

CONGENITAL HEART DISEASES MODEL AT CHILDREN'S HOSPITAL 2 IN THE PERIOD 2018–2023

Nguyen Tran Tat Thanh^{1*}, Trinh Huu Tung^{1,2}, Nguyen Thi Ngoc Phuong¹, Dao Thu Nguyet¹

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: 27/08/2025; Accepted: 23/09/2025

ABSTRACT

Objective: To describe the disease model, patient admission characteristics, treatment, and outcomes of congenital heart diseases (CHD) at Children's Hospital 2 from 2018 to 2023.

Method: A retrospective descriptive study was conducted based on medical records of inpatient CHD cases over a 6-year period. Epidemiological indicators, types of CHD, interventions, and treatment outcomes were analyzed by year.

Results: A total of 11,508 inpatient CHD cases were recorded. Acyanotic CHDs accounted for 58% while cyanotic CHDs comprised 27.4%. The rates of interventional consultation, surgery, and catheterization increased annually, whereas the rate of conservative treatment declined. The average mortality rate was 3.33% and showed a downward trend. Cyanotic CHD patients were admitted at younger ages, had longer hospital stays, and higher mortality and discharge-against-advice rates compared to acyanotic cases.

Conclusion: The CHD model at Children's Hospital 2 has shown significant changes toward earlier diagnosis and more active intervention. The findings emphasize the importance of early screening, timely referral, and multidisciplinary coordination in managing severe CHD cases.

Keywords: Congenital heart diseases, disease model, Children's Hospital 2.

*Corresponding author

Email: dtngocphuong@gmail.com **Phone:** (+84) 918235223 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3334**



MÔ HÌNH DỊ TẬT TIM BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 THỜI KỲ 2018 -2023

Nguyễn Trần Tất Thành^{1*}, Trịnh Hữu Tùng^{1,2}, Nguyễn Thị Ngọc Phượng¹, Đào Thu Nguyệt¹

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: 27/08/2025; Ngày duyệt đăng: 23/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Mô tả mô hình bệnh tật, đặc điểm nhập viện, điều trị và kết quả bệnh tim bẩm sinh (TBS) tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ năm 2018 đến năm 2023.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, sử dụng dữ liệu hồ sơ bệnh án các trường hợp bệnh nhân TBS nội trú trong giai đoạn 2018–2023. Các chỉ số về dịch tễ, đặc điểm bệnh lý, biện pháp can thiệp và kết quả điều trị được phân tích theo năm.

Kết quả: Trong giai đoạn nghiên cứu, ghi nhận 11.508 trường hợp TBS nội trú, với tỷ lệ TBS không tím chiếm 58% và TBS tím chiếm 27,4%. Tỷ lệ hội chẩn can thiệp, phẫu thuật và thông tim có xu hướng tăng dần hàng năm, trong khi tỷ lệ điều trị nội khoa giảm. Tỷ lệ tử vong trung bình 3,33%, có xu hướng giảm dần về sau. Nhóm TBS tím thường nhập viện ở tuổi nhỏ hơn, có thời gian nằm viện dài hơn và tỷ lệ tử vong/xin về cao hơn nhóm không tím.

Kết luận: Mô hình bệnh TBS tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 có sự thay đổi rõ nét về hướng can thiệp tích cực và chẩn đoán sớm trong những năm gần đây. Kết quả cho thấy vai trò quan trọng của công tác sàng lọc, chuyển tuyến kịp thời và phối hợp đa chuyên khoa trong quản lý TBS nặng.

Từ khóa: Dị tật tim bẩm sinh, mô hình bệnh, Bệnh viện Nhi Đồng 2.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật tim bẩm sinh (TBS) là dị tật bẩm sinh phổ biến nhất ở trẻ em, với tỷ lệ mắc từ 4,6 đến 12,2 trên 1000 ca sinh sống[5]. Các bệnh TBS ở trẻ em có biểu hiện với nhiều bệnh cảnh khác nhau, đặc biệt hay nhập viện trong tình trạng cấp cứu do bệnh nặng[8]. Khoảng 0,5% đến 10% số lần nhập viện cấp cứu nhi khoa liên quan đến các bệnh lý tim mạch, trong đó suy tim sung huyết là phổ biến nhất[7].

Tỷ lệ tử vong do bệnh TBS ở trẻ em đã giảm đáng kể trong những thập kỷ qua nhờ vào sự tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị. Tuy nhiên, TBS vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em[9]. Tỷ lệ tử vong do TBS có thể dao động tùy thuộc vào quốc gia và khu vực, nhưng ước tính khoảng 4-10% trẻ em mắc TBS không sống qua tuổi trưởng thành mà không có sự can thiệp y tế kịp thời[6].

Bệnh viện Nhi Đồng 2 là một trong những bệnh viện hàng đầu tại Việt Nam về chăm sóc và điều trị bệnh nhi mắc bệnh TBS. Cho nên việc nghiên cứu và hiểu

rõ về các đặc điểm của bệnh TBS một cách cụ thể là rất quan trọng để cải thiện công tác chẩn đoán, điều trị, tư vấn và theo dõi. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu khảo sát mô hình dị tật TBS ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2023 nhằm đánh giá hiệu quả điều trị và các yếu tố ảnh hưởng tới việc điều trị cho các bệnh nhi.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định đặc điểm dịch tễ học của trẻ mắc TBS tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2023.
2. Xác định tỉ lệ các dị tật TBS của trẻ nhập viện Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2023.
3. So sánh các đặc điểm dịch tễ học, chẩn đoán và điều trị giữa nhóm TBS không tím và TBS tím.

*Tác giả liên hệ

Email: dtngocphuong@gmail.com Điện thoại: (+84) 918235223 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3334>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi mắc TBS được điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2023.

- *Tiêu chí chọn vào:* Tất cả bệnh nhi mắc TBS nhập viện Bệnh viện Nhi Đồng 2 Thành phố Hồ Chí Minh từ 01/2018 đến 12/2023.

- *Tiêu chí loại ra:* Những hồ sơ bệnh án đã bị thất lạc hoặc có < 80% thông tin cần thu thập.

2.3. Thu thập số liệu: Số liệu được thu thập từ hệ thống phần mềm quản lý bệnh viện, hồ sơ giấy và báo cáo nội bộ.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm Microsoft Excel và SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức nghiên cứu khoa học của Bệnh viện Nhi Đồng 2.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%) hoặc trung bình (ĐLC)
Giới tính (N=11.508)		
Nam	6.213	54,0
Nữ	5.295	46,0
Tuổi (tháng) (N=11.508)	20,89 ± 34,72	
< 30 ngày	2.446	21,40
1 – 6 tháng	2.559	22,20
6 - <12 tháng	599	5,20
1 - < 2 tuổi	2.789	24,20
– 5 tuổi	2.006	17,40
> 5 tuổi	1.089	9,50
Địa chỉ (N=11.508)		
TP.HCM	1.752	15,2
Tỉnh khác	9.756	84,8

Nhận xét: Trẻ trai chiếm 54,0%, trẻ gái chiếm 46,0%. Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở nhóm dưới 2 tuổi (72,9%). Độ tuổi trung bình là 20,89 ± 34,72 tháng tuổi. Đa số từ các tỉnh ngoài TP.HCM

Bảng 2. Đặc điểm nhập viện

Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỉ lệ (%)
Tình trạng lúc nhập viện (N=11.508)		
Cấp cứu	2.724	23,67
Đến khám	8.784	76,33
Bệnh lý đi kèm (N=11.508)		
Có	9.213	80,10
Không	2.295	19,90
Loại bệnh lý đi kèm (N=9.213)		
1.Hô hấp	4.773	41,5
2.Thần kinh	102	0,90
3.Tiêu hóa	563	4,90
4.Tiết niệu	47	0,40
5.Gan mật tụy	361	3,10
6.Ung bướu	38	0,30
7.Huyết học	204	1,80
8.Bất thường gen	50	0,40
9.Khác	3.075	26,70

Nhận xét: Trong tổng số 547.580 ca nhập viện, bệnh TBS chiếm 2,1% (11.508 ca). Tỷ lệ nhập viện cấp cứu khá cao (23,67%). Phần lớn có kèm theo bệnh lý khác, chủ yếu là hô hấp (41,5%), tiêu hóa (4,9%), thần kinh (0,9%).

Bảng 3. Tình hình điều trị bệnh TBS theo từng năm

Năm	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Tổng
Nội trú n(%)	2.496 (25,90)	2.789 (26,57)	2.417 (29,02)	1.171 (32,74)	1.518 (14,96)	1.117 (49,98)	11508
Phẫu thuật tim n(%)	238 (2,47)	250 (2,38)	267 (3,21)	186 (5,20)	224 (2,21)	298 (13,33)	1463

Năm	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Tổng
Thông tim n(%)	569 (5,90)	595 (5,67)	427 (5,13)	290 (8,11)	415 (4,09)	371 (16,60)	2667
Nội khoa n(%)	1668 (17,31)	1855 (17,68)	1610 (19,33)	1075 (30,05)	860 (8,47)	528 (23,62)	7596

Nhận xét: Điều trị nội trú là 11.508 ca. Trong đó, 1.463 bệnh nhân được mổ tim và 2.667 ca được thông tim. Số bệnh điều trị nội khoa là 7.596.

Bảng 4. Kết quả điều trị theo từng năm

Năm	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Tổng
Tử vong n(%)	89 (3,57)	84 (3,01)	91 (3,76)	49 (4,18)	39 (2,57)	31 (2,78)	383 (3,33)
Nặng xin về n(%)	191 (7,65)	179 (6,42)	154 (6,37)	158 (13,49)	39 (2,57)	44 (3,94)	765 (6,65)
Đỡ giảm, khỏi bệnh n(%)	2.193 (87,86)	2.483 (89,03)	2.112 (87,38)	902 (77,03)	1.344 (88,54)	975 (87,29)	10.009 (86,97)
Chuyển viện n(%)	23 (0,92)	40 (1,43)	60 (2,48)	7 (0,60)	0 (0,00)	0 (0,00)	130 (1,13)
Thời gian nằm viện trung bình	18,9 ±15,9	17,5 ±14,6	18,1 ±15,4	18,6 ±15,9	16,2 ±13,9	14,9 ±13,9	17,62±15,10

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong là 3,33% (383 ca), với xu hướng giảm dần qua các năm. Tỷ lệ bệnh nặng xin về là 6,65%. Tỷ lệ đỡ giảm và khỏi bệnh luôn duy trì mức cao, với mức chung là 86,97%. Thời gian nằm viện trung bình là 17,62 ± 15,10 ngày. Tỷ lệ chuyển viện là 1,13%.

Bảng 5. Tỷ lệ các bệnh TBS

Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
TBS không tím	6.684	58,0
Tuần hoàn phổi tăng	5.927	51,4
Thông liên thất	2.258	19,60
Thông liên nhĩ	1.591	13,80
Còn ống động mạch	1.762	15,30
Cửa sổ phế chủ	15	0,10
Bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi bán phần	26	0,20
Kênh nhĩ thất toàn phần	238	2,10
Động mạch vành trái xuất phát từ động mạch phổi	37	0,30
Tuần hoàn phổi không tăng	757	6,60
Hở van 2 lá bẩm sinh	110	1,00
Hẹp eo động mạch chủ	234	2,00
Thiếu sản/gián đoạn cung động mạch chủ	13	0,10
Hẹp van động mạch chủ	60	0,50
Hẹp van động mạch phổi	340	3,00

Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh TBS tím	3.149	27,4
Tứ chứng Fallot	967	8,40
Hẹp van động mạch phổi	340	3,00
Không lỗ van động mạch phổi	797	6,90
Chuyển vị đại động mạch	369	3,20
Bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần	195	1,70
Thất phải hai đường ra	114	1,00
Tim một thất	165	1,40
Teo van ba lá với thông liên thất lớn	22	0,20
Thân chung động mạch	114	1,00
Bệnh Ebstein	66	0,60
Khác		
Hội chứng Eisenmenger	4	0,00
Bệnh cơ tim		
Bệnh cơ tim phì đại	99	0,90
Bệnh cơ tim hạn chế	10	0,10

Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh cơ tim dẫn nờ	174	1,50
Bệnh cơ tim khác	20	0,20
Bất tương hợp nhĩ thất	70	0,60
Bệnh TBS khác	1.752	15,20
Tổng	11.508	100

Nhận xét: TBS không tím chiếm phần lớn 58%. Nhóm có tuần hoàn phổi tăng gồm thông liên thất (19,6%), thông liên nhĩ (13,8%) và còn ống động mạch (15,3%), cửa sổ phế chủ (0,1%) và bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi bán phần (0,2%). Nhóm có tuần hoàn phổi không tăng bao gồm hẹp van động mạch phổi (3,0%), hở van hai lá bẩm sinh (1,0%), hẹp eo động mạch chủ (2,0%), hẹp van động mạch chủ (0,5%), thiếu sản/gián đoạn cung động mạch chủ (0,1%)

TBS tím cũng chiếm tỷ lệ đáng kể 27,4%, như tứ chứng Fallot (8,4%), không lỗ van động mạch phổi (6,9%) và chuyển vị đại động mạch (3,2%), tim một thất (1,4%) và thân chung động mạch (1,0%).

Hội chứng Eisenmenger, bệnh cơ tim với các dạng phì đại (0,9%), giãn nở (1,5%) và hạn chế (0,1%). Bệnh TBS khác chiếm 15,2%.

So sánh giữa nhóm bệnh TBS tím và không tím

Bảng 6. Đặc điểm chung giữa nhóm TBS tím và không tím

Đặc điểm	TBS không tím	TBS tím
Số ca TBS ngoại trú (N=32.912)	20.384 (64,41)	3.525 (9,77)
Số ca TBS nội trú (N=11.508)	6.344 (55,10)	3.036 (26,40)
Giới tính (N=11.508)		
Nam (n=6.213)	3.238 (52,10)	1.737 (28,00)
Nữ (n=5.295)	3.106 (58,70)	1.299 (24,50)
Tuổi (tháng)	17,64 ± 29,54	17,73 ± 28,74
Nhóm tuổi (N=11.508)		
< 30 ngày (n=2.466)	1.227 (49,80)	737 (29,90)
1 – 6 tháng (n=2.559)	1.572 (61,40)	570 (22,30)

Đặc điểm	TBS không tím	TBS tím
6 - <12 tháng (n=599)	371 (61,90)	161 (26,90)
1 - < 2 tuổi (n=2.789)	1.653 (59,30)	792 (28,40)
– 5 tuổi (n=2.006)	1.086 (54,10)	565 (28,20)
> 5 tuổi (n=1.089)	435 (39,90)	211 (19,40)
Địa chỉ (N=11.508)		
TP.HCM (n=1.752)	983 (56,10)	432 (24,70)
Tỉnh khác (n=9.756)	5.361 (55,00)	2.604 (26,70)
Bệnh lý đi kèm (N=11.508)		
Có (n=9.213)	5.215 (56,60)	2.362 (25,60)
Không (n=2.295)	1.129 (49,20)	674 (29,40)
Thời gian nằm viện	17,7 ± 15,2	17,4 ± 14,6

Nhận xét: Bệnh TBS không tím chiếm tỷ lệ cao hơn cả bệnh ngoại trú (64,41% so với 9,77%) và nội trú (55,10% so với 26,40%). TBS không tím có tỷ lệ bệnh nhân nam (52,10%) và nữ (58,70%) cao hơn so với nhóm tím (28,00% nam và 24,50% nữ). Độ tuổi trung bình của hai nhóm không có sự khác biệt đáng kể. Bệnh nhân < 6 tháng tuổi chiếm tỷ lệ lớn trong cả hai nhóm, nhưng cao hơn ở nhóm không tím. Sự phân bố địa lý khá tương đồng giữa hai nhóm. Thời gian nằm viện trung bình khá tương đồng cả 2 nhóm.

Bảng 7. Kết quả điều trị giữa nhóm TBS tím và không tím

Đặc điểm		Bệnh TBS không tím N= 6344	Bệnh TBS tím N= 3036
Tử vong (n=383)	Số ca (n)	133	125
	Tỷ lệ (%)	2,1%	4,1%
Nặng xin về (n=756)	Số ca (n)	355	202
	Tỷ lệ (%)	5,6%	6,6%
Đỡ giảm, khỏi bệnh (n=10009)	Số ca (n)	5.729	2.595
	Tỷ lệ (%)	90,3%	85,5%
Chuyển viện (n=103)	Số ca (n)	49	51
	Tỷ lệ (%)	0,77%	1,7%

Nhận xét: Tỷ lệ đỡ giảm, khỏi bệnh ở cả hai nhóm đều cao, lần lượt là 90,3% và 85,5%. Tuy nhiên, nhóm TBS tím dù số ca chiếm ít hơn nhưng có tỷ lệ tử vong (4,1%) và xin về do nặng (6,6%) cao hơn so với nhóm không tím (2,1% và 5,6%). Tỷ lệ chuyển viện ở cả hai nhóm đều thấp, dưới 2%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu hồi cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 giai đoạn 2018–2023 đã cung cấp cái nhìn toàn diện và sâu sắc về đặc điểm dịch tễ học, phân loại bệnh, phương thức điều trị, cũng như kết cục lâm sàng của trẻ mắc bệnh TBS. Với số lượng lên đến 11.508 ca nội trú, đây là một trong những nghiên cứu có quy mô lớn nhất tại Việt Nam về lĩnh vực này, mang lại độ tin cậy và khả năng khái quát cao, góp phần hoàn thiện bức tranh dịch tễ học TBS tại các nước đang phát triển.

Về đặc điểm dịch tễ, nhóm tuổi chiếm ưu thế là dưới 2 tuổi, đặc biệt là sơ sinh dưới 1 tháng (21,4%) và trẻ 1 – 6 tháng (22,2%). Tuy nhiên, tỷ lệ trẻ nhập viện trong tình trạng nặng vẫn còn cao (23,67%), nhất là ở nhóm sơ sinh, cho thấy cần tăng cường đào tạo phát hiện TBS tại tuyến cơ sở, cũng như áp dụng rộng rãi siêu âm tim sàng lọc trước sinh và sau sinh tại các cơ sở sản khoa.

Giới tính bệnh nhân có xu hướng thiên lệch về nam (54%), phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế cho thấy nam giới dễ mắc dị tật bẩm sinh hơn do đặc điểm sinh học. Bệnh nhân đến từ các tỉnh chiếm áp đảo (84,8%), xác lập vai trò trung tâm điều trị tim mạch nhi khoa của Bệnh viện Nhi Đồng 2 trong khu vực miền Nam.

Một điểm nổi bật là tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý đi kèm rất cao (80,1%), đặc biệt là các bệnh lý hô hấp (41,5%), tiêu hóa, huyết học và bất thường gen. Trong đó, nhóm TBS không tím có tỷ lệ bệnh kèm theo cao hơn hẳn nhóm tím (56,6% so với 25,6%), do phát hiện muộn và quá trình điều trị kéo dài, dễ gây biến chứng thứ phát.

Về mặt điều trị, trong suốt 6 năm nghiên cứu, bệnh viện đã thực hiện 1.463 ca phẫu thuật tim hở, 2.667 ca thông tim can thiệp, và 4.234 ca hội chẩn can thiệp – con số ấn tượng cho thấy năng lực xử trí đa dạng các thể bệnh TBS.

Tỷ lệ tử vong nội viện là 3,33%, nặng xin về chiếm 6,65%, tương đương với nghiên cứu của Trịnh Hữu Tùng có tỉ lệ tử vong/nặng xin về chiếm tỉ lệ 3,82% ở giai đoạn sau dịch[3] – mức thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu trong nước trước đây. Trong khi, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hương ghi nhận tỉ lệ tử vong chung là 12,4%, trong đó nhóm TBS tím có tỉ lệ tử vong (57,8%) cao hơn hẳn nhóm TBS không tím (42,2%)[1], còn nghiên cứu của Võ Đức Trí báo tỉ

lệ tử vong ở nhóm TBS không nặng và nặng lần lượt là 3,8% và 28,8%[2]. Lâm Thanh Vy báo cáo tỉ lệ tử vong là 12,7%, đa phần là những trẻ có dị tật TBS nặng phức tạp, khó can thiệp và trẻ đa dị tật có bất thường nhiễm sắc thể kèm theo[4]. Tỷ lệ khỏi bệnh hoặc đỡ bệnh đạt đến 86,97%, đặc biệt tăng mạnh từ năm 2022 sau đại dịch.

Về cơ cấu bệnh lý, TBS không tím chiếm khoảng 58% tổng số ca, đặc trưng bởi các dị tật tăng tuần hoàn phổi như thông liên thất (19,6%), ống động mạch tồn tại (15,3%) và thông liên nhĩ (13,8%). Tuy nhiên, do triệu chứng không rõ ràng, trẻ thường chỉ được phát hiện khi đã có biến chứng như viêm phổi tái phát, chậm phát triển thể chất. Ngược lại, nhóm TBS tím (27,4%) thường có biểu hiện sớm và nặng như tím tái, suy hô hấp, cần can thiệp khẩn cấp. Tứ chứng Fallot là dị tật phổ biến nhất trong nhóm tím (8,4%), theo sau là teo phổi và chuyển vị đại động mạch.

Đặc biệt, nghiên cứu cũng ghi nhận các dị tật phức tạp và hiếm gặp như hội chứng thiếu sản tim trái, thất phải hai đường ra, hồi lưu tĩnh mạch phổi bất thường toàn phần, tim một thất với tần suất thấp nhưng yêu cầu điều trị và phẫu thuật nhiều giai đoạn.

So sánh giữa nhóm tím và không tím cho thấy nhóm tím có tỷ lệ tử vong cao hơn gần gấp đôi (4,1% so với 2,1%), tuy nhiên thời gian nằm viện và tỷ lệ khỏi bệnh không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm. Điều này cho thấy nếu được phát hiện và điều trị đúng thời điểm, nhóm tím hoàn toàn có cơ hội sống tương đương nhóm không tím. Điều đáng ghi nhận là sự cải thiện tỷ lệ khỏi bệnh và giảm tử vong qua từng năm ở cả hai nhóm, nhờ sự tiến bộ của kỹ thuật can thiệp, hồi sức sau mổ và quy trình phối hợp điều trị.

Thời gian nằm viện trung bình của nghiên cứu là 17,62 ngày, giảm dần theo thời gian (từ 18,9 ngày năm 2018 xuống còn 14,9 ngày năm 2023), phản ánh hiệu quả của việc chuẩn hóa điều trị, giảm biến chứng, và tăng cường điều trị ngoại trú sau phẫu thuật. So với nghiên cứu của các tác giả trước đây như Trịnh Hữu Tùng hay Lâm Thanh Vy, kết quả này cho thấy sự cải thiện rõ rệt trong hiệu quả điều trị bệnh TBS [3,4].

Tổng thể, những kết quả này làm cơ sở cho việc đề xuất mở rộng mô hình điều trị tích hợp, áp dụng các chương trình tầm soát rộng rãi, tăng cường chuyển giao kỹ thuật cho tuyến dưới và xây dựng cơ sở dữ liệu quốc gia về TBS nhằm cải thiện toàn diện chất lượng điều trị trên phạm vi cả nước.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cung cấp bức tranh toàn diện về mô hình bệnh TBS tại một bệnh viện nhi tuyến cuối, qua đó ghi nhận TBS không tím vẫn chiếm đa số, tuy nhiên TBS tím là nhóm có tiên lượng nặng hơn và

đòi hỏi xử trí tích cực. Tỷ lệ tử vong, nặng xin về giảm dần và tỷ lệ khỏi bệnh cao trong các năm gần đây là những chỉ báo tích cực về hiệu quả hệ thống. TBS tím vẫn là nhóm có nguy cơ cao, cần can thiệp sớm, theo dõi sát và hỗ trợ điều trị đa chuyên khoa, nếu điều trị thích hợp vẫn có kết quả khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hương. NTT, Phúc. VM (2010). Congenital heart diseases in neonates at Children's Hospital 1. Ho Chi Minh City Journal of Medicine; 90.
- [2] Trí. VĐ, Phương. CN, Tuấn. HM, et al (2019). Clinical features of critical congenital heart disease in newborn at Children Hospital no 1 in 2017 – 2018. Ho Chi Minh City Journal of Medicine; 120-129.
- [3] Tùng. TH, Hưng. TV, Xuân. ĐM (2024). Current situation of examination and treatment of pediatric congenital heart defects in 03 periods: before the pandemic, during the pandemic and after the Covid 19 pandemic at Children's Hospital 2. Vietnam Medical Journal,4; 3-13.
- [4] Vy. LT, Anh. ĐQ, Phương. NTN, et al (2022). Characteristics of critical congenital heart diseases in newborns at Children's Hospital 2. Vietnam Medical Journal. 2022; 274-281.
- [5] Bano S, Akhtar S, Khan U (2020). Pediatric congenital heart diseases: Patterns of presentation to the emergency department of a tertiary care hospital. Pakistan Journal of Medical Sciences. 2020; 1682-024.
- [6] Hinton RB, Ware SM (2020). Heart Failure in Pediatric Patients With Congenital Heart Disease. Circulation Research. 2020; 1524-4571.
- [7] Lee YS, Baek Js Fau - Kwon BS, Kwon Bs Fau - Kim GB, et al (2010). Pediatric emergency room presentation of congenital heart disease. Korean Circulation Journal. 2010; 1738-5555.
- [8] Silberbach M, Hannon D (2007). Presentation of congenital heart disease in the neonate and young infant. Journal of Pediatrics Review; 1526-3347.
- [9] Van Nisselrooij AEL, Teunissen AKK, Clur SA, et al (2020). Why are congenital heart defects being missed? Ultrasound Obstet Gynecol; 747-757.

