCD cao hơn công nhân làm việc ở tư thế ngồi thường xuyên (86,7% và 68,9%). Đa số công nhân nam không có hoặc chỉ có 1-2 triệu chứng lâm sàng, còn đối với công nhân nữ, tỷ lệ có từ 3 triệu chứng trở lên chiếm cao hơn nam, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả phân loại STMMTCD theo thang CEAP của công nhân từ C0 đến C3, chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu là những công nhân ở phân độ lâm sàng C1 (61,8%); Không gặp công nhân STMMTCD ở phân độ CEAP từ C4. Điểm VCSS trung bình của công nhân có STMMTCD là $3.69 \pm 1,08$ điểm.

¹Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Trường đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Điện

Email: vuthidien77@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 24.10.2022