

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỬ VONG Ở TRẺ SƠ SINH SINH NON DƯỚI 32 TUẦN TẠI KHOA NHI - SƠ SINH BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023-2024

Thạch Thị Ngọc Yến¹, Nguyễn Minh Phương², Trần Khánh Nga², Võ Thị Khánh Nguyệt², Nguyễn Trung Hậu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sinh non luôn phải đối mặt với rất nhiều yếu tố nguy cơ và biến chứng nặng, là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 2 ở trẻ em dưới 5 tuổi và là nguyên nhân trực tiếp quan trọng nhất gây tử vong trong tháng đầu sau sinh. **Mục tiêu:** 1) Xác định tỉ lệ các biến chứng liên quan đến trẻ sinh non ở trẻ sơ sinh sinh non dưới 32 tuần. 2) Khảo sát các can thiệp điều trị ở trẻ sơ sinh sinh non dưới 32 tuần. 3) Xác định tỷ lệ tử vong và một số yếu tố liên quan đến tử vong ở trẻ sơ sinh sinh non dưới 32 tuần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 140 trẻ sơ sinh non tháng dưới 32 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ từ tháng 02/2023 đến 03/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Giới tính nam chiếm 57,9%, tuổi thai trung bình $29,95 \pm 1,96$ tuần, cân nặng trung bình 1275 ± 358 g. Tỷ lệ các biến chứng liên quan đến sinh non: bệnh màng trong (93,6%), cơn ngưng thở (98,6%), viêm phổi bệnh viện (42,9%), nhiễm trùng sơ sinh sớm (28,6%), nhiễm trùng huyết muộn (27,1%), PDA cần can thiệp điều trị bằng thuốc (23,6%), viêm ruột hoại tử từ độ II (20,0%), loạn sản phế quản phổi (17,1%), hạ đường huyết (15,0%), xuất huyết não (13,6%) và 7,1% ROP có chỉ định điều trị, 5,0% có xuất huyết phổi và có 2,1% tràn khí màng phổi. Tỷ lệ các can thiệp điều trị: Có 99,3% trẻ cần can thiệp hồi sức sau sinh, trong đó 90% can thiệp hồi sức bằng NCPAP, 94,3% cần điều trị bằng NCPAP và 21,4% thở máy trong thời gian điều trị, 35,7% bơm surfactant, 95,8% cần dinh dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn, 40% cần truyền hồng cầu lắng. Tỷ lệ thành công 87,2%, tử vong 7,1%, tỷ lệ tử vong của các nhóm tuổi thai sinh non < 26 tuần, 26 -< 28 tuần, 28 -< 30 tuần và 30 -< 32 tuần lần lượt là 55,6%, 0%, 5,0% và 4,3%. Nuôi sống thành công tuổi thai thấp nhất là 24,6 tuần, CNLS 680g. Các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong của trẻ: tuổi thai < 28 tuần OR = 4,08, KTC 95% = 1,09-15,25, p=0,041, CNLS < 1000g OR = 6,82, KTC 95% = 1,77-26,21, p=0,006, bệnh màng trong độ 3-4 OR = 4,78, KTC 95% = 1,17-19,48, p=0,034, nhiễm trùng huyết muộn OR = 31,67, KTC 95% = 3,84-261,13, p<0,001, xuất huyết phổi OR = 60, KTC 95% = 9,27-388,51, p=0,001, viêm ruột hoại tử OR = 6,18, KTC 95% = 1,62-23,62, p=0,012 và xuất huyết não OR = 11,2, KTC 95% = 2,77-45,34, p=0,002. **Kết luận:** Tỷ lệ

sinh non nhập viện với chẩn đoán bệnh màng trong cao. Tỷ lệ các biến chứng liên quan đến sinh non như bệnh màng trong, viêm phổi bệnh viện, nhiễm trùng huyết cao. Tỷ lệ tử vong ở nhóm < 26 tuần còn cao. Yếu tố liên quan tử vong chủ yếu là tuổi thai < 28 tuần, CNLS < 1000g, bệnh màng trong độ 3-4, nhiễm trùng huyết muộn, xuất huyết phổi, viêm ruột hoại tử và xuất huyết não. **Từ khóa:** sinh non, sinh non và biến chứng, tử vong sinh non.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS AND FACTORS RELATED TO DEATH IN PREMATURE INFANTS UNDER 32 WEEKS AT THE DEPARTMENT OF PEDIATRIC AND NONATONACIES OF CAN THO CITY OBSTRICTIONS HOSPITAL IN 2023-2024

Background: Premature birth is consistently confronted with numerous risk factors and severe complications, ranking as the second leading cause of death in children under 5 years old and the foremost direct cause of mortality in the first month after birth. **Objectives:** 1) To determine the rate of complications associated with preterm birth in infants born at less than 32 weeks gestational age. 2) To survey the treatment interventions in infants born preterm at less than 32 weeks gestational age. 3) Determine the mortality rate and some factors related to death in premature infants born under 32 weeks. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study of 140 preterm infants born at less than 32 weeks gestational age at Can Tho Obstetrics and Pediatrics Hospital from February 2023 to March 2024. **Results:** The rate of male was 57,9%, the average gestational age was $29,95 \pm 1,96$ weeks and the infant birth weight was 1275 ± 358 gram. The incidence of complications related to preterm infants: respiratory distress syndrome (93,6%), cơn ngưng thở (98,6%), late-onset pneumonia (42,9%), early neonatal infection (28,6%), late-onset sepsis (27,1%), PDA requires pharmacological intervention (23,6%), necrotising enterocolitis (20,0%), chronic lung disease (17,1%), hypoglycemia (15,0%), intraventricular haemorrhage (13,6%) and 7,1% ROP has treatment indications, 5,0% pulmonary hemorrhage and 2,1% pneumothorax. Treatment interventions: 99.3% of infants required postnatal resuscitation, with 90% receiving NCPAP resuscitation, 94.3% requiring NCPAP treatment, and 21.4% requiring mechanical ventilation during treatment, 35.7% received surfactant, 95.8% required total parenteral nutrition, and 40% required packed red blood cell transfusion, 95.8% required total parenteral nutrition, and 40% required packed red blood cell transfusion. The success rate 87.2%,

¹Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Phương,

Email: nmphuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 25.6.2024

death rate 7.1%, rate of mortality based on gestational age were 55,6%, 0%, 5,0% and 4,3% at < 26 weeks, 26 -< 28 weeks, 28 -< 30 weeks and 30 -< 32 weeks, respectively. The lowest gestational age successfully supported was 24.6 weeks, with a birth weight of 680g. Factors that increase the risk of infant mortality are: gestational age < 28 weeks OR =4,08, KTC 95% = 1,09-15,25, p=0,041, birth weight < 1000g OR =6,82, KTC 95% = 1,77-26,21, p=0,006, respiratory distress syndrome grade 3-4 OR =4,78, KTC 95% = 1,17-19,48, p=0,034, late-onset sepsis OR =31,67, KTC 95% = 3,84-261,13, p<0,001, pulmonary hemorrhage OR =60, KTC 95% = 9,27-388,51, p=0,001, necrotizing enterocolitis OR =6,18, KTC 95% = 1,62-23,62, p=0,012 and cerebral hemorrhage OR =11,2, KTC 95% = 2,77-45,34, p=0,002. **Conclusion:** The rate of hospital admissions due to premature rupture of membranes is high. Complications associated with preterm birth such as chorioamnionitis, hospital-acquired pneumonia, and late-onset sepsis are prevalent. Mortality rates remain elevated in the < 26 weeks gestational age group. Factors that increase the risk of infant mortality are: gestational age < 28 weeks, birth weight < 1000g, respiratory distress syndrome grade 3-4, late-onset sepsis, pulmonary hemorrhage, necrotizing enterocolitis and intraventricular haemorrhage.

Keywords: premature birth, premature birth and complications, mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ sinh non có nguy cơ cao bị các biến chứng nặng đặc biệt là trẻ sinh rất non và rất nhẹ cân. Sinh non là nguyên nhân thứ 2 gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi và là nguyên nhân trực tiếp quan trọng gây tử vong trong tháng đầu tiên sau sinh. Theo báo cáo của Tổ chức y tế thế giới và Quỹ nhi đồng liên hiệp quốc, có khoảng 18.000 trẻ sơ sinh tử vong hàng năm tại Việt Nam, trong đó có khoảng 35% tử vong do sinh non và biến chứng. Theo nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi đồng 1 năm 2017 ghi nhận tỷ lệ tử vong của nhóm trẻ dưới 28 tuần tuổi thai là 76,9% [4], năm 2019 ghi nhận tỷ lệ tử vong từ 26 tuần trở xuống là 60%, nguyên nhân chính là xuất huyết phổi và nhiễm trùng huyết [5]. Nhóm trẻ này được khuyến cáo điều trị ở các tuyến chăm sóc sơ sinh từ cấp độ III để tăng khả năng được cứu sống [8]. Tỷ lệ cứu sống của một trẻ 24 tuần tuổi thai tại các nước có thu nhập cao là khoảng 50%, tỷ lệ biến chứng bệnh phổi mạn nặng của nhóm tuổi thai này lên đến 40% [9],[10].

Tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ hàng năm khoa Nhi – Sơ sinh đã tiếp nhận điều trị cho khoảng gần 2539 trẻ sơ sinh trong đó 38,8% là sơ sinh non tháng – nhẹ cân với 5,9% là nhóm trẻ dưới 32 tuần. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đi sâu về tỷ lệ các biến chứng và can thiệp điều trị, biến chứng và tử vong nhất là

nhóm dưới 32 tuần tuổi thai. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị và các yếu tố liên quan đến tử vong ở trẻ sơ sinh sinh non dưới 32 tuần tại khoa Nhi – Sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2023-2024" với mục tiêu nghiên cứu: 1) Xác định tỷ lệ các biến chứng liên quan đến trẻ sinh non ở trẻ sơ sinh non tháng dưới 32 tuần. 2) Khảo sát các can thiệp điều trị ở trẻ sơ sinh non tháng dưới 32 tuần. 3) Xác định tỷ lệ tử vong và một số yếu tố liên quan đến tử vong ở trẻ sơ sinh sinh non dưới 32 tuần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các trẻ sơ sinh non tháng dưới 32 tuần tuổi thai nhập viện điều trị tại khoa Nhi - Sơ Sinh Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ từ 01/02/2023 đến 31/03/2024.

***Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả trẻ sơ sinh sinh non dưới 32 tuần nhập viện tại khoa Nhi – Sơ sinh Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu từ 01/02/2023 đến 31/03/2024.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh án không đầy đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích

Cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Với n: cỡ mẫu, Z là hệ số tin cậy với mức $\alpha=0,05$ ($Z=1,96$); p là tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh non [4], d là sai số cho phép 0,07. Cỡ mẫu tính được: n=139 bệnh nhân. Thực tế, chúng tôi thu thập được 140 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ.

Phương pháp thu thập số liệu: trẻ sơ sinh sinh non dưới 32 tuần nhập viện được khám đánh giá đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm công thức máu, xét nghiệm khí máu, đường máu mao mạch, X-quang ngực. Trong quá trình nằm viện sẽ được đánh giá mỗi ngày, phát hiện và xử trí các biến chứng nếu có cho đến khi xuất viện.

Nội dung nghiên cứu: đặc điểm chung, đặc điểm các biến chứng, đặc điểm các can thiệp điều trị và đánh giá kết quả điều trị bao gồm thành công (trẻ sống đến khi được xuất viện) hay thất bại (tử vong hoặc bệnh nặng xin về). Ghi nhận các yếu tố liên quan đến thất bại điều trị.

Xử lý và phân tích số liệu: phần mềm SPSS 18.0, kiểm định χ^2 , Fisher's exact.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của trẻ mắc bệnh màng trong

Bảng 1. Đặc điểm chung của trẻ mắc bệnh màng trong

Đặc điểm (n=169)		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	81	57,9
	Nữ	59	42,1
Cách sinh	Sanh thường	60	42,9
	Sanh mổ	80	57,1
Dự phòng corticoid trước sinh	Có	99	70,7
	Không	41	29,3
Tuổi thai 29,95 ± 1,96 (tuần)	< 26 tuần	9	6,4
	26 - < 28 tuần	21	15,0
	28 - < 30 tuần	40	28,6
	30 - < 32 tuần	70	50,0
Cân nặng lúc sinh 1275 ± 358 (g)	< 800g	12	8,6
	800 - < 1000g	18	12,9
	1000 - < 1500g	65	46,4
	≥ 1500g	45	32,1

Nhận xét: Trong 140 trẻ tham gia nghiên cứu, tỷ lệ giới tính nam cao hơn giới tính nữ (57,9% so với 42,1%), 57,1% sinh mổ, có 70,7% trẻ có mẹ được dự phòng corticoid trước sinh. Tuổi thai trung bình là 29,95 ± 1,96 (tuần).

Bảng 3. Tỷ lệ các biến chứng liên quan đến trẻ sinh non

Nhóm tuổi	N	< 26	26 - < 28	28 - < 30	30 - < 32	p
Bệnh màng trong	131(93,6)	9(100)	21(100)	38(95,0)	63(90,0)	0,063*
NTSS sớm	40(28,6)	5(55,6)	12(57,1)	8(20,0)	15(21,4)	0,002
TKMP	4(2,9)	1(11,1)	1(4,8)	2(5,0)	0(0)	0,034*
Xuất huyết phổi	7(5,0)	3(33,3)	0(0)	4(10,0)	0(0)	0,002*
Loạn sản phế quản phổi	24(17,1)	5(55,6)	9(42,9)	9(22,5)	1(1,4)	<0,001*
Dự phòng PDA	13(9,3)	5(55,6)	7(33,3)	1(2,5)	0(0)	<0,001*
PDA cần điều trị	33(23,6)	5(55,6)	10(47,6)	11(27,5)	7(10,0)	<0,001*
NTH muộn	38(27,1)	7(77,8)	9(42,9)	14(35,0)	8(11,4)	<0,001
VPBV	60(42,9)	7(77,8)	11(52,4)	26(65,0)	16(22,9)	<0,001
ROP có chỉ định điều trị	10(7,1)	3(33,3)	5(23,8)	2(5,0)	0(0)	<0,001*
Xuất huyết não	19(13,6)	4(44,4)	3(14,3)	6(15,0)	6(8,5)	0,015

* Fisher's exact test

Nhận xét: 100% trường hợp sinh non < 28 tuần được chẩn đoán bệnh màng trong, tỷ lệ trẻ ở nhóm 28 - < 32 tuần tỷ lệ bệnh màng trong cũng khá cao (90-95%). Tỷ lệ viêm phổi bệnh viện và nhiễm trùng huyết chiếm 42,9% và 27,1% và đặc biệt cao ở nhóm < 26 tuần với tỷ

Cân nặng lúc sinh trung bình là 1275 ± 358 (g).

3.2. Đặc điểm các biến chứng ở trẻ sinh non

Bảng 2. Đặc điểm các biến chứng ở trẻ sinh non

Biến chứng	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Bệnh màng trong	131	93,6
Cơn ngưng thở	138	98,6
Viêm phổi bệnh viện	60	42,9
Nhiễm trùng sơ sinh sớm	40	28,6
Nhiễm trùng huyết muộn	38	27,1
PDA cần đóng bằng thuốc	33	23,6
Viêm ruột hoại tử từ độ II	28	20,0
Loạn sản phế quản phổi	24	17,1
Hạ đường huyết	21	15,0
Xuất huyết não	19	13,6
ROP có chỉ định điều trị	10	7,1
Xuất huyết phổi	7	5,0
Tràn khí màng phổi	4	2,9

Nhận xét: Có 93,6% trẻ bị bệnh màng trong, 98,6% có cơn ngưng thở, kể đến là viêm phổi bệnh viện (42,9%), nhiễm trùng sơ sinh sớm (28,6%), nhiễm trùng huyết (27,1%), PDA cần đóng bằng thuốc (23,6%), 20,0% viêm ruột hoại tử từ độ II. Thấp nhất là biến chứng tràn khí màng phổi chiếm 2,9%.

lệ đều là 77,8%. Trẻ < 26 tuần gặp rất nhiều biến chứng như: bệnh màng trong, viêm phổi bệnh viện, nhiễm trùng huyết, PDA cần điều trị, loạn sản phế quản phổi, xuất huyết phổi, xuất huyết não và tràn khí màng phổi (p<0,05).

3.3. Đặc điểm các can thiệp điều trị

Bảng 4. Tỷ lệ các can thiệp điều trị liên quan đến trẻ sinh non

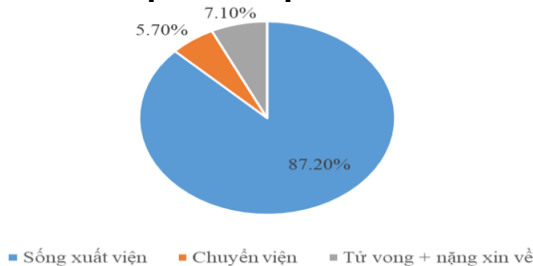
Nhóm tuổi	N	< 26	26 - < 28	28 - < 30	30 - < 32	p
Thở NCPAP	132(94,3)	9(100)	21(100)	40(100)	62(88,6)	0,015*
Thở máy	30(21,4)	7(77,8)	7(33,3)	7(17,5)	9(12,9)	<0,001*
Bơm surfactant	50(35,7)	7(77,8)	12(57,1)	18(45,0)	13(18,6)	<0,001
DDTMHT	134(95,7)	9(100)	21(100)	40(100)	64(91,4)	0,036*
Điều trị tăng đường huyết	13(9,3)	4(44,4)	3(14,3)	2(5,0)	4(5,7)	0,002*
Bù toan	27(19,3)	8(88,9)	4(19,0)	8(20,0)	7(10,0)	<0,001*

Sử dụng Dobutamin	13(9,3)	6(66,7)	1 (4,8)	3 (7,5)	3 (4,3)	<0,001*
Sử dụng Adrenaline	13(9,3)	6(66,7)	0 (0)	5 (12,5)	2 (2,9)	<0,001*
Truyền hồng cầu lắng	56(40,0)	8(88,9)	16(76,2)	23(57,5)	9(12,9)	<0,001
Truyền tiểu cầu	7(5,0)	3(33,3)	1(4,8)	1(2,5)	2(2,9)	0,006*
Truyền huyết tương tươi	19(13,6)	5(55,6)	4(19,0)	6(15,0)	4(5,7)	<0,001*
Tủa lạnh	10(7,1)	3(33,0)	0(0)	6(15,0)	3(4,3)	0,066*

* Fisher's exact test

Nhận xét: Thở NCPAP là phương tiện hỗ trợ hô hấp sớm cho trẻ sinh non dưới 32 tuần, được chỉ định trong 94,3%, đặc biệt 100% cho trẻ < 30 tuần. Tỷ lệ thở máy chung là 21,4%, đặc biệt cao ở nhóm < 26 tuần (77,8%) ($p < 0,001$). Tỷ lệ bơm surfactant 35,7%. Tỷ lệ dinh dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn 100% ở nhóm trẻ < 30 tuần. Tỷ lệ bù toan và truyền hồng cầu lắng ở trẻ < 26 tuần rất cao (88,9%) ($p < 0,001$). Trẻ < 26 tuần có can thiệp điều trị tăng đường huyết, sử dụng dobutamin, Adrenaline, truyền huyết tương tươi lần lượt là 66,7%; 66,7% và 55,6% ($p < 0,001$).

3.4. Kết quả điều trị



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị chung

Nhận xét: 87,2% trẻ sinh non dưới 32 tuần

Bảng 5. Kết quả điều trị theo tuần thai

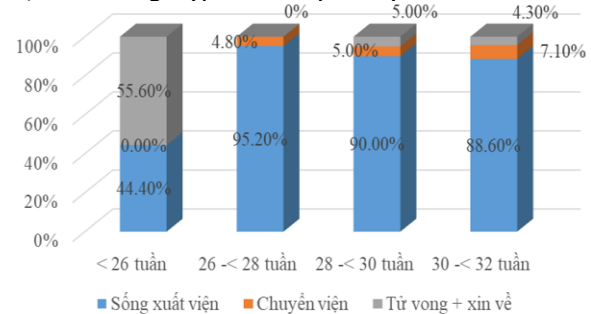
Thời gian điều trị	N	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung vị	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Chung	140	43,8	21,8	42	2	102
< 26 tuần	9	53,3	28,7	63	5	87
26 -< 28 tuần	21	65,0	20,5	67	6	102
28 -< 30 tuần	40	50,3	20,8	49	2	97
30 -< 32 tuần	70	32,6	13,9	33	2	66

Nhận xét: Thời gian điều trị trung bình là 43,8 ngày, trung vị 42 ngày, thấp nhất 2 ngày và dài nhất là 102 ngày. Nhóm tuổi thai 26 -< 28 ngày có thời gian điều trị dài nhất.

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến tử vong

Yếu tố liên quan	Tử vong n (%)	Sống n (%)	OR (95%CI)	p
Tuần thai	< 28 tuần	5 (17,2)	4,08 (1,09-15,25)	0,041*
	≥ 28 tuần	5 (4,9)		
CNLS	< 1000g	6(21,4)	6,82(1,77-26,21)	0,006*
	≥ 1000g	4 (3,8)		
Bệnh màng trong độ 3,4	Có	7 (14,9)	4,78(1,17-19,48)	0,034*
	Không	3 (3,5)		
Nhiễm trùng huyết	Có	9(25,0)	31,67(3,84-261,13)	<0,001*
	Không	1(1,0)		
Xuất huyết phổi	Có	5 (71,4)	60(9,27-388,51)	0,001*
	Không	5 (4,0)		

được điều trị thành công xuất viện, có 7,1% trường hợp tử vong và bệnh nặng xin về, có 5,7% trường hợp cần chuyển viện.



Biểu đồ 2. Kết quả điều trị theo tuổi thai

Nhận xét: nhóm < 26 tuần tỷ lệ nuôi sống 44,4%, tử vong 55,6% và không có trường hợp chuyển viện, nhóm 26 -< 28 tuần tỷ lệ nuôi sống 95,2%, tử vong 4,8% và không có chuyển viện. Nhóm 28 -< 30 tuần và 30 -< 32 tuần có tỷ lệ nuôi sống lần lượt là 90% và 88,6%. Tử vong ở nhóm 28 -< 30 tuần và 30 -< 32 tuần lần lượt là 5,0% và 4,3%.

VRHT	Có	5(22,7)	17(77,3)	6,18(1,62-23,62)	0,012*
	Không	5(4,5)	105(95,5)		
Xuất huyết não	Có	5(33,3)	10 (66,7)	11,2(2,77-45,34)	0,002*
	Không	5 (4,3)	112(95,7)		

Nhận xét: tuổi thai < 28 tuần, CNLS < 1000g, bệnh màng trong độ 3-4, nhiễm trùng huyết, xuất huyết phổi, viêm ruột hoại tử và xuất huyết não có nguy cơ tử vong cao hơn nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của trẻ sinh non dưới 32 tuần. Trong 140 trẻ tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nam cao hơn nữ (57,9% so với 42,1%). Theo nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Tâm (2019) tỷ lệ giới tính nam chiếm 56,7% [5]. Nghiên cứu của tác giả Siyuan Jiang và cs (2020) tỷ lệ giới tính nam chiếm đa số 58,5%.

Tuổi thai trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $29,95 \pm 1,96$ tuần. Trong đó nhóm trẻ có tuổi thai từ 30 - < 32 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất 50,0%, nhóm tuổi thai từ 28 - < 30 tuần, 26 - < 28 tuần và < 26 tuần chiếm tỷ lệ lần lượt là 28,6%, 15,0% và 6,4%. Cân nặng lúc sinh trung bình trong nghiên cứu 1275 ± 358 g, hầu hết trẻ có cân nặng 1000 - < 1500g chiếm 46,4%, nhóm có cân nặng 800- < 1000g và < 800g lần lượt chiếm 12,9% và 8,6%. Nghiên cứu của Ngô Văn Bình (2018) ghi nhận tuổi thai nhóm 26 - 28 tuần chiếm 17,6%, nhóm 29 - 31 tuần chiếm 35,2%, nhóm 32 - 34 tuần chiếm 47,2%, tuổi thai trung bình 30,8 tuần. CNLS nhóm < 1000g chiếm 11,7%, nhóm 1000 - < 1500g chiếm 32,3%, nhóm ≥ 1500 g chiếm 65,8% [1].

Tỷ lệ dự phòng corticoid trước sinh chiếm tỷ lệ 70,7%, cao hơn nghiên cứu của Ngô Minh Xuân (2019) tỷ lệ dự phòng corticoid trước sinh chiếm 30,2% nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Bolisetty 90% [7]. Mẹ được dự phòng corticoid trước sinh cao chứng tỏ vấn đề, theo dõi, chăm sóc thai phụ được chú trọng [6]. Corticoid giúp thúc đẩy sự phát triển của phổi dẫn đến những thay đổi về cấu trúc và sinh hóa, tăng tổng hợp surfactant, tăng thể tích, độ đàn hồi, cải thiện khả năng trao đổi khí ở phổi [8].

4.2. Đặc điểm một số biến chứng liên quan đến sinh non. Có 98,6% có cơn ngưng thở ở trẻ sinh non dưới 32 tuần, 93,6% trẻ bị bệnh màng trong, kể đến là viêm phổi bệnh viện (42,9%), nhiễm trùng sơ sinh sớm (28,6%), nhiễm trùng huyết chiếm 27,1%, PDA cần đóng bằng thuốc (23,6%), 20,0% viêm ruột hoại tử từ độ II. Ngoài ra, trẻ sinh non còn gặp những biến chứng khác như: hạ đường huyết (15,0%), xuất huyết não (13,6%), ROP có chỉ định điều trị

(7,1%) và 5,0% xuất huyết phổi. Thấp nhất là biến chứng tràn khí màng phổi chiếm 2,9%. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ mắc bệnh có thay đổi hơn so với các tác giả. Cụ thể, nghiên cứu của Xu F. (2019) ghi nhận nhóm trẻ < 28 tuần có tỷ lệ mắc RDS (88,5%), BPD (19,6%), xuất huyết não (22,3%), nhiễm trùng huyết (13,5%), ROP (11,5%) và NEC (5,4%). Nghiên cứu của Siyuan Jiang (2020), trẻ < 34 tuần có tỷ lệ nhiễm trùng huyết (14,4%), NEC (2,9%), xuất huyết não (6,7%), ROP (2%), BPD (9%).

100% trường hợp sinh non < 28 tuần được chẩn đoán bệnh màng trong, tỷ lệ trẻ ở nhóm 28-<32 tuần tỷ lệ bệnh màng trong cũng khá cao (90-95%). Tỷ lệ viêm phổi bệnh viện và nhiễm trùng huyết chiếm 42,9% và 27,1% và đặc biệt cao ở nhóm < 26 tuần với tỷ lệ đều là 77,8%. Trẻ < 26 tuần gặp rất nhiều biến chứng như: bệnh màng trong, viêm phổi bệnh viện, nhiễm trùng huyết, PDA cần điều trị, loạn sản phế quản phổi, xuất huyết phổi, xuất huyết não và tràn khí màng phổi ($p < 0,05$). Tỷ lệ nhiễm trùng bệnh viện (viêm phổi, nhiễm trùng huyết) trong nghiên cứu của chúng tôi khác hơn các nghiên cứu của tác giả Lê Nguyễn Nhật Trung có tỷ lệ viêm phổi bệnh viện và nhiễm trùng huyết lần lượt là 40,5% và 58,6% [2] do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là dưới 32 tuần, trong đó 50% là trẻ < 30 tuần, đây là nhóm dễ suy hô hấp, can thiệp nhiều thủ thuật như: thở máy, bơm surfactant, nuôi ăn tĩnh mạch kéo dài nên việc phòng ngừa nhiễm trùng bệnh viện là một biện pháp quan trọng và luôn đặt lên hàng đầu giúp nâng cao hiệu quả điều trị.

4.3. Đặc điểm các can thiệp điều trị ở trẻ sinh non dưới 32 tuần. Thở NCPAP là phương tiện hỗ trợ hô hấp sớm cho trẻ sinh non dưới 32 tuần, được chỉ định trong 94,3%, đặc biệt 100% cho trẻ < 30 tuần. Chúng tôi áp dụng thở NCPAP sớm cho hầu hết trẻ sinh non dưới 32 tuần bị suy hô hấp ngay từ sau sinh. Tỷ lệ bệnh màng trong cao 93,6% kéo theo tỷ lệ thở NCPAP cao. Tỷ lệ thở NCPAP ở nhóm trẻ < 26 tuần, 26 - < 28 tuần, 28 - < 30 tuần và 30 - < 32 tuần lần lượt là 100%, 100%, 100% và 88,6%. Tỷ lệ sử dụng NCPAP trong nghiên cứu của tác giả Lê Nguyễn Nhật Trung (2016) 90,7% [2]

Tỷ lệ thở máy chung là 21,4%, tỷ lệ thở máy theo từng nhóm tuổi thai sinh non < 26 tuần, 26 - < 28 tuần, 28 - < 30 tuần và 30 - < 32 tuần lần lượt là 77,8%, 33,3%, 17,5% và 12,9%

($p < 0,001$). Tỷ lệ thở máy trong nghiên cứu của Lê Nguyễn Nhật Trung (2016) là 44,2% [2].

Có 93,6% trẻ được chẩn đoán bệnh màng trong. Tỷ lệ bơm surfactant 35,7%, tỷ lệ sử dụng surfactant cao hơn ở nhóm tuổi càng non tháng có ý nghĩa thống kê, lần lượt là 77,8%, 57,1%, 45,0% và 18,6% cho các nhóm tuổi sinh non < 26 tuần, 26 -< 28 tuần, 28 -< 30 tuần và 30 -< 32 tuần ($p < 0,001$). Tỷ lệ bơm surfactant trong nghiên cứu của Lê Nguyễn Nhật Trung là 39,1% [2].

Tỷ lệ dinh dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn 95,7% ở nhóm trẻ < 32 tuần, trẻ càng non tháng thì nhu cầu cần dinh dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn càng cao, 100% ở nhóm trẻ < 30 tuần. Tỷ lệ bù toan và truyền hồng cầu lắng ở trẻ < 26 tuần rất cao (88,9%) ($p < 0,001$). Trẻ < 26 tuần có can thiệp điều trị tăng đường huyết, sử dụng dobutamin, Adrenaline, truyền huyết tương tươi lần lượt là 66,7%; 66,7% và 55,6% ($p < 0,001$).

4.4. Kết quả điều trị trẻ sinh non dưới 32 tuần. Trong nghiên cứu, có 87,2% trẻ được điều trị thành công xuất viện, tỷ lệ tử vong chiếm 7,1%. Tỷ lệ tử vong của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác như Lê Nguyễn Nhật Trung (2016) tỷ lệ tử vong 26-34 tuần là 10,2% [2], tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của Ngô Văn Bình (2018) là 22,3% [2] và tỷ lệ tử vong của Xu F. (2019) là 31,8%. Tỷ lệ tử vong càng cao ở nhóm tuần thai càng thấp, tỷ lệ tử vong theo từng nhóm tuổi thai sinh non < 26 tuần, 26 -< 28 tuần, 28 -< 30 tuần và 30 -< 32 tuần lần lượt là 55,6%, 0%, 5,0% và 4,3%. Thời gian điều trị trung bình là 43,8 ngày, trung vị là 42 ngày, thấp nhất 2 ngày và dài nhất 102 ngày. Nhóm tuổi thai 26 -< 28 tuần có thời gian điều trị trung bình 65 ngày, trung vị 67 ngày cao hơn nhóm tuổi thai < 26 tuần có thời gian điều trị trung bình 53,3 ngày, trung vị là 63 ngày và cao hơn nhóm tuổi thai 28 -< 30 tuần và nhóm 30 -< 32 tuần có thời gian điều trị trung bình lần lượt là 50,2 ngày; 32,6 tuần và trung vị lần lượt là 49 ngày; 33 ngày.

4.5. Một số yếu tố liên quan đến tử vong sơ sinh. Tuổi thai thấp và cân nặng lúc sinh thấp là những đặc điểm quan trọng nhất vì cả hai yếu tố làm nặng thêm tình trạng của trẻ sơ sinh và góp phần gây tử vong sơ sinh. Nghiên cứu của tác giả Trương Quang Hưng (2017) cũng ghi nhận tuổi thai ≥ 28 tuần, cân nặng lúc sinh ≥ 1000 g giảm nguy cơ tử vong hơn nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê [3].

Tỷ lệ trẻ sinh càng non càng có nguy cơ mắc phải biến chứng như bệnh màng trong giai đoạn 3,4, nhiễm trùng huyết muộn, viêm phổi bệnh

viện, xuất huyết phổi, viêm ruột hoại tử và xuất huyết não. Khi phân tích các yếu tố này chúng tôi cũng ghi nhận có liên quan đến tử vong so với nhóm không mắc các biến chứng này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Thanh Tâm (2019) cũng ghi nhận tỷ lệ tử vong ở nhóm sinh cực non chủ yếu là do xuất huyết phổi, sốc nhiễm trùng [4].

V. KẾT LUẬN

Một số biến chứng liên quan đến sinh non có tỷ lệ cao: bệnh màng trong, viêm phổi bệnh viện, nhiễm trùng huyết muộn, PDA cần đóng bằng thuốc,... Từ đó, kéo theo các can thiệp điều trị có tỷ lệ cao như nhu cầu cần can thiệp hỗ trợ hô hấp sớm khi hồi sức sơ sinh, nhu cầu hỗ trợ hô hấp với thở NCPAP, thở máy trong thời gian nằm viện, bơm surfactant, nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn, bù toan, truyền các chế phẩm máu và sử dụng các thuốc vận mạch như Dobutamin, Adrenaline.

Một số yếu tố liên quan đến tử vong ở nhóm trẻ dưới 32 tuần là: tuổi thai < 28 tuần, CNLS < 1000g, bệnh màng trong độ 3-4, nhiễm trùng huyết, xuất huyết phổi, viêm ruột hoại tử và xuất huyết não ($p < 0,05$). Cần tăng cường công tác tiền sản, quản lý thai kỳ tốt nhằm hạn chế tình trạng sinh non, chế độ dinh dưỡng thai kỳ hợp lý để hạn chế cân nặng lúc sinh thấp. Sản phụ có nguy cơ sinh non nên đến khám và điều trị tại các bệnh viện chuyên khoa sản - nhi để có hướng theo dõi và điều trị kịp thời cả trước và sau sinh, tốt nhất là chuyển viện trong bào thai. Đồng thời, cần tăng cường công tác chống nhiễm khuẩn tại đơn vị có điều trị sơ sinh, nhất là điều trị chuyên sâu sơ sinh. Bác sĩ lâm sàng cần theo dõi sát, phát hiện sớm, điều trị tích cực các bệnh lý trên giúp giảm tỷ lệ tử vong. Cần thiết có những nghiên cứu tiếp theo đánh giá thực chất nhiễm trùng huyết muộn và viêm phổi bệnh viện.

Tỷ lệ tử vong ở nhóm < 26 tuần còn cao. Cần có nghiên cứu sâu hơn với cỡ mẫu lớn hơn để xác định các yếu tố liên quan đến tử vong của nhóm có tuần thai cực thấp < 26 tuần và cần theo dõi được dự hậu và các biến chứng lâu dài của nhóm trẻ này cũng như số lần tái nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Văn Bình** (2018), "Kết quả điều trị trẻ sơ sinh non tháng 26 - 34 tuần tuổi thai tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang", Đề tài nghiên cứu khoa học bệnh viện Sản Nhi An Giang năm 2018.
2. **Lê Nguyễn Nhật Trung, Lê Thị Thùy Dung, Trần Trọng Phương Trữ** (2016), "Kết quả điều trị trẻ sơ sinh sinh non 26 - 34 tuần tuổi thai tại Bệnh viện Nhi đồng 2", Y học TP. Hồ Chí Minh, 20

- (2), pp. 30-36.
3. **Trương Quang Hưng, Hoàng Thị Diễm Tuyết** (2018), "Khảo sát các yếu tố liên quan đến nguy cơ tử vong sơ sinh sớm của trẻ ở tuổi thai 28-32 tuần tại bệnh viện Hùng Vương", Y học TP. Hồ Chí Minh, 22 (1), pp.49-54
 4. **Phạm Thị Thanh Tâm, Nguyễn Thanh Nguyên** (2017), "Tỉ lệ tử vong và chi phí điều trị trẻ sơ sinh non tháng nhẹ cân suy hô hấp tại khoa HSSS-BVND 1", Y học TP. Hồ Chí Minh, 21 (4), pp. 54-61.
 5. **Phạm Thị Thanh Tâm, Nguyễn Thu Tịnh** (2019), "Tử vong, biến chứng và chi phí điều trị trẻ sơ sinh có tuổi thai cực thấp tại khoa HSSS-BVND 1", Y học TP. Hồ Chí Minh, 23 (4), pp. 59-66
 6. **Ngô Minh Xuân, Lê Thị Cẩm Giang, Nguyễn Thị Từ Anh** (2019), "Hiệu quả của kỹ thuật bơm surfactant ít xâm lấn", Y Học TP. Hồ Chí Minh, 23 (3), tr. 283-291.
 7. **Bolisetty Srinivas, Legge Nele, Bajuk Barbara, et al.** (2015), "Preterm infant outcomes in New South Wales and the Australian Capital Territory", 51 (7), pp. 713-721.
 8. **Fetus Committee on, Newborn, Barfield Wanda Denise, et al.** (2012), "Levels of neonatal care", 130 (3), pp. 587-597.
 9. **Jo Heui Seung, Cho Kee Hyun, Cho Sung-II, et al.** (2015), "Recent changes in the incidence of bronchopulmonary dysplasia among very-low-birth-weight infants in Korea", 30 (Suppl 1), pp. S81-S87.
 10. **Lawn Joy E, Davidge Ruth, Paul Vinod K, et al.** (2013), "Born too soon: care for the preterm baby", 10 (1), pp. 1-19

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ BỆNH NHÂN GÂY PHỨC HỢP XƯƠNG GÒ MÁ - Ổ MẮT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Bùi Mai Anh^{1,2}, Thịnh Thái^{1,2}, Nguyễn Tấn Văn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các chấn thương nghiêm trọng nói chung và chấn thương hàm mặt nói riêng vì thể xuất hiện ngày càng nhiều, trở thành một trong những loại chấn thương thường gặp. Trong đó, gây phức hợp gò má - cung tiếp chiếm tỷ lệ cao trong chấn thương gãy xương vùng hàm mặt, chiếm tới 40%¹, là một dạng gãy xương tầng mặt giữa phức tạp và gây ảnh hưởng nhiều đến chức năng cũng như thẩm mỹ của bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu gồm 244 bệnh nhân gây phức hợp xương gò má-ổ mắt thời gian từ 01/2022 đến 12/2022. Đánh giá dựa trên các đặc điểm lâm sàng, phim cắt lớp vi tính hàm mặt, phương pháp điều trị, biến chứng sớm sau điều trị, ngày nằm viện... **Kết quả:** Nam giới chiếm 77,5% nữ giới (22,5%). Tuổi trung bình là 32,4. Triệu chứng lâm sàng chính: Mặt cân đối, sưng nề 98,4%, vết thương hàm mặt 63,5%, há miệng hạn chế 41,8%, tê bì 21,3%. Tổn thương phổi hợp: Chấn thương sọ (33,2%), chấn thương chi 14,8%. Phân loại gãy xương theo Zingg: loại B (49,2%), loại C (26,6%). Chỉ định phẫu thuật kết hợp xương (88,9%), điều trị bảo tồn và tái tạo sụn ổ mắt lần lượt là 11,1% và 5,3%. Vít titan được sử dụng trong 93,5% các trường hợp. Chỉ có 6,5% các đối tượng nghiên cứu sử dụng vít tiêu. 90% các trường hợp tái tạo sụn ổ mắt sử dụng xương tự thân. Nẹp vít tại vị trí trụ gò má - hàm trên và bờ ngoài ổ mắt được sử dụng nhiều nhất. Biến

chứng sớm: 3,2% nhiễm trùng vết, 1,8% sốt và 0,5% chảy máu vết mổ. **Kết luận:** Điều trị gây phức hợp xương gò má- ổ mắt cần phối hợp các phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít và tái tạo sụn ổ mắt để mang lại kết quả tối ưu về thẩm mỹ cũng như chức năng cho bệnh nhân.

Từ khóa: Gây phức hợp gò má-ổ mắt, chấn thương hàm mặt, phân loại Zingg.

SUMMARY

EVALUATION OF IN-PATIENT TREATMENT RESULTS FOR PATIENTS WITH COMPLEX ZYGOMATIC-ORBITAL FRACTURES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Maxillofacial fracture is becoming one of the most common types of injuries. Among them, fractures of the zygomatico-archial complex account for a high proportion of maxillofacial fractures, accounting for up to 40%. **Patients and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted. The study included 244 medical records of patients with complex zygomatic-orbital fractures from 01/2022 to 12/2022. **Results:** Males accounted for 77.5% and females for 22.5%. The average age was 32.4 years. Main clinical symptoms: Facial asymmetry, significant swelling in 98.4%, facial wounds in 63.5%, restricted mouth opening in 41.8%, numbness in 21.3%. Associated injuries: Skull trauma (33.2%), limb injuries (14.8%). Zingg classification of fractures: Type B (49.2%), Type C (26.6%). Surgical indications for combined bone fixation were 88.9%, while conservative treatment and orbital floor reconstruction were 11.1% and 5.3%, respectively. Titanium screws were used in 93.5% of cases, with only 6.5% using absorbable screws. 90% of orbital floor reconstructions used autogenous bone grafts. Screw fixation at the zygoma-maxillary buttress, and orbital lateral rim was most commonly employed. Early

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Mai Anh

Email: drbuiamaianh@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 26.6.2024