

# PRENATAL DIAGNOSTIC FINDINGS AND PREGNANCY OUTCOMES OF FETUSES WITH CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL, 2020–2025

Dinh Thuy Linh<sup>1</sup>, Truong Quang Vinh<sup>1,2</sup>, Luong Hoang Thanh<sup>1,2\*</sup>, Dinh Thi Thao Phuong<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital - 929 La Thanh, Lang, Hanoi, Vietnam  
<sup>2</sup>VNU, University of Medicine & Pharmacy - 144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

Received: 09/12/2025

Revised: 18/12/2025; Accepted: 26/02/2026

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the morphological characteristics of fetuses diagnosed with congenital diaphragmatic hernia (CDH) and to evaluate pregnancy and neonatal outcomes.

**Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 138 pregnant women carrying fetuses diagnosed with CDH by prenatal ultrasound at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2020 to August 2025.

**Results:** Most cases of CDH were left-sided (89.1%). Right-sided hernias accounted for a smaller proportion (10.1%), and only one case was recorded as a central defect (0.8%). Herniated organs most frequently involved multiple viscera (34.8%), with the stomach and intestines being the most common components (83.3% and 65.2%, respectively). Right-sided CDH was associated with a higher mortality rate (50.0%) compared with left-sided CDH (14.9%) ( $p = 0.021$ ). The presence of liver herniation was also associated with significantly higher postoperative mortality (55.6%) than in cases without liver herniation (5.1%). After birth, all neonates required endotracheal intubation (100%); 80.5% received conventional mechanical ventilation, 19.5% received high-frequency ventilation, and 28.5% required vasopressor support. Surgical repair was performed in 90.5% of cases, predominantly with primary diaphragmatic closure. The postoperative mortality rate was 18.1%.

**Conclusion:** The study showed that most cases of congenital diaphragmatic hernia (CDH) were detected at 22–28 weeks of gestation, predominantly left-sided, and occurred in mothers with normal health and obstetric histories. Right-sided CDH, especially when accompanied by liver herniation, was associated with poorer prognosis and higher mortality. Most pregnancies were continued, and all newborns required intensive resuscitation and surgical repair, mainly primary diaphragmatic closure. Postoperative outcomes were favorable, with survival rates exceeding mortality.

**Keywords:** Congenital diaphragmatic hernia, associated factors, prenatal diagnosis.

---

\*Corresponding author

**Email:** Hoangthanh9794@gmail.com **Phone:** (+84) 886216541 **https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4431**



# KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH VÀ KẾT CỤC THAI KỲ CỦA THAI NHI BỊ THOÁT VỊ HOÀNH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2020-2025

Đình Thuý Linh<sup>1</sup>, Trương Quang Vinh<sup>1,2</sup>, Lương Hoàng Thành<sup>1,2\*</sup>, Đình Thị Thảo Phương<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội - 929 La Thành, phường Láng,, Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, phường Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 09/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 18/12/2025; Ngày duyệt đăng: 26/02/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình thái các trường hợp thai nhi bị thoát vị hoành và nhận xét kết cục thai kỳ của thai nhi bị thoát vị hoành.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 138 thai phụ mang thai nhi được chẩn đoán thoát vị hoành bẩm sinh trước sinh bằng siêu âm tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong giai đoạn từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 08 năm 2025.

**Kết quả:** Phần lớn các trường hợp thoát vị hoành được phát hiện có vị trí bên trái (89,1%). Các trường hợp thoát vị bên phải chiếm tỷ lệ nhỏ (10,1%) và chỉ ghi nhận 1 trường hợp thoát vị thể trung tâm (0,8%). Thành phần tạng thoát vị chủ yếu là nhiều cơ quan kết hợp (34,8%), trong đó dạ dày và ruột là hai tạng thường gặp nhất (83,3% và 65,2%). Nhóm thoát vị phải có tỷ lệ tử vong cao hơn (50,0%) so với thoát vị trái (14,9%) ( $p = 0,021$ ). Trẻ có thoát vị gan cũng cho thấy tỷ lệ tử vong sau mổ cao hơn đáng kể (55,6%) so với nhóm không thoát vị gan (5,1%). Sau sinh, tất cả trẻ đều được đặt nội khí quản (100%), trong đó 80,5% thở máy thường, 19,5% thở máy tần số cao và 28,5% có sử dụng thuốc vận mạch. 90,5% được phẫu thuật, chủ yếu khâu cơ hoành trực tiếp. Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật là 18,1%.

**Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy phần lớn thoát vị hoành được phát hiện ở tuổi thai 22–28 tuần, chủ yếu là thoát vị bên trái và đa số thai phụ có sức khỏe, tiền sử sản khoa bình thường. Thoát vị hoành bên phải, đặc biệt kèm thoát vị gan, liên quan tiên lượng nặng và tỷ lệ tử vong cao hơn. Hầu hết thai phụ tiếp tục thai kỳ, trẻ sau sinh đều cần hồi sức tích cực và phẫu thuật, trong đó khâu cơ hoành trực tiếp chiếm ưu thế. Kết quả sau mổ khả quan với tỷ lệ sống cao hơn tỷ lệ tử vong

**Từ khóa:** Thoát vị hoành, yếu tố liên quan, chẩn đoán trước sinh

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị hoành bẩm sinh (TVHBS) là một dị tật nặng với cơ chế bệnh sinh phức tạp, liên quan đến sự phát triển bất thường của cơ hoành trong giai đoạn sớm của thai kỳ, dẫn đến các tạng bụng di chuyển lên khoang ngực và gây thiếu sản phổi, tăng áp động mạch phổi dai dẳng – những yếu tố tiên lượng nặng nề ngay từ sau sinh. Mặc dù là một bệnh hiếm gặp với tỷ lệ mắc từ 1/2.500 đến 1/5.000 ca sinh sống, TVHBS lại là nguyên nhân tử vong sơ sinh đáng kể nếu không được chẩn đoán sớm và chăm sóc đặc biệt. Tại Việt Nam, dữ liệu về chẩn đoán và kết cục thai kỳ của TVHBS còn hạn chế, một số nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ chẩn đoán trước sinh còn thấp (10,6%) và tỷ lệ tử vong dao động từ 21,3% đến 34,6%, chủ yếu liên quan đến tăng áp động mạch phổi và nhiễm trùng sau phẫu thuật. [1] Mặc dù nhiều yếu tố tiên lượng đã được quốc tế công nhận như chỉ số O/E LHR, thoát vị gan, và tăng áp phổi, vẫn còn thiếu dữ liệu địa phương để đánh giá mức độ áp dụng và hiệu quả của các thông số này trong dự báo kết cục tại các bệnh viện Việt Nam. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát đặc điểm thoát vị hoành

bẩm sinh góp phần cung cấp các thông tin để phát hiện sớm thoát vị hoành bẩm sinh ở giai đoạn 18–24 tuần; giám sát sát chẩn đoán và nâng cao độ chính xác trong đánh giá tiên lượng trước sinh.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Tất cả thai phụ mang thai nhi được chẩn đoán TVHBS trước sinh bằng siêu âm tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, trong giai đoạn từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 08 năm 2025. Những trường hợp này sẽ được phân tích hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án lưu trữ tại khoa Chẩn đoán trước sinh và các đơn vị liên quan.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- + Thai nhi được chẩn đoán TVHBS bằng siêu âm trước sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ năm 2020 đến 2025.
- + Tuổi thai: quý 2 và quý 3 của thai kỳ.
- + Tuổi mẹ:  $\geq 18$  tuổi.

\*Tác giả liên hệ

Email: Hoangthanh9794@gmail.com Điện thoại: (+84) 886216541 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4431>

- + Mẹ mang đơn thai.
- + Có đầy đủ hồ sơ bệnh án lưu trữ: hình thái học thai nhi, các chỉ số siêu âm, kết quả chẩn đoán hình ảnh hỗ trợ (nếu có), thông tin tư vấn, hướng xử trí và kết cục thai kỳ.
- + Kết cục thai kỳ đã xác định rõ ràng (sinh sống, thai lưu, đình chỉ thai nghén).

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Trường hợp hồ sơ bệnh án không đủ thông tin thu thập.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

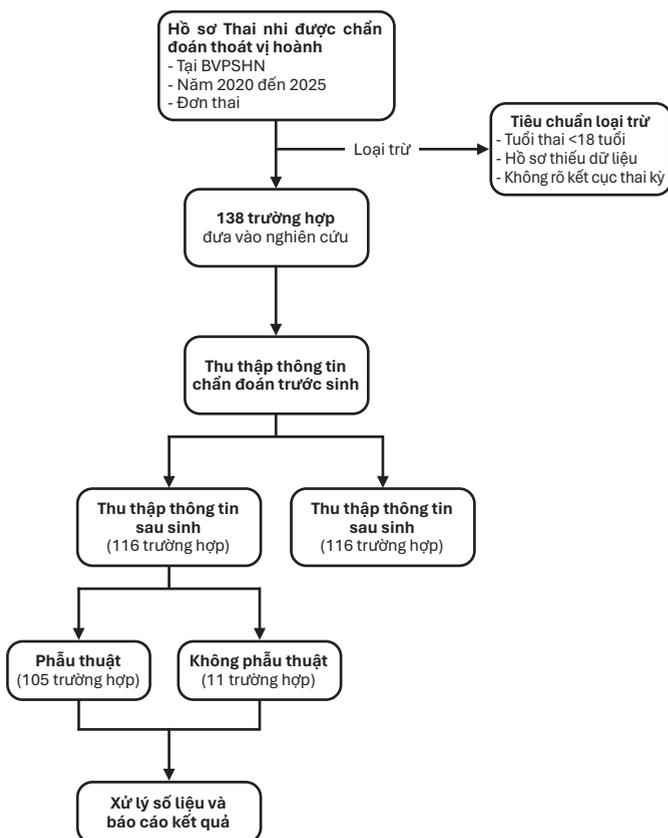
- Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu, chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện.

- Tất cả các trường hợp thai nhi được chẩn đoán thoát vị hoành bẩm sinh trước sinh bằng siêu âm tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong khoảng thời gian từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 08 năm 2025, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ, sẽ được đưa vào nghiên cứu.

**2.3. Xử lý số liệu:** Các số liệu sau khi thu thập sẽ được kiểm tra, làm sạch và phân tích mô tả bằng phần mềm SPSS 25.0 để xác định tỷ lệ các dạng thoát vị, đặc điểm hình thái học, tỷ lệ dị tật phối hợp và phân bố kết cục thai kỳ.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu theo phương pháp mô tả và không can thiệp do đó không ảnh hưởng gây hại cho đối tượng nghiên cứu. Thông tin hồ sơ bệnh án trong quá trình nghiên cứu đều được bảo mật.

Hình 1. Sơ đồ nghiên cứu



### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 138 thai phụ mang thai nhi được chẩn đoán thoát vị hoành bẩm sinh trước sinh bằng

siêu âm tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong giai đoạn từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 08 năm 2025 chúng tôi thu được kết quả sau.

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n = 138)

| Nhóm                     | Đặc điểm                               | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------|--|--------------|-----------|
| Tuổi mẹ                  | < 20 tuổi                              | 5            | 3,6       |
|                          | 20 – 34 tuổi                           | 117          | 84,8      |
|                          | ≥ 35 tuổi                              | 16           | 11,6      |
| Trình độ học vấn         | ≤ Cấp 2                                | 7            | 5,1       |
|                          | Cấp 3                                  | 61           | 44,2      |
|                          | > Cấp 3                                | 70           | 50,7      |
| Nghề nghiệp              | Nội trợ                                | 21           | 15,2      |
|                          | Công nhân viên chức                    | 52           | 37,7      |
|                          | Lao động phổ thông                     | 60           | 43,5      |
|                          | Khác                                   | 5            | 3,6       |
| Tiền sử sản khoa         | Không có bất thường                    | 93           | 67,4      |
|                          | Có tiền sử sinh con dị tật             | 12           | 8,7       |
|                          | Có tiền sử thai lưu/đình chỉ thai      | 24           | 17,4      |
|                          | Có bất thường di truyền trong gia đình | 9            | 6,5       |
| Bệnh lý mẹ trong thai kỳ | Không có bệnh lý                       | 99           | 71,7      |
|                          | Tăng huyết áp thai kỳ                  | 12           | 8,7       |
|                          | Đái tháo đường thai kỳ                 | 15           | 10,9      |
|                          | Bệnh lý nội khoa khác                  | 12           | 8,7       |
| Tuổi thai lúc chẩn đoán  | < 22 tuần                              | 27           | 19,6      |
|                          | 22 – 28 tuần                           | 78           | 56,5      |
|                          | > 28 tuần                              | 33           | 23,9      |
| Phương thức chẩn đoán    | Siêu âm 2D                             | 138          | 100       |
|                          | Kết hợp MRI                            | 2            | 1,5       |

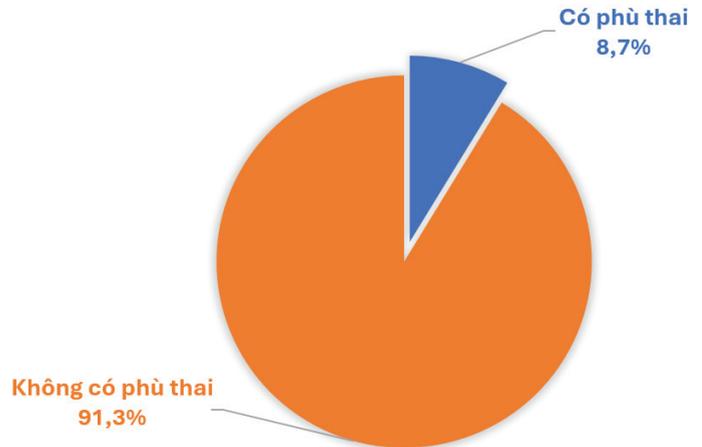
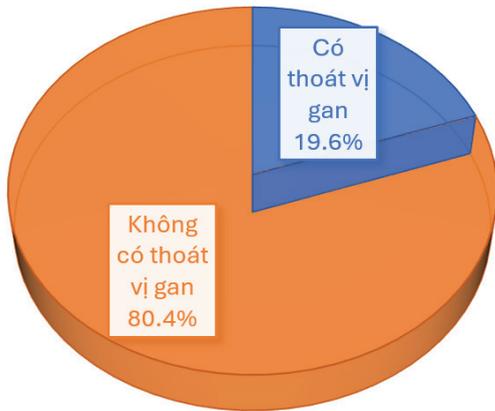
**Nhận xét:** Đa số thai phụ trong nghiên cứu nằm trong nhóm tuổi 20–34 (84,8%). Tỷ lệ mẹ ≥ 35 tuổi chiếm 11,6%. Phần lớn thai phụ có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên (94,9%) và nghề nghiệp chủ yếu là lao động phổ thông (43,5%) hoặc công nhân viên chức (37,7%). Về tiền sử sản khoa, phần lớn không có bất thường đáng kể (67,4%), tuy nhiên vẫn ghi nhận 17,4% có tiền sử thai lưu hoặc đình chỉ thai. Phần lớn mẹ không mắc bệnh lý trong thai kỳ (71,7%), và tuổi thai được chẩn đoán chủ yếu trong khoảng 22–28 tuần (56,5%), thời điểm thích hợp cho phát hiện dị tật qua siêu âm. Kỹ thuật chẩn đoán được sử dụng phổ biến nhất là siêu âm 2D đơn thuần (100%), trong đó có 2 trường hợp MRI để chẩn đoán loại trừ (1,5%).

Bảng 2. Đặc điểm hình thái các trường hợp thai nhi bị thoát vị hoành (n = 138)

| Nhóm            | Đặc điểm      | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------|---------------|--------------|-----------|
| Vị trí thoát vị | Bên trái      | 123          | 89,1      |
|                 | Bên phải      | 14           | 10,1      |
|                 | Thể trung tâm | 1            | 0,8       |

| Nhóm                   | Đặc điểm   | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|------------|--------------|-----------|
| Tạng thoát vị kèm theo | Dạ dày     | 90           | 65,2      |
|                        | Ruột       | 115          | 83,3      |
|                        | Gan        | 27           | 19,6      |
|                        | Lách       | 6            | 4,3       |
|                        | Nhiều tạng | 48           | 34,8      |

**Nhận xét:** phần lớn các trường hợp thoát vị hoành được phát hiện có vị trí bên trái (89,1%). Các trường hợp thoát vị bên phải chiếm tỷ lệ nhỏ (10,1%) và chỉ ghi nhận 1 trường hợp thoát vị thể trung tâm (0,8%). Thành phần tạng thoát vị chủ yếu là nhiều cơ quan kết hợp (34,8%), trong đó dạ dày và ruột là hai tạng thường gặp nhất.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ thoát vị gan và phù thai (n = 138)

**Nhận xét:** 19,6% trường hợp có thoát vị gan, trong khi 80,4% không ghi nhận tình trạng này. Tỷ lệ phù thai thấp, chỉ chiếm 8,7% tổng số trường hợp.

Bảng 3. Đặc điểm chu sinh của thai nhi bị thoát vị hoành (n = 116)

| Nhóm               | Đặc điểm   | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|------------|--------------|-----------|
| Tuổi thai khi sinh | < 34 tuần  | 3            | 2,6       |
|                    | 34–37 tuần | 17           | 14,7      |
|                    | ≥ 37 tuần  | 96           | 82,8      |
| Cân nặng sơ sinh   | < 2500g    | 19           | 16,4      |
|                    | 2500–3500g | 78           | 67,2      |
|                    | > 3500g    | 19           | 16,4      |
| Giới tính thai nhi | Nam        | 65           | 56,0      |
|                    | Nữ         | 51           | 44,0      |

**Nhận xét:** Bảng 3 cho thấy đa số trẻ sinh ra ở tuổi thai ≥ 37 tuần (82,8%). Tỷ lệ trẻ có cân nặng trung bình 2500–3500g chiếm ưu thế (67,2%), trong khi nhóm dưới 2500g chỉ chiếm 16,4%. Giới tính nam chiếm 56,5%, với tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,3/1.

Bảng 4. Đặc điểm hồi sức sơ sinh ở trẻ bị thoát vị hoành bẩm sinh sau sinh (n = 116)

| Đặc điểm                   | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|------------|-----------|
| Đặt nội khí quản đơn thuần | 116        | 100,0     |
| Thở máy                    | 99         | 85,3      |
| Không cần hồi sức          | 0          | 0,0       |

**Nhận xét:** tất cả trẻ đều được đặt nội khí quản (100%), trong đó 80,5% thở máy thường

Bảng 5. Đặc điểm phẫu thuật và kết cục sau phẫu thuật của trẻ sơ sinh bị thoát vị hoành

| Nhóm                             | Đặc điểm               | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------------|------------------------|--------------|-----------|
| Tình trạng phẫu thuật (n = 116)  | Có phẫu thuật          | 105          | 90,5      |
|                                  | Không phẫu thuật       | 11           | 9,5       |
| Phương pháp phẫu thuật (n = 105) | Mổ mở                  | 60           | 57,1      |
|                                  | Mổ nội soi             | 45           | 42,9      |
| Kết cục sau phẫu thuật (n = 105) | Sống sau phẫu thuật    | 86           | 81,9      |
|                                  | Tử vong sau phẫu thuật | 19           | 18,1      |

**Nhận xét:** Có 90,5% được phẫu thuật. Trong nhóm được mổ, 57,1% thực hiện mổ mở và 42,9% mổ nội soi. Kết quả sau phẫu thuật ghi nhận 81,9% trẻ sống và 18,1% tử vong.

#### 4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn thai phụ nằm trong nhóm tuổi 20–34, chiếm 84,8%, với tuổi trung bình 28,3 ± 5,1. Đây là nhóm tuổi sinh sản phổ biến, thể hiện rằng thoát vị hoành bẩm sinh có thể gặp ở những thai kỳ hoàn toàn bình thường về độ tuổi sinh sản. Các trường hợp dưới 20 tuổi và trên 35 tuổi chiếm tỷ lệ thấp (lần lượt 3,6% và 11,6%), phản ánh tỷ lệ mang thai ở nhóm tuổi vị thành niên và cao tuổi tại Việt Nam hiện nay không cao. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hà (2022) tại Bệnh viện Từ Dũ, khi nhóm 21–34 tuổi chiếm 78,2%, cho thấy phần lớn các thai phụ mang thai nhi bị thoát vị hoành đều ở độ tuổi sinh sản tối ưu.[2] Nhìn chung, các kết quả cho thấy tuổi mẹ không phải là yếu tố nguy cơ đặc hiệu gây ra thoát vị hoành bẩm sinh.

Trong 138 thai phụ được khảo sát, đa số không có bất thường sản khoa (67,4%), chứng tỏ rằng phần lớn các trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh xảy ra trên nền thai kỳ

bình thường, không có yếu tố nguy cơ rõ ràng. Tỷ lệ thai phụ có tiền sử thai lưu hoặc đình chỉ thai chiếm 17,4%, trong khi có tiền sử sinh con dị tật là 8,7% và có bất thường di truyền trong gia đình là 6,5%. Những con số này cho thấy vẫn tồn tại một nhóm nhỏ thai phụ có yếu tố di truyền hoặc tiền sử sản khoa bất thường cần được theo dõi chặt chẽ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Minh Trác (2024) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, khi phần lớn các bà mẹ không có tiền sử bất thường đáng kể, phù hợp với nhận định rằng đây là dị tật xảy ra ngẫu nhiên trong quá trình phát triển của phôi thai, không có mối liên hệ di truyền rõ ràng.[1]

Phần lớn thai phụ (71,7%) không mắc bệnh lý trong thai kỳ, cho thấy sức khỏe của mẹ nhìn chung ổn định. Trong số còn lại, đái tháo đường thai kỳ chiếm 10,9%, tăng huyết áp thai kỳ và các bệnh lý nội khoa khác đều ở mức 8,7%. Kết quả này phản ánh rằng các rối loạn nội khoa trong thai kỳ không phải là yếu tố đặc hiệu liên quan đến sự xuất hiện của thoát vị hoành bẩm sinh. Nghiên cứu của Orlandi và cộng sự (2023) đều cho thấy không có mối liên quan rõ ràng giữa bệnh lý của mẹ và dị tật thoát vị hoành ở thai nhi, qua đó khẳng định rằng phần lớn các trường hợp dị tật này xảy ra độc lập với tình trạng sức khỏe của thai phụ.[3]

Tuổi thai lúc được chẩn đoán thoát vị hoành chủ yếu nằm trong khoảng 22-28 tuần (56,5%), trong khi 19,6% được phát hiện trước 22 tuần và 23,9% sau 28 tuần tuổi thai, phản ánh mức độ khác nhau trong khả năng phát hiện sớm ở các cơ sở y tế. Kết quả này phù hợp với xu hướng chung khi chẩn đoán thoát vị hoành bẩm sinh thường được xác định ở giữa quý hai thai kỳ. Nghiên cứu của Lê Minh Trác (2024) ghi nhận tuổi thai trung bình khi phát hiện là  $28,6 \pm 6,1$  tuần, trong đó phần lớn được chẩn đoán ở quý ba, tương tự với kết quả trong nghiên cứu này. So sánh với báo cáo của Conte và cộng sự (2025), thời điểm phát hiện ở các nước phát triển sớm hơn, trung bình 20-25 tuần.[4] Sự khác biệt này cho thấy công tác siêu âm hình thái và sàng lọc dị tật tại Việt Nam đã đạt hiệu quả nhất định, nhưng vẫn cần được tăng cường để nâng cao tỷ lệ phát hiện sớm trong quý hai.

Kỹ thuật chẩn đoán được sử dụng phổ biến nhất là siêu âm 2D đơn thuần (100%), trong đó có 2 trường hợp MRI để chẩn đoán loại trừ (1,5%). Điều này phản ánh rằng siêu âm vẫn là công cụ chủ đạo trong phát hiện và chẩn đoán thoát vị hoành bẩm sinh nhờ tính phổ biến, độ an toàn và khả năng phát hiện cao. Nghiên cứu của Ammar và cộng sự (2021) và Orlandi và cộng sự (2023) cũng cho thấy siêu âm là phương pháp chẩn đoán chính, với tỷ lệ phát hiện dao động từ 46% đến 71%, trong khi cộng hưởng từ được sử dụng bổ sung để đánh giá thể tích phổi hoặc xác định vị trí gan thoát vị. [3], [5]

Thoát vị bên trái chiếm tỷ lệ cao nhất với 89,1%, tiếp theo là thoát vị bên phải 10,1%, trong khi thoát vị hai bên chỉ ghi nhận ở 0,8% trường hợp; tỷ lệ này giữ nguyên ở cả hai thời điểm chẩn đoán. Tỷ lệ này tương đồng với ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế, khẳng định rằng vị trí bên trái là dạng phổ biến nhất của dị tật này. Theo Bùi Thị Thu Hà (2022), thoát vị hoành bên trái chiếm tới 93,7%, còn Lê Minh Trác (2024) ghi nhận tỷ lệ 98,1%.[1], [2] Các trường hợp thoát vị bên phải thường hiếm gặp hơn nhưng được xem là nặng hơn về tiên lượng do thường kèm thoát vị gan và khó phát hiện bằng siêu âm. Ruột là tạng thoát vị được ghi nhận nhiều nhất (83,3%), tiếp theo là dạ dày (65,2%). Tỷ lệ thoát vị gan chiếm 19,6% và thoát vị nhiều tạng chiếm 34,8%. Lách là tạng ít gặp nhất trong khối thoát vị, chỉ chiếm 4,3%. Cấu trúc tạng thoát vị phản ánh mức độ lớn của khiếm khuyết cơ hoành và ảnh hưởng đến tiên lượng phổi của thai nhi. Trong nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hà (2022), thoát vị chứa ruột

chiếm 95,8% và dạ dày 77,5%, phù hợp với kết quả hiện tại về sự phổ biến của các tạng rỗng.[2]

Tỷ lệ thoát vị gan trong nghiên cứu này là 19,6%, tương tự với ghi nhận của Bùi Thị Thu Hà (2022) với 16,9%.[2] Sự hiện diện của gan trong lồng ngực cho thấy khiếm khuyết cơ hoành lớn và khả năng thiếu sản phổi nặng hơn. Các nghiên cứu quốc tế như của Russo (2018), Kim (2022) và Otter (2020) đều khẳng định rằng thoát vị gan là yếu tố tiên lượng xấu nhất trong các dạng thoát vị hoành bẩm sinh, do gan có thể làm giảm đáng kể thể tích phổi phát triển được.[6], [7], [8]. Phù thai chỉ chiếm 8,7% tổng số trường hợp. Tỷ lệ phù thai thấp cho thấy không phải tất cả các trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh đều dẫn đến suy tuần hoàn bào thai hoặc tắc nghẽn tĩnh mạch chủ — những cơ chế thường liên quan tới phù thai. Mặc dù vậy, sự hiện diện của phù thai luôn là dấu hiệu cảnh báo mức độ nặng và tiên lượng xấu hơn của bệnh lý.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phần lớn thoát vị hoành được phát hiện ở tuổi thai 22-28 tuần, chủ yếu là thoát vị bên trái và đa số thai phụ có sức khỏe, tiền sử sản khoa bình thường. Thoát vị hoành bên phải, đặc biệt kèm thoát vị gan, liên quan tiên lượng nặng và tỷ lệ tử vong cao hơn. Hầu hết thai phụ tiếp tục thai kỳ, trẻ sau sinh đều cần hồi sức tích cực và phẫu thuật, trong đó khâu cơ hoành trực tiếp chiếm ưu thế. Kết quả sau mổ khả quan với tỷ lệ sống cao hơn tỷ lệ tử vong.

## 6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trác LM, Hà TD. Nhận xét kết quả điều trị sớm sau sinh thoát vị hoành bẩm sinh. Tạp chí Phụ sản. 2024;22(4):21-26. doi:10.46755/vjog.2024.4.1766
- [2] Bùi TTH, Võ MT. Kết cục thai kỳ các trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh đơn thuần tại Bệnh viện Từ Dũ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;520(1A). doi:10.51298/vmj.v520i1.3764
- [3] Orlandi G, Toscano P, Gabrielli O, et al. Prenatal Diagnosis of an Intrathoracic Left Kidney Associated with Congenital Diaphragmatic Hernia: Case Report and Systematic Review. J Clin Med. 2023;12(11):3608. doi:10.3390/jcm12113608
- [4] Conte L, Amodeo I, De Nunzio G, et al. A machine learning approach to predict mortality and neonatal persistent pulmonary hypertension in newborns with congenital diaphragmatic hernia. A retrospective observational cohort study. Eur J Pediatr. 2025;184(4):238. doi:10.1007/s00431-025-06073-0
- [5] Ammar JMB, Mraih F, Ahmed HB, Basly J, Zargouni O, Chelli D. VP14.11: Accuracy of the sonography in the diagnosis of congenital diaphragmatic hernia and prediction of short outcome. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2021;58(S1):158-158. doi:10.1002/uog.24249
- [6] Kim PH, Kwon H, Yoon HM, et al. Postnatal Imaging for Prediction of Outcome in Patients with Left-sided Congenital Diaphragmatic Hernia. The Journal of Pediatrics. 2022;251:89-97.e3. doi:10.1016/j.jpeds.2022.07.037
- [7] Brosens E, Peters NCJ, van Weelden KS, et al. Unraveling the Genetics of Congenital Diaphragmatic Hernia: An Ongoing Challenge. Front Pediatr. 2022;9:800915. doi:10.3389/fped.2021.800915
- [8] Russo FM, Cordier AG, De Catte L, et al. Proposal for standardized prenatal ultrasound assessment of the fetus with congenital diaphragmatic hernia by the European reference network on rare inherited and congenital anomalies (ERNICA). Prenatal Diagnosis. 2018;38(9):629-637. doi:10.1002/pd.5297