kiến thức và thực hành trong việc bổ sung dầu mỡ, trái cây, sữa, thịt và trứng vào các bữa ăn dặm của trẻ. Tài chính, nhân lực, cơ sở vật chất còn hạn chế, ảnh hưởng đến hiệu quả công tác phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em trên địa bàn 2 tỉnh. Đề tài nghiên cứu khuyến nghị những kế hoạch mới và kêu gọi nguồn lực bổ sung.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần tăng cường các hoạt động giáo dục về dinh dưỡng và sức khỏe cho phụ huynh và cộng đồng, tập trung vào các chủ đề như ăn dặm đúng thời điểm, đảm bảo đầy đủ các nhóm thực phẩm và đặc biệt là đầy đủ về lượng. Đặc biệt, cần chú trọng vào việc bổ sung đủ lượng dầu mỡ và các chế phẩm từ sữa trong chế độ dinh dưỡng của trẻ. Ngoài ra cần tiến hành và tăng cường các hoạt động can thiệp dinh dưỡng trong cộng đồng, bao gồm cân đo và phân loại tình trạng dinh dưỡng để có các biện pháp can thiệp sớm nhằm phục hồi dinh dưỡng cho trẻ. Cần bổ sung nguồn nhân lực và ngân sách để tăng cường các hoạt động giáo dục và truyền thông trong cộng đồng, đặc biệt là tại các xã vùng khó khăn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Xuân Sơn và Phạm Thị Bích Hồng, Hoàng Thị Thúy Hà, (2022).** Thực trạng suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi người dân tộc Mông tại 2 xã huyện Quản Bạ, tỉnh Hà Giang. Tạp chí Khoa học & Công nghệ, 227 (05).
2. **Duyên, Nguyễn Song Tú, & cộng sự. (2022).** Tình trạng dinh dưỡng trẻ 24-59 tháng tuổi tại 10 trường mầm non, huyện Yên Sơn, tỉnh Tuyên Quang.
3. **Kon Tum23. Báo Hà Giang (2022).** Giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng cho trẻ em vùng cao
4. **Phạm Hoàng Thái Quang, Ninh Thị Nhung và cộng sự (2020).** Thực trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em dân tộc thiểu số từ 25 đến 60 tháng tuổi tại hai xã vùng cao huyện Bảo Yên, tỉnh Lào Cai năm 2019. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, 16 (3+4), 158-166.
5. **World Health Organization (2017). Guideline:** Assessing and Managing Children at Primary Health-Care Facilities to Prevent Overweight and Obesity in the Context of the Double Burden of Malnutrition: Updates for the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), World Health Organization, Geneva.
6. **Bộ Y tế (2023).** Thông tư 03/2023/TT/BYT hướng dẫn vị trí việc làm, định mức số lượng người làm việc, cơ cấu viên chức theo chức danh nghề nghiệp trong đơn vị sự nghiệp y tế công lập.
7. **Bộ Y tế (2020).** Niên giám thống kê y tế 2019-2020.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THOÁT VỊ HOÀNH (BOCHDALEK) BẨM SINH XUẤT HIỆN MUỘN

Thái Nguyên Hưng[1], Trần Đại Mạnh[1]

TÓM TẮT

NC hồi cứu loạt ca thoát vị hoành bẩm sinh (TVHBS) Bochdalex xuất hiện muộn với mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các ca TVHBS xuất hiện muộn. 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật TVHBS. Có 6 BN, nữ 4BN (66,7%), nam 2 BN (33,3%), tuổi TB 39,0; Triệu chứng lâm sàng: Đau bụng và khó thở 66,7%. Chụp bụng KCB 100%: 83,3% cơ hoành trái lên cao, 16,7% cơ hoành phải lên cao, 83,3% có các tạng ống tiêu hóa chui lên ngực trái. Chụp CLVT phát hiện TVHBS bên trái 100%. Mổ cấp cứu 66,7%, TVHBS trái 83,3%, TVHBS phải 16,7% Kích thước TB lỗ thoát vị 11,3-7 cm. Các tạng thoát vị (TV) gồm dạ dày (83,3%), lách và thân đuôi tụy (66,7%), đại tràng và ruột non (50%), thận trái (1 BN), gan (1 BN). Mổ mở chiếm 83,3%; đặt mesh 66,7%. không có biến chứng, 1 BN tử vong do sốc nhiễm trùng (hoại tử ruột non vào khoang màng phổi (T). **Kết luận:** TVHBS Bochdalex xuất hiện muộn thường gặp bên trái (83,3%), Tuổi TB 39,0 T (26-46), nữ 66,7%; Nam 33,3%; Lâm sàng: 66,7% có đau bụng và khó thở; Các phương pháp chẩn đoán chính là chụp XQ bụng không chuẩn bị, XQ ngực thẳng, chụp hệ tiêu hóa có thuốc cản quang và chụp CLVT đa dãy. Mổ cấp cứu 66,7% do thoát vị nghẹt. Các tạng TV gồm dạ dày (83,3%), lách và thân đuôi tụy (66,7%), đại tràng và ruột non (50%), thận trái 16,7%, gan 16,7%. Kích thước TB lỗ TVH (chiều lớn-nhỏ): 11,3-7 (cm); Mổ mở 83,3%; đặt mesh 66,7% (1 BN đặt mesh qua PTNS). Không có biến chứng; 1 BN tử vong (16,6%). ***Từ khóa:*** Thoát vị hoành bẩm sinh, thoát vị hoành Bochdalex, thoát vị hoành nghẹt

[1]*Bệnh viện K*

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 17.5.2024

SUMMARY

CLINICAL FEATURE AND SURGICAL RESULT OF CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA (BOCHDALEX)

Study aim: 1. Evaluation of clinical and paraclinical feature of Congenital diaphragmatic hernia (Bochdalex). 2. Surgical results of diaphragmatic hernia Bochdalex. **Results:** There were 6 patients, female 66,7%, male 33,3%, mean age 39 year olds, abdominal pains and dyspnea in 66,7%. Plain abdominal X ray performed in 100%; CTScan

multislide performed in 100%. Emergency operation in 66,7% due to hernial strangulation, elective surgery in 33,3%; the left side hernia was 83,3%, right side hernia in one patient. The average diameter of hernial hole was 11,3-7 cm. Open surgery was performed in 83,3%; Surgical procedure included: Reduction of hernial contents to peritoneal cavity and repair of diaphragmatic defect: Laparotomy in 83,3%, laparoscopy in 1 patient; Suture of defect in 2 cases; prosthetic graft placement (mesh) in 66,7%. One patient ded of septic shock due to hernial intestinal strangulation (intrathoracic necrosis and perfogation), No complication per and post operation. **Conclusion:** Congenital Bochdalex hernia in adult is extremely rare and left congenital hernias are more common than right side hernias (83,3%-16,7%). The main symptoms were abdominal pains, vomit with dispnea (66,7%). Diagnosis by plain abdominal Xray, chest Xray, barium examination; CTscan multislide... Surgical procedure includes reduction of hernial content to abdominal cavity and repair of defect by suture or mesh placement (laparoscopy or laparotomy).

Keywords: Congenital diaphragmatic hernia, Bochdalex hernia, diaphragmatic hernial etranglation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị hành bẩm sinh khi các tạng trong ổ bụng chui lên ngực qua lỗ khuyết bẩm sinh cơ hoành (85% lỗ sau bên cơ hoành trái). TVHBS chiếm tỷ lệ 1/2500 trẻ mới sinh trong đó tỷ lệ TVH trái là 85%-TVH phải 12%. Mặc dù thoát vị hoành trái bẩm sinh được phát hiện sớm trước sinh hay ngay sau sinh, có tới 5-25% được chẩn đoán muộn khi xuất hiện các triệu chứng khó thở hay đau bụng.

Ở nước ta, TVH trái bẩm sinh xuất hiện muộn chưa được nghiên cứu nhiều. Nguyên nhân phát hiện muộn, đặc điểm lâm sàng, các biến chứng thường gặp còn cần nghiên cứu bởi vậy chúng tôi báo cáo loạt ca lâm sàng thoát vị hoành bẩm sinh xuất hiện muộn với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các ca TVHBS xuất hiện muộn.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật TVHBS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Phương pháp NC: Mô tả hồi cứu.

- Đối tượng NC: Các BN được chẩn đoán TVHBS, được phẫu thuật tại khoa phẫu thuật cấp cứu bụng-BV Việt đức từ 2010-2017.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN phẫu thuật vỡ cơ hoành do chấn thương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

6 BN được đưa vào NC, Nam 2 BN (33,3%), nữ 4 BN (66,7%), Tuổi TB: 39,0 T (26-46).

-Tiền sử (TS):

+ 100% không có TS chấn thương bụng kín

+ 1 BN mang thai 27 tuần (26 T).

+ 1 BN TVH trái tái phát (mổ lần 1 tại BV Tỉnh Thanh hóa cách 1 tuần).

- Triệu chứng lâm sàng:

+Sốt: 38,5-39 độ 2 BN (nghẹt hoại tử,dịch tiêu hóa vỡ vào khoang màng phổi)

+ Đau bụng: 4 BN (66,7%); 2 BN đau không rõ (33,3%).

+Thời gian đau: 2 BN < 1ngày; 2 BN đau bụng 3- 4 ngày; 2 BN đau bụng không rõ ràng.

+Nôn: 4 BN (66,7%)

+ Táo bón: 2 BN (33,3%)

+ Khó thở: 4 BN (66,7%)

- Chẩn đoán hình ảnh

+ XQ ngực và XQ bụng không chuẩn bị và chụp CLVT được thực hiện 100%

Bảng 1: Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh

Các phương pháp chẩn đoán	Hình ảnh	n (%)
1. XQ ngực và XQ bụng không chuẩn bị đứng (KCB)	- Cơ hoành trái lên cao	5
	- Cơ hoành phải lên cao	1
	- Dạ dày và ĐT lên ngực trái	1
	- Dạ dày lên ngực trái	2
	- Ruột non lên ngực trái	1
	- Dạ dày, ĐT, ruột non	1
2. Chụp dạ dày có barit	- Dạ dày lên ngực trái	1
	- Dạ dày, lách lên ngực trái	1
3. CLVT	- DD, lách, ĐT, thận T, tụy lên ngực trái	1
	- DD lên ngực trái	1
	- DD, lách, thân đuôi tụy lên ngực trái	1
	- Ruột non lên ngực trái	1
	- Phân thùy gan lên ngực trái	1

+ Xét nghiệm:

++ Bạch cầu > 15.000 G/L: 2 BN

++ Bạch cầu: Bình thường 4 BN

- Điều trị phẫu thuật

Bảng 2: Đặc điểm tổn thương và điều trị phẫu thuật

Tính chất	n (%)	Kích thước lỗ TV (cm)	Đặc điểm tổn thương	Phẫu thuật
Mổ cấp cứu (CC) Mổ phiên	4(66,6) 2(33,4)			
Mổ mở Mổ nội soi	5(83,3 1(16,7)			

Vị trí TV: Cơ hoành T Cơ hoành P	5(83,3) 1(16,7)			
Nội dung TV				
+ Dạ dày (DD), lách, tụy	1	10-6	+ DD,lách tụy lên khoang màng phổi T, rất dính, ko tháo, được (KT lỗ:10-6cm)	+ Cắt lách, thân đuôi tụy,khâu DD (hoại tử), mesh
+ DD, lách, thân, đuôi tụy, ĐT ngang, ruột non, mạc treo:	1	15-8	+ TV nghẹt.hoại tử DD (KT8-15cm)	+ Cắt lách,thân đuôi tụy, khâu dạ dày (hoại tử), mesh
+ DD, lách, tụy	1	10-8	+ Hoại tử phình vị lớn,dịch tiêu hóa trong khoang MP(T)	+ Khâu dạ dày,khâu cơ hoành T, DLMP T
+ DD, ĐT, ruột non	1	8-6	+ Nghẹt hoại tử ruột non, dịch tiêu hóa khoang MP(T)	+ Cắt đoạn ruột non, khâu lỗ TV hoành T, DLMP T
+ Phân thùy sau (PTS) gan	1	10-6	+ PTS lên khoang MP (P)	+ Cắt gan PTS-Mesh NS
+Dạ dày, lách, thân đuôi tụy, ĐT trái, ĐT ngang, thận trái:	1	15-8	+ Lỗ TVH (T) chỉ có phúc mạc (bao TV)	+ Gỡ dính, đưa các tạng vào OB, Mesh, DLMPT

++ Kích thước TB lỗ TVH (chiều lớn-nhỏ): 11,3-7 (cm)

- Biến chứng và tử vong (TV): 1 BN tử vong do sốc nhiễm trùng, nghẹt ruột non sát góc treitz, hoại tử ruột sau mổ lại 1 ngày (Đã mổ ở BV tỉnh cách 7 ngày).

- Theo dõi sau mổ không có trường hợp nào tái phát.

IV. BÀN LUẬN

Thoát vị hoành bẩm sinh được Bochdalek mô tả lần đầu tiên vào năm 1848[1] với tỷ lệ 1/2200-1/2500 trẻ mới sinh. Thoát vị hoành Bochdalex xảy ra với tỷ lệ 80-90% ở cơ hoành trái. Cho tới nay Y văn thế giới có khoảng 100 ca bệnh được báo cáo. Những ca thoát vị có lỗ thoát vị lớn thường xảy ra kèm với phổi cùng bên kém phát triển. Đại tràng là tạng chui qua lỗ TV lên ngực trái chiếm tỷ lệ cao nhất và có thể gây tắc ruột. Phẫu thuật đưa các tạng vào ổ bụng (OB) và khâu lỗ thoát vị hoặc đặt tấm lưới (mesh) được chỉ định cho 100% các trường hợp kể cả không có triệu chứng lâm sàng.

Ảnh 1: Thoát vị hoành bẩm sinh

1. Lỗ thoát vị hoành trái bẩm sinh Bochdalex; 2. Lỗ TVHBS Morgani

- Ở trẻ lớn và người lớn, TVHBS Bochdalex xuất hiện muộn chiếm 5%-25% số ca TVHBS. Phần lớn các trường hợp xuất hiện muộn thích ứng khá tốt và ít biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Các biểu hiện lâm sàng có thể gặp là đau bụng sau ăn, nôn, tắc ruột cao hay thấp. 46% số ca được phát hiện khi có biến chứng của các tạng thoát vị như loét dạ dày, hoại tử dạ dày, thủng dạ dày, xoắn dạ dày hay rò phân vào khoang màng phổi. Tỷ lệ tử vong (TV) khi có biến chứng chiếm 32%. Có thể kèm theo các triệu chứng hô hấp như: thở nhanh, khó thở, ho, tràn dịch hoặc viêm phổi... Chụp ngực hay chụp dạ dày uống thuốc cản quang hay chụp transit ruột non hay chụp lavement barit có thể phát hiện ống tiêu hóa trên khoang màng phổi [2].

- Yusuf Yagmur báo cáo ca LS: Nữ , 22 T đến khám vì đau bụng, khó thở, thở nhanh nông, táo bón. Chụp CLVT có uống thuốc cản quang phát hiện lỗ TVHBS(T) 5cm. Mổ nội soi phát hiện mạc nối lớn và ĐT phải lên ngực trái. BN được phẫu thuật nội soi (PTNS) đưa các tạng TV vào ổ bụng và đặt mesh [3].

- Masayuki báo cáo 2 ca LS:

+ Ca 1: BN nam, 43T, nhập viện vì đau bụng, nôn 3 ngày. Chụp CLVT cho thấy toàn bộ DD, lách, đuôi tụy, ĐT góc lách chui lên ngực. DD bị xoắn gây nôn nhiều. BN được đặt sond DD giảm áp, mổ đưa các tạng vào OB, khâu lỗ TVH(T) sau bên (7cm) bằng chỉ số 0 [4] (ảnh 2: TVHT: lách, DD, ĐT trái, tụy chui lên ngực).

+ Ca 2: BN nữ 87 T, có tiền sử phát hiện TVH, nhập viện vì đau bụng, nôn. Chụp XQ và CLVT thấy TVH phải với quai ĐT ngang giãn to. Lỗ TVH sau bên phải. Mổ cấp cứu với chẩn đoán TVH (P) Bochdalek nghẹt. Quai ĐT ngang chui qua lỗ TVH phải sau bên nghẹt hoại tử. Phẫu

thuật đưa ĐT phải vào bụng, cắt ĐT P, khâu lỗ TV, dẫn lưu MP(P).

- Số liệu cho thấy từ 2010-2018 có 55 ca LS được báo cáo: Tuổi TB 41, TVH (T) chiếm 65%: 95% có triệu chứng đau, khó thở, 13 BN có bao thoát vị. Phẫu thuật nội soi ngực 2 ca, mở ngực 8 ca, PTNS ổ bụng 19 ca, mở bụng 26 ca. Tổn thương trong mổ: 11% các tạng thoát vị dính , gỡ dính cả 2 đường bụng và ngực, 7 ca nghẹt DD, 6 ca nghẹt ruột, 1 ca nghẹt ĐT, 5 ca nghẹt gây hoại tử. Có 4 ca viêm mủ màng phổi xảy ra trên BN hoại tử ruột trong đó 1 ca TV. Tác giả khuyên với những BN hoại tử tạng TV, có dịch tiêu hóa thủng vào khoang MP nên DLMP chủ động.[3]

- Brown SR và CS tổng kết 171 trường hợp TVH bẩm sinh (từ 31 nước): 14% có dấu hiệu LS khi nhập viện trong đó 69% đau bụng; 39% tắc ruột; Các triệu chứng khó thở, thở nông, ho chiếm 37%; TVH nghẹt 28%; khó nuốt 3%; chảy máu 4%; GERD 4% [5]

- Chẩn đoán TVHBS gặp nhiều khó khăn và thường bị bỏ lỡ. Không giống như ở trẻ nhỏ thường biểu hiện suy thở (xuất hiện sớm) người lớn tuổi thường chỉ khó chịu trong đó 25% không có triệu chứng LS.

- Các phương pháp chẩn đoán TVHBS bao gồm: Chụp bụng KCB, chụp XQ ngực thẳng, chụp DD uống barit, chụp CLVT hay chụp cộng hưởng từ (CHT) trong đó chụp CLVT đa dãy là phương pháp chụp được ứng dụng nhiều. CLVT đa dãy đánh giá được các tạng thoát vị (chui lên ngực) và lỗ thoát vị: Sự xuất hiện các tạng trong lồng ngực, các quai ruột trên cơ hoành [6]

- Số liệu của chúng tôi cho thấy tuổi TB 39,0 là tuổi xuất hiện khá muộn trong đó trẻ nhất là 26 T và lớn nhất là 46 T, có tới 66,6% là nữ. BN nữ 26 T đang có thai 27 tuần. Đây là điều kiện thuận lợi của TVHBS do áp lực ổ bụng tăng phối hợp với BN có táo bón. BN này mổ cấp cứu khi xuất hiện đau bụng, khó thở, thở nhanh nông. Tổn thương trong mổ: toàn bộ dạ dày, tụy, lách chui lên khoang MP trái (lỗ TV 10-8 cm) đã hoại tử phình vị lớn DD gần, kích thước phình vị hoại tử = 10 cm, có dịch tiêu hóa vào khoang MP(T). Chúng tôi khâu lại phình vị lớn, khâu phục hồi cơ hoành (T), DLMP (T). BN này sau mổ sốt 39 độ, khó thở, thở nhanh (viêm phổi) được điều trị kháng sinh (nội khoa).

- Các nghiên cứu cho thấy có 27-47% TVHBS phối hợp với các dị dạng khác như phổi kém phát triển, ruột và mạc treo ruột quay dở dang, dị dạng tim mạch, dị dạng tiết niệu...[2].

- Chúng tôi nhận thấy có 50% số BN có đại tràng quay dở dang và di động (manh tràng ở dưới gan và ĐT trái không cố định vào góc lách). Dạ dày, lách, thân đuôi tụy là các tạng chui lên khoang màng phổi nhiều nhất (66,6%): chúng tôi cắt lọc, khâu phình vị lớn DD hoại tử 2 BN. Một trong 2 BN hoại tủ phình vị lớn nhiều dịch tiêu hóa bẩn vào khoang MP (T) được mổ khâu phục hồi cơ hoành (T) và DLMP (T),(không đặt mesh).

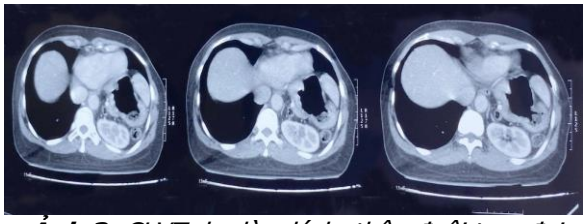
- Trường hợp khác Nam, 28 T, TS cách 1 tuần đã mổ TVH (T) nghẹt tại BV Tỉnh Thanh hóa tuy nhiên khi mổ CC (lần 2) toàn bộ đường khâu cũ đã bục và hoại tử ruột non cách Treiz 10 cm (nghẹt ruột do chui qua lỗ TVH), nhiều dịch tiêu hóa ở khoang MP(T). BN được cắt đoạn ruột non hoại tử, khâu lại cơ hoành (T), DLMPT, cố định các quai đại tràng (ĐT quay dở dang, rất di động). BN này sốc nhiễm trùng và tử vong (TV) sau mổ CC lần 2 một ngày. BN có lỗ thoát vị không lớn (8-6 cm) tuy nhiên ở lần mổ thứ nhất cơ hoành trái được khâu không đúng kỹ thuật, căng, bục hoàn toàn đường khâu, mặt khác không cố định ĐT bởi vậy khi đưa các quai ruột xuống sẽ tăng áp lực OB làm bục đường khâu cơ hoành gây nghẹt, hoại tử ruột.

- Số liệu cũng cho thấy có 5/6 BN có thông thương ổ bụng (OB) và khoang MP, chỉ có 1 BN lỗ Bochdalex là phúc mạc (bao TV) bởi vậy khi các tạng chui lên khoang MP(T) nhưng nằm trong bao TV. Trường hợp này lách, dạ dày, ĐT ngang, ĐT T, thận T, thân đuôi tụy thoát vị lên ngực T. Chụp DD uống barit trước mổ cho thấy DD thoát vị vào khoang MP (T). (ảnh 2) Các NC cho thấy tỷ lệ TVHBS có bao phúc mạc (bao TV) chiếm 10-38%. Bao phúc mạc (bao TV) không bị vỡ nên TVHBS xuất hiện triệu chứng khá muộn (BN của chúng tôi xuất hiện năm 46 tuổi) thường xuất hiện sau các điều kiện thuận lợi như béo phì, có thai hay sau các hoạt động lao động nặng. TVHBS bochdalex bên phải xuất hiện muộn do gan là tạng lớn bịt lỗ thoát vị.[7]

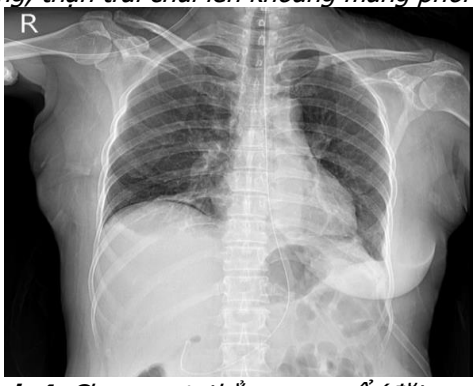
Ảnh 2: Chụp bụng KCB và chụp DD có barit (trước mổ)

- Đối với thoát vị hoành BS bên phải (TVHBSP), các tạng bị TV thường là gan, thận hay tổ chức mỡ trong khi TVHT nội dung là ruột

non, ĐT, dạ dày, lách, tụy và thận trái. Tỷ lệ TVH 2 bên là 3-6%.



Ảnh 3: *CLVT dạ dày, lách, thân đuôi tụy, đại tràng, thận trái chui lên khoang màng phổi trái*



Ảnh 4: *Chụp ngực thẳng sau mổ (đặt mesh)*

- Chúng tôi có 1 BN nữ thoát vị hoành (P): BN này chỉ có triệu chứng đau bụng, không rõ khó thở và được mổ phiên (phẫu thuật nội soi:PTNS) (ảnh 5): tổn thương trong mổ cho thấy lỗ TV 10-8 cm, phân thùy sau (PTS) chui lên khoang MP (P), không đưa được xuống ổ bụng nên chỉ định cắt gan PTS và đặt mesh, DLMP(P).

Ảnh 5: TVH (P), PTS chui lên ngực P

- TVH(P) được phân loại theo TVH kiểu Bochdalex với tỷ lệ khoảng 10-15% tổng số TVH Bochdalex. Cho tới nay có 56 ca TVHBS(P) ở người lớn được báo cáo. Phần lớn các ca TVHBS(P) đều nhập viện CC trong đó tỷ lệ nữ mắc bệnh nhiều hơn nam. Triệu chứng chủ yếu là đau bụng, khó thở, thở nhanh nông. Các tác giả Watanable, Wenzel [8] báo cáo 3 BN thoát vị hoành (P): 1 ca hoại tử ĐT do TVHP nghẹt và 2 ca khác hoại tử ruột non do TVH P nghẹt gây viêm mủ màng phổi hay phân màng phổi P. Các BN này đều được mở ngực rửa MP, DLMP(P), cắt đoạn ruột hay ĐT hoại tử và dùng kháng sinh mạnh. Các tác giả khuyến cáo nên DLMP khi các tạng nghẹt hoại tử vào khoang màng phổi.

- Kết quả phẫu thuật cho thấy có 1 BN tử vong (16,6%) do sốc nhiễm trùng (TVHBS (T) nghẹt tái phát), các BN khác kết quả PT tốt, không có biến chứng, theo dõi sau mổ không thấy tái phát.

V. KẾT LUẬN

TVHBS Bochdalex xuất hiện muộn thường gặp bên trái (83,3%), Tuổi TB:39,0 T (26-46), nữ chiếm 66,7%, nam 33,3 %, 66.7% có đau bụng, nôn, khó thở; Các phương pháp chẩn đoán chính là chụp XQ bụng không chuẩn bị, XQ ngực thẳng, chụp hệ tiêu hóa có thuốc cản quang và chụp CLVT đa dãy có uông thuốc cản quang). Mổ cấp cứu 66,7% do thoát vị nghẹt. Các tạng TV gồm dạ dày (83,3%), lách và thân đuôi tụy (66,7%), đại tràng và ruột non (50%), thận trái 16,7%, gan 16,7% (TVH phải). Kích thước TB lỗ TVH (chiều lớn-nhỏ): 11,3-7 (cm); 33,3% hoại tử phình vị lớn, 1 BN hoại tử ruột non, sốc nhiễm trùng (TV sau mổ lần lại 1 ngày; Tỷ lệ TV 16,6%); 66,7% đặt mesh (1 BN đặt mesh qua PTNS). Không có biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Leeuwen L, and Fitzgerald DA.** Congenital diaphragmatic hernia .J Paediatr Child Health. (2014) 50: 667-73.
2. **Favre JP, Hagry O, Cheynel N.** Traitement chirgurgical des hernies diaphragmatiques rares.Encyclopedie Medico-Chirgurgical 40-247.
3. **Yusuf Yagmur, Ebral Yigit, Mehmet Babur, Serda Gumus.** Bochdalek hernia: A rare case report of adult age. Annals of Medecine and Surgery 5(2016) 72-75.
4. **Masayyuki.** Bochdalex hernia in adult: Two case reports and review of perioperative cardiopulmonary complications. Surgical case Reports (2020) 6;72
5. **J.R.Brown. J.D Horton et al.** Bochdalex hernia in a symptomatic adult. Ann. Thorac. Surg 98(2)(2014 Aug)701-704.
6. **N.M Patle, O Tania, P Prasad, PC. Das, S Khanna.** The management of Bochdalek hernia includes reduction of hernial contents to the peritoneal cavity and repaire of the diaphragmatic defect. Indian J. Surg 75 (Suppl 1) (2013 jun) 303-304.
7. **Salacin S, Alper B, Cekin N, Gulmen MK.** Bochdalex hernia in adullhood: a review and an autopsy case report. J Forensic Sci 1994;39:1112-1116.
8. **Watanable M, Ishibashi O, Watanabe M, Kondo T, Ohkohchi N.** Complicated adullt rightsided Bochdalek hernia with Chilaiditi's syndrome: a case report. Surg Case Rep (2015)1:95

ĐẶC ĐIỂM CỦA PHỤ NỮ THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM TẠI TRUNG TÂM HỖ TRỢ SINH SẢN QUỐC GIA BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thanh Tuấn[1], Nguyễn Việt Quang[1], Hồ Sỹ Hùng[1], Ngô Thị Yến[1], Ngô Toàn Anh[1], Nguyễn Thanh Thảo[2], Nguyễn Thị Trang[2], Hoàng Xuân Cường[3], Nguyễn Văn Lực[4], Vũ Thị Huyền[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm của những phụ nữ làm hỗ trợ sinh sản bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. **Phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang và chọn mẫu thuận lợi. **Đối tượng**: 1395 phụ nữ làm thụ tinh trong ống nghiệm. **Kết quả**: Tất cả các phụ nữ đều trong độ tuổi sinh sản, tuổi trung bình của phụ nữ là 33,6±5,5 tuổi, tỷ lệ nhóm vô sinh II chiếm 63,2%; thời gian vô sinh trung bình là 3,83±3,11 năm; Kết quả AMH thấp trung bình 1,96±1,2 ở những phụ nữ>35 tuổi. 88,6% phụ nữ đã làm TTTON 1 lần; Số noãn kém và ít đáp ứng cao nhất 32,7% ở nhóm đối tượng AMH thấp. **Kết luận**: Phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm thực hiện hầu hết ở các phụ nữ vô sinh II trong độ tuổi sinh sản. Thời gian vô sinh trung bình là 3,83±3,11 năm; Phụ nữ tuổi càng cao >35 thì AMH thấp; Nồng độ AMH thấp thì số noãn kém và ít đáp ứng (chiếm 32,7%).

Từ khoá: Thụ tinh trong ống nghiệm, vô sinh, hỗ trợ sinh sản

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF WOMEN UNDERGOING IN VITRO FERTILIZATION AT THE NATIONAL CENTER FOR ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY, CENTRAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To describe the characteristics of women undergoing in vitro fertilization (IVF) at the Central Obstetrics and Gynecology Hospital. **Research method:** Cross-sectional descriptive study with convenient sampling. **Subjects**: 1395 women undergoing IVF. **Results:** All women were of reproductive age, with the average age being 33.6±5.5 years. The proportion of group II infertility was 63.2%; the average duration of infertility was 3.83±3.11 years. The average low AMH result was 1.96±1.2 in women over 35 years old. 88.6% of women have had in vitro fertilization once. The highest rate of poor and low response was 32.7% in the low AMH group. **Conclusion:** IVF is mainly performed in women with group II infertility of reproductive age. The average duration of infertility is 3.83±3.11 years. Women over 35 years old tend to have low AMH levels. Low AMH levels are associated with a higher rate of poor and low response (32.7%).

Keywords: In vitro fertilization, infertility, reproductive support.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) là một trong những phương pháp điều trị tiến bộ nhất của kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Năm 1978, Louise Brown, em bé được TTTON lần đầu tiên ra đời tại Anh.[4] Hiện nay, TTTON là phương pháp điều trị vô sinh có tỷ lệ thành công cao nhất được chỉ định cho cả những trường hợp vô sinh, tắc vòi tử cung, lạc nội mạc tử cung, vô sinh không rõ nguyên nhân, đã thực hiện bơm tinh trùng vào buồng tử cung nhiều lần thất bại, xin noãn… Ngoài ra, TTTON còn hỗ trợ cho phương pháp điều trị khác như cho noãn, chẩn đoán di truyền trước khi làm tổ. Điều trị vô sinh là nhu cầu cấp thiết cho những cặp vợ chồng hiếm con nhằm đảm bảo hạnh phúc gia đình và sự phát triển hài hoà của toàn xã hội. Chính vì vậy nghiên cứu và điều trị vô sinh là một việc làm mang tính nhân văn và nhân đạo cao cả của con người. Nghiên cứu nhằm mục tiêu khảo sát đặc điểm chung của các phụ nữ sử dụng phương pháp hỗ trợ sinh sản TTTON tại trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc gia, Bệnh viện Phụ sản trung ương và thông qua các chỉ số tuổi, loại vô sinh, thời gian vô sinh và các chỉ số sinh hóa đánh giá dự trữ buồng trứng (AMH) với việc xác định số nang noãn… là một trong những yếu tố tin cậy để cân nhắc quyết định liệu pháp kích trứng trong TTTON một cách phù hợp từ đó góp phần nâng cao hiệu quả điều trị vô sinh bằng TTTON trong hỗ trợ sinh sản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 1395 Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản đến khám và làm thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Trong độ tuổi sinh sản: ≥ 18 tuổi

[1]*Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[3]*Học viện Quân y*
[4]*Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Huyền
Email: vuthihuyen@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 11.3.2024
Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024
Ngày duyệt bài: 21.5.2024