

so với LDH > 400 IU/L có EFS 5 năm là 70%, P=0,004), vị trí khối u (u thuộc sinh dục có EFS 5 năm là 95,7% so với u ngoài sinh dục có EFS 5 năm là 80%, p=0,035).

VI. LỜI CẢM ƠN

Các tác giả xin chân thành cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã hỗ trợ kinh phí cho chúng tôi thực hiện đề tài này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. Calaminus et al.** (2020), "Age-Dependent Presentation and Clinical Course of 1465 Patients Aged 0 to Less than 18 Years with Ovarian or Testicular Germ Cell Tumors; Data of the MAKEI 96 Protocol Revisited in the Light of Prenatal Germ Cell Biology", *Cancers (Basel)*, 12, (3),
2. **G. Cecchetto** (2014), "Gonadal germ cell tumors in children and adolescents", *J Indian Assoc Pediatr Surg*, 19, (4), 189-194
3. **S. Depani et al.** (2019), "Results from the UK Children's Cancer and Leukaemia Group study of extracranial germ cell tumours in children and adolescents (GCIII)", *Eur J Cancer*, 118, 49-57
4. **A. L. Frazier et al.** (2015), "Revised risk classification for pediatric extracranial germ cell tumors based on 25 years of clinical trial data from the United Kingdom and United States", *J Clin Oncol*, 33, (2), 195-201
5. **C. C. C. Hulsker et al.** (2021), "Treatment and Survival of Malignant Extracranial Germ Cell Tumours in the Paediatric Population: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Cancers (Basel)*, 13, (14),
6. **"International Germ Cell Consensus Classification: a prognostic factor-based staging system for metastatic germ cell cancers. International Germ Cell Cancer Collaborative Group"**, (1997), *J Clin Oncol*, 15, (2), 594-603
7. **Hemanth Kumar et al.** (2020), "Analysis of extracranial germ cell tumors in male children: Experience from a single centre in India", *Pediatric Hematology Oncology Journal*, 5, (2), 37-42
8. **B. N. Lan et al.** (2019), "Adherence to childhood cancer treatment: a prospective cohort study from Northern Vietnam", *BMJ Open*, 9, (8), e026863
9. **A. E. Lawrence et al.** (2020), "Understanding the Value of Tumor Markers in Pediatric Ovarian Neoplasms", *J Pediatr Surg*, 55, (1), 122-125
10. **L. F. Lopes et al.** (2009), "Cisplatin and etoposide in childhood germ cell tumor: brazilian pediatric oncology society protocol GCT-91", *J Clin Oncol*, 27, (8), 1297-1303
11. **J. R. Mann et al.** (2000), "The United Kingdom Children's Cancer Study Group's second germ cell tumor study: carboplatin, etoposide, and bleomycin are effective treatment for children with malignant extracranial germ cell tumors, with acceptable toxicity", *J Clin Oncol*, 18, (22), 3809-3818

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ VÀNG DA SƠ SINH CỦA CÁC THAI PHỤ TẠI XÃ TAM THANH, HUYỆN VỤ BẢN, TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2022

Nguyễn Thị Huyền Trang¹, Phạm Thị Hiếu¹, Bùi Thị Hương¹,
Trần Thị Nhi¹, Phạm Thị Thúy Liên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức theo dõi và xử trí vàng da sơ sinh của các thai phụ tại xã Tam Thanh, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 128 thai phụ tại xã Tam Thanh năm 2022. **Kết quả:** Kiến thức về theo dõi vàng da sơ sinh: có 43% thai phụ biết cách quan sát vàng da dưới ánh sáng mặt trời và 48,4% trả lời đúng vàng da sơ sinh xuất hiện sớm trong 24h đầu sau sinh có nguy cơ cao tiến triển thành bệnh lý. Kiến thức về xử trí vàng da sơ sinh: 32,8% thai phụ lựa chọn cho trẻ đi khám ngay; 14,1% lựa chọn biện pháp phơi nắng và có tới 38,3% thai phụ không biết cách xử trí khi trẻ bị vàng

da sơ sinh. **Kết luận:** Kiến thức về theo dõi và xử trí vàng da sơ sinh của thai phụ còn hạn chế với 37,3% có kiến thức không đạt.

Từ khóa: kiến thức, theo dõi và xử trí, vàng da sơ sinh

SUMMARY

THE SITUATION OF THE PREGNANT WOMEN' KNOWLEDGE ABOUT MONITORING AND HANDLING NEONATAL JAUNDICE AT TAM THANH COMMUNE, VU BAN DISTRICT, NAM DINH PROVINCE IN 2022

Objective: To describe the current status of knowledge of monitoring and handling neonatal jaundice of pregnant women in Tam Thanh commune, Vu Ban district, Nam Dinh province in 2022. **Method:** A cross-sectional descriptive study on 128 pregnant women at Tam Thanh commune. **Results:** Knowledge about neonatal jaundice monitoring: 43% of pregnant women know how to observe jaundice in sunlight and 48,4% correctly answered that neonatal jaundice appearing early in the first 24 hours after birth is at

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huyền Trang
Email: nguyenhuyentrang@ndun.edu.vn
Ngày nhận bài: 13.3.2023
Ngày phản biên khoa học: 20.4.2023
Ngày duyệt bài: 23.5.2023

high risk progress to disease. Knowledge of treatment of neonatal jaundice: 32,8% of pregnant women choose to have their children go to the doctor right away; 14,1% chose sun exposure and 38,3% of pregnant women did not know how to deal with newborn jaundice. **Conclusion:** Knowledge about monitoring and managing neonatal jaundice of pregnant women is limited with 37,3% having inadequate knowledge.

Keywords: knowledge, monitoring and management, neonatal jaundice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vàng da sơ sinh là hiện tượng thường gặp ở trẻ sơ sinh, do hồng cầu thai nhi bị phá hủy để thay thế bằng hồng cầu trưởng thành, giảm chức năng của các men chuyển hóa do gan sản xuất và do tăng chu trình ruột gan. Tỷ lệ trẻ vàng da ở Việt Nam khoảng 30% với trẻ sơ sinh đủ tháng và 80% ở trẻ sơ sinh non tháng. Vàng da ở trẻ sơ sinh có 2 loại là vàng da sinh lý và vàng da bệnh lý. Vàng da sinh lý chiếm 75% thường nhẹ, tự khỏi sau 7-10 ngày. Tuy nhiên, có một tỷ lệ nhất định trẻ sơ sinh bị vàng da nặng, do nồng độ bilirubin gián tiếp trong máu tăng cao quá mức, có thể gây tổn thương hệ thần kinh dẫn đến tử vong trong giai đoạn cấp hoặc để lại di chứng nặng nề (bại não) sau này, ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất, tâm thần và vận động của trẻ, là một gánh nặng cho gia đình, xã hội [1]. Ở các nước đang phát triển, tỷ lệ vàng da sơ sinh nặng cao gấp 100 lần so với các nước phát triển, khoảng 3% trẻ sơ sinh nhập viện đã có dấu hiệu bệnh não cấp do bilirubin [2]. Nghiên cứu của Wong năm 2013 ở Malaysia, tỷ lệ vàng da sơ sinh bệnh lý chiếm 16,4%[3]. Ở Việt Nam, nghiên cứu của Khu Thị Khánh Dung tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2007, vàng da tăng bilirubin gián tiếp chiếm 21,26% tổng số sơ sinh nhập viện điều trị [4].

Trong thập niên gần đây, tỷ lệ sơ sinh vàng da nặng ở trẻ sơ sinh đủ tháng có xu hướng tăng, có lẽ do các trẻ sơ sinh đủ tháng thường được xuất viện sớm (thường 1 - 2 ngày sau sinh) và sau đó lại không được giám sát về vàng da, cho đến khi trẻ có một số dấu hiệu nặng (li bì, bú kém...) thì mới đưa trẻ đến bệnh viện. Do đó cha mẹ đóng vai trò quan trọng trong quá trình phát hiện sớm và theo dõi tiến triển của vàng da- biểu hiện ban đầu cho mức tăng bilirubin trong máu.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả thực trạng kiến thức theo dõi và xử trí vàng da sơ sinh của các thai phụ tại xã Tam Thanh, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Đối tượng và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 2/2022 đến tháng 12/2022 trên 128 thai phụ tại xã Tam Thanh năm 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những thai phụ tại xã Tam Thanh huyện Vụ Bản tỉnh Nam Định đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những thai phụ không có khả năng nhận thức, giao tiếp.

2.3. Mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu

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

Trong đó:

- n: số thai phụ tham gia nghiên cứu
- p: Tỷ lệ thai phụ có kiến thức đạt về theo dõi và xử trí vàng da sơ sinh. Theo nghiên cứu của Hà Thị Duyên (2021) có 14,7% thai phụ có kiến thức đạt nên lấy $p=0,14$

- d: Sai số cho phép, chọn $d=0,06$.

Thay vào công thức trên có $n = 128$.

Chọn mẫu cho nghiên cứu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian tiến hành thu thập số liệu có 128 thai phụ đủ tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu.

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Bộ công cụ gồm 2 phần:

+ Phần 1: Thông tin cơ bản của đối tượng nghiên cứu gồm có 5 câu hỏi.

+ Phần 2: Kiến thức của thai phụ về theo dõi, xử trí vàng da sơ sinh, gồm 15 câu hỏi liên quan đến kiến thức nhận biết, nguyên nhân và các biện pháp xử trí vàng da sơ sinh.

- Các bước thu thập số liệu:

+ Bước 1: Lựa chọn các đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn.

+ Bước 2: Giới thiệu mục đích, ý nghĩa, phương pháp và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu. Nếu đồng ý, đối tượng nghiên cứu ký vào bản đồng thuận và được phổ biến về hình thức tham gia nghiên cứu.

+ Bước 3: Đánh giá kiến thức của đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi tự điền: Nhà nghiên cứu gửi phiếu cho từng đối tượng nghiên cứu và hướng dẫn đối tượng nghiên cứu tự điền phiếu theo hiểu biết của cá nhân trong khoảng 20 phút, sau đó thu phiếu.

2.5. Tiêu chí đánh giá

- Đối tượng nghiên cứu tham gia trả lời

phiếu điều tra với mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai hoặc không biết được 0 điểm. Phiếu điều tra gồm 15 câu hỏi liên quan đến kiến thức về theo dõi và xử trí vàng da sơ sinh của thai phụ. Trong đó có 3 câu hỏi nhiều đáp án. Tổng điểm kiến thức tối đa là 20 điểm.

- Theo nghiên cứu của Hà Thị Duyên, phân loại kiến thức của thai phụ thành 2 mức độ:
 - + Thai phụ có kiến thức đạt khi trả lời đúng trên 70% câu hỏi (≥14 điểm)
 - + Thai phụ có kiến thức không đạt khi trả lời đúng dưới 70% câu hỏi (<14 điểm).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo một số đặc điểm chung (n=128)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<35 tuổi	100	78,1
	≥35 tuổi	28	22,8
Trình độ học vấn	Tiểu học	1	0,7
	Trung học cơ sở	4	3,1
	Trung học phổ thông	89	69,5
	TC, CĐ, ĐH, sau ĐH	34	26,7
Nghề nghiệp	Nông dân	1	0,7
	Công nhân	46	35,9
	Viên chức	37	28,9
	Khác	44	34,5
Lần mang thai con thứ mấy	Con thứ nhất	86	67,1
	Con thứ hai trở lên	42	33,9

Kết quả từ bảng 1 cho thấy phần lớn thai phụ trong độ tuổi dưới 35 tuổi chiếm 78,1%. Số thai phụ mang thai con thứ nhất nhiều hơn số thai phụ mang thai con thứ hai trở lên chiếm 67,1%.

3.2. Kết quả kiến thức về theo dõi và xử trí vàng da sơ sinh của thai phụ.

Bảng 2. Kiến thức về nguyên nhân vàng da sơ sinh (n=128)

Nội dung	Trả lời đúng		Trả lời sai	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Do bất đồng nhóm máu giữa mẹ và con	54	42,2	74	57,8
Do trẻ bú kém	62	48,4	66	51,6
Do trẻ sinh thiếu tháng	83	64,8	45	35,2
Do mẹ ăn nhiều thực phẩm có màu vàng	97	75,8	31	24,2

Số thai phụ trả lời đúng về nguyên nhân gây vàng da sơ sinh do trẻ sinh thiếu tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 64,8%. Chỉ có 42,2% trả lời đúng về nguyên nhân gây vàng da sơ sinh do bất đồng

nhóm máu giữa mẹ và con.

Bảng 3. Kiến thức về nhận biết vàng da sơ sinh của thai phụ (n=128)

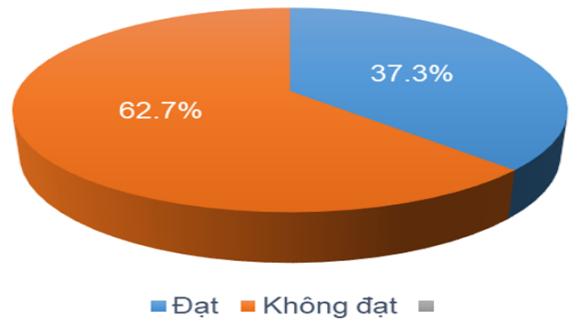
Nội dung	Trả lời đúng		Trả lời sai	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Quan sát dưới ánh sáng mặt trời	55	43	73	57
Xuất hiện sớm trong 24h sau sinh có nguy cơ cao tiến triển thành bệnh lý	62	48,4	66	51,6
Kéo dài trên 14 ngày là bất thường	37	28,9	91	71,1
Vàng da nhiều, tăng nhanh	67	52,3	61	47,7

Khi được hỏi về cách nhận biết vàng da sơ sinh có 43% thai phụ biết cách quan sát vàng da dưới ánh sáng mặt trời và 48,4% trả lời đúng vàng da sơ sinh xuất hiện sớm trong 24h đầu sau sinh có nguy cơ cao tiến triển thành bệnh lý.

Bảng 4. Kiến thức về hậu quả của vàng da sơ sinh nặng (n=128)

Nội dung	Trả lời đúng		Trả lời sai	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Có thể dẫn đến tử vong	48	37,5	80	63,5
Có thể gây tổn thương não	78	60,9	50	39,1
Có thể gây điếc hoặc giảm thính lực	59	46,1	69	53,9
Có thể gây liệt	42	32,8	86	67,2

Phần lớn thai phụ trả lời đúng hậu quả của vàng da sơ sinh có thể gây tổn thương não chiếm 60,9%. Chỉ có 32,8% thai phụ biết được vàng da sơ sinh có thể gây liệt.



Biểu đồ 1. Phân loại kiến thức của thai phụ về theo dõi và xử trí vàng da sơ sinh (n=128)

Số thai phụ có kiến thức đạt chiếm tỷ lệ 37,3% thấp hơn số thai phụ có kiến thức không đạt với 62,7%.

Bảng 5. Kiến thức về xử trí vàng da sơ sinh của thai phụ (n=128)

Nội dung	Số lượng	%
Đưa trẻ đi khám ngay	42	32,8
Phơi nắng	18	14,1
Chiếu đèn tại nhà	19	14,8
Không biết	49	38,3

Về cách xử trí vàng da sơ sinh, có 32,8% thai phụ lựa chọn cho trẻ đi khám ngay; 14,1% lựa chọn biện pháp phơi nắng và có tới 38,3% thai phụ không biết cách xử trí khi trẻ bị vàng da sơ sinh.

IV. BÀN LUẬN

Vàng da sơ sinh là hiện tượng thường gặp ở trẻ sơ sinh. Biểu hiện vàng da sinh lý ở trẻ sơ sinh thông thường là vàng da đơn thuần ở vùng mặt, cổ, ngực và vùng bụng phía trên rốn; Xuất hiện khoảng 48 -72 giờ sau sinh; Tự khỏi trong vòng 1 tuần với trẻ sinh đủ tháng và 2 tuần với trẻ sinh non; Không kết hợp các triệu chứng bất thường khác; Nước tiểu có màu tối hoặc vàng và phân nhạt màu; Trẻ vẫn phát triển tốt và lên cân đều. Nguyên nhân gây vàng da sinh lý của trẻ sơ sinh là do sự tích tụ Bilirubin - chất có màu vàng được sinh ra khi các tế bào hồng cầu bị phá vỡ và giải phóng. Hiện tượng vàng da xảy ra phổ biến ở trẻ sơ sinh vì các bé có số lượng tế bào hồng cầu cao, lại thường xuyên bị phá vỡ và thay mới. Trong khi đó, gan của trẻ sơ sinh lại chưa đủ trưởng thành để đào thải hết Bilirubin ra khỏi máu và vì vậy mà gây nên vàng da. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 43% thai phụ biết cách quan sát vàng da dưới ánh sáng mặt trời; 48,4% trả lời đúng vàng da sơ sinh xuất hiện sớm trong 24h đầu sau sinh có nguy cơ cao tiến triển thành bệnh lý và 28,9% trả lời đúng vàng da sơ sinh kéo dài trên 14 ngày là bất thường. Kết quả này gần tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Hà Thị Duyên (2021) với 52% thai phụ trả lời đúng vàng da kéo dài trên 14 ngày là bất thường và 47,1% trả lời đúng đúng vàng da sơ sinh xuất hiện sớm trong 24h đầu sau sinh có nguy cơ cao tiến triển thành bệnh lý [5]. Nghiên cứu của Phạm Diệp Thùy Dương (2014) có 41% thai phụ cho rằng cần quan sát vàng da sơ sinh dưới ánh sáng mặt trời [6]. Kết quả nghiên cứu của Huq (2017) có 76,7% thai phụ trả lời đúng về vàng da kéo dài trên 2 tuần là bất thường [7]. Nguyên nhân dẫn đến kiến thức về theo dõi vàng da của thai phụ thấp là do tỷ lệ thai phụ mang thai lần đầu chiếm đa số (67,1%) nên chưa có kinh nghiệm về theo dõi vàng da sơ sinh. Do đó, các bà mẹ cần được

hướng dẫn thật chi tiết để có thể phát hiện, theo dõi vàng da đúng cách.

Kiến thức về các xử trí khi trẻ vàng da: có 32,8% thai phụ lựa chọn cho trẻ đi khám ngay; 14,1% lựa chọn biện pháp phơi nắng và có tới 38,3% thai phụ không biết cách xử trí khi trẻ bị vàng da sơ sinh. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Hà Thị Duyên (2021) với 51% thai phụ trả lời cần đưa trẻ đi khám ngay khi xuất hiện vàng da [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Tố Nga (2020) có 71,4% cho rằng cần cho trẻ chiếu đèn chuyên dụng tại bệnh viện và 58,6% cho rằng cần cho trẻ đi khám ngay [8]. Theo Magfour (2019) đa số các thai phụ cho rằng phương pháp phổ biến nhất điều trị vàng da sơ sinh là chiếu đèn chiếm 92%. Như vậy, hầu hết các thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi chưa biết cách xử trí hiện tượng vàng da sơ sinh. Nguyên nhân dẫn đến vấn đề này có thể do các thai phụ chưa được tiếp cận với các thông tin chính xác. Hầu hết họ được hướng dẫn qua truyền miệng của người thân. Do đó cần phải truyền thông, giáo dục sức khỏe cho thai phụ nhiều hơn, đặc biệt là trong giai đoạn sau khi sinh để họ có kiến thức đúng, đủ trong việc theo dõi, xử trí vàng da sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng kiến thức về theo dõi và xử trí vàng da sơ sinh của thai phụ tại xã Tam Thanh huyện Vu Bản tỉnh Nam Định còn nhiều hạn chế với 37,3% thai phụ có kiến thức đạt và 62,7% thai phụ có kiến thức không đạt. Từ đó cho thấy cần tăng cường công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe cho thai phụ về vàng da sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bích Hoàng (2015). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá sự phát triển ở trẻ sơ sinh đủ tháng vàng da phải thay máu. Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học y Hà Nội năm 2015
2. Slusher T.M, Olusaniya B.O (2012). Neonatal jaundice in low-and middle-income countries. Care of the jaundiced neonate, McGraw-Hill, New York, 263-73.
3. Wong F, Boo N, Othman A (2013). Risk Factors Associated with Unconjugated Neonatal Hyperbilirubinemia in Malaysian Neonates. J Trop Pediatr, 59 (4), 280-5.
4. Khu Thị Khánh Dung, Nguyễn Kim Nga, Trần Liên Anh và cộng sự (2007). Vàng da tăng bilirubin gián tiếp ở trẻ sơ sinh, đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, một số yếu tố liên quan và kết quả can thiệp. Tạp chí Nhi khoa Việt Nam, Tập 15(1), 32-40.
5. Hà Thị Duyên (2021). Thay đổi kiến thức, thái độ về vàng da sơ sinh của các thai phụ sau giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2021, Luận văn thạc sỹ điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

6. **Phạm Diệp Thùy Dương** (2014). Kiến thức, thái độ, thực hành về vàng da sơ sinh của các bà mẹ và nhân viên y tế Sản Nhi tại thành phố Hồ Chí Minh, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh.
7. **Huq S et al** (2017). Knowledge regarding Neonatal Jaundice Management among Mothers: A Descriptive study done in a Tertiary level

- hospiotal of Dhaka city. Anwer Khan Modern Medical college journal, 8(2),121-127.
8. **Nguyễn Thị Tố Nga** (2020). Thay đổi kiến thức và thái độ của thai phụ về vàng da sơ sinh tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Yên năm 2020 sau giáo dục sức khỏe, Luận văn thạc sỹ điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

LIÊN QUAN VỊ TRÍ DỊCH Ổ BỤNG TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH VÀ BIẾN CHỨNG NHIỄM KHUẨN SAU MỔ THÙNG DẠ DÀY RUỘT

Nguyễn Đình Minh¹, Phạm Thu Huyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu mối liên quan của vị trí phân bố dịch ổ bụng trên cắt lớp vi tính (CLVT) và biến chứng nhiễm khuẩn sau mổ thùng dạ dày ruột (TDDR). **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang các trường hợp TDDR được chụp CLVT ổ bụng chẩn đoán và phẫu thuật điều trị tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 07/2022 đến tháng 06/2023. **Kết quả:** 120 bệnh nhân TDDR gồm 86 nam và 34 nữ có tuổi trung bình $54,9 \pm 16,68$ tuổi (từ 21 đến 90 tuổi). Vị trí TDDR gặp là hồi tràng - hồi tràng với 41 (34,2%) bệnh nhân, dạ dày - hành tá tràng 36 (30,0%), đại tràng sigma - trực tràng 27 (22,5%), tá tràng 6 (5,0%) và đại tràng là 10 (8,3%). Biến chứng sau mổ gồm 51 (42%) nhiễm khuẩn huyết, 39 (32,5%) sốc nhiễm khuẩn và 21 (17,5%) tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ. Nguy cơ nhiễm khuẩn huyết giảm dần theo vị trí dịch từ ¼ trên phải (OR 5,7; 95%CI 2,6-12,5; $p < 0,01$), ¼ dưới phải (OR 4,1; 95%CI 1,9-8,9; $p < 0,01$), ¼ dưới trái (OR 2,3; 95%CI 1,1-5,1; $p < 0,05$), dịch giữa các quai ruột (OR 2,5; 95%CI 1,2-5,4; $p < 0,05$). Nguy cơ sốc nhiễm khuẩn sau mổ tăng dần theo vị trí dịch trong tiểu khung (OR 2,8; 95%CI 1,3 - 6,3; $p < 0,01$), ¼ dưới trái (OR 2,8; 95%CI 1,2 - 6,3; $p < 0,01$), dịch ¼ trên trái (OR 3,3; 95%CI 1,4 - 7,9; $p < 0,01$), giữa các quai ruột (OR 4,3; 95%CI 1,9 - 9,6; $p < 0,05$), ¼ dưới phải (OR 5,0; 95%CI 2,2 - 11,5; $p < 0,01$), ¼ trên phải (OR 5,2; 95%CI 2,3 - 11,9; $p < 0,01$). Nguy cơ tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật tăng dần theo vị trí dịch từ ¼ trên phải (OR 4,8; 95% CI 1,8-13,2; $p < 0,01$), ¼ dưới phải là (OR 4,2; 95%CI 1,5-11,7; $p < 0,01$), giữa các quai ruột (OR 3,3; 95%CI 1,2-8,6; $p = 0,01$). **Kết luận:** Vị trí dịch ổ bụng trên CLVT có liên quan đến nguy cơ biến chứng của các bệnh nhân sau phẫu thuật thùng dạ dày ruột.

Từ khóa: thùng dạ dày ruột, cắt lớp vi tính, sốc nhiễm khuẩn, tiên lượng lâm sàng.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: minhhd24@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 26.5.2023

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN LOCALIZATION OF FREE ABDOMINAL FLUID ON CT IMAGING AND POSTOPERATIVE SEPTIC COMPLICATIONS IN GASTROINTESTINAL PERFORATION

Objectives: The aim of this study is to investigate the association between the localizing distribution of abdominal ascites on computed tomography (CT) and the postoperative complications in patients with gastrointestinal perforation (GIP). **Subjects and methods:** a cross-sectional descriptive study of GIP undergoing abdominal CT for diagnosis and surgical treatment at Viet-Duc Friendship Hospital from July 2022 to June 2023. 120 GIP patients, consisting of 86 males and 34 females with an average age of 54.9 ± 16.68 years (ranging from 21 to 90 years). The perforated localization was found to be jejunum - ileum in 41 (34.2%) patients, stomach - duodenum 36 (30.0%), sigmoid colon - rectum 27 (22.5%), duodenum 6 (5.0%) and colon 10 (8.3%). Postoperative complications included 51 (42%) case with sepsis, 39 (32.5%) septic shock and 21 (17.5%) mortality within 30 days after surgery. **Results:** The risk of sepsis decreased sequentially according to the location of the free abdominal fluid from right upper quadrant (OR 5.7; 95% CI 2.6-12.5; $p < 0.01$), right lower quadrant (OR 4.1; 95% CI 1.9-8.9; $p < 0.01$), lower left quadrant (OR 2.3; 95% CI 1.1-5.1; $p < 0.05$), inter-loops (OR 2.5; 95%CI 1.2-5.4; $p < 0.05$). The odds of postoperative septic shock increased gradually according to the location of the fluid from pelvis (OR 2.8; 95% CI 1.3 - 6.3; $p < 0.01$), left lowerquadrant (OR 2.8; 95%CI 1.2 - 6.3; $p < 0.01$), left upper quadrant (OR 3.3; 95% CI 1.4 - 7.9; $p < 0.01$), inter-loops (OR 4.3; 95% CI 1.9 - 9.6; $p < 0.05$), lower right quadrant (OR 5.0; 95%CI 2.2 - 11.5; $p < 0.01$), upper right quadrant (OR 5.2; 95% CI 2.3 - 11.9; $p < 0.01$). The odds of mortality within 30 days increased according to the location of the fluid sequentially from right upper quadrant (OR 4.8; 95%CI 1.8-13.2; $p < 0.01$), right lower quadrant (OR 4.2; 95%CI 1.5-11.7; $p < 0.01$), inter-loops (OR 3.3; 95% CI 1.2-8.6; $p = 0.01$). **Conclusion:** The localization of free abdominal fluid on CT is associated with the risk of complications in patients after surgery for GIP.