

- Tình Trạng Mất Răng và Nhu Cầu Điều Trị Phục Hình ở Một Số Tỉnh Phía Bắc', Luận Văn Chuyên Khoa II, Trường Đại Học Y Hà Nội, Tr.16.
- Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ.** Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8:126. doi:10.1186/1477-7525-8-126
  - World Bank Open Data.** World Bank Open Data. Accessed July 3, 2023. <https://data.worldbank.org>
  - Muhammad T, Srivastava S.** Tooth loss and associated self-rated health and psychological and subjective wellbeing among community-dwelling older adults: A cross-sectional study in India. *BMC Public Health.* 2022;22(1):7. doi:10.1186/s12889-021-12457-2
  - Thực trạng mất răng và ảnh hưởng của mất răng đến chất lượng cuộc sống người cao tuổi tại Thành phố Cần Thơ năm 2015.** Luận Văn Y Học. Published November 15, 2018. Accessed July 5, 2023. <https://luanvanyhoc.com/thuc-trang-mat-rang-va-anh-huong-cua-mat-rang-den-chat-luong-cuoc-song-nguoi-cao-tuoi-tai-thanh-pho-can-tho-nam-2015/>
  - Đào Thị Dung, Trần Ngọc Sơn.** Thực trạng mất răng và phục hình răng đã mất của người cao tuổi quận Cầu Giấy, Hà Nội. *Tạp Chí Khoa Học ĐHQGHN Khoa Học Dược.* 2016;32 số 2:106-110.
  - Nitschke I, Hahnel S.** Zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen: Chancen und Herausforderungen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2021; 64(7): 802-811. doi: 10.1007/s00103-021-03358-1
  - Musacchio E, Perissinotto E, Binotto P, et al.** Tooth loss in the elderly and its association with nutritional status, socio-economic and lifestyle factors. *Acta Odontol Scand.* 2007;65(2):78-86. doi:10.1080/00016350601058069

## NGHIÊN CỨU CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH VÀ XỬ TRÍ THAI NGHÉN THOÁT VỊ HOÀNH TRÁI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ-SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thanh Hải<sup>1</sup>, Trần Danh Cường<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** (1) Mô tả một số phương pháp chẩn đoán trước sinh của thoát vị hoành trái tại Bệnh viện Phụ-Sản trung ương từ năm 2020 – 2022, (2) Nhận xét về xử trí và kết quả thai nghén của những trường hợp trên. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả các bệnh nhân được chẩn đoán trước sinh là thoát vị hoành trái đơn độc được theo dõi tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh từ năm 2020-2022. **Kết quả:** Thai phụ có tuổi trung bình thai phụ trung bình là 28,38 + 5,43 (tuổi). Tuổi thai phát hiện TVHBS (T) trung bình là 25,3 + 6,4 (tuần). Tỷ lệ đình chỉ thai nghén là 41,37%. Có 58,63% thoát vị hoành được giữ thai, trong số đó 4,07% thai chết lưu; 48,39% tử vong sau đẻ; 47,54% sống sau phẫu thuật. Tỷ lệ trẻ sơ sinh tử vong ở nhóm oLHR>1,3 (39%) thấp hơn so với nhóm oLHR 1-1,3 (66,7%) và nhóm oLHR <1 (88,9%). Tỷ lệ trẻ sơ sinh tử vong ở nhóm o/eLHR >45% thấp nhất chiếm 36,7%, tiếp đó đến nhóm o/eLHR 26-45% (55%) và cao nhất là nhóm o/eLHR <25% (88,9%) Tỷ lệ trẻ sơ sinh tử vong ở nhóm độ 1 thấp nhất chiếm 20% so với độ 2 (38,5%), độ 3 (53,8%) và độ 4 (69,6%) Tỷ lệ trẻ cần hỗ trợ hô hấp sau sinh kéo dài >14 ngày trong số trẻ ổn định tăng dần từ độ 1 (12,5%) đến độ 2 (37,5%), độ 3 (66,7%) và cao nhất là độ 4 (85,7%). **Kết luận:** Thoát vị hoành (T) bẩm sinh là bất thường nặng, tỷ lệ tử vong sơ sinh cao, có thể cân nhắc đình chỉ thai nghén khi có chẩn đoán và

tiên lượng nặng. Nên sử dụng tuổi thai chẩn đoán, chỉ số phổi đầu và phân độ vị trí dạ dày trên siêu âm như một trong những tiêu chuẩn để ngừng thai nghén. Có thể tiên lượng trẻ sơ sinh sống theo oLHR, o/eLHR và phân độ vị trí dạ dày trên siêu âm.

**Từ khóa:** chẩn đoán trước sinh, thoát vị hoành bẩm sinh.

### SUMMARY

#### STUDY ON PRENATAL DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF LEFT DIAPHRAGMATIC HERNIA AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Objectives:** (1) Describe some prenatal diagnosis methods of left diaphragmatic hernia at the National Obstetrics and Gynecology Hospital from 2020 - 2022, (2) Comment on the management and pregnancy results of the above cases. **Methods:** Retrospective study describing patients prenatally diagnosed with isolated left diaphragmatic hernia followed at the Prenatal Diagnosis Center from 2020-2022. **Results:** Pregnant women had an average age of 28.38 + 5.43 (years old). The average gestational age of detecting TVHBS (T) is 25.3 + 6.4 (weeks). The rate of pregnancy termination is 41.37%. 58.63% of diaphragmatic hernias were kept pregnant, of which 4.07% were stillborn; 48.39% died after giving birth; 47.54% lived after surgery. The infant mortality rate in the oLHR>1.3 group (39%) is lower than the oLHR 1-1.3 group (66.7%) and the oLHR <1 group (88.9%) Mortality in the o/eLHR >45% group was the lowest, accounting for 36.7%, followed by the o/eLHR group 26-45% (55%), and the highest was the o/eLHR <25% group (88.9%). The rate of infant mortality in the level 1 group is the lowest, accounting for 20% compared to level 2 (38.5%), level 3 (53.8%) and

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hải

Email: thanhhai97hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024

level 4 (69.6%) The rate of children needing support Postnatal respiratory support lasting >14 days among stable infants gradually increased from grade 1 (12.5%) to grade 2 (37.5%), grade 3 (66.7%), and the highest was grade 4. (85.7%). **Conclusion:** Congenital left diaphragmatic hernia is a serious abnormality with a high neonatal mortality rate. Termination of pregnancy can be considered when the diagnosis and prognosis are severe. Diagnosed gestational age, cephalic lung index and classification of gastric position on ultrasound should be used as one of the criteria for termination of pregnancy. It is possible to predict whether newborns will live based on oLHR, o/eLHR and classification of stomach position on ultrasound. **Keywords:** prenatal diagnosis, congenital diaphragmatic hernia.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị hoành bẩm sinh (TVHBS) là khiếm khuyết phát triển hiếm gặp của cơ hoành, biểu hiện bằng sự thoát vị của các tạng trong ổ bụng vào ngực dẫn đến thiếu sản phổi và tăng áp lực động mạch phổi ở các mức độ khác nhau<sup>2</sup>. Bệnh xảy ra với tần suất 2,5/10.000 trẻ sinh<sup>3</sup>.

Việc chẩn đoán, theo dõi sự phát triển của thai cũng như đánh giá các yếu tố tiên lượng bệnh có vai trò đặc biệt quan trọng quyết định thái độ xử trí thai nghén đối với người thầy thuốc cũng như có những ý kiến tư vấn thích hợp cho gia đình bệnh nhân. Siêu âm chẩn đoán trước sinh hiện nay đã được thực hiện một cách hệ thống, có thể tiên lượng thai bị TVHBS qua tỷ số phổi đầu và phân độ vị trí dạ dày trên siêu âm 2D. Chưa có nhiều nghiên cứu sử dụng kết hợp tỷ số phổi đầu và phân độ vị trí dạ dày trên siêu âm để tiên lượng trẻ sơ sinh. Vì vậy, chúng tôi đã tiến hành thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu sau:

1. *Mô tả một số phương pháp chẩn đoán trước sinh của thoát vị hoành trái tại Bệnh viện Phụ-Sản trung ương từ năm 2020 – 2022.*

2. *Nhận xét về xử trí và kết quả thai nghén của những trường hợp trên.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả hồ sơ thai phụ được chẩn đoán thoát vị hoành trái của thai tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương, có hội chẩn liên viện vì thoát vị hoành trái bẩm sinh từ năm 2020 đến năm 2022.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Hồ sơ thai phụ mang đơn thai được siêu âm hội chẩn với chẩn đoán thoát vị hoành của thai, các dấu hiệu bệnh lý mô tả trên siêu âm.

+ Được thông qua 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.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Đa thai  
+ Những trường hợp có chẩn đoán chưa loại trừ nhào cơ hoành.  
+ Hồ sơ bệnh án không ghi chép đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu số liệu

**2.2.2. Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện: tất cả thai phụ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

**2.2.3. Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu:** sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các bệnh án đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

### 2.3. Thời gian nghiên cứu:

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023.

Thời gian thu thập số liệu hồi cứu: 01/01/2020 – 31/12/2022.

### 2.4. Biến số chỉ số nghiên cứu:

- Một số thông tin chung của người bệnh: tuổi, nghề nghiệp, địa dư, số lần sinh tuổi thai chẩn đoán, trọng lượng thai, bất thường hình thái kèm theo, cơ quan trong lồng ngực, chỉ số phổi đầu, phân độ vị trí dạ dày, test sàng lọc trước sinh.

- Xử trí và kết quả thai nghén: tỷ lệ đình chỉ thai nghén, mối liên quan giữa chỉ số phổi đầu, phân độ vị trí dạ dày với đình chỉ thai nghén và tình trạng trẻ sau sinh.

### 2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu: phiếu thu thập thông tin nghiên cứu phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: dựa trên dữ liệu hồ sơ bệnh án hồi cứu.

**2.6. Xử lý số liệu.** Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch sẽ, sau đó nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS20.0.

**2.7. Đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao sức khỏe cộng đồng và giảm gánh nặng bệnh tật. Dữ liệu nghiên cứu được thu thập dựa trên bệnh án hồi cứu không gây bất kỳ nguy hại nào cho người bệnh.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### Bảng 1: Phân bố tuổi thai phụ

Nhóm	Số lượng	Tỷ lệ %
<20 tuổi	02	1,90
20-24 tuổi	27	26,00

25-29 tuổi	31	29,80
30-34 tuổi	28	26,90
≥35 tuổi	16	15,40
<b>Tổng số</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của sản phụ là 28,38 + 5,43 (18 - 39), trong đó đa phần gặp ở thai phụ nhóm tuổi dưới 35 là 84,6%.

**Bảng 2: Tuổi thai chẩn đoán và nơi sinh sống của bệnh nhân**

Địa điểm	Số lượng	Tỷ lệ %	Tuổi thai trung bình	p
Hà Nội	18	17,31	22,19+5,38	0,023
Nơi khác	86	72,69	25,97+6,49	
Tổng cộng	104	100	25,3+6,4	

**Nhận xét:** Tuổi thai chẩn đoán thoát vị hoành (T) bẩm sinh trung bình là 25,3 + 6,4 (tuần), sớm nhất là 15,6 tuần và muộn nhất là 38,1 tuần. Các thai phụ sinh sống ở Hà Nội được chẩn đoán sớm hơn, ở tuổi thai trung bình 22,19 + 5,38 (tuần), trong khi ở nơi khác là 25,97 + 6,49 (tuần). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

**Bảng 3: Liên quan giữa thời điểm phát hiện và ĐCTN**

Thời điểm phát hiện	Đình chỉ thai nghén		Tổng	p
	Không	Có		
<22 tuần	N	15	22	0,000
	%	40,5%	59,5%	
≥22 tuần	N	51	16	
	%	76,1%	22,9%	
Tổng	N	66	38	
	%	63,5%	36,5%	

**Nhận xét:** Tỷ lệ đình chỉ thai nghén ở nhóm phát hiện thai TVHBS ở tuần thai trước 22 tuần (59,5%) cao hơn nhóm tuần thai sau 22 tuần (22,9%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,000<0,05.

**Bảng 4: Liên quan giữa xử trí, chỉ số phổi đầu và vị trí dạ dày**

	Giữ thai (N=59)	ĐCTN (N=45)	p
oLHR	1,79+0,77	0,99+0,45	0,000
o/eLHR	47,78+19,63	35,01+13,07	0,000
Vị trí dạ dày	2,58+1,2	3,24+0,74	0,001

**Nhận xét:** Chỉ số phổi đầu ở nhóm có hướng xử trí giữ thai cao hơn so với nhóm đình chỉ thai nghén (1,79 + 0,77 so với 0,99 + 0,45), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p=0.000). Tỷ lệ chỉ số phổi đầu quan sát/chỉ số phổi đầu mong đợi ở nhóm giữ thai cũng cao hơn so với nhóm đình chỉ thai nghén (47,78 + 19,63 so với 35,01 + 13,07), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p=0.000). Vị trí dạ dày ở nhóm có

hướng xử trí giữ thai cao hơn so với nhóm đình chỉ thai nghén (2,58 + 1,2 so với 3,24 + 0,74), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p=0.002).

**Bảng 5: Liên quan giữa tình trạng trẻ sơ sinh với chỉ số phổi đầu và vị trí dạ dày**

	Tình trạng trẻ sơ sinh (N=59)		P
	Tử vong (N=30)	Ổn định (N=29)	
oLHR	1,54+0,75	2,04+0,71	0,011
o/eLHR	39,26+17,68	55,93+18,86	0,001
Vị trí dạ dày	2,41+1,15	3,23+0,97	0,005

**Nhận xét:** Trong số trẻ sơ sinh ổn định sau đẻ có oLHR là 2,04+ 0,71 lớn hơn trẻ chết sau sinh là 1,54 + 0,75 có ý nghĩa thống kê với p= 0.011. Đối với o/eLHR là 55,93 + 18,86 lớn hơn trẻ chết sau sinh là 39,26 + 17,68 có ý nghĩa thống kê với p= 0.001. Tương tự với vị trí dạ dày trung bình là 3,23 + 0,97 lớn hơn trẻ chết sau sinh là 2,41 + 1,15 có ý nghĩa thống kê với p= 0.005.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Nhóm tuổi thai phụ.** Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình thai phụ phát hiện thai nhi bị TVHBS (T) trung bình là 28,38 + 5,43, thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 39 tuổi. Thai phụ trong nhóm tuổi 25 - 29 có tỉ lệ thai nhi bị thoát vị hoành bẩm sinh cao nhất là 29,8%. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Lê Hương nghiên cứu hồi cứu các trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh được chẩn đoán sau sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Theo tác giả, độ tuổi trung bình của các bà mẹ khi có thai 27,45±5,84, thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 43 tuổi<sup>1</sup>.

**4.2. Tuổi thai phát hiện thoát vị hoành.** Thời điểm chẩn đoán bệnh lý có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng, đưa ra hướng xử trí và theo dõi phù hợp đối với từng trường hợp. Thông thường, thời điểm phát hiện bệnh tùy thuộc vào giai đoạn quan đó hình thành, hoạt động học hay có thể kiểm tra được bằng siêu âm hay bằng các phương pháp khác. Thoát vị hoành có thể được phát hiện từ rất sớm, khi siêu âm quý I thời điểm 12-14 tuần, thường kèm theo tăng khoảng sáng sau gáy hoặc ở cuối quý I, đầu quý II thời điểm 18 tuần khi mà thai nhi bắt đầu có cử động nuốt nước bọt, do đó thoát vị hoành có thể phát hiện tình cờ bởi tình trạng đa ối trên lâm sàng. Còn lại, đa số thoát vị hoành được chẩn đoán khi siêu âm hình thái học thường quy ở quý II, ở tuổi thai 22-24 tuần. Một số ít được phát hiện ở quý III. Tuổi thai phát hiện TVHBS khác nhau tùy theo

ngiên cứu, trong nghiên cứu này, tuổi thai trung bình là 25,3 + 6,4 tuần, sớm là 15 tuần 6 ngày, muộn nhất là 38 tuần 1 ngày.

**4.3. Thời điểm phát hiện.** Trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn mốc 22 tuần làm ngưỡng xác định mối liên quan cũng như tiên lượng bệnh. Từ bảng 4 ta thấy, 59,5% các trường hợp thoát vị hoành phát hiện trước 22 tuần quyết định đình chỉ thai nghén trong khi có 76,1% trường hợp thoát vị hoành phát hiện sau 22 tuần không đình chỉ thai nghén. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,000 < 0,01$ . Đa số các trường hợp quyết định đình chỉ thai nghén sau khi nghe tư vấn của hội đồng chẩn đoán trước sinh, cân nhắc giữa mức độ nặng của bệnh và khả năng can thiệp và theo dõi sau sinh. Ngược lại, đa số những trường hợp thoát vị hoành tiếp tục theo dõi thai không phải do bệnh nhân mong muốn tiếp tục giữ thai mà thực chất là không có chỉ định đình chỉ thai nghén khi thời điểm chẩn đoán bệnh muộn sau 32 tuần. Như vậy, thời điểm xác định bệnh lý thoát vị hoành bẩm sinh trước 22 tuần có liên quan đến quyết định đình chỉ thai nghén, là một yếu tố tiên lượng nặng của bệnh.

**4.4. Chỉ số phổi đầu LHR và o/e LHR.** Theo Heling KS và cộng sự<sup>4</sup>, LHR được coi như một marker để tiên lượng trẻ cho trẻ. Trong nghiên cứu này cho thấy chỉ số phổi đầu ở nhóm có hướng xử trí giữ thai cao hơn so với nhóm đình chỉ thai nghén (1,79 + 0,77 so với 0,99 + 0,45), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p=0,000$ ). Tỷ lệ chỉ số phổi đầu quan sát/chỉ số phổi đầu mong đợi ở nhóm giữ thai cũng cao hơn so với nhóm đình chỉ thai nghén (47,78% + 19,63% so với 35,01% + 13,07%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p=0,000$ ). Theo Kehl S và cs<sup>5</sup>, LHR < 1 và o/e LHR < 28 tiên lượng xấu cho thai nhi, như vậy cả LHR và o/e LHR trong nghiên cứu này cao hơn Megan. Trong số thai nhi được giữ thai đến khi đẻ, trẻ sơ sinh ổn định sau đẻ có chỉ số phổi đầu là 2,04 + 0,71 lớn hơn trẻ chết sau sinh là 1,54 + 0,75 có ý nghĩa thống kê với  $p=0,011$ . Đối với o/e LHR, nhóm trẻ sơ sinh ổn định sau đẻ là 55,93% + 18,86% so với nhóm trẻ chết sau sinh là 39,26% + 17,68% có ý nghĩa thống kê với  $p=0,001$ . Như vậy, chỉ số phổi đầu và tỷ lệ chỉ số phổi đầu quan sát/chỉ số phổi đầu mong đợi là một yếu tố tiên lượng và góp phần đưa ra thái độ xử trí và tư vấn cho thai phụ về tình trạng trẻ sau đẻ.

**4.5. Phân độ vị trí dạ dày trên siêu âm.** Đánh giá vị trí dạ dày gần đây đã được đưa vào như một phương pháp gián tiếp để đánh giá mức

độ nghiêm trọng của bệnh trong TVHBS bên trái. Nếu dạ dày còn ở trong bụng thì có tiên lượng tốt hơn dạ dày nằm trong lồng ngực. Gần đây Cordier và cộng sự đã khẳng định vị trí của dạ dày giúp tiên đoán tỷ lệ sống còn sau sinh<sup>6,7</sup>. Một số nghiên cứu khác cũng khẳng định vị trí của dạ dày có liên quan rõ với tỷ lệ tử vong sơ sinh, sự cần thiết của ECMO và tình trạng suy hô hấp của trẻ ngay sau sinh. Vị trí của dạ dày trong lồng ngực có tương quan với tỷ lệ tử vong và bệnh tật sau sinh và độc lập với o/e LHR<sup>8</sup>. Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng phân độ vị trí dạ dày trên siêu âm theo Cordier và cs (2015), với số thai phụ có phân độ vị trí dạ dày độ 4 (38,5%) chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó đến độ 3 (35,6%), độ 2 (14,4%) và độ 1 (11,5%). Qua phân tích, ta thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh tử vong ở nhóm độ 1 (20%) là thấp nhất và tăng dần lên ở độ 2 (38,5%), độ 3 (53,8%) và độ 4 (69,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,047 < 0,05$

## V. KẾT LUẬN

- Thoát vị hoành (T) bẩm sinh là bất thường nặng, tỷ lệ tử vong sơ sinh cao, có thể cân nhắc đình chỉ thai nghén khi có chẩn đoán và tiên lượng nặng. Nên sử dụng tuổi thai chẩn đoán, chỉ số phổi đầu và phân độ vị trí dạ dày trên siêu âm như một trong những tiêu chuẩn để ngừng thai nghén.

- Có thể tiên lượng trẻ sơ sinh sống theo oLHR, o/eLHR và phân độ vị trí dạ dày trên siêu âm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Lê Hương, Nguyễn Thanh Liêm, Vũ Thị Thủy. Nghiên cứu đặc điểm bệnh thoát vị hoành bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp chí Y học TPHCM. 2006.26-34.
2. Chatterjee D, Ing RJ, Gien J. Update on Congenital Diaphragmatic Hernia. Anesth Analg. Sep 2020. 131(3):808-821. doi:10.1213/ANE.0000000000004324.
3. Deprest J, Brady P, Nicolaides K, et al. Prenatal management of the fetus with isolated congenital diaphragmatic hernia in the era of the TOTAL trial. Semin Fetal Neonatal Med. Dec 2014. 19(6):338-348. doi:10.1016/j.siny.2014.09.006.
4. Heling KS, Wauer RR, Hammer H, Bollmann R, Chaoui R. Reliability of the lung-to-head ratio in predicting outcome and neonatal ventilation parameters in fetuses with congenital diaphragmatic hernia. Ultrasound Obstet Gynecol. Feb 2005. 25(2):112-118. doi:10.1002/uog.1837.
5. Kehl S, Siemer J, Brunner S, et al. Prediction of postnatal outcomes in fetuses with isolated congenital diaphragmatic hernias using different lung-to-head ratio measurements. J Ultrasound Med. May 2014. 33(5):759-767. doi:10.7863/ultra.33.5.759.
6. Cordier AG, Jani JC, Cannie MM, et al. Stomach position in prediction of survival in left-

sided congenital diaphragmatic hernia with or without fetoscopic endoluminal tracheal occlusion. *Ultrasound Obstet Gynecol.* Aug 2015. 46(2):155-161. doi:10.1002/uog.14759.

7. **Cordier AG, Russo FM, Deprest J, Benachi A.** Prenatal diagnosis, imaging, and prognosis in Congenital Diaphragmatic Hernia. *Semin Perinatol.*

Feb 2020. 44(1):51163. doi:10.1053/j.semperi.2019.07.002.

8. **Basta AM, Lusk LA, Keller RL, Filly RA.** Fetal Stomach Position Predicts Neonatal Outcomes in Isolated Left-Sided Congenital Diaphragmatic Hernia. *Fetal Diagn Ther.* 2016. 39(4):248-255. doi:10.1159/000440649.

## PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG DỰ PHÒNG PHẪU THUẬT TIM MẠCH TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH BỆNH VIỆN E NĂM 2022

Vũ Thị Thu Hương<sup>1,2</sup>, Trần Thị Thu Thu<sup>2</sup>, Bùi Thị Xuân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích thực trạng sử dụng thuốc kháng sinh tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E năm 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ người bệnh (NB) dùng kháng sinh trước phẫu thuật chiếm 22,9%. Kháng sinh được sử dụng trước phẫu thuật có lượt sử dụng nhiều nhất là Cefoperazon + sulbactam, chiếm 48,6%. Kháng sinh sử dụng nhiều nhất trước rạch da là Cefazolin chiếm tỷ lệ 72,9%. 100% NB trong mẫu nghiên cứu đều sử dụng kháng sinh trước rạch da bằng đường tiêm tĩnh mạch với liều không tuân theo Hướng dẫn. 100% người bệnh trong mẫu nghiên cứu được tiêm kháng sinh trước rạch da trong khoảng thời gian <120 phút. Các kháng sinh được sử dụng cho NB ngay sau đóng vết mổ và kéo dài >48h phổ biến nhất là Cefazolin, chiếm 36,9% tổng số lượt kê đơn, tiếp theo là Cefoperazon + sulbactam với tỷ lệ 35,9% tổng số lượt kê đơn. Trong 102 NB được sử dụng kháng sinh ngay sau đóng vết mổ và kéo dài >48h, có 61,8% số NB có thay đổi kháng sinh sau phẫu thuật. 57,6% NB trong mẫu nghiên cứu sử dụng thuốc kháng sinh sau phẫu thuật trong khoảng 7 – 14 ngày. Chỉ có 6 NB trong nhóm nghiên cứu dùng thuốc kháng sinh sau phẫu thuật nhiều hơn 28 ngày, chiếm 5,1%.

**Từ khóa:** Kháng sinh dự phòng, phẫu thuật, tim mạch, bệnh viện E

### SUMMARY

#### ANALYSIS OF THE STATUS OF ANTIBIOTICS USE IN PREVENTIVE CARDIOVASCULAR SURGERY AT A HOSPITAL CARDIOVASCULAR CENTER IN 2022

**Objective:** Analyze the current situation of antibiotic use at the Heart Center of Hospital E in 2022. **Method:** Cross-sectional description. **Results:**

The proportion of patients using antibiotics before surgery accounted for 22.9%. The antibiotic used most often before surgery is Cefoperazone + sulbactam, accounting for 48.6%. The most commonly used antibiotic before skin incision is Cefazolin, accounting for 72.9%. 100% of patients in the study sample used antibiotics before skin incision by intravenous injection at doses that did not comply with the Guidelines. 100% of patients in the study sample received antibiotics before skin incision within <120 minutes. The most common antibiotics used for patients immediately after surgical wound closure and lasting >48 hours are Cefazolin, accounting for 36.9% of total prescriptions, followed by Cefoperazone + sulbactam with 35.9% of the total prescriptions. Of the 102 patients who used antibiotics immediately after closing the incision and lasting >48 hours, 61.8% of patients had antibiotics changed after surgery. 57.6% of patients in the study sample used antibiotics after surgery for about 7 - 14 days. Only 6 patients in the research group used antibiotics more than 28 days after surgery, accounting for 5.1%.

**Keywords:** Preventive antibiotics, surgery, cardiology, hospital E

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng kháng sinh trong dự phòng phẫu thuật là phác đồ phổ biến không chỉ ở Việt Nam mà còn cả trên thế giới. Sử dụng kháng sinh trong dự phòng phẫu thuật đã làm giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, giảm chi phí, giảm thời gian nằm viện và tăng tỷ lệ thành công của cuộc phẫu thuật [7]. Tuy nhiên, việc lạm dụng kháng sinh trong dự phòng phẫu thuật cũng gây lãng phí thuốc cùng với nguy cơ kháng kháng sinh tăng lên. Phẫu thuật tim mạch là phẫu thuật lớn, việc chỉ định kháng sinh dự phòng đường như là tất yếu. Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E, hằng năm, trung tâm điều trị nội trú cho 5.000 – 6.000 bệnh nhân, phẫu thuật cho hơn 1.000 bệnh nhân với các bệnh lý tim, mạch máu và lồng ngực; can thiệp tim mạch cho hơn 1.500 ca bệnh ở người lớn, gần 400 ca bệnh trẻ em... Trong những năm

<sup>1</sup>Bệnh viện E

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược – ĐHQGHN

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Xuân

Email: xuanbt.ump@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2024

Ngày duyệt bài: 2.2.2024