

AM [4] cao hơn nghiên cứu của chúng tôi – 76% vì tác giả ấn độn trong với cả khí nở và dầu silicone. Khí nở làm đục thể thủy tinh nhiều hơn và sớm hơn dầu silicone.

Biến chứng thường gặp thứ hai đó là tăng nhãn áp với tỉ lệ 32,35%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng nhãn áp thường xảy ra trong tuần đầu sau phẫu thuật và tất cả các trường hợp đều điều chỉnh được với thuốc hạ nhãn áp uống và nhỏ mắt. Biến chứng tăng nhãn áp sau phẫu thuật của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Abu Eleinen KG [1].

Về những biến chứng liên quan đai vòng củng mạc, trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp lộ đai xảy ra ở tháng thứ 2 sau phẫu thuật, chiếm 2,94%. Trường hợp này chỉ lộ đai mà không nhiễm trùng đai. Chúng tôi thực hiện lấy đai. Sau lấy đai võng mạc vẫn áp. Nghiên cứu của tác giả Alexander P [3] có tỉ lệ biến chứng liên quan đai vòng củng mạc nhiều hơn, 8,33%. Nghiên cứu của tác giả Hanneken AM [4] ghi nhận có 3,16% trường hợp có nhiễm trùng đai.

#### IV. KẾT LUẬN

Cắt dịch kính bơm silicone kết hợp đai củng mạc hiệu quả đối với bong võng mạc tăng sinh giai đoạn C, với tỉ lệ võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật khá cao và cải thiện thị lực sau phẫu thuật. Có thể lựa chọn cắt dịch kính kết hợp đai củng mạc như là phương pháp điều trị đầu tay cho bong võng mạc có lỗ rách tăng sinh giai đoạn C.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abu Eleinen KG, Mohalhal AA, Ghalwash DA, et al.** (2018). Vitrectomy with scleral buckling versus with inferior retinectomy in treating primary rhegmatogenous retinal detachment with PVR and inferior breaks. *Eye (Lond)*. 32(12): 1839-1844.
2. **Adelman RA, Parnes AJ, Ducournau D, European Vitreo-Retinal Society Retinal Detachment Study Group.** (2013). Strategy for the management of complex retinal detachments: the European vitreo-retinal society retinal detachment study report 2. *Ophthalmology*. 120(9): 1809-13.
3. **Alexander P, Ang A, Poulson A, Snead MP.** (2008). Scleral buckling combined with vitrectomy for the management of rhegmatogenous retinal detachment associated with inferior retinal breaks. *Eye (Lond)*. 22(2): 200-3.
4. **Hanneken AM, Michels RG.** (1988). Vitrectomy and scleral buckling methods for proliferative vitreoretinopathy. *Ophthalmology*. 95(7): 865-9.
5. **Ho PC, McMeel JW.** (1985). Retinal detachment with proliferative vitreoretinopathy: surgical results with scleral buckling, closed vitrectomy, and intravitreal air injection. *Br J Ophthalmol*. 69(8): 584-7.
6. **Lai FH, Lo EC, Chan VC, Brelen M, Lo WL, Young AL.** (2016). Combined pars plana vitrectomy-scleral buckle versus pars plana vitrectomy for proliferative vitreoretinopathy. *Int Ophthalmol*. 36(2): 217-24.
7. **Okonkwo ON, Hassan AO, Oderinlo O.** (2020). "Outcome of vitrectomy for advanced proliferative vitreoretinopathy complicating primary rhegmatogenous retinal detachment among Nigerians. *Niger J Clin Pract*. 23(3): 337-342.
8. **Sadaka A, Giuliani GP.** (2012). "Proliferative vitreoretinopathy: current and emerging treatments. *Clin Ophthalmol*. 6: 1325-33.

## ỨNG DỤNG KỸ THUẬT SIÊU ÂM TIM THAI TRONG SÀNG LỌC, CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ CÔNG TỈNH NINH BÌNH

Phạm Văn Dậu<sup>1</sup>, Đồng Thị Thuận<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá thực trạng trang thiết bị y tế và dịch vụ sàng lọc trước sinh (SLTS), kiến thức về SLTS của cán bộ y tế (CBYT) tại các cơ sở y tế công tỉnh Ninh Bình, kết quả siêu âm sàng lọc dị tật tim thai của sản phụ (SP) tại bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang số phòng siêu âm (SẢ), máy SẢ, 150 CBYT và mô tả cắt ngang tiến cứu 170

SP. **Kết quả:** Chưa có trung tâm chẩn đoán trước sinh (CDTS), bệnh viện Sản Nhi có phòng SẢ SLTS. 14 phòng SẢ, bệnh viện Sản Nhi cao nhất (35,7%), 19 máy SẢ, BV Sản Nhi nhiều nhất (36,8%), 9 máy SẢ 4D, BV Kim Sơn, Nho Quan chỉ có máy 2 D. 79,3% không được đào tạo về khoảng sáng sau gáy (KSSG), 68,7% không được đào tạo về Double test, triple test. Bệnh viện Sản Nhi được đào tạo về Double test, triple test cao nhất (47%), ( $p < 0,05$ ). 85,2% CBYT không được đào tạo về tan máu bẩm sinh (TMBS), 63,3% CBYT không được đào tạo về sàng lọc tiền sản giật (TSG) và 58,7% CBYT không được đào tạo về đái tháo đường (ĐTĐ) thai kỳ ( $p < 0,05$ ), cao nhất ở Kim Sơn (69,2%). 60% Bác sĩ trả lời đúng có 3 thời điểm SLTS. Về giá trị bình thường của KSSG, 48% CBYT cho rằng giá trị bình thường  $< 2,5$  mm và 6,7% CBYT trả lời theo bách phân vị ( $p < 0,05$ ). 4% BS không biết

<sup>1</sup>Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đồng Thị Thuận

Email: dtthuan61@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

giá trị bình thường KSSG. 98% BS có câu trả lời chính xác thời điểm đo KSSG vào 11 tuần - 13 tuần 6 ngày và CRL 45- 84 mm ( $p < 0,05$ ). TTYT Hoa Lư, Tam Điệp, Yên Khánh, Yên Mô 100% CBYT có câu trả lời đúng Double test, Triple test và NIPT là xét nghiệm sàng lọc, 10% CBYT TTYT Gia Viễn và 4,8% CBYT BV Sản Nhi trả lời chưa đúng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Có sự khác biệt về câu trả lời ở các nhóm trình độ khác nhau ( $p < 0,05$ ) 100% BS cho rằng Double test, triple test là xét nghiệm sàng lọc, 20% Bác sĩ có kiến thức đúng về TMBS, kiến thức không đúng cao nhất ở nhóm điều dưỡng (97%), sự khác biệt ở các nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ), 24 % trả lời đúng triple test phát hiện nguy cơ thai bất thường nhiễm sắc thể 13, 18, 21 và dị tật ống thần kinh. Kiến thức đúng về thời điểm thực hiện nghiệm pháp tăng đường huyết cao nhất tại TTYT huyện Gia Viễn (90%), thấp nhất ở TTYT huyện Yên Khánh (0%) ( $p < 0,05$ ). Kiến thức đúng về thời điểm, chất sinh hoá trong xét nghiệm sàng lọc TSG cao nhất ở nhóm Bác sĩ (46% và 14%),  $p < 0,05$ . 170 SP, tuổi trung bình là  $29,5 \pm 5,7$ , hay gặp nhất 25-30 tuổi (32,9%). Đa số các thai nhi đều khảo sát được mặt cắt 4 buồng, thai 11-13 tuần 6 ngày tỷ lệ không khảo sát được mặt cắt 3 mạch máu, mặt cắt đường thoát thất phải, đường thoát thất trái chiếm cao nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ); 8% thai nhi dị tật được phát hiện trước sinh; 8/13 trường hợp bệnh tim bẩm sinh (BTBS). 100% BTBS nặng chẩn đoán đúng; 33,33% BTBS nhẹ chẩn đoán sai. **Từ khóa:** trang thiết bị y tế, cán bộ y tế, sàng lọc trước sinh.

## SUMMARY

### APPLYING FETAL ECHOCARDIOGRAPHY TECHNIQUES IN SCREENING AND PRENATAL DIAGNOSIS AT PUBLIC HEALTH FACILITIES IN NINH BINH PROVINCE

**Objectives:** Assess the current state of medical equipment and prenatal screening services, the current state of knowledge about prenatal screening of medical staff (MS) at public health facilities in Ninh Binh province, evaluate Ultrasound results of screening for fetal heart defects in pregnant women at Ninh Binh Obstetrics and Children's Hospital in 2023. **Material and methods:** cross-sectional description of the number of ultrasound rooms, ultrasound machines, 150 MS and prospective cross-sectional description of 170 pregnant women. **Results:** There are no prenatal screening center, Women and children's Hospital has an ultrasound room for prenatal screening. 14 ultrasound rooms, Women and children's Hospital accounts for the highest (35.7%), 19 ultrasound machines, Hospital accounts for the highest (36.8%), 9 4D ultrasound machines. Kim Son Hospital and Nho Quan Hospital only have 2D ultrasound machines. 79.3% were not trained on nuchal translucency (NT), 68.7% were not trained on double test and triple test. Women and children's Hospital has the highest rate of training on Double test, triple test (47%) ( $p < 0.05$ ). 85.2% of MS were not trained on congenital hemolysis, 63.3% of MS were not trained on pre-eclampsia screening and 58.7% of MS were not trained on gestational diabetes. Difference in training

status of screening tests for pre-eclampsia and gestational diabetes  $p < 0.05$ , highest in Kim Son (69.2%). 60% of doctors correctly answered that there are 3 times for prenatal screening, and 4% answered that there are 3 times of prenatal screening. Regarding the normal value of NT, 14% of MS answered that they did not know,  $< 2.5$  mm (48%) and according to percentiles (6.7%). There is a difference between units and groups ( $p < 0.05$ ), the unit with the highest answer of not knowing is the Women and children's Hospital (8.1%). The correct answer was highest in the doctor group with normal NT  $< 2.5$ mm (40%),  $< 3$ mm (40%), 16.8% calculated by percentile, 4% of doctors do not know normal NT. The answer of not knowing was highest in the midwifery group (24.1%). The time of NT measurement was different between groups ( $p < 0.05$ ) 98% of doctors had the correct answer at the time of measurement at 11-13 weeks and 6 days and CRL was 45-84 mm. 2.7% of MS do not know when to measure NT in the highest group of midwives (5.2%) and nurses. Health Centers of Hoa Lu, Tam Diep, Yen Khanh, Yen Mo districts 100% of MS have correct answers: Double test, Triple test and NIPT are screening tests, 10% of MS at Gia Vien district health centers and 4.8% of MS at Women and children's Hospital incorrect answer, the difference is not statistically significant ( $p > 0.05$ ). There is a difference in answers in different level groups  $p < 0.05$ , 100% of doctors think that Double test triple test are screening tests. 20% of doctors have correct knowledge about congenital hemolysis, the highest rate of incorrect knowledge is in the nursing group at 97,  $p > 0.05$ , 24% answered correctly. Triple test to detect the risk of fetal chromosome abnormalities 13, 18, 21 and neural tube defects. The rate of correct knowledge about when to perform hyperglycemia testing is highest at Gia Vien district health center, accounting for 90%,  $p < 0,05$ . Correct knowledge about timing and biochemical substances in preeclampsia screening test was highest in the medical group 46% and 14%, the difference was statistically significant between groups ( $p < 0.05$ ). 45/170 pregnant woman were 11-13 weeks and 6 days pregnant, 72/170 pregnant were 18 - 22 weeks pregnant, 53/170 pregnant were 30-32 weeks pregnant. The average age is  $29.5 \pm 5.7$  years old, the most common age group is 25-30 years old (32.9%). Most fetuses have the 4-chamber cross-section examined. At 11-13 weeks and 6 days, the rate of not being able to examine the 3-vessel cross-section, the right ventricular outflow tract cross-section, the left ventricular outflow tract is the highest, the difference is statistically significant ( $p < 0.05$ ). 8% of fetal malformations are detected before birth. 8/13 cases of congenital heart disease. 100% of severe congenital heart disease was correctly diagnosed; 33.33% of mild congenital heart disease was misdiagnosed. **Keywords:** medical equipment, medical staff, prenatal screening.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

BTBS chiếm khoảng 8-10/1000 trẻ sinh sống [4]. Đây cũng là bệnh hay bị bỏ sót trong SLTS,

để lại hậu quả nặng nề cho gia đình và xã hội.

Hiện nay, tại Ninh Bình nhiều BS sản khoa và chẩn đoán hình ảnh (CDHA) chưa biết đến kỹ thuật siêu âm tim thai. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: Ứng dụng kỹ thuật siêu âm tim thai trong sàng lọc, chẩn đoán trước sinh tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Ninh Bình năm 2023" nhằm mục tiêu:

- Đánh giá thực trạng trang thiết bị y tế và dịch vụ SLTS tại các cơ sở y tế công tỉnh Ninh Bình.

- Thực trạng kiến thức về SLTS của đội ngũ CBYT tham gia trực tiếp cung cấp dịch vụ tại các cơ sở y tế công tỉnh Ninh Bình.

- Đánh giá kết quả siêu âm sàng lọc dị tật tim thai của sản phụ tại bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

\* Máy siêu âm, dịch vụ SLTS

\* CBYT chuyên ngành Sản-Phụ khoa, CDHA, xét nghiệm, thời gian công tác ít nhất 6 tháng.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Thời gian làm việc chưa được 6 tháng, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

\* Sản phụ: tuổi thai 11-13 tuần 6 ngày, 18-22 tuần, 30-32 tuần theo dự kiến sinh trên SÂ từ 7 tuần-13 tuần tại bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình, chấp nhận tham gia nghiên cứu, thai nhi có BTBS được hội chẩn liên viện (BV Phụ Sản Trung Ương, BV Phụ Sản Hà Nội...). Tiêu chuẩn loại trừ: Không theo dõi được SP, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Địa điểm nghiên cứu.** BV Sản Nhi Ninh Bình, BV Đa khoa huyện Kim Sơn huyện Nho Quan, TTYT huyện Yên Mô, huyện Yên Khánh, TTYT thành phố Tam Điệp, TTYT huyện Hoa Lư, TTYT huyện Gia Viễn.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang tiến cứu  
Phương pháp chọn mẫu thuận tiện

Trong quá trình nghiên cứu thu thập được 150 phiếu phỏng vấn CBYT và 170 phiếu phỏng vấn SP.

Phương pháp thu thập số liệu: kiểm tra hồ sơ máy SÂ, báo cáo thống kê các dịch vụ SLTS, phỏng vấn CBYT, phỏng vấn SP, kiểm tra bệnh án.

Nội dung nghiên cứu: Số phòng SÂ, máy SÂ, xét nghiệm SLTS. CBYT: lớp tập huấn và kiến thức SLTS.

Sản phụ: Mặt cắt SÂ 4 buồng, 3 mạch máu, mặt cắt đường thoát thất phải, đường thoát thất trái, các loại bệnh TBS.

Một số tiêu chí được đánh giá căn cứ theo các quyết định "1807/ QĐ - BYT: Hướng dẫn về chuyên môn kỹ thuật trong sàng lọc, chẩn đoán,

điều trị trước sinh và sơ sinh [2] và "số 6173/QĐ-BYT: Hướng dẫn quốc gia về Dự phòng và Kiểm soát Đái tháo đường thai kỳ." [1], "1911/QĐ - BYT hướng dẫn sàng lọc và điều trị dự phòng tiền sản giật" [3]

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Thực trạng trang thiết bị y tế và dịch vụ SLTS tại các cơ sở y tế công tỉnh Ninh Bình

- Chưa có đơn vị nào thành lập được trung tâm CĐTS. Tổng số 14 phòng SÂ, BV Sản Nhi chiếm tỷ lệ cao nhất 35,7 %, BV Kim Sơn, TTYT Yên Khánh, Tam Điệp, Hoa Lư chỉ có 1 phòng SÂ. Duy nhất bệnh viện Sản Nhi có phòng SÂ SLTS.

- 19 máy SÂ, BV Sản Nhi chiếm tỷ lệ cao nhất 36,8%, 9/19 máy SÂ 4D. BV Kim Sơn và BV Nho Quan chỉ có máy SÂ 2 D.

- 1 máy được sản xuất năm 2021, 42% các máy được sản xuất từ 2015-2017.

- Chỉ có BV Sản Nhi triển khai Double test và triple test, và sàng lọc TSG dựa trên tiền sử, huyết áp động mạch trung bình và PAPP-A, TTYT Gia Viễn có liên kết thực hiện xét nghiệm NIPT. Tất cả các đơn vị đều làm được xét nghiệm công thức máu để sàng lọc TMBS. TTYT Hoa Lư, Yên Mô, BV Nho Quan, Kim Sơn chưa triển khai nghiệm pháp tăng đường huyết.

### 3.2. Thực trạng kiến thức về SLTS của CBYT.

Tổng số 150 CBYT: có 50 BS, 58 nữ hộ sinh, 42 điều dưỡng KTV

79,3% không được đào tạo về KSSG, 68,7% không được đào tạo về Double test, triple test. TTYT Yên Mô và Yên Khánh 100% không được đào tạo về KSSG, TTYT Hoa Lư có tỷ lệ không được đào tạo về KSSG thấp nhất (57,1%), BV Sản Nhi có tỷ lệ được đào tạo về xét nghiệm Double test, triple test cao nhất 47%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

85,2% CBYT không được đào tạo về TMBS, 63,3% CBYT không được đào tạo về sàng lọc TSG và 58,7% CBYT không được đào tạo về ĐTDĐ thai kỳ. Có sự khác biệt về tình hình đào tạo về sàng lọc TSG và ĐTDĐ thai kỳ với  $p < 0,05$ , tỷ lệ được đào tạo cao nhất ở Kim Sơn (69,2%). Có 2 BS tại BV Sản Nhi được đào tạo về siêu âm tim thai chi tiết.

60% BS trả lời đúng có 3 thời điểm SLTS, 4% trả lời SLTS khám tại thời điểm bất kỳ, trả lời đúng cao nhất ở nhóm điều dưỡng 78,8 %.

Về giá trị bình thường của KSSG, 14% CBYT trả lời không biết, 48% CBYT cho rằng giá trị bình thường  $< 2,5$  mm và 6,7% CBYT trả lời theo

bách phân vị. Có sự khác biệt giữa các đơn vị và các nhóm ( $p < 0,05$ ), câu trả lời cao nhất không biết là BV Sản Nhi (18,1%), câu trả lời đúng cao nhất ở nhóm BS:  $< 2,5\text{mm}$  (40%),  $< 3\text{m}$  (40%) và theo bách phân vị (16,8%), 4% BS không biết giá trị bình thường KSSG, câu trả lời không biết cao nhất ở nhóm hộ sinh (24,1%).

Thời điểm đo KSSG có sự khác biệt giữa các nhóm ( $p < 0,05$ ), 98% BS có câu trả lời chính xác (11-13 tuần 6 ngày và CRL 45-84 mm); 2,7% CBYT không biết thời điểm đo KSSG.

TTYT Hoa Lư, Tam Điệp, Yên Khánh, Yên Mô 100% CBYT trả lời đúng Double test, Triple test và NIPT là xét nghiệm sàng lọc, 10% CBYT TTYT Gia Viễn và 4,8% CBYT BV Sản Nhi trả lời chưa đúng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ . Có sự khác biệt về câu trả lời ở các nhóm trình độ khác nhau  $p < 0,05$ , 100% Bs cho rằng Double test, triple test là xét nghiệm sàng lọc. 20% BS có kiến thức đúng về TMBS, tỷ lệ kiến thức không đúng cao nhất ở nhóm điều dưỡng (97%), sự khác biệt ở các nhóm không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,126$ .

24% trả lời đúng triple test phát hiện nguy cơ thai bất thường nhiễm sắc thể 13, 18, 21 và dị tật ống thần kinh.

Tỷ lệ kiến thức đúng về thời điểm thực hiện nghiệm pháp tăng đường huyết cao nhất tại TTYT huyện Gia Viễn (90%), thấp nhất ở TTYT huyện Yên Khánh (0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$

Kiến thức đúng về thời điểm, chất sinh hoạt trong sàng lọc TSG cao nhất ở nhóm BS (46% và 14%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm  $p < 0,05$ .

**3.3. Đánh giá kết quả siêu âm sàng lọc dị tật tim thai của sản phụ tại BV Sản Nhi Ninh Bình.** 45/170 sản phụ thai 11-13 tuần 6 ngày, 72/170 sản phụ tuổi thai 18-22 tuần, 53/170 sản phụ thai 30- 32 tuần. Tuổi trung bình là  $29,5 \pm 5,7$ , nhóm tuổi hay gặp nhất 25-30 tuổi (32,9%)

- 95,3% thai nhi khảo sát được mặt cắt 4 buồng, thai 11-13 tuần 6 ngày tỷ lệ khảo sát được mặt cắt 3 mạch máu, mặt cắt đường thoát thất phải, đường thoát thất trái thấp (33,3%) ( $p < 0,05$ )

- 8% thai nhi dị tật được phát hiện trước sinh

- 8/13 thai dị tật có BTBS (62%)

**Bảng 3.1. Tỷ lệ chẩn đoán đúng bệnh tim bẩm sinh (n=8)**

	Đúng (n, %)	Sai (n,%)	Tổng
BTBS nhẹ	2 (66,67)	1(33,33)	3 (100)
BTBS nặng	5 (100)	0 (0)	5 (100)
<b>Tổng</b>	<b>7 (87,5)</b>	<b>1 (12,5)</b>	<b>8 (100)</b>

**Nhận xét:** 100% BTBS nặng chẩn đoán đúng; 33,33% BTBS nhẹ chẩn đoán sai.

#### IV. BÀN LUẬN

Chưa có BV/ TTYT thành lập được trung tâm SLTS do thiếu trang thiết bị y tế và nhân lực. BV Sản Nhi triển khai SẢ SLTS nhằm phát hiện sớm các DTBS, theo dõi thai kỳ có nguy cơ cao. BV Sản Nhi có số phòng và số máy SẢ nhiều nhất do BV Sản Nhi mới được xây dựng. Các TTYT/BV tuyến huyện chưa có phòng SẢ thai riêng biệt, điều này gây áp lực rất lớn cho BS, do không đủ thời gian để khảo sát thai.

Đa số các máy SẢ đã cũ cho chất lượng hình ảnh không rõ nét vì các đơn vị gặp nhiều khó khăn khi mua sắm do công tác đầu thầu.

BV Sản Nhi triển khai kĩ thuật SẢ tìm thai từ năm 2017 phát hiện được nhiều BTBS, điều này có sự phát triển hơn so với các bệnh viện Phụ Sản tỉnh Thanh Hóa, Nam Định, Hà Nam.

Đo KSSG tại thời điểm 11 – 13 tuần 6 ngày tương ứng CRL 45 – 84mm[2], CBYT nên tư vấn rõ cho các sản phụ đi sàng lọc thai đúng tuần. Trước đây KSSG  $< 3\text{ mm}$  là giá trị bình thường, theo FEF đánh giá KSSG nên được tính theo BPV [6], nhiều CBYT chưa cập nhật kiến thức.

Kiến thức của CBYT về sàng lọc TMBS rất hạn chế. Các CBYT cần tự học, tự đào tạo các kiến thức về sàng lọc TMBS.

Sàng lọc TSG được thực hiện thường quy vào quy trình khám thai cho tất cả mọi thai phụ. trong 3 tháng đầu thai kỳ, FIGO khuyến cáo tốt nhất sử dụng PIGF, PAPP-A sử dụng khi PIGF không sẵn có[3]. Nhiều CBYT chưa được cập nhật, đào tạo kiến thức này.

Thai phụ mắc ĐTDĐ thai kỳ có thể làm gia tăng tỷ lệ sảy thai, thai lưu, sinh non, mổ lấy thai, các thai phụ mắc ĐTDĐ tăng nguy cơ tiến triển thành ĐTDĐ tếp 2 và các biến chứng liên quan... [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy về thời điểm thực hiện nghiệm pháp tăng đường huyết tỷ lệ kiến thức đúng mới chỉ đạt 60%. Nghiệm pháp tăng đường huyết rất đơn giản, tuy nhiên một số BV/TTYT huyện chưa triển khai nghiệm pháp này.

Theo ISOU 2023, thai 11 – 14 tuần cần khảo sát mặt cắt 4 buồng và đường ra thất trái [7], theo nghiên cứu của chúng tôi thai 11, 12 tuần rất khó khảo sát đường ra thất trái do độ phân giải máy SẢ kém.

Tỷ lệ BTBS của chúng tôi khá tương đồng so với của Lê Kim Tuyền 53/1000 [4], bao gồm: thông liên thất, kênh nhĩ thất, ngoại tâm thu, tứ chứng Fallot, Ebstein.

Tỷ lệ chẩn đoán đúng BTBS 92,3%, cao hơn so với Lê Thị Thùy Trang (2020) (88%), thấp hơn của Diesa (2019) (93%)[5]

## V. KẾT LUẬN

Máy SÂ tại cơ sở y tế công cũ và xét nghiệm SLTS ít. Kiến thức đúng CBYT về SLTS chưa cao, SÂ là phương pháp an toàn hiệu quả trong sàng lọc BTBS trước sinh

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế**, Quyết định số 6173/QĐ-BYT ban hành tài liệu Hướng dẫn quốc gia về dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ, 2018.
- Bộ Y tế**, Quyết định 1807/QĐ-BYT về việc hướng dẫn sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh, 2020.

- Bộ Y tế**, Quyết định 1911/QĐ - BYT ban hành tài liệu hướng dẫn sàng lọc và điều trị dự phòng tiền sản giật, 2021
- Lê Kim Tuyền**, Vai trò của siêu âm tim thai trong chẩn đoán BTBS trước sinh, đề tài nghiên cứu sinh. Published online 2014.
- Lê Thị Thùy Trang**, Nghiên cứu vai trò của siêu âm trong chẩn đoán bệnh tim bẩm sinh trước sinh tại bệnh viện phụ sản trung ương, luận văn y học, 2020.
- Fetal medicine foundation, Nuchal translucency scan**, <https://fetalmedicine.org/fmf-certification-2/nuchal-translucency-scan>, 2024
- Ultrasound Obstet Gynecol**, Updated ISUOG practice Guidelines: fetal cardiac screening, 2023; 61: 788–803 Published online, DOI: 10.1002/uog.26224

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY

Trần Văn Việt<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh chấn thương cột sống thắt lưng trên cắt lớp vi tính đa dây. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 57 bệnh nhân có chẩn đoán chấn thương CSTL chụp CLVT trong thời gian từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023 tại khoa CDHA bệnh viện 19-8 Bộ Công an. **Kết quả:** Tuổi hay gặp từ 46-60 tuổi (36.84%), nam 56.14%, nữ (43.86%), tỉ lệ nam/nữ là 1.23. Vị trí tổn thương: đốt sống có tỉ lệ tổn thương cao nhất là L1 (48.15%). Tổn thương vỡ thân đốt sống chiếm 68.42%. Tổn thương xẹp đốt sống chiếm 71.93%. Tổn thương cung sau đốt sống: tổn thương gãy gai ngang chiếm (15.79%), tổn thương gãy gai sau là ít gặp nhất (1.75%), tổn thương gãy hỗn hợp chiếm 7.02%. Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ trượt đốt sống độ I cao nhất (14.04%). Tổn thương hẹp nhẹ ống sống chiếm tỉ lệ cao nhất 8.78%. Tổn thương cột sống kiểu gãy hay gặp nhất là gãy vỡ 38.6%

## SUMMARY

### STUDY ON IMAGING CHARACTERISTICS OF LUMBAR SPINE INJURY ON MULTI-SEQUENCE COMPUTATED IN THE 19-8 HOSPITAL MINISTRY OF POLICE

**Objectives:** To describe the image characteristics of lumbar spine injuries on multi-detector row computed tomography. **Methods:** Descriptive study of 57 patients diagnosed with spinal cord injuries using CT scans from June 2022 to

September June 2023 at CDHA Department of Hospital 19-8 Ministry of Public Security. **Results:** common age ranges from 46-60 years old (36.84%), 56.14% male, 43.86% female, male/female ratio is 1.23. Location of injury: the vertebra with the highest injury rate is L1 (48.15%). Vertebral body rupture accounts for 68.42%. Vertebral collapse injuries account for 71.93. Posterior vertebral arch injuries: transverse spine fractures account for (15.79%), posterior spine fractures are the least common (1.75%), and mixed fracture injuries account for 7.02%. The highest proportion of patients with grade I spondylolisthesis (14.04%). Mild spinal stenosis injuries account for the highest rate, 8.78%. The most common fracture-type injury to the spine is fracture, 38.6%.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống là tai nạn thường gặp trong cuộc sống và lao động. Đây là những thương tổn của dây thần kinh, xương, dây chằng, đĩa đệm cột sống. Chấn thương cột sống có thể bao gồm từ giãn dây chằng và cơ nhẹ hoặc một ảnh hưởng gián tiếp đến xương, mô mềm và các mạch máu quanh tủy sống, gãy và trật khớp đốt sống, chấn thương tủy sống. Đây là một dạng chấn thương nghiêm trọng. Tại Mỹ, tỉ lệ chấn thương cột sống có khoảng từ 25-59/ 1 triệu dân/ năm [1]. Vì vậy, chấn thương cột sống nói chung và chấn thương cột sống thắt lưng nói riêng cần được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Việc chẩn đoán xác định chấn thương cột sống thắt lưng và đánh giá mức độ tổn thương cùng với các tổn thương phối hợp ngay từ sớm có ý nghĩa rất lớn không chỉ đối với tính mạng của

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Việt

Email: tranvanviet2011@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024