

của thận 36/80 tiêu bản (45,0%). Có 27/80 tiêu bản không có nhánh ở rốn thận. Nghiên cứu trên lợn của Alejandro G.F., Ernesto B.L., Yesid E.H. (2017), động mạch thận phải có nhánh cực trên trong 101/121 trường hợp, nhánh vào cực dưới trong 119/121 trường hợp. Động mạch thận trái, nhánh cực trên trong 107/121 trường hợp, còn nhánh vào cực dưới trong 100% các trường hợp [5].

V. KẾT LUẬN

Số động mạch thận: là 1 động mạch (87,5%), 2 động mạch (12,5%). Đường kính động mạch thận trung bình là $4,05 \pm 0,44$ mm. Độ dài động mạch thận trung bình là $29,35 \pm 8,05$ mm. Các động mạch thận có 2 hoặc 3 nhánh. Đa số các tiêu bản các động mạch thận có 2 nhánh: bên phải (95,0%), bên trái (92,5%). Vị trí phân chia các nhánh động mạch thận: 100% trước rốn thận. Đa số các trường hợp có 3 động mạch được phân vào cực trên (57,5%), 3 động mạch được phân vào cực dưới (45,0%), không có ở rốn thận (33,8%). Đa số các trường hợp có tương quan 1 động mạch thận kèm 1 tĩnh mạch thận ở rốn thận (86,2%). Các trường hợp còn lại có 2 động mạch đi kèm với 1 tĩnh mạch, trong đó bên phải là (5,0%), và ở bên trái là (2,5%). Vị trí động mạch so với tĩnh mạch:

100% tĩnh mạch trước động mạch. Đa số các trường hợp có tương quan 1 động mạch thận đi kèm 1 tĩnh mạch thận ở cuống thận (97,5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mc. Laughlin và cộng sự (1961)**, "A study of the subgross pulmonary anatomy in various mammals", *Developmental Dynamics*, 108(2), tr. 149–165.
2. **Lorentziadis và cộng sự (2005)**, "Topographic anatomy of bronchial arteries in the pig: a corrosion cast study", *Journal of Anatomy*, 207(4), tr. 427–432.
3. **Noestelthaller và Cộng sự (2007)**, "Branching Patterns of the Left Main Coronary Artery in the Dog Demonstrated by the Use of Corrosion Casting Technique", *Anatomia, Histologia, Embryologia*, 36(1), tr. 33–37.
4. **Gordon. et al (2007)**, "Visualizing Carneades argument graphs", *Law, Probability and Risk*, 6, tr. 109–117.
5. **Alejandro G.F., Ernesto B.L., Yesid E.H.** (2017), Morphological Characterization of the Renal Arteries in the Pig. Comparative Analysis with the Human, *Int. J. Morphol.*, 35(1):319-324.
6. **Mazensky D.M., Flesarova S. (2017)**, Arrangement of Renal Arteries in Guinea Pig, the anatomical record 300:556–559
7. **Trịnh Xuân Đàn (1999)**, Nghiên cứu giải phẫu hệ thống đài bể thận và mạch máu thận kinh thận của người Việt Nam trưởng thành, Học viện Quân y

ĐẶC ĐIỂM CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN BẰNG SIÊU ÂM CÁC DỊ TẬT BẨM SINH ỒNG TIÊU HÓA Ở TRẺ SƠ SINH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Văn Quang¹, Nguyễn Kiến Mậu²,
Trần Thị Hoài Thu³, Ngô Minh Xuân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm chẩn đoán tiền sản bằng siêu âm và kết quả điều trị trẻ sơ sinh bị dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa (DTBSOTH) được phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu mô tả hàng loạt ca, số liệu thu thập từ bệnh án của bệnh nhân. **Đối tượng:** Trẻ sơ sinh có chẩn đoán DTBSOTH được phẫu thuật (dựa trên tường trình phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh) và kết quả chẩn đoán tiền sản bằng siêu âm tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/2020 đến 06/2021. **Kết quả:** Ghi nhận có 205 trẻ sơ sinh bị

DTBSOTH được phẫu thuật. Tỷ lệ thai phụ được khám, tư vấn và chẩn đoán tiền sản là 100% (ở TP.HCM) và 95,6% (các tỉnh). Phương tiện chẩn đoán tiền sản phổ biến là siêu âm (97,6%). 42,5% phát hiện có DTBSOTH bằng siêu âm tiền sản. 45,8% trẻ không được khám ngay sau sanh. 22,9% trường hợp điều trị thất bại rồi mới chuyển tuyến. Tuổi con lúc nhập viện trung bình 5,19 ngày tuổi. Thời gian nằm viện trung bình là 25,4 ngày. 48,8% có biến chứng. 77,1% trẻ xuất viện an toàn. Tỷ lệ tử vong 8,3%. So sánh giữa nhóm trẻ có mẹ được chẩn đoán tiền sản bị DTBSOTH với nhóm trẻ còn lại tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ khám ngay sau sinh, thời điểm chuyển viện, lý do chuyển tuyến, số ngày điều trị, dị tật bẩm sinh (DTBS) và bất thường nhiễm sắc thể (NST), tỷ lệ tử vong. **Kết luận:** Tầm soát tiền sản các DTBSOTH bằng siêu âm góp phần vào kết quả điều trị trẻ sơ sinh có phẫu thuật các bất thường bẩm sinh tiêu hóa.

Từ khóa: Siêu âm chẩn đoán tiền sản, dị tật bẩm sinh, dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa, sơ sinh.

¹ Bệnh viện Quân y 7A

² Bệnh viện Nhi Đồng 1

³ Trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Quang

Email: quangpssg@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023

SUMMARY**THE FEATURES OF PRENATAL DIAGNOSIS BY ULTRASOUND AND TREATMENT RESULTS IN NEONATES WITH CONGENITAL DIGESTIVE MALFORMATIONS**

Objectives: To describe characteristics of prenatal diagnosis by ultrasound and treatment results in neonates with congenital digestive malformations (CDMs) operated. **Material and method:** Retrospective case series study, data were collected by medical records. Selection criteria: Neonates diagnosed with CDMs operated at Children's Hospital N^o 1 from 01/2020 to 06/2021. **Results:** 205 neonates with CDMs were operated. The percentage of pregnant women receiving prenatal examination, counseling and diagnosis was 100% (HCM City) and 95.6% (provinces). The most common prenatal diagnostic tool was ultrasound (97.6%). 42.5% cases were found CDMs by prenatal ultrasound. 45.8% of neonates were not examined immediately after birth. There were 22.9% cases of treatment failure at the local hospitals and then referral. The average age of neonates at admission was 5.19 days old. The average hospital stay was 25.4 days. 48.8% recorded complications. 77.1% of neonates were discharged safely. The mortality rate was 8.3%. There was a statistically significant difference in the rate of examination immediately after birth, time of hospital transfer, the reason for referral, number of days of treatment, multiple birth defects and chromosomal abnormalities, and mortality rate when comparing between the group of children whose mothers were diagnosed with prenatal ultrasound and the remaining group of neonates. **Conclusions:** Prenatal diagnosis of CDMs by ultrasound contributes to the treatment outcome of neonates with congenital gastrointestinal abnormalities.

Keywords: Prenatal diagnosis, birth defects, congenital digestive malformations (CDMs), neonatal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dầu có nhiều tiến bộ trong chăm sóc tiền sản, chẩn đoán và xử trí phẫu thuật chu sinh các bệnh lý dị tật bẩm sinh (DTBS), tỷ lệ tử vong sơ sinh nhìn chung là vấn đề rất đáng quan tâm^[1]. Năm 2018, toàn thế giới có 5,3 triệu tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi thì tử vong sơ sinh chiếm hơn 50%^[8]. DTBS là một trong năm nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ sơ sinh^[7]. Trong các DTBS ở trẻ sơ sinh có thể can thiệp bằng phẫu thuật thì dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa (DTBSOTH) đứng hàng đầu^[7]. Trong các dị tật bẩm sinh nặng, DTBSOTH là nhóm bệnh lý thường gặp^{[3],[7]}. Có nhiều báo cáo về kết quả điều trị phẫu thuật tại các bệnh viện trong cả nước và ghi nhận tỷ lệ tử vong sơ sinh phẫu thuật do DTBSOTH khá cao^{[6],[7]}.

Hiện nay, nội dung chương trình sàng lọc các bệnh lý sơ sinh trước sanh của Bộ Y Tế chưa có

chương trình tầm soát các DTBSOTH^[1]. Việc tìm ra một phương tiện chẩn đoán hình ảnh để áp dụng cho chương trình tầm soát các DTBSOTH là rất quan trọng, góp phần vào mục tiêu giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh. Trong các phương tiện tầm soát tiền sản các DTBSOTH có siêu âm, là phương tiện chẩn đoán tiền sản có nhiều ưu điểm vượt trội như giá thành rẻ, dễ áp dụng, triển khai được ở mọi tuyến điều trị, phương pháp không xâm lấn, không để lại các biến chứng như một số phương pháp khác.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá các đặc điểm về chẩn đoán tiền sản, đặc biệt là siêu âm chẩn đoán trước sanh phát hiện các DTBSOTH có ảnh hưởng như thế nào đến kết quả điều trị ở nhóm trẻ sơ sinh này với mục tiêu: *Mô tả các đặc điểm chẩn đoán tiền sản và kết quả điều trị của trẻ sơ sinh bị DTBSOTH được phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/2020 đến 06/2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca.

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả trẻ sơ sinh (0-28 ngày tuổi) đã được phẫu thuật DTBSOTH tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/2020 đến 06/2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Tất cả trẻ sơ sinh được chẩn đoán xác định có DTBSOTH được phẫu thuật (qua tường trình phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh) và kết quả siêu âm chẩn đoán tiền sản tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/2020 đến 06/2021.

Tiêu chuẩn loại trừ. Trẻ không đủ các biến số cần cho nghiên cứu.

Hồ sơ bệnh án bị thất lạc.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu. Dùng dữ liệu máy tính có lưu trữ danh sách tất cả những trẻ được phẫu thuật tại phòng mổ của bệnh viện Nhi đồng 1 trong thời gian kể trên. Trích lọc những ca có chẩn đoán sau mổ là các DTBSOTH (các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu với đầy đủ các thông tin). Trẻ sẽ được ghi nhận đặc điểm về dịch tễ, chẩn đoán, diễn tiến điều trị và kết quả điều trị của tuyến trước và tại khu chuyên sâu sơ sinh bệnh viện Nhi Đồng 1.

Các số liệu được phân tích thống kê bởi phần mềm Stata 16.0. Biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị). Biến định tính trình bày dưới dạng tần số (tỷ lệ%). Sự khác biệt giữa biến định tính kiểm định bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher's exact. Sự khác biệt của

biến định lượng kiểm định bằng phép kiểm t, phép kiểm ANOVA (nếu biến số có phân phối chuẩn) hoặc phép kiểm phi tham số (nếu biến số không có phân phối chuẩn). Tất cả các kiểm định được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị P của kiểm định thống kê là $P < 0,05$ (khoảng tin cậy 95%).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Qua khảo sát 205 trường hợp trẻ sơ sinh có DTBSOTH được phẫu thuật từ 01/2020-06/2021 tại bệnh viện Nhi Đồng 1, thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Chúng tôi thu được các kết quả sau:

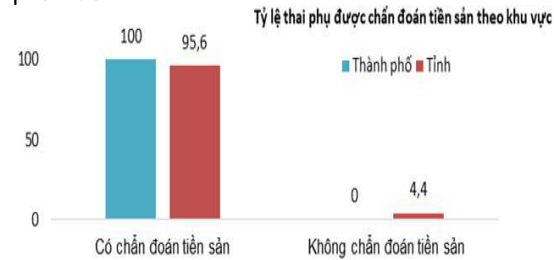
3.1. Đặc điểm chung của nhóm trẻ trong nghiên cứu. Kết quả khảo sát 205 trường hợp trẻ bị DTBSOTH với tỷ lệ trai/gái là 1,7/1. Tỷ lệ này phù hợp với các báo cáo trong y văn và nhiều nghiên cứu về DTBSOTH^{[3],[6],[7]}. Tuổi thai trung bình lúc sinh là $37,50 \pm 2,47$ tuần. Đa phần trẻ sinh đủ tháng (76,1%), có 23,4% trẻ sinh non (<37 tuần). Cân nặng lúc sinh trung bình là $2838,05 \pm 685,27g$; khoảng 22,9% trẻ nhẹ cân (<2500g). Các trẻ sanh non thường hay đi kèm với cân nặng lúc sinh thấp, 2 yếu tố này kết hợp thường làm tăng nguy cơ tử vong cho trẻ^{[7],[8]}.

Các DTBSOTH trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nhiều nhất là nhóm bất sản hậu môn - trực tràng (40,0%), kể đến là nhóm teo ruột non (18%)(teo tá tràng 7,3% và teo hỗng - hồi tràng 10,7%), bệnh Hirschsprung (15,6%), teo thực quản (9,3%). Tuy tỷ lệ có khác nhau giữa các nghiên cứu nhưng rất nhiều nghiên cứu đều cho thấy nhóm bất sản hậu môn- trực tràng là nhóm bệnh lý chiếm đa số^{[6],[7]}.

Trong 205 trường hợp mà chúng tôi nghiên cứu, ghi nhận được 35 trường hợp (17,1%) có trên 2 DTBSOTH và 104 trường hợp (50,7%) trẻ có DTBS ở các cơ quan khác phối hợp với DTBSOTH. Trong đó DTBS tim mạch (tim bẩm sinh) chiếm tỷ lệ nhiều nhất (34,6%), bất thường NST (20,2%), đa dị tật bẩm sinh kèm HC Vacterl (20,2%), thận - tiết niệu - sinh dục (13,5%). Trong số 21 trẻ có bất thường NST thì HC Down chiếm 15 trẻ (71,4%). HC Down là loại bất thường NST thường hay đi kèm với các bệnh lý bất thường bẩm sinh tiêu hóa^[5]. Đa DTBS nói chung cũng như đa DTBSOTH là một trong những yếu tố làm nặng thêm bệnh và tăng nguy cơ tử vong cho trẻ. Khi thăm khám, khảo sát tiền sản cần lưu ý đặc điểm này để có một sự đánh giá toàn diện trẻ tránh bỏ sót các DTBS phối hợp.

3.2. Đặc điểm chẩn đoán tiền sản. Trong 205 trường hợp được khảo sát, chúng tôi chia đối tượng nghiên cứu thành hai nhóm có nơi sinh

ở khu vực thành phố Hồ Chí Minh (thành phố, TP.HCM) và các tỉnh khác (các tỉnh) để phân tích.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ thai phụ được thăm khám, tư vấn và chẩn đoán tiền sản theo khu vực

Tỷ lệ thai phụ được thăm khám, tư vấn và chẩn đoán tiền sản là 100% (ở thành phố) và 95,6% (các tỉnh) (biểu đồ 1). Tỷ lệ thai phụ được thăm khám và chẩn đoán trước sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là rất cao so với nhiều nghiên cứu như của tác giả Võ Công Đồng, Nguyễn Trần Nam năm 2007 tại bệnh viện Nhi Đồng 1 là 1,8%, nghiên cứu cùng tại bệnh viện Nhi Đồng 2 của tác giả Huỳnh Thị Duy Hương, Trần Thống Nhất năm 2012 là 9,26%, tác giả Trần Thị Lam năm 2017 là 83,5%. Ta thấy qua các năm số thai phụ được khám, tư vấn và chẩn đoán tiền sản ngày một tăng. Có lẽ do trình độ dân trí ngày một tăng, sự quan tâm đến sức khỏe sinh sản ngày càng nhiều hơn cũng như mạng lưới y tế có ở tất cả các tuyến. Đây cũng là yếu tố thuận lợi cho việc tư vấn và tiếp cận các phương pháp chẩn đoán tiền sản của các thai phụ nhằm gia tăng tỷ lệ phát hiện các DTBSOTH trong chẩn đoán trước sinh.

Bảng 1. Các phương tiện dùng để chẩn đoán tiền sản

Phương tiện chẩn đoán	Tần số	Tỷ lệ %
Xét nghiệm máu	200	97,6
Siêu âm	200	97,6
Chọc ối	64	31,2
MRI	0	0

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận phương tiện phổ biến để chẩn đoán tiền sản là xét nghiệm máu kết hợp với siêu âm (97,6%). Siêu âm là phương pháp khảo sát hình ảnh học cho nhiều giá trị trong chẩn đoán các DTBSOTH và dễ triển khai ở tất cả các tuyến. So với các phương tiện chẩn đoán tiền sản khác như xét nghiệm máu, Xquang, MRI... thì siêu âm có nhiều ưu điểm vượt trội hơn. Cùng với sự gia tăng tỷ lệ các thai phụ được thăm khám, tư vấn và chẩn đoán tiền sản kết hợp với sự sẵn có của các phương tiện chẩn đoán trước sinh như siêu âm sẽ là điều kiện thuận lợi cho việc tăng khả năng

phát hiện các DTBSOTH, góp phần giảm tỷ lệ các biến chứng, giảm tỷ lệ tử vong. Về chỉ định chọc ối, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 64 trường hợp (31,2%) chấp nhận với chỉ định chọc ối sau khi có kết quả siêu âm gợi ý có bất thường tiêu hóa. Nhưng cũng có đến 39 trường hợp (19,0%) thai phụ từ chối chỉ định chọc ối vì lo sợ các tai biến do thủ thuật này mang lại. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có chỉ định MRI trong chẩn đoán tiền sản.

Bảng 2. Tỷ lệ trẻ được phát hiện bất thường trên siêu âm theo nơi siêu âm

Đặc điểm	Nơi siêu âm				Giá trị p
	Thành phố (n = 87)		Tỉnh (n = 113)		
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Có	60	69,0	25	22,1	<0,001 ^a
Không	27	31,0	93	77,9	

^a(Kiểm định chi bình phương)

Có 85 trường hợp (42,5%) được phát hiện có bất thường bẩm sinh tiêu hóa qua siêu âm tiền sản. So với một số nghiên cứu, kết quả mà chúng tôi ghi nhận được trong nghiên cứu về khả năng siêu âm tiền sản phát hiện được DTBSOTH có tỷ lệ cao hơn. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Vân Yến năm 2017, siêu âm trước sinh có giá trị chẩn đoán các DTBSOTH có độ nhạy là 65,8% và độ đặc hiệu cao 99,4%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa DTBSOTH qua siêu âm tiền sản và kết quả điều trị (n = 205)

Đặc điểm	Có bất thường (n = 85)	Không bất thường (n = 120)	Giá trị p	OR (KTC 95%)
Khám ngay sau sinh: Có Không	67 (78,8) 18 (21,2)	44 (36,7) 76 (63,3)	<0,001 ^a	6,43 (3,25 – 12,91)
Thời điểm chuyển viện ≤5 ngày >5 ngày	74 (87,1) 11 (12,9)	82 (68,3) 38 (31,7)	0,002^a	3,12 (1,43 – 7,23)
Lý do chuyển tuyến Điều trị thất bại Điều trị theo tuyến	15 (17,7) 70 (82,3)	32 (26,7) 88 (73,3)	0,130 ^a	0,59 (0,27 – 1,23)
Biến chứng phẫu thuật Có Không	46 (54,1) 39 (45,9)	54 (45,0) 66 (55,0)	0,198 ^a	1,44 (0,79 – 2,62)
Ngày điều trị: >15 ngày ≤15 ngày	74 (87,1) 11 (12,9)	81 (67,5) 39 (32,5)	0,001^a	3,24 (1,48 – 7,51)
Đa dị tật bẩm sinh: Có Không	22 (25,9) 63 (74,1)	13 (10,8) 107 (89,2)	0,005^a	2,87 (1,27 – 6,64)
Bất thường NST: Có Không	16 (76,2) 69 (37,5)	5 (13,8) 115 (62,5)	0,001^a	5,33 (1,75 – 19,28)
Tử vong: Có Không	12 (14,1) 73 (85,9)	5 (4,2) 115 (95,8)	0,011^a	3,78 (1,17 – 14,19)

Tần số (%), ^a Kiểm định chi bình phương, NST: nhiễm sắc thể

Khám ngay sau sinh: Trẻ được khám ngay sau sinh sẽ được theo dõi và phát hiện sớm các

Siêu âm có giá trị khi dị tật gây thay đổi hình thái giải phẫu và vị trí tạng^[4]. Theo nghiên cứu của tác giả Huỳnh Thị Duy Hương (2012), siêu âm trước sinh phát hiện được 9,3% các DTBSOTH^[7]. Theo nghiên cứu của tác giả Dorothy I Bulas (2021), tỷ lệ chẩn đoán tiền sản các dị tật tiêu hóa có thể đạt 34% các trường hợp dị tật^[2]. Ghi nhận tỷ lệ phát hiện các DTBSOTH trước sanh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, đây là kết quả đáng khích lệ. Sự thành công này cũng góp phần vào mục tiêu giảm tỷ lệ tử vong ở sơ sinh. Khi phân tích về khả năng phát hiện các DTBSOTH trên siêu âm tiền sản giữa khu vực TP.HCM và các tỉnh, trong 85 trường hợp phát hiện được các DTBSOTH trên siêu âm tiền sản thì ở khu vực TP.HCM có 60 trường hợp chiếm 70,6%, ở các tỉnh chỉ phát hiện được 25 trường hợp chiếm 29,4%. Có sự khác biệt có nghĩa thống kê về khả năng phát hiện các DTBSOTH bằng siêu âm tiền sản giữa khu vực TP.HCM so với các tỉnh với P<0,001. Nâng cao hơn nữa trình độ chuyên môn trong chẩn đoán trước sanh của nhân viên tuyến trước là việc làm cần thiết.

3.3. Kết quả điều trị. Qua khảo sát 205 trường hợp các thai phụ có siêu âm chẩn đoán tiền sản. Chúng tôi so sánh nhóm trẻ có mẹ được siêu âm chẩn đoán tiền sản phát hiện DTBSOTH (có bất thường, n= 85) với nhóm trẻ còn lại (không bất thường, n=120) về một số đặc điểm sau:

DTBS trong đó có các DTBSOTH, được chẩn đoán sớm và chuyển viện lên tuyến trên kịp thời.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 94 trường hợp (45,8%) trẻ không được khám ngay sau sinh. Tỷ lệ khám ngay sau sinh ở khu vực TP.HCM là 74,3%, trong khi đó tỷ lệ này ở các tỉnh là 25,7%. Kết quả nghiên cứu tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ được khám ngay sau sinh theo tuyến điều trị giữa TP.HCM và các tỉnh với giá trị $p < 0,05$. Khi so sánh nhóm trẻ có mẹ được siêu âm chẩn đoán tiền sản phát hiện có DTBSOTH với nhóm trẻ còn lại thì những trường hợp được phát hiện có DTBSOTH trong chẩn đoán tiền sản bằng siêu có tỷ lệ khám ngay sau sinh gấp 6,43 lần so với nhóm còn lại với $P < 0,001$ (bảng 3).

Thời điểm chuyển viện: Thời điểm chuyển viện hay tuổi con lúc nhập viện được tính từ khi sinh ra đến khi nhập viện tuyến trên. Do đặc thù là nhóm bệnh lý DTBSOTH có phẫu thuật nên trẻ được chuyển viện sớm ngay sau sinh cũng là yếu tố góp phần giảm tỷ lệ tử vong, giảm các di chứng và rút ngắn được số ngày điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời điểm chuyển viện trung bình là 5,19 ngày sau sinh, nhỏ nhất là 0,5 ngày tuổi và lớn nhất là 26 ngày tuổi. Nếu lấy thời điểm nhập viện là trước hoặc sau 5 ngày sau sinh thì nhóm trẻ có mẹ được siêu âm chẩn đoán tiền sản phát hiện có DTBSOTH sớm hơn gấp 3,12 lần so với nhóm trẻ còn lại với $P = 0,002$ (bảng 3).

Chuyển tuyến điều trị: Qua khảo sát 205 trường hợp trẻ sơ sinh bị DTBSOTH được chuyển tuyến đến bệnh viện Nhi Đồng 1, Có 22,9% các trường hợp sau khi thất bại điều trị (bệnh nặng hơn, không đáp ứng điều trị, nhiều biến chứng) ở tuyến trước rồi mới chuyển viện. Tỷ lệ chuyển tuyến do điều trị thất bại ở các tỉnh gấp 2,68 lần so với khu vực TP.HCM với $P < 0,001$. Tuy nhiên chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm trẻ có mẹ được chẩn đoán tiền sản bằng siêu âm phát hiện có DTBSOTH so với nhóm còn lại về tỷ lệ thất bại điều trị (bảng 3).

Biến chứng phẫu thuật: Ghi nhận có 100 trường hợp (48,8%) có biến chứng và hơn 1 biến chứng có 58 trường hợp (58,0%). Tổng cộng có 178 các loại biến chứng. Viêm phổi, nhiễm trùng huyết và sốc là ba loại biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 42,7%, 28,0% và 8,4%. Khi so sánh giữa nhóm trẻ có mẹ được siêu âm chẩn đoán tiền sản bị DTBSOTH với nhóm trẻ còn lại chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P = 0,198$ (bảng 3), có lẽ các biến chứng do nhiều yếu tố chi phối.

Số ngày điều trị: Thời gian nằm viện cũng là một yếu tố cần quan tâm. Thời gian nằm viện càng dài thì càng gia tăng các biến chứng.

Ngược lại, nhiều biến chứng sẽ kéo theo số ngày nằm viện tăng, từ đó sẽ gia tăng tỷ lệ tử vong. Hai yếu tố biến chứng và thời gian nằm viện đi tương đồng lẫn nhau, hỗ trợ cho nhau. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Võ Công Đồng, Nguyễn Trần Nam (2007) trên nhóm sơ sinh DTBSOTH được phẫu thuật tại khoa hồi sức ngoại bệnh viện Nhi Đồng 1 thì nếu thời gian nằm hồi sức trên 11 ngày sẽ gia tăng tỷ lệ tử vong [7]. Trong 205 trường hợp được khảo sát, thời gian điều trị trung bình $25,4 \pm 16,9$ ngày. Trường hợp điều trị ngắn nhất là 1 ngày, 1 trường hợp sanh cực non có thời gian nằm viện lâu nhất kéo dài gần 3,5 tháng (119 ngày). Phân tích thống kê tìm thấy mối liên quan giữa số ngày điều trị với từng loại DTBSOTH với $p < 0,001$. Nếu lấy điểm cắt thời gian nằm viện là trước và sau 15 ngày, khi so sánh giữa nhóm trẻ có mẹ được siêu âm chẩn đoán tiền sản bị DTBSOTH với nhóm trẻ còn lại tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P = 0,001$ (bảng 3).

Đa dị tật bẩm sinh và bất thường NST: Đây là hai yếu tố thường đi song hành với nhau, trên 1 trẻ có đa DTBS thường hay kèm bất thường NST và ngược lại. Hai yếu tố này sẽ gây nên trình trạng bất lợi cho điều trị. Trẻ sơ sinh có các yếu tố này sẽ có thời gian điều trị dài ngày hơn, nhiều biến chứng hơn và tăng tỷ lệ tử vong. Khi so sánh giữa nhóm trẻ có mẹ được siêu âm chẩn đoán tiền sản phát hiện có DTBSOTH với nhóm trẻ còn lại về tình trạng đa DTBS và bất thường NST đều tìm được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P = 0,005$ và $P = 0,001$) (bảng 3).

Tử vong: Trong 205 trường hợp được khảo sát, nhóm bệnh nhi có tình trạng sức khỏe ổn định xuất viện có tỷ lệ chiếm đa số (77,1%). Có đến 14,6% bệnh nhi quá tuổi sơ sinh nhưng bệnh vẫn chưa ổn định nên phải chuyển khoa điều trị (khoa ngoại tổng hợp). Ghi nhận có 17 trường hợp tử vong, chiếm 8,3%. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi giảm nhiều so với nghiên cứu của tác giả Võ Công Đồng, Nguyễn Trần Nam (19,0%) trên nhóm bệnh nhi phẫu thuật đường tiêu hóa ở khoa ngoại bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2007, có lẽ do có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán tiền sản, phẫu thuật và hồi sức sơ sinh. Kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Vân Yến tại bệnh viện phụ sản Trung ương năm 2017, tỷ lệ tử vong là 24,8%, Asindi AA năm 2002 là 12%. Tỷ lệ tử vong trong nhóm sơ sinh được phẫu thuật đường tiêu hóa ở bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2012 của tác giả Huỳnh Thị Duy Hương, Trần Thống Nhất là 6,5%; của tác giả Trần Thị Lam năm 2017 là 7,7%. So với kết

qua nghiên cứu của chúng tôi có thấp hơn một chút. Các nguyên nhân tử vong thường gặp với tỷ lệ lớn: Non tháng (82,2%); viêm phổi, nhiễm trùng huyết, nhẹ cân cùng có tỷ lệ 76,5%; đa dị tật bẩm sinh (64,7%), phổi hợp nhiều nguyên nhân (71,2%). Kết quả nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa tử vong với bệnh lý mẹ trước thai kỳ, bệnh lý mẹ trong thai kỳ, cân nặng lúc sinh thấp, sanh non, đa dị tật bẩm sinh, có trên 1 biến chứng và trên 1 biến chứng kèm thủng gây viêm phúc mạc. Kết quả phân tích tử bảng 3, tìm thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P= 0,011 khi so sánh nhóm trẻ có mẹ được siêu âm chẩn đoán tiền sản phát hiện có DTBSOTH với nhóm trẻ còn lại. Điều đó có nghĩa là những trẻ có mẹ được siêu âm chẩn đoán tiền sản phát hiện có DTBSOTH thì tỷ lệ tử vong thấp hơn nhóm còn lại 3,78 lần (bảng 3).

Như vậy, qua kết quả phân tích (bảng 3) khi so sánh giữa nhóm trẻ có mẹ được siêu âm chẩn đoán tiền sản phát hiện được DTBSOTH với nhóm trẻ còn lại tìm thấy được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ khám ngay sau sinh, thời điểm chuyển viện, lý do chuyển tuyến (điều trị theo tuyến), số ngày điều trị, đa DTBS và bất thường NST và tỷ lệ tử vong.

IV. KẾT LUẬN

Nhóm trẻ có mẹ được siêu âm chẩn đoán tiền sản phát hiện có DTBSOTH trước sanh có tỷ lệ khám ngay sau sinh nhiều hơn, tỷ lệ điều trị thất bại ở tuyến trước rồi mới chuyển viện thấp hơn, chuyển viện sớm hơn, phát hiện có DTBS và bất thường NST kèm nhiều hơn, số ngày điều trị ngắn hơn và tỷ lệ tử vong thấp hơn so với nhóm

trẻ còn lại có ý nghĩa thống kê.

Tầm soát tiền sản bằng siêu âm các DTBSOTH góp phần vào kết quả điều trị trẻ sơ sinh có phẫu thuật các bất thường bẩm sinh tiêu hóa.

V. KIẾN NGHỊ

Đưa chương trình tầm soát trước sinh các DTBSOTH phổ biến bằng siêu âm vào chương trình chẩn đoán tiền sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế** (2017), "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản", Bộ Y tế năm 2017.
2. **Dorothy I Bulas, Deborah Levine, Louise Wilkins - Haug**, (2021), "Prenatal diagnosis of esophageal, gastrointestinal, and anorectal", Uptodate Aug 17, 2021.
3. **Ngô Minh Xuân** (2012), "Tình hình tử vong ở các trẻ nhẹ cân tại khoa sơ sinh bệnh viện Từ Dũ từ năm 2000 đến năm 2011", Tạp chí Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh TP.HCM năm 2012.
4. **Orgul G, Soyer T, Yurdakok M, Beksac MS** (2019) "Evaluation of pre and postnatally diagnosed gastrointestinal tract obstructions." J Matern Fetal Neonatal Med 2019; 32:3215.
5. **Terasa Marino** (2017), "Prenatal Diagnosis for Congenital Malformations and Genetic Disorders", www.emedicine.mescape.com
6. **Trương Quang Định, Hà Tố Nguyên, Bùi Thanh Vân, Phạm Việt Thanh** (2015), "Đánh giá vai trò của siêu âm chẩn đoán tiền sản trong phẫu thuật tắc đường tiêu hóa bẩm sinh", Tài liệu hội nghị Việt - Pháp châu Á - Thái Bình Dương, TP.HCM tháng 5 năm 2015.
7. **Vũ Thị Vân Yến** (2017), "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, chẩn đoán trước và sau sinh các dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa", Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2017.
8. **WHO** (2019), "Newborn: Reducing mortality", WHO Fact Sheet, Sep. 2019.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỬ CỦA U DÂY THẦN KINH SỐ VIII ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT

Nguyễn Thành Bắc¹, Vũ Văn Hòe¹, Đồng Văn Hệ², Hoàng Kim Tuấn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng tử của bệnh nhân u dây VIII đã được vi phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và**

phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang không đối chứng trên 74 bệnh nhân u dây VIII được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại TT Phẫu thuật thần kinh bệnh viện Việt Đức từ từ tháng 10/2016 đến 03/2018. **Kết quả:** Nam giới (41,89%) mắc bệnh ít hơn nữ giới (58,11%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là 50,41± 9,43 tuổi. Đa số BN có triệu chứng ù tai (83,78%), nghe kém (82,43%), đau đầu (68,91%) và mất thăng bằng (37,83%). U dây thần kinh số VIII bên phải (54,41%) tương đương bên trái (45,59%). Chủ yếu bệnh nhân có cấu trúc u dạng hỗn hợp (81,08%) và u chèn ép vào tiểu não (95,94%), làm rộng ống tai trong (86,48%). Kích thước u trung bình là 38,1± 7,1mm. **Kết luận:** Triệu chứng lâm

¹Học viện Quân y

²Trung tâm Phẫu thuật thần kinh Bệnh viện Việt Đức

³Bệnh viện HNDK Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Kim Tuấn

Email: hoangkimtuhan.pttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2022

Ngày phân biện khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023