

MODEL OF CONGENITAL HEART DEFECTS AT CHILDREN'S HOSPITAL 2 IN 2024

Trinh Huu Tung^{1,2*}, Nguyen Thi Ngoc Phuong¹, Pham Le Trung Hieu¹, Dang Minh Xuan¹

¹Children's Hospital 2 -14 Ly Tu Trong, Sai Gon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Nguyen Tat Thanh University - 298A Nguyen Tat Thanh, Xom Chieu Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 11/08/2025

Revised: 26/08/2025; Accepted: 22/09/2025

ABSTRACT

Objective: Survey of congenital heart defect models at the Cardiology Department of Children's Hospital 2, Ho Chi Minh City in 2024.

Methods: Cross-sectional descriptive study with subjects being all children with congenital heart defects admitted to the Cardiology Department, Children's Hospital 2, Ho Chi Minh City, in 2024. Information on epidemiology, diagnosis, and treatment outcomes of the study subjects was collected and statistically analyzed.

Results: A total of 716 patients were included in the study, with an average age of 31.5 months (± 40.8). The highest proportion of patients (27.2%) was in the 1–6 month age group. Among these pediatric patients, 65.2% came from provincial areas. Prenatal diagnosis was reported in 4.4% of cases. Malnutrition was prevalent, affecting 78.49% of the children. Within this group, 40.78% were classified as underweight, 19.69% as stunted, and 18.02% as emaciated. Genetic syndromes were the most common associated condition, present in 3.6% of the cases. In terms of congenital heart defects (CHD), left-to-right shunt defects accounted for 59% of cases, followed by cyanotic CHD at 31%. The three most common types of defects were ventricular septal defect (25.1%), patent ductus arteriosus (16.7%), and tetralogy of Fallot (12.8%). Definitive treatment was performed in 54.8% of the patients, including 34% who underwent surgery and 20.8% who received catheter-based interventions. After treatment, 73.3% of the children showed improvement, and 15% achieved complete recovery. The overall mortality rate was 2.5%, with severe infections being the primary cause, accounting for 72.7% of the deaths. The median postoperative hospital stay was 4 days, and 63% of patients were discharged within 14 days of surgery.

Conclusion: CHD includes many heart defects, from simple to complex, and currently, Children's Hospital 2 has applied many methods in treatment and had more positive results than before

Keywords: Congenital Heart disease, pediatric disease, Children's Hospital 2.

*Corresponding author

Email: trinhhuutung@gmail.com **Phone:** (+84) 903607673 **Http:** //doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3313

MÔ HÌNH DỊ TẬT TIM BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 NĂM 2024

Trịnh Hữu Tùng^{1,2*}, Nguyễn Thị Ngọc Phượng¹, Phạm Lê Trung Hiếu¹, Đặng Minh Xuân¹

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2 -14 Lý Tự Trọng, P. Sài Gòn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành - Số 298A Nguyễn Tất Thành, P. Xóm Chiếu, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/08/2025

Chỉnh sửa ngày: 26/08/2025; Ngày duyệt đăng: 22/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm tìm hiểu mô hình dị tật tim bẩm sinh tại khoa Tim mạch bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên tất cả trẻ mắc bệnh TBS nhập khoa Tim mạch, Bệnh viện Nhi Đồng 2 thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) năm 2024. Những thông tin về đặc điểm TBS, chẩn đoán và kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu được thu thập và tiến hành phân tích thống kê.

Kết quả: Có 716 ca thỏa tiêu chí chọn mẫu. Tuổi trung bình là $31,5 \pm 40,8$ tháng, trong đó nhóm tuổi từ 1 đến 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 27,2. Tỷ lệ bệnh nhi không có hộ khẩu tại TPHCM là 65,2%. Có 4,4% bệnh nhân được phát hiện TBS trong giai đoạn tiền sản. 78,5% trẻ bị suy dinh dưỡng, trong đó 40,8% thể nhẹ cân, 19,7% thể thấp còi và 18,0% thể gầy còm. Có 8,1% bệnh nhân có bệnh lý đi kèm trong đó bất thường di truyền là bệnh lý thường gặp nhất 3,6%. Nhóm bệnh tim có luồng thông trái – phải chiếm ưu thế với 59%, tim bẩm sinh tím chiếm 31%. Ba dị tật phổ biến nhất là thông liên thất (25,1%), còn ống động mạch (16,7%), tứ chứng Fallot (12,8%). Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị phẫu thuật triệt để là 34%, can thiệp thông tim triệt để là 20%. Về kết quả điều trị có 73,3% bệnh nhân có cải thiện sau điều trị, 15% bệnh nhân khỏi hoàn toàn, tỉ lệ tử vong là 2,5%. Nguyên nhân tử vong chính là nhiễm trùng nặng (72,7%). Thời gian nằm viện hậu phẫu chung (thông tim, mổ tim) có trung vị là 4 ngày và 63% bệnh nhân xuất viện dưới 14 ngày.

Kết luận: Bệnh TBS cần được ưu tiên trong công tác chăm sóc trẻ em, trong đó bệnh viện Nhi Đồng 2 cần cùng các cơ quan chuyên môn đưa ra các khuyến cáo trong phòng chống và điều trị.

Từ khóa: Bệnh tim bẩm sinh, Bệnh viện Nhi Đồng 2.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật bẩm sinh tim hay tim bẩm sinh (TBS) là dị tật thường gặp nhất trong tất cả các loại dị tật bẩm sinh. Tỷ lệ mắc bệnh TBS được báo cáo rất khác nhau giữa các nghiên cứu trên thế giới và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trong số những trường hợp dị tật bẩm sinh ở trẻ nhỏ. Hiện nay tỷ lệ bệnh tim bẩm sinh trên toàn thế giới là 9 trên 1000 trẻ sinh sống và có sự thay đổi đáng kể theo vùng địa lý[1].

Khả năng sống sót và điều trị khỏi cho trẻ sơ sinh mắc bệnh tim bẩm sinh (TBS) đã tăng lên đáng kể nhờ tiến bộ trong điều trị. Một nghiên cứu theo dõi dọc của Paul Khairy trên những bệnh nhân mắc dị tật TBS tại Quebec, Canada giai đoạn 07/1987 đến

06/2005 cho thấy tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh và trẻ em giảm rõ rệt giai đoạn 1987-2005[2]. Nghiên cứu cũng chỉ ra tỷ lệ tử vong do TBS giảm 31% trong giai đoạn từ 2002 đến 2005 so với giai đoạn 1987 đến 1990.

Bệnh viện Nhi Đồng 2 thực sự là một trong những cơ sở y tế lớn tiếp nhận, quản lý và điều trị bệnh TBS. Tại bệnh viện, số bệnh nhi mắc TBS đạt 8.000 lượt đến khám và điều trị tại 2 giai đoạn 2018-2022[3]. Tuy vậy, chưa có báo cáo nào về mô hình bệnh tật cũng như kết quả điều trị TBS tại bệnh viện. Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu “Mô hình dị tật tim bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2024” với mục đích nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả

*Tác giả liên hệ

Email: trinhhuutung@gmail.com Điện thoại: (+84) 903607673 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3313>

điều trị bệnh TBS ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng 2 trong năm 2024. Kết quả này giúp bệnh viện tiếp tục cải tiến chất lượng đáp ứng chăm sóc y tế cho bệnh nhi mắc TBS.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả trẻ mắc bệnh TBS nhập khoa Tim mạch, Bệnh viện Nhi Đồng 2 Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu: Lấy toàn bộ mẫu từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024.

2.4. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả trẻ mắc bệnh TBS nhập khoa Tim mạch, Bệnh viện Nhi Đồng 2 Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024 được chẩn đoán TBS dựa trên lâm sàng và có kết quả siêu âm tim.

2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu: Toàn bộ thông tin từ hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân được xác định có bệnh tim bẩm sinh nhập khoa Tim mạch, Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/2024 đến 12/2024 được thu thập. Thông tin bao gồm đặc điểm nhân khẩu học, chẩn đoán lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân.

2.6. Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và nhập vào Excel sau đó phân tích trên phần mềm thống kê SPSS 20.0.

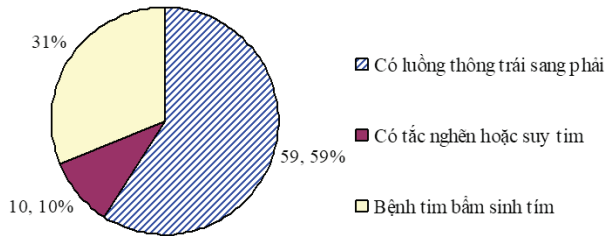
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của bệnh nhi mắc tim bẩm sinh trong nghiên cứu (n = 716)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nữ	368	51,4%
Nam	348	48,6%
Tuổi (tháng)	31,5 ± 40,8 (trung bình ± độ lệch chuẩn)	
Nhóm tuổi		
<30 ngày	37	5,2%
1-6 tháng	195	27,2%
6-12 tháng	124	17,3%
1-2 tuổi	93	13,0%

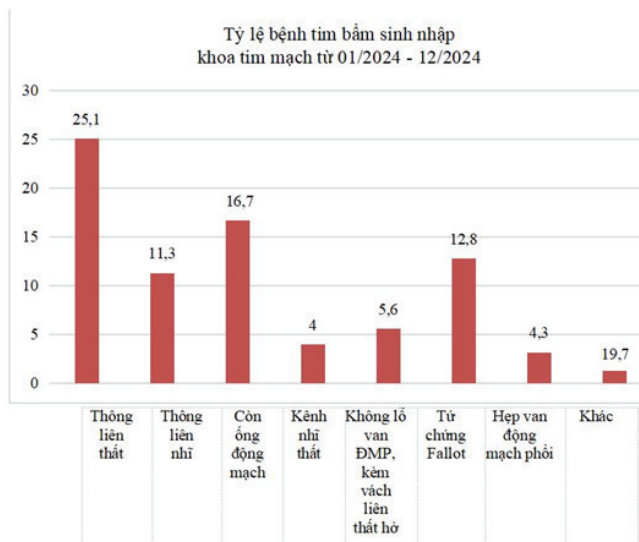
Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
2–5 tuổi	136	19,0%
>5 tuổi	131	18,3%
Nơi cư trú		
Tỉnh	467	65,2%
TP.HCM	249	34,8%
Lý do nhập viện		
Do tuyến trước chuyển đến:	336	46,9%
Tự đến	380	53,1%
Phân loại cân nặng lúc sinh		
Bình thường	580	80,8%
Nhẹ cân	10	1,5%
Rất nhẹ cân	121	16,9%
Cực nhẹ cân	5	0,98%
Tình trạng dinh dưỡng hiện tại		
Thừa cân béo phì	14	2,0
Bình thường	140	19,5
Suy dinh dưỡng:	562	78,5
Nhẹ cân	292	40,8
Thấp còi	141	19,7
Gầy còm	129	18,0
Bệnh lý đi kèm (+) (n = 716)	58	8,1%
Loại bệnh lý đi kèm (n = 58)		
Hô hấp	10	1,4%
Thần kinh	4	0,6%
Bất thường gen/NST	26	3,6%
Khác	18	2,0%
Chẩn đoán tiền sản (n = 716)	31	4,4%
Tuần tuổi thai phát hiện (tuần)	26,2 ± 6,2 (trung bình ± độ lệch chuẩn)	

Có 51,4% nữ, tuổi trung bình (tháng) 31,5 ± 40,8, nhóm 1-6 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 27,2%. 65,2% bệnh nhi đến từ tỉnh. 46,9% trẻ nhập viện do tuyến trước chuyển đến. 80,8% trẻ có cân nặng bình thường lúc sinh. 78,5% trẻ bị suy dinh dưỡng, trong đó 40,8% thể gầy còm, 19,7% nhẹ cân, 18,0% thấp còi. 8,1% trẻ có bệnh lý đi kèm trong đó bất thường gen/NST chiếm cao nhất 3,6%. 4,4% trẻ được chẩn đoán tiền sản. Tuần tuổi thai phát hiện TBS là 26,2 ± 6,2.



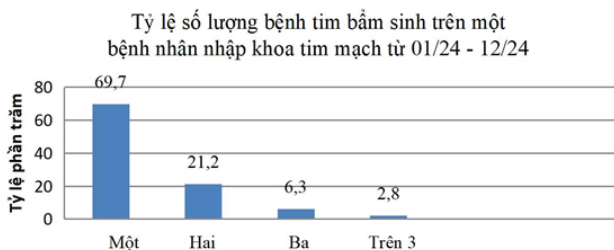
Hình 1. Tỷ lệ các bệnh lý TBS nhập khoa tim mạch từ 01/2024 - 12/2024

Có 59% trẻ có luồng thông trái sang phải, 10% có tắc nghẽn hoặc suy tim, 31% bệh tim bẩm sinh tím.



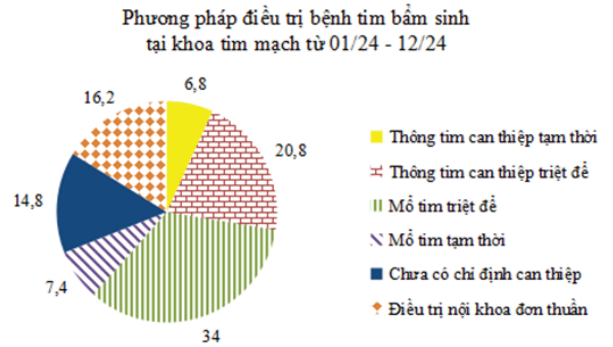
Hình 2. Tỷ lệ bệnh TBS nhập khoa tim mạch từ 01/2024 - 12/2024

Tỷ lệ thông liên thất đơn thuần chiếm cao nhất là 25,1%



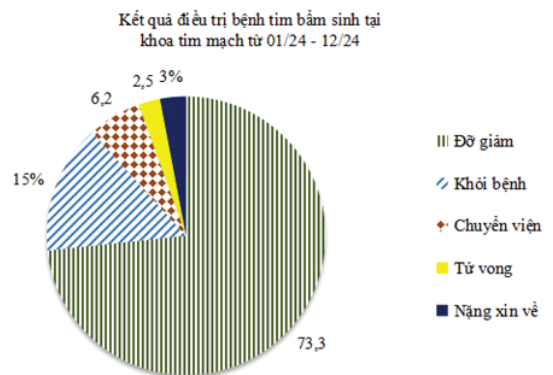
Hình 3. Tỷ lệ số tật TBS trên một bệnh nhân

Có 69,7% trẻ có một dị tật bẩm sinh tim, 30,3% có 2 dị tật trở lên



Hình 4. Phương pháp điều trị bệnh TBS tại khoa tim mạch từ 01/2024 - 12/2024

Mổ tim triệt để 34%, thông tim can thiệp triệt để 20,8%, kể đến là điều trị nội khoa đơn thuần 16,2% chưa có chỉ định can thiệp, 14,8%, mổ tim tạm thời 7,4%, thông tim can thiệp tạm thời.



Hình 5. Kết quả điều trị bệnh TBS tại khoa tim mạch từ 01/24 - 12/24

73,3% trẻ đỡ giảm, 15% khỏi hẳn, 6,2% chuyển viện, 3% nặng xin về và 2,5% tử vong

Bảng 2. Kết quả điều trị bệnh tim bẩm sinh

Đặc điểm (n = 716)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Thời gian hậu phẫu chung (ngày) (n=439)	4 (2 – 8) (Trung vị - khoảng tứ vị)	
Thời gian hậu phẫu mổ tim (ngày) (n=296)	7,5 (6 – 13) (Trung vị - khoảng tứ vị)	
Thời gian hậu thông tim (ngày) (n=197)	2,3 (1 – 4,5) (Trung vị - khoảng tứ vị)	
Thời gian nằm viện (ngày) (n = 716)	10 (5 – 18) (Trung vị - khoảng tứ vị)	
< 14 ngày	454	63,0%
14 – 28 ngày	152	21,3%
>28 ngày	110	15,7%

Đặc điểm (n = 716)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nguyên nhân chính tử vong (n = 26)		
Suy tim nặng	3	11,0%
Cao áp phổi nặng	2	7,7%
Nhiễm trùng nặng	19	72,7%
Khác	2	7,2%

Thời gian hậu phẫu chung trung vị là 4 ngày, thời gian hậu phẫu mổ tim trung vị 7,5 ngày, thời gian hậu phẫu thông tim 2,3 ngày. Có 63% trẻ nằm viện dưới 14 ngày, nguyên nhân tử vong chính là nhiễm trùng nặng 72,7%.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam 48,6% ít hơn nữ 51,4%, khác so với Hà Mạnh Tuấn(4) có tỉ lệ nam và nữ lần lượt là 54% và 46%. Kết quả của chúng tôi tương tự hai tác giả Ngô Anh Vinh(5) cũng có tỉ lệ nam và nữ lần lượt là 47,8% và 52,2%; Nguyễn Minh An(6) có tỉ lệ nam và nữ lần lượt là 48,6% và 51,4%.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $31,5 \pm 40,8$ tháng, kết quả này cao hơn so với của Hà Mạnh Tuấn(4) với tuổi trung bình là $5,7 \pm 1,18$ tháng, điều này có thể lý giải là do có sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu, trong nghiên cứu của Hà Mạnh Tuấn(4) đối tượng là bệnh nhân nhập khoa cấp cứu nên đa phần là bệnh nhân nhỏ tuổi mắc TBS nặng.

Trong đặc điểm về nhóm tuổi, kết quả cho thấy trong số các trẻ mắc TBS nhập viện thì đa số là dưới 12 tháng tuổi (49,7%), nghiên cứu của Hà Mạnh Tuấn(4) cũng cho thấy bệnh nhi mắc TBS đến khám và nhập viện đa số là dưới 12 tháng tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ bệnh nhi dưới 6 tháng tuổi là 32,4% tương đương so với nghiên cứu của Nguyễn Việt Hưng(7) là 36%, tỉ lệ trẻ trên 2 tuổi là 37,2%, tỉ lệ này tương đương so với nghiên cứu của Nguyễn Việt Hưng(7) là 32,6%. Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân được phát hiện và nhập viện điều trị tương đối sớm trong giai đoạn sơ sinh hoặc nhũ nhi, điều này phù hợp với đặc điểm của bệnh TBS, vốn thường biểu hiện sớm sau sinh.

Xét về nơi cư trú thì tỉ lệ bệnh nhi không có hộ khẩu tại TPHCM là 65,2% cao hơn ở TP.HCM, tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Hà Mạnh Tuấn(4) tỉ lệ bệnh nhân đến từ tỉnh là 82,2%. Tuy nhiên cả hai kết quả đều ghi nhận tỉ lệ đến từ tỉnh nhiều hơn TP.HCM. điều này cho thấy vai trò của bệnh viện Nhi Đồng 2 trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho khu vực miền Đông Nam Bộ, Duyên Hải Miền Trung và Tây Nguyên.

Về lý do nhập viện có 46,9% bệnh nhân do tuyến

trước chuyển đến, kết quả này thấp hơn với Hà Mạnh Tuấn(4) với tỉ lệ tuyến trước chuyển đến là 69%.

Về phân loại cân nặng lúc sinh, đa phần trong giới hạn bình thường chiếm 80,8%, nhẹ cân chiếm 1,4%, rất nhẹ cân là 16,9% và cực nhẹ cân là 0,98%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần tương tự tác giả Waworuntu(8) là đa phần trẻ mắc TBS có cân nặng lúc sinh trong giới hạn bình thường, chiếm 84,4%, tỉ lệ nhẹ cân chỉ chiếm 14,4%.

Đối với tình trạng dinh dưỡng thì 78,5% trẻ có SDD, tỉ lệ này tương đương với nghiên cứu của Đoàn Quốc Hưng(9) là 73,9%. Tuy nhiên cao hơn so với Nguyễn Việt Hưng(7) là 52,8%. Phân loại suy dinh dưỡng theo Z-Score có 40,8% nhẹ cân, 19,7% thấp còi, 18,0% trẻ SDD thể gầy còm, kết quả của chúng tôi phù hợp với nhận xét của tác giả Nguyễn Việt Hưng(7) với tỉ lệ nhẹ cân chiếm cao nhất kế đến là thấp còi và gầy còm với tỉ lệ lần lượt là 40,4%, 38,2%, 16,9% hay nghiên cứu của Nguyễn Minh An(6) cũng với tỉ lệ nhẹ cân chiếm cao nhất kế đến là thấp còi và gầy còm với tỉ lệ lần lượt là 54,3%, 45,7%, 41,9% Thực tế cho thấy rằng trẻ TBS sẽ dễ bị mắc suy dinh dưỡng cấp, khi đã suy dinh dưỡng thì dễ chuyển sang mạn, do đó phòng chống suy dinh dưỡng ngay từ giai đoạn đầu của bệnh là rất quan trọng.

Trong các bệnh lý đi kèm thì phần lớn trẻ không có bệnh lý đi kèm (91,9%), trong 8,1% có bệnh lý đi kèm thì đa số là bệnh lý bất thường nhiễm sắc thể hoặc đột biến gen (3,6%), kế đến là thần kinh, hô hấp,...

Tỉ lệ chẩn đoán tiền sản là 4,4%, thấp hơn so với nghiên cứu của của Hà Mạnh Tuấn(4) là 19,3% và thấp hơn rất nhiều so với các tác giả như Lê Minh Trác(10) có 93,6%, hay Nguyễn Việt Hưng(7) có 62,9% bệnh nhân được chẩn đoán tiền sản. Nhìn chung tỉ lệ phát hiện TBS trong giai đoạn tiền sản của nghiên cứu thấp, là một trong những lý do làm cho bệnh TBS thường phát hiện muộn trong tình trạng nặng và chưa kịp thời có can thiệp phù hợp. Tuổi thai trung bình phát hiện TBS trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận là $26,2 \pm 6,2$ tuần.

Số lượng trẻ mắc dị tật tim có luồng thông trái phải chiếm tỉ lệ cao 59%. Tỉ lệ TBS một dị tật chiếm 69,7% tỉ lệ này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Việt Hưng(7) tim bẩm sinh đơn dị tật là 64%. Tỉ lệ thông liên thất chiếm 25,1% đây là tỉ lệ cao nhất trong loại TBS thường gặp, tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Việt Hưng(7) thông liên thất chiếm 13,5%. Tỉ lệ này của chúng tôi tương tự so với nghiên cứu của Hà Mạnh Tuấn(4) trong các loại bệnh TBS thì thông liên thất chiếm tỉ lệ cao nhất là 20,7%, hay của Lê Minh Trác(10) thông liên thất 38,2%. Chiếm tỉ lệ thấp nhất trong các tật tim là nhóm bệnh TBS có tắc nghẽn bao gồm 2 dị tật: hẹp eo động mạch chủ và gián đoạn cung động mạch chủ với tỉ lệ bệnh nhân lần lượt là 3,5% và 2,3%.

Tỉ lệ trên 2 dị tật TBS trên một bệnh nhân của chúng

tôi là 30,3%, kết quả này tương đương so với nghiên cứu của Nguyễn Việt Hưng(7) tỷ lệ bệnh TBS phức tạp đa dị tật là 32%.

Thống kê các phương pháp điều trị cho trẻ TBS trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh viện Nhi đồng 2 hướng đến điều trị triệt để cho bệnh nhân. Tổng số trẻ được điều trị triệt để đạt 54,8% (thông tim triệt để, mổ tim triệt để), trong đó tỷ lệ bệnh nhân được mổ triệt để đạt tỷ lệ cao nhất với 34% và tỷ lệ bệnh nhân được thông tim triệt để là 20,8%, cao hơn so với nghiên cứu của chính tác giả(3) thực hiện trong 6 năm 2018-2023 là 46,34%. Số lượng bệnh nhân chỉ được điều trị nội khoa đơn thuần do chưa có chỉ định phẫu thuật chiếm tỷ lệ 16,2%.

Kết quả điều trị bệnh TBS mang dấu hiệu tích cực là 15% bệnh nhân khỏi bệnh và 73,3% xuất viện với tình trạng đỡ giảm, chỉ có 6,2% bệnh nhân chuyển viện. Tổng tỷ lệ bệnh nhân tử vong và nặng xin về cũng chiếm 5,5%, tỷ lệ này là cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Trịnh Hữu Tùng(3) là 2,73%. Trong đó nhiễm trùng trước mổ và sau mổ là nguyên nhân phổ biến gây tử vong với tỷ lệ 72,7%.

Số ngày nằm viện của một bệnh nhân có giá trị trung vị là 10 (5-10) ngày. Thời gian nằm viện < 14 ngày của trẻ BN chiếm 63%. Số ngày nằm viện dài nhất ghi nhận được là 91 ngày của ca phẫu thuật đảo gốc động mạch trên bệnh nhân sơ sinh chuyển vị đại động mạch. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian một bệnh nhân lưu viện sau phẫu thuật, thủ thuật trung vị là 4 ngày. Trong đó, những bệnh nhân được phẫu thuật tim có số ngày hậu phẫu mổ tim trung vị là 7,5 ngày, dài gấp 3 lần số ngày hậu phẫu thông tim can thiệp với trung vị 2,3 ngày. Với nhóm bệnh nhân được thông tim can thiệp, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận số ngày trung vị ngắn hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Mai(11) đã ghi nhận can thiệp thành công trên 1194/1265 ca (94,4%), các biến chứng nghiêm trọng xảy ra trên 71 ca (5,6%) và thời gian theo dõi sau can thiệp thông tim là 3 ngày tại bệnh viện. Nghiên cứu của Doãn Thị Nga(12) cũng cho giá trị thời gian điều trị trung vị tại khoa Hồi sức tích cực nhi là 4 ngày, kết quả này tương đương với nghiên cứu của chúng tôi.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Về đặc điểm dịch tễ học TBS: tuổi trung bình là 31,5 ± 40,8 tháng, trong đó nhóm tuổi từ 1 đến 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 27,2%. Tỷ lệ bệnh nhi không có hộ khẩu tại TPHCM là 65,2%.

Về chẩn đoán tiền sản: có 4,4% bệnh nhân được phát hiện TBS trong giai đoạn tiền sản. Có 78,5% BN có suy dinh dưỡng, trong đó 40,8% thể gầy còm, 19,7% nhẹ cân, 18,0% thấp còi. Có 8,1% bệnh nhân có bệnh lý đi kèm trong đó bất thường di truyền/NST là bệnh lý đi kèm thường gặp nhất 3,6%. Nhóm bệnh có luồng thông trái – phải chiếm 59%, TBS tím chiếm 31%. Ba dị tật phổ biến là thông liên thất (25,1%), còn

ống động mạch (16,7%), tứ chứng Fallot (12,8%).

Về kết quả điều trị bệnh TBS: Tổng số trẻ được điều trị triệt để: tỷ lệ bệnh nhân được mổ triệt để đạt tỷ lệ 34% và tỷ lệ bệnh nhân được thông tim triệt để là 20,8%. Về kết quả điều trị có 73,3% bệnh nhân có cải thiện sau điều trị, 15% bệnh nhân khỏi hoàn toàn, tỉ lệ tử vong là 2,5%. Thời gian nằm viện hậu phẫu chung (thông tim, mổ tim) có trung vị là 4 ngày và 63% bệnh nhân xuất viện dưới 14 ngày. Tỷ lệ tử vong được ghi nhận ở mức thấp với 2,5% tổng số trẻ, trong đó nguyên nhân tử vong chính là nhiễm trùng nặng, chiếm 72,7% các trường hợp tử vong.

Từ các kết luận trên, chúng tôi có các kiến nghị như sau: (1) Mở rộng chương trình tầm soát tiền sản, với mục đích tăng cường khả năng phát hiện sớm các bất thường di truyền và bệnh TBS, từ đó giúp theo dõi, hẹn tái khám và tư vấn can thiệp kịp thời tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. (2) Tăng cường công tác kiểm soát nhiễm khuẩn, đặc biệt ở giai đoạn hậu phẫu, để giảm tỷ lệ tử vong sau điều trị và cải thiện tiên lượng sống cho bệnh nhân mắc TBS. (3) Tiếp tục có những nghiên cứu sâu hơn đặc biệt là những nghiên cứu định lượng, quan sát thực tế để góp phần cải thiện trong công tác chẩn đoán điều trị xử trí sớm bệnh TBS.

LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại Học Nguyễn Tất Thành, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] SC Mitcll và SB Korones (1971), "Congenital heart disease in 56,109 births", *Circulation*. 43, tr. 323-332.
- [2] Paul Khairy, Raluca Ionescu-Iltu, Andrew S Mackie, et al. (2010), "Changing mortality in congenital heart disease". 56 (14), pp. 1149-115
- [3] Trịnh Hữu Tùng (2023). "Nhu cầu và khả năng đáp ứng khám, điều trị bệnh nhi dị tật bẩm sinh tim tại bệnh viện Nhi Đồng 2 thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2018-2022". *Tạp chí Y Học Dự Phòng*. Số đặc biệt, doi: <https://doi.org/10.51403/0868-2836/2024/1857>
- [4] Hà Mạnh Tuấn, Nguyễn Duy Quang (2018), Đặc điểm bệnh nhân tim bẩm sinh nhập viện khoa cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng 2. *Y Học TP. Hồ Chí Minh, Phụ Bản Tập 22, Số 1, 2018*, tr 307 - 312.
- [5] Ngô Anh Vinh, Phạm Hữu Hoà, Nguyễn Thị Mai Hoàn (2022). Kết quả điều trị suy tim ở trẻ em tại bệnh viện nhi Trung Ương. *VJM*. 04/26 2022;512(2), doi:10.51298/vmj.v51i2.2303.
- [6] Nguyễn Minh An, Nguyễn Thị Lệ Thủy (2021).

- Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi mắc bệnh tim bẩm sinh được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện tim Hà Nội năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;520(1B):65-69. doi:10.51298/vmj.v520i1B.3839.
- [7] Nguyễn Việt Hưng, Ngô Thị Thu Hương, Trần Đắc Đại, Trương Văn Quý (2024). Tình trạng dinh dưỡng của trẻ bị bệnh tim bẩm sinh tại bệnh viện E. Tạp chí y học Việt Nam tập 544 - tháng 11 - số 2 - 2024, tr 251-255.
- [8] Waworuntu D (2023). Factors Associated with Pneumonia in Children with Left-to-Right Shunt Congenital Heart Disease. Sam Ratulangi University, Indonesia. Open Access Journal of Cardiology (OAJC), 7(1): 000186.
- [9] Đoàn Quốc Hưng, Trần Huyền Trang, Phùng Duy Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Vinh, Nguyễn Hữu Ước (2014). Nhận xét tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhi TBS điều trị tại bệnh viện Việt Đức, phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam số 6 - tháng 2/2014, tr 21-25.
- [10] Lê Minh Trác, Đặng Tuấn An (2018), Đánh giá ban đầu chẩn đoán trước và sau sinh bệnh tim bẩm sinh ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương Tạp Chí Phụ Sản, 16 (01), 2018, tr 73-77, Doi: 10.46755/vjog.2018.1.703
- [11] Nguyễn Thị Ngọc Mai, Kim Ngọc Thanh, Nguyễn Thị Duyên (2018). "Can thiệp Tim bẩm sinh tại Viện Tim mạch Việt Nam-Bệnh viện Bạch Mai: kết quả sau 2 năm nhìn lại 2015-2016", (84+ 85), pp. 145-152.
- [12] Doãn Thị Nga, Lưu Tuyết Minh (2022). "Kết quả chăm sóc và theo dõi bệnh nhi sau phẫu thuật tim mở tại khoa hồi sức tích cực nhi bệnh viện tim hà nội", Tạp chí Y học Việt Nam. 517 (1).