

THỰC TRẠNG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SỚM NHÓM TRẺ MẮC BỆNH TIM BẨM SINH NGUY KỊCH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2022-2024

Vũ Đức Thái^{1*}, Lê Hồng Quang², Trần Đắc Đại³, Dương Văn Anh¹

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Bệnh viện E

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chẩn đoán và điều trị sớm nhóm trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh nguy kịch tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu 28 bệnh nhi sinh ra tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương được chẩn đoán xác định bệnh tim bẩm sinh nguy kịch giai đoạn 2022 – 2024.

Kết quả: Tỷ lệ chẩn đoán trước sinh đạt khoảng 78,6%, cho thấy phần lớn ca bệnh được phát hiện ở thời điểm 24–28 tuần tuổi thai. Tuy nhiên, 21,4% trường hợp không được chẩn đoán trước sinh và chỉ phát hiện sau khi trẻ biểu hiện triệu chứng lâm sàng như tím tái hoặc sốc. Bệnh viện Phụ Sản Trung ương chủ yếu thực hiện các biện pháp hồi sức ban đầu như giữ ấm, ổn định đường huyết, truyền dịch và sử dụng kháng sinh liều khởi đầu. Các biện pháp điều trị chuyên sâu như sử dụng PGE1 và phẫu thuật cấp cứu chỉ được triển khai tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Đa số trẻ (60,7%) được chuyển viện trong vòng 24 giờ đầu sau sinh với tuổi trung bình chuyển viện là 1,4 ngày. Mặc dù quy trình chuyển viện diễn ra nhanh chóng, chỉ có 75% ca bệnh được chuyển viện an toàn, cho thấy còn tồn tại rủi ro trong quá trình vận chuyển.

Kết luận: bệnh tim bẩm sinh nguy kịch là nhóm dị tật tim nghiêm trọng đòi hỏi phải can thiệp sớm, thường diễn ra trong giai đoạn sơ sinh hoặc năm đầu đời để tránh tình trạng suy tuần hoàn và tử vong. Sự phối hợp giữa Bệnh viện Phụ Sản và Bệnh viện Nhi Trung ương góp phần nâng cao hiệu quả điều trị ban đầu cho nhóm trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh nguy kịch.

Từ khóa: tim bẩm sinh nguy kịch, sơ sinh, tím tái, shock, suy tim.

CURRENT STATUS OF EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF NEONATES WITH CRITICAL CONGENITAL HEART DISEASE AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY PERIOD 2022–2024

Vu Duc Thai^{1*}, Le Hong Quang², Tran Dac Dai³, Duong Van Anh¹

¹National Hospital of Obstetrics and Gynecology

²Vietnam National Children's Hospital

³E Hospital

Objectives: To describe the current status of early diagnosis and treatment in neonates with critical congenital heart disease (CCHD) at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Nhận bài: 15-01-2025; Phản biện: 10-02-2025; Chấp nhận: 15-02-2025

Người chịu trách nhiệm: Vũ Đức Thái

Email: Thai.hspstw@gmail.com

Địa chỉ: Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Subjects and Methods: A retrospective study was conducted on 28 neonates born at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology, who were definitively diagnosed with CCHD during the period 2022–2024.

Results: The prenatal diagnosis rate was approximately 78.6%, indicating that the majority of cases were detected at 24–28 weeks of gestation. However, 21.4% of cases were not diagnosed prenatally and were only identified after the neonates exhibited clinical symptoms such as cyanosis or shock. The National Hospital of Obstetrics and Gynecology primarily implemented initial resuscitation measures including thermal regulation, stabilization of blood glucose, fluid therapy, and administration of initial antibiotic doses. Advanced treatment modalities, such as the use of Prostaglandin E1 (PGE1) and emergency cardiac surgery, were exclusively performed at the Vietnam National Children's Hospital. The majority of neonates (60.7%) were transferred within the first 24 hours of life, with an average transfer age of 1.4 days. Although the transfer process was conducted promptly, only 75% of cases were transferred safely, indicating that risks remain during transport.

Conclusion: Critical congenital heart disease is a group of severe cardiac malformations that require early intervention, typically during the neonatal period or within the first year of life, to prevent circulatory collapse and mortality. The coordination between the National Hospital of Obstetrics and Gynecology and the Vietnam National Children's Hospital contributes significantly to improving the effectiveness of initial treatment for neonates with CCHD.

Keywords: critical congenital heart disease, neonate, cyanosis, shock, heart failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim bẩm sinh nguy kịch (Critical Congenital Heart Disease) bao gồm những dị tật tim bẩm sinh nghiêm trọng, đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật hoặc thủ thuật trong giai đoạn sơ sinh hoặc năm đầu đời. Đây là nhóm bệnh lý tim bẩm sinh nặng có thể gây suy tuần hoàn sớm, dẫn đến tử vong nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Việc chẩn đoán sớm (đặc biệt là trước sinh qua siêu âm tim thai) có ý nghĩa quan trọng, giúp lên kế hoạch quản lý thai kỳ và chuẩn bị điều trị sau sinh, qua đó cải thiện tiên lượng cho trẻ. Bệnh viện Phụ Sản Trung ương là cơ sở đầu ngành về sản phụ khoa, nơi tiếp nhận nhiều trường hợp thai phụ có thai kỳ nguy cơ cao. Giai đoạn 2022-2024, Bệnh viện Phụ sản Trung ương đã ghi nhận một nhóm 28 trẻ sơ sinh mắc tim bẩm sinh nguy kịch, cung cấp cái nhìn thực tế về hiệu quả chẩn đoán trước sinh và xử trí ban đầu các trường hợp này. Bởi vậy nên chúng tôi muốn làm đề án này nhằm phân tích về thực trạng chẩn đoán và điều trị sớm nhóm trẻ mắc tim bẩm sinh nguy kịch tại Bệnh viện Phụ Sản

Trung ương trong giai đoạn 2021-2024, dựa trên số liệu thu thập được.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

*Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả trẻ sơ sinh được sinh ra tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương được chuyển sang Bệnh viện Nhi Trung ương đánh giá trên siêu âm tim bởi hai bác sĩ Trung tâm Tim mạch có tình trạng tim bẩm sinh nguy kịch.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh nhân có bệnh tim bẩm sinh không được xác định là bệnh tim có tình trạng nguy kịch.
- Các bệnh nhân tử vong trước khi được chẩn đoán có bệnh tim bẩm sinh nguy kịch sẽ được loại trừ.
- Các bệnh nhân có các dị tật nặng khác ảnh hưởng đến huyết động

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Trẻ sơ sinh được sinh ra tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Địa điểm chẩn đoán và điều trị: Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.3. Thời gian và cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2021 đến hết tháng 12 năm 2024.

Cỡ mẫu thuận tiện: lấy tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Phương pháp thu thập, xử lý số liệu nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả hồi cứu, lấy số liệu theo mẫu bệnh án đã thiết kế trước.

2.5. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm chung: tuổi, giới, cân nặng, tuần thai

Xử trí ban đầu ngay khi chẩn đoán: vitamin K, thân nhiệt, nuôi dưỡng, vận mạch, kháng sinh, lợi tiểu, ...

Các chỉ số chuyển viện: ngày giờ, an toàn/ không an toàn.

Các chỉ số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ngay sau sinh, đặc điểm siêu âm tim, XQ ngực, khí máu.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã thông qua hội đồng đạo đức tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Bệnh viện Nhi Trung ương, được sự cho phép của các phòng ban liên quan của Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội chấp thuận ngày 24/10/2024 theo giấy chứng nhận số 3300/BVNTW-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2024 có tất cả 28 bệnh nhi được sinh ra tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và sau đó chuyển sang Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Nhi Trung ương để chẩn đoán và điều trị bệnh tim bệnh sinh nguy kịch.

Bảng 1. Phân bố trẻ bị tim bẩm sinh nguy kịch theo giới tính

Đặc điểm		n	%
Giới tính	Trai	15	53,6
	Gái	13	46,4
Tổng		28	100

Nhận xét: Trong 28 trẻ nghiên cứu có 53,6% là trẻ trai và 46,4% là trẻ gái.

Bảng 2. Đặc điểm dịch tễ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm dịch tễ học của trẻ bị teo ruột bẩm sinh		n	%
Cân nặng lúc sinh (gram)	<2500	2	7,2
	≥ 2500	26	92,8
Trọng lượng trung bình	$X \pm SD: 3000 \pm 500$ gram	Max Min	3800 1900
Cách thức sinh	Sinh thường	15	53,6
	Sinh mổ	13	46,4

Nhận xét:

- 92,8% trẻ có cân nặng trên 2500gr. Cân nặng trung bình 3000 ± 500 gram.

- 53,6% trẻ được sinh bằng hình thức sinh thường.

Bảng 3. So sánh chẩn đoán trước sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương so với kết quả chẩn đoán tại Bệnh viện Nhi Trung ương

Siêu âm	Chẩn đoán trước sinh (n=28)	Chẩn đoán trùng hợp (n=22)	P
Có	78,6%	72,7%	0,36
Không	21,4%		0,55

Nhận xét: Có 78,6% số ca bệnh nhi có chẩn đoán trước sinh dị tật tim bẩm sinh. Số ca có chẩn đoán tim bẩm sinh nguy kịch trùng hợp sau khi sinh (tại Bệnh viện Nhi Trung ương) là 72,7%. Số ca không có chẩn đoán trước sinh chiếm 21,4%.

Bảng 4. Tuổi thai phát hiện bất thường tim trên siêu âm

Tuổi thai phát hiện	n = 22	100%
< 24 tuần	4	18,1%
24 - 28 tuần	14	63,7%
28 - 32 tuần	2	9,1%
> 32 tuần	2	9,1%

Nhận xét: Trong số ca có chẩn đoán trước sinh, phần lớn phát hiện ở thời điểm 24 đến 28 tuần thai chiếm 63,7% các trường hợp.

Bảng 5. Đặc điểm lâm sàng
(tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương)

Đặc điểm lâm sàng		n=28	%
Sốc	Có	2	7,1
	Không	26	92,9
Chứng xanh tím sớm	Có	23	82,1
	Không	5	17,9
Suy tim sung huyết	Có	1	3,6
	Không	27	96,4

Nhận xét: Triệu chứng phổ biến và dễ nhận thấy nhất của tim bẩm sinh trong những giờ đầu sau sinh là chứng xanh tím sớm chiếm 82,1%. Các hội chứng khác ít diễn ra hơn như Sốc chiếm 7,1% và suy tim sung huyết chiếm 3,6%

Bảng 6. Cận lâm sàng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Triệu chứng	Có phát hiện bất thường (%)	Không phát hiện bất thường (%)	Không được làm (%)
Siêu âm tim phát hiện bất thường cấu trúc	82,1	0	17,9
Toan hoá máu trên khí máu động mạch	14,3	3,6	82,1
Bóng tim to bất thường hoặc tăng tuần hoàn phổi trên X-quang ngực	10,7	3,6	85,7
Siêu âm ổ bụng phát hiện các dị tật khác	3,6	7,1	89,3

Nhận xét:

- Có 82,1% trường hợp được siêu âm tim trước khi chuyển viện và đều phát hiện có bất thường tim bẩm sinh, số ca không được làm chiếm 17,9%.

- Phần lớn trẻ không được đánh giá về khí máu (chiếm 82,1%), X-quang ngực (chiếm 85,7%) và siêu âm ổ bụng (chiếm 89,3%) sau sinh khi biết được có bất thường tim bẩm sinh.

Bảng 7. Điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Bệnh viện Nhi Trung ương

Điều trị	Phụ sản Trung ương (%)	Nhi Trung ương (%)
Kháng sinh	10,7	53,6
Truyền dịch	17,9	92,9
Đảm bảo nhiệt độ	100	100
Đảm bảo đường huyết	100	100
Hỗ trợ hô hấp	17,9	42,9
Vận mạch	7,1	14,3
Lợi tiểu	0	28,6
PGE1	0	89,3
Phẫu thuật cấp cứu		50,0

Nhận xét:

- 100% bệnh nhi được đảm bảo đường huyết và nhiệt độ tại cả 2 viện

- PGE1 chưa được điều trị cho bệnh nhi nào tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tại Bệnh viện Nhi Trung ương tỷ lệ được điều trị PGE1 là 89,3%

- 50% số trẻ cần phẫu thuật cấp cứu.

Bảng 8. Ngày tuổi chuyển viện

Thời gian	Số ca (n=28)	Tỉ lệ %
< 24h	17	60,7
24h - 48h	9	32,1
>48h	2	7,1
Trung bình X ± SD	1,4 ± 0,63 ngày	3004 (2875-3625)

Nhận xét: Phần lớn các ca bệnh được chuyển viện sớm trong vòng 24h đầu chiếm 60,7%. Trung bình 1,4 ± 0,63 ngày.

Bảng 9. Kết quả chuyển viện

	Số ca (n=28)	Tỉ lệ %
An toàn	21	75
Không an toàn	7	15

Nhận xét: Tỉ lệ chuyển viện an toàn là 75%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng chẩn đoán sớm bệnh tim bẩm sinh nguy kịch tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Tỷ lệ phát hiện trước sinh: Công tác siêu âm thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương bước đầu đạt kết quả khả quan trong việc sàng lọc tim bẩm sinh nguy kịch. Cụ thể, có 78,6% trường hợp (22/28 trẻ) được phát hiện bất thường tim ngay từ thời kỳ bào thai (qua siêu âm tim thai). Điều này cho thấy phần lớn các dị tật tim bẩm sinh nghiêm trọng đã được nhận diện trước khi trẻ chào đời, giúp chuẩn bị kế hoạch sinh và chăm sóc sau sinh phù hợp. Tuy nhiên, vẫn còn 21,4% trường hợp không được chẩn đoán trước sinh. Những ca bỏ sót này chỉ được phát hiện sau sinh, thường khi trẻ biểu hiện triệu chứng lâm sàng nghiêm trọng (như tím tái hoặc sốc) tại phòng sinh. Điều này nhấn mạnh rằng dù siêu âm tiền sản đã phát hiện phần lớn ca bệnh, vẫn cần cải thiện hơn nữa để tầm soát được 100% các dị tật tim bẩm sinh nguy kịch. Độ chính xác của chẩn đoán trước sinh: Trong số 22 trường hợp đã được chẩn đoán tiền sản, đối chiếu với chẩn đoán sau sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy khoảng 72,7% có chẩn đoán trùng khớp (tương ứng về loại tổn thương tim). Nói cách khác, đa số các chẩn đoán trước sinh là chính xác, tuy nhiên vẫn có khoảng 27,3% trường hợp chẩn đoán chưa chính xác hoàn toàn so với thực tế sau sinh. Những sai khác này có thể do hạn chế khi siêu âm tim thai (khó quan sát toàn bộ cấu trúc tim, đặc biệt với dị tật phức tạp) hoặc do kinh nghiệm của người thực hiện. Dù tỷ lệ chẩn đoán đúng khá cao, việc còn gần 1/3 số ca chẩn đoán trước sinh chưa khớp hoàn toàn gợi ý nhu cầu nâng cao chất lượng chẩn đoán tiền sản (đào tạo thêm về siêu âm tim thai, hội chẩn tiền sản với chuyên gia tim mạch nhi khoa, v.v.). Hầu hết các bất thường tim bẩm sinh nguy kịch được phát hiện ở quý 2 của thai kỳ. Cụ thể, 63,7% số trường hợp được chẩn đoán trong khoảng 24-28 tuần tuổi thai - đây thường là giai đoạn siêu âm hình thái định kỳ. Một số trường hợp được phát hiện sớm trước 24 tuần (chiếm 18,1%), khi tim thai còn nhỏ và dấu hiệu có thể chưa rõ ràng. Ngoài ra, vẫn có những thai phụ sau 28 tuần mới phát

hiện dị tật tim của thai nhi (chiếm tổng cộng khoảng 18,2% trong đó 9,1% ở tuần 28-32 và 9,1% sau 32 tuần). Việc đa số ca bệnh được chẩn đoán trong tháng 6-7 của thai kỳ cho thấy đây là “thời điểm vàng” của sàng lọc tim bẩm sinh. Tuy nhiên, những trường hợp phát hiện muộn sau 32 tuần có thể gặp khó khăn hơn trong việc tư vấn và chuẩn bị sinh, bởi thời gian can thiệp trước sinh không còn nhiều. Do đó, tăng cường sàng lọc sớm (trước 24 tuần) - đặc biệt ở những thai kỳ nguy cơ cao - là rất quan trọng để không bỏ lỡ cơ hội chẩn đoán sớm các dị tật tim nặng.

4.2. Thực trạng điều trị ban đầu bệnh tim bẩm sinh nguy kịch tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Xử trí ngay sau sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương: Tất cả trẻ sơ sinh mắc tim bẩm sinh nguy kịch trong nghiên cứu đều được hồi sức và chăm sóc bước đầu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trước khi chuyển sang Bệnh viện Nhi Trung ương để điều trị chuyên sâu. Về triệu chứng lâm sàng, phần lớn trẻ có biểu hiện tím tái sớm sau sinh (chiếm 82,1% trường hợp). Đây là dấu hiệu thường gặp ở các dị tật tim gây tím (như TGA, Fallot 4, v.v.) và phản ánh mức độ nghiêm trọng của bệnh lý - trẻ thiếu oxy máu trầm trọng ngay khi chào đời. Bên cạnh đó, một số ít trẻ có dấu hiệu sốc tuần hoàn sau sinh (khoảng 7,1% trường hợp), thường do cung lượng tim rất thấp trong các bệnh tim bẩm sinh lệ thuộc ống động mạch (ống động mạch đóng sớm làm suy tuần hoàn). Nhìn chung, hầu hết các trẻ đều biểu hiện lâm sàng nặng, đòi hỏi phải hỗ trợ y tế khẩn trương.

Tại phòng sinh và khoa sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương, các biện pháp hồi sức cơ bản được thực hiện đầy đủ cho 100% trường hợp. Tất cả trẻ đều được giữ ấm đúng cách và được kiểm soát để đảm bảo đường huyết ổn định ngay sau sinh. Đây là những bước chăm sóc sơ sinh thiết yếu, đặc biệt quan trọng đối với trẻ bệnh lý nặng nhằm ngăn ngừa hạ thân nhiệt và hạ đường huyết, giúp trẻ duy trì tình trạng ổn định trước khi can thiệp tiếp theo. Ngoài ra, tùy tình trạng cụ thể, một số trẻ đã được hỗ trợ hô hấp (thở oxy hoặc thở máy) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (chiếm 17,9% trường hợp) và hỗ trợ tuần hoàn bằng vận mạch (thuốc co bóp cơ tim, vận mạch

nhẹ, chiếm 7,1% trường hợp). Việc một tỷ lệ nhỏ trẻ cần hỗ trợ hô hấp và thuốc vận mạch gợi ý rằng một số ca bệnh diễn biến nặng ngay sau sinh, phải can thiệp tích cực tại chỗ. Ngược lại, đa số trường hợp khác chỉ cần hồi sức cơ bản và theo dõi, có lẽ nhờ được chẩn đoán trước sinh nên kịp thời để đã chuẩn bị sẵn sàng, hạn chế tối đa tình trạng suy hô hấp, suy tuần hoàn sau sinh. Về cận lâm sàng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tất cả các trẻ nghi ngờ tim bẩm sinh nguy kịch đều nhanh chóng được siêu âm tim sau sinh để khẳng định chẩn đoán và đánh giá chi tiết tổn thương tim. Kết quả cho thấy siêu âm tim sau sinh phát hiện bất thường cấu trúc tim ở 100% trường hợp đã thực hiện (chiếm 82,1% tổng số trẻ). Không có trường hợp nào siêu âm tim sau sinh cho kết quả bình thường, điều này phù hợp với việc toàn bộ đối tượng nghiên cứu thực sự mắc bệnh tim bẩm sinh. Có 17,9% trẻ chưa được làm siêu âm tim tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (vì trong tua trực còn thiếu bác sĩ siêu âm tim), những trường hợp này nhiều khả năng được chuyển thẳng đến Bệnh viện Nhi và siêu âm xác định bệnh tại đó. Các xét nghiệm khác được thực hiện hạn chế: chỉ khoảng 17,9% số trẻ được đo khí máu động mạch, trong đó 14,3% cho thấy tình trạng toan máu (toan chuyển hóa hoặc toan hô hấp), và chỉ 3,6% trường hợp có kết quả khí máu bình thường; đa số (82,1%) không thực hiện xét nghiệm khí máu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tương tự, X-quang ngực chỉ được tiến hành ở khoảng 14,3% số trẻ, với 10,7% cho hình ảnh bóng tim to hoặc tăng tuần hoàn phổi bất thường- dấu hiệu gián tiếp của bệnh tim bẩm sinh; 3,6% còn lại có X-quang bình thường. Phần lớn (85,7%) không chụp X-quang tại tuyến sơ sinh. Siêu âm ổ bụng để phát hiện dị tật phổi hợp cũng ít được thực hiện (chỉ 10,7% trường hợp); trong số ít ỏi này, có 3,6% trường hợp tìm ra dị tật ngoài tim (dị tật ở cơ quan khác), còn lại 7,1% không phát hiện bất thường gì thêm. Việc hạn chế làm xét nghiệm khí máu, X-quang, siêu âm ổ bụng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương có thể do ưu tiên chuyển viện sớm, tránh làm chậm trễ thời gian vàng để can thiệp tại trung tâm tim mạch nhi khoa. Thay vào đó, Bệnh viện Phụ sản

Trung ương tập trung siêu âm tim (quan trọng nhất) và ổn định sơ bộ cho trẻ trước khi chuyển.

So sánh phương pháp điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Bệnh viện Nhi Trung ương: Do không phải là trung tâm chuyên khoa tim mạch nhi, Bệnh viện Phụ sản Trung ương chỉ thực hiện được các biện pháp hồi sức và điều trị hỗ trợ ban đầu, trong khi đó phần lớn điều trị đặc hiệu diễn ra sau khi trẻ chuyển sang Bệnh viện Nhi Trung ương. Số liệu thống kê cho thấy sự khác biệt rõ rệt về phác đồ điều trị giữa hai bệnh viện. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỷ lệ sử dụng kháng sinh cho trẻ sơ sinh tim bẩm sinh nguy kịch chỉ khoảng 10,7%, trong khi tại Bệnh viện Nhi Trung ương có tới 53,6% trường hợp được dùng kháng sinh. Sự khác biệt này có thể do tại Bệnh viện Nhi Trung ương, các bác sĩ chủ động dùng kháng sinh sớm nhằm phòng ngừa nhiễm trùng cho bệnh nhi nặng hoặc điều trị các biến chứng nhiễm khuẩn nếu có, còn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương chỉ dùng kháng sinh khi nghi ngờ nhiễm trùng sơ sinh (vì thời gian lưu tại đây ngắn). Tương tự, truyền dịch tĩnh mạch được thực hiện rất ít ở Bệnh viện Phụ sản Trung ương (17,9% trường hợp) do hầu hết trẻ chưa cần nuôi dưỡng tĩnh mạch trong thời gian ngắn ở khoa sơ sinh; ngược lại, gần như toàn bộ trẻ đến Bệnh viện Nhi Trung ương đều được truyền dịch (chiếm 92,9%) để duy trì ổn định huyết động và chuẩn bị cho can thiệp. Đáng chú ý, tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương không có trường hợp nào được sử dụng Prostaglandin E1 (PGE1) - thuốc duy trì sự thông thương của ống động mạch, một yếu tố sống còn đối với nhiều bệnh tim bẩm sinh nguy kịch (như TGA, thiếu sản tim trái/phải, teo phổi nặng, teo chủ nặng). Trong khi đó, 89,3% trẻ sau khi đến Bệnh viện Nhi Trung ương đã được dùng PGE1 để đảm bảo tưới máu hệ thống hoặc phổi trước khi phẫu thuật. Điều này phản ánh hạn chế về mặt điều trị đặc hiệu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương - bệnh viện sản không dự trữ hoặc không có chỉ định dùng PGE1, nên trẻ chỉ được dùng thuốc này khi đến Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Nhi Trung ương. Việc không được dùng PGE1 sớm có thể khiến một số trẻ rơi vào tình trạng nguy kịch hơn trên đường chuyển viện, nhất là những ca lệ thuộc ống động mạch.

Về can thiệp phẫu thuật, Bệnh viện Phụ sản Trung ương cũng không thực hiện được phẫu thuật tim. Toàn bộ các ca cần phẫu thuật đều được chuyển sang Bệnh viện Nhi Trung ương. Theo số liệu, đã có 50% trẻ được tiến hành phẫu thuật cấp cứu ngay tại Bệnh viện Nhi Trung ương sau khi tiếp nhận. Nghĩa là 14/28 trường hợp phải mổ tim khẩn cấp trong những ngày đầu đời để sửa chữa tạm thời hoặc hoàn toàn dị tật (ví dụ: phẫu thuật chuyển gốc động mạch trong 2 tuần đầu, phẫu thuật shunt Blalock-Taussig cho những ca tắc nghẽn đường ra thất phải nặng, v.v.). Số còn lại (50%) có thể được ổn định bằng thuốc (như PGE1, trợ tim) và lên kế hoạch mổ trì hoãn sau vài ngày hoặc tuần, hoặc một số trường hợp quá nặng có thể đã tử vong trước khi kịp phẫu thuật (theo thông lệ chung, nhưng trong số liệu này không nêu rõ tỷ lệ tử vong). Sự có mặt của phẫu thuật tim khẩn cấp ở một nửa số ca nhấn mạnh mức độ nghiêm trọng của nhóm bệnh này, đồng thời cho thấy vai trò quyết định của Bệnh viện Nhi Trung ương trong việc cứu sống trẻ - đây là nơi duy nhất có thể can thiệp triệt để các dị tật tim phức tạp.

Một số biện pháp điều trị khác cũng có sự chênh lệch giữa hai bệnh viện. Tại Bệnh viện Nhi Trung ương, có 28,6% trường hợp được sử dụng thuốc lợi tiểu (để kiểm soát suy tim, phù phổi) trong quá trình điều trị, còn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương hoàn toàn chưa áp dụng biện pháp này. Hỗ trợ hô hấp tích cực (thở máy, oxy liều cao) cũng được thực hiện nhiều hơn ở Bệnh viện Nhi Trung ương (42,9% so với 17,9% tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương) do diễn biến bệnh có thể nặng thêm sau sinh vài giờ, hoặc do tại Bệnh viện Nhi Trung ương có sẵn máy móc hiện đại và bác sĩ hồi sức nhi khoa chuyên sâu. Việc hỗ trợ tuần hoàn bằng vận mạch ở Bệnh viện Nhi Trung ương (14,3%) cũng nhỉnh hơn so với Bệnh viện Phụ sản Trung ương (7,1%), phù hợp với tình trạng bệnh nhi có thể xấu đi trong quá trình chờ mổ, cần thuốc trợ tim liều cao. Ngược lại, cả hai bệnh viện đều chú trọng đảm bảo các chăm sóc cơ bản như giữ ấm, ổn định đường huyết cho 100% trường hợp như đã nêu.

Tóm lại, Bệnh viện Phụ sản Trung ương giữ vai trò ổn định ban đầu, thực hiện các can thiệp hỗ

trợ cần thiết tối thiểu để trẻ an toàn vượt qua giai đoạn sơ sinh ngay sau đẻ. Bệnh viện Nhi Trung ương đảm nhận vai trò điều trị chuyên sâu, bao gồm dùng thuốc đặc hiệu (như PGE1), hồi sức tích cực và phẫu thuật tim. Sự phối hợp nhịp nhàng giữa hai tuyến là yếu tố then chốt trong chuỗi quản lý trẻ mắc tim bẩm sinh nguy kịch.

Do Bệnh viện Phụ sản Trung ương không thể điều trị triệt để, chuyển viện sớm sang Bệnh viện Nhi Trung ương là bắt buộc đối với tất cả trường hợp. Thống kê cho thấy đa số trẻ được chuyển viện rất sớm trong vòng 24 giờ đầu sau sinh - có 60,7% trường hợp rời Bệnh viện Phụ sản Trung ương trước khi tròn 1 ngày tuổi. Thêm 32,1% trường hợp được chuyển đi trong khoảng 24-48 giờ tuổi. Chỉ có 2 trẻ (chiếm 7,1%) chuyển muộn sau khi đã trên 2 ngày tuổi. Tuổi trung bình lúc chuyển viện là khoảng $1,4 \pm 0,63$ ngày tuổi. Điều này cho thấy nỗ lực của Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong việc chuyển tuyến sớm phần lớn các ca bệnh, nhằm tranh thủ “thời gian vàng” để can thiệp tại trung tâm tim mạch nhi. Việc gần 2/3 số trẻ được chuyển đi ngay ngày đầu và hầu hết còn lại trong ngày thứ hai sau sinh là một thành công về mặt tổ chức, giúp giảm thiểu nguy cơ biến chứng nặng do chậm trễ điều trị.

Tuy nhiên, vấn đề an toàn trong quá trình vận chuyển bệnh nhi vẫn là một thách thức. Theo số liệu, chỉ 75% trường hợp được chuyển viện trong tình trạng an toàn, ổn định. Ngược lại, có 7 trường hợp (khoảng 25% số ca) được đánh giá là không an toàn khi vận chuyển. “Không an toàn” ở đây có thể hiểu là trẻ gặp biến cố trên đường vận chuyển, chẳng hạn tụt huyết áp, suy hô hấp phải bóp bóng, hoặc nguy kịch đột ngột buộc xe cấp cứu phải dừng xử trí... Thực tế, việc duy trì ổn định cho trẻ tim bẩm sinh nặng trong quá trình quá trình chuyển viện đòi hỏi đội vận chuyển chuyên nghiệp và trang thiết bị đầy đủ. Bệnh viện Phụ sản Trung ương hiện chưa có đội vận chuyển chuyên biệt cho trẻ sơ sinh nguy kịch, do đó dù đã rất cố gắng hồi sức trước khi chuyển, một số trẻ vẫn trở nặng trên đường. Tỷ lệ 25% gặp vấn đề khi chuyển viện là điểm cần quan tâm, vì mỗi sự cố đều có thể ảnh hưởng xấu đến kết cục điều trị của trẻ.

4.3. Hạn chế

Bên cạnh các ưu điểm, vẫn tồn tại một số hạn chế cần nhìn nhận. Trước hết, mặc dù tỷ lệ chẩn đoán trước sinh cao, nhưng vẫn còn khoảng 1/5 số trường hợp chưa được phát hiện khi còn trong bụng mẹ. Những ca bỏ sót này có thể do hạn chế về kỹ thuật siêu âm (thai phụ đến muộn, tư thế thai không thuận lợi, hoặc tổn thương tim khó quan sát), hoặc do chưa có chương trình sàng lọc tim thai rộng rãi cho mọi thai phụ. Độ chính xác của chẩn đoán trước sinh chưa thật tối ưu - còn gần 30% trường hợp chẩn đoán nhầm hoặc chưa đầy đủ, dẫn đến việc chuẩn bị sinh và định hướng điều trị sau sinh có thể chưa sát với thực tế. Về điều trị, hạn chế lớn nhất tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương là thiếu các biện pháp chuyên sâu dành cho trẻ tim bẩm sinh nguy kịch. Cụ thể, bệnh viện chưa triển khai được việc dùng PGE1 - một thuốc thiết yếu để duy trì ống động mạch mở trong khi nhiều dị tật tim cần đến, cũng như không thể phẫu thuật cấp cứu tại chỗ. Điều này khiến toàn bộ gánh nặng điều trị dồn sang tuyến sau và trẻ phụ thuộc vào quá trình vận chuyển. Mặc dù phần lớn trẻ đã được chuyển viện khá nhanh, vẫn có một số trường hợp chuyển chưa đủ sớm (7% chuyển sau 48 giờ tuổi). Sự chậm trễ này, dù ít, có thể ảnh hưởng xấu đến những bệnh lý tim nặng cần can thiệp ngay sau sinh. Hơn nữa, vấn đề an toàn chuyển viện chưa đảm bảo tuyệt đối: tỷ lệ 25% ca chuyển viện không an toàn cho thấy nguy cơ hiện hữu của việc trẻ diễn biến xấu trên đường, thậm chí có thể tử vong trước khi đến được trung tâm tim mạch (dù số liệu cụ thể về tử vong chưa được đề cập, đây là nguy cơ thực tế). Các hạn chế về vận chuyển có thể do thiếu đội vận chuyển chuyên dụng, thiếu trang thiết bị hỗ trợ trên xe cứu thương (như máy thở di động, monitor theo dõi liên tục, bơm tiêm điện truyền thuốc vận mạch/ PGE1), và thiếu nhân lực chuyên khoa đi kèm trong quá trình chuyển.

V. KẾT LUẬN

Kết quả phân tích cho thấy Bệnh viện Phụ Sản Trung ương đã có những bước tiến đáng khích lệ trong việc chẩn đoán sớm và xử trí ban đầu bệnh tim bẩm sinh nguy kịch. Các chương trình sàng lọc trước sinh của bệnh viện đã phát huy hiệu

quả hiệu quả, khi phát hiện được khoảng 78% trường hợp dị tật tim bẩm sinh nguy kịch ngay từ thai kỳ. Đây là một tỷ lệ khá cao so với mặt bằng chung, phản ánh chuyên môn siêu âm sản khoa tốt cũng như sự quan tâm của gia đình thai phụ trong việc tầm soát dị tật. Việc phối hợp liên viện giữa Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Bệnh viện Nhi Trung ương cũng là điểm sáng: hầu hết trẻ đều được chuyển sớm và có sự tiếp nhận kịp thời của đội ngũ bác sĩ tim mạch nhi, đảm bảo trẻ được can thiệp trong khoảng thời gian thích hợp. Nhờ đó, nhiều trẻ đã nhanh chóng được phẫu thuật cứu sống ngay trong những ngày đầu sau sinh (chiếm 50% trường hợp). Những nỗ lực này đã tạo nên một quy trình tương đối hoàn chỉnh: phát hiện tiền sản - hồi sức sơ sinh - chuyển viện - phẫu thuật tim, giúp nâng cao cơ hội sống cho các bệnh nhi tim bẩm sinh nguy kịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kabbani N, Kabbani MS, Al Taweel H.** Cardiac emergencies in neonates and young infants. *Avicenna J Med* 2017;7(1):1-6. <https://doi.org/10.4103/2231-0770.197506>
2. **Phan Chiến Thắng, Trần Công Toại.** Phôi thai học. Nhà xuất bản Hồng Đức, 2013.
3. **S. Zaidi and M. Brueckner.** "Genetics and Genomics of Congenital Heart Disease," *Circ. Res.*, vol. 120, no. 6, pp. 923-940, Mar. 2017, doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.309140.
4. **Plana MN, Zamora J, Suresh G et al.** Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;3(3):CD011912. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011912.pub2>
5. **McCossan BA, Sands AJ, Kileen T et al.** Fetal diagnosis of congenital heart disease by telemedicine. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2011;96(6):F394-397. <https://doi.org/10.1136/adc.2010.197202>