

5. **Stone JK, Shafer LA, Graff LA, et al.** Utility of the MARS-5 in Assessing Medication Adherence in IBD. *Inflamm Bowel Dis.* Feb 16 2021;27(3):317-324. doi:10.1093/ibd/izaa056
6. **Lenti MV, Selinger CP.** Medication non-adherence in adult patients affected by inflammatory bowel disease: a critical review and update of the determining factors, consequences

and possible interventions. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* Mar 2017;11(3):215-226. doi:10.1080/17474124.2017.1284587

7. **Ediger JP, Walker JR, Graff L, et al.** Predictors of medication adherence in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol.* Jul 2007;102(7):1417-26. doi:10.1111/j.1572-0241.2007.01212.x

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỬ VONG TRẺ SƠ SINH NON THÁNG DƯỚI 32 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Đỗ Hoàng Yến¹, Bùi Thị Thủy Tiên¹,
Phùng Nguyễn Thế Nguyễn^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ tử vong và một số yếu tố đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng thời điểm 24 giờ sau sinh liên quan tử vong ở sơ sinh non tháng dưới 32 tuần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Trẻ sơ sinh non tháng dưới 32 tuần nhập khoa sơ sinh Bệnh viện Hùng Vương từ tháng 09/2023-02/2024, nghiên cứu tiền cứu dọc thu thập các đặc điểm dịch tễ học, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm 24 giờ, theo dõi kết cục tới 40 tuần hiệu chỉnh. **Kết quả:** 180 trẻ sơ sinh được thu thập, tỷ lệ tử vong là 20%, nhiễm khuẩn là nguyên nhân hàng đầu. Các yếu tố liên quan tử vong trong phân tích đa biến: tuổi thai (OR 0,5, 95% KTC (0,38-0,75), giới tính nam (OR 4,7, KTC 95% (1,46-15,35), và sốc tại thời điểm 24 giờ sau sinh (OR 42,9, KTC 95% (2,52-731,2) là các yếu tố liên quan độc lập với tử vong. **Kết luận:** Tử vong sơ sinh non tháng dưới 32 tuần còn cao, tuổi thai, giới tính nam, và sốc tại thời điểm 24 giờ sau sinh là các yếu tố liên quan tử vong. Nghiên cứu này kiến nghị vấn đề chăm sóc tiền sản, kiểm soát nhiễm khuẩn, chẩn đoán sớm và xử trí sốc 24 giờ sau sinh góp phần giảm tử vong

Từ khóa: Tỷ lệ tử vong, sơ sinh non tháng, Bệnh viện Hùng Vương

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH MORTALITY IN PRETERM NEONATES UNDER 32 WEEKS OF GESTATIONAL AGE AT HUNG VUONG HOSPITAL

Aim: Determine the mortality rate and associated risk factors of epidemiological, clinical, and paraclinical characteristics 24 hours after birth of premature newborns under 32 weeks. **Materials and methods:** Premature newborns under 32 weeks were admitted to the neonatal department of Hung Vuong Hospital

from September 2023 to February 2024, a longitudinal study collecting epidemiological characteristics, clinical and subclinical at 24 hours, and following the outcome to 40 weeks of adjustment. **Results:** 180 infants were identified, and the mortality rate is 20%. Associated factors in multivariate analysis gestational age (OR 0,54, 95% CI (0,38-0,75), male sex (OR 4,7, 95% CI (1,46-15,35), and shock 24 hours (OR 42,9, 95% CI (2,52-731,2) were factors independently associated with mortality. **Conclusion:** The mortality rate of premature newborns under 32 weeks is still high, gestational age, male sex, and shock at 24 hours after birth are associated factors. This study suggests the importance of prenatal care to reduce preterm birth, infection control, early diagnosis, and shock treatment 24 hours after birth to help reduce mortality.

Keywords: Mortality rate, premature newborns, Hungvuong hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ Chức Y Tế Thế giới ước tính có khoảng 15 triệu trẻ em sinh non mỗi năm, trong đó 1 triệu trẻ tử vong mỗi năm do biến chứng sinh non. Tỷ lệ tử vong tập trung chủ yếu ở trẻ sinh non rất nhẹ cân và được sinh ra trước 32 tuần tuổi thai¹. Các nguyên nhân chính gây tử vong phổ biến ở trẻ sinh non bao gồm²: Suy hô hấp, nhiễm khuẩn, dị tật bẩm sinh, xuất huyết não thất độ III-IV, viêm ruột hoại tử. Tại Việt Nam, ước tính hàng năm có khoảng 103.500 trẻ sinh non và 17.000 trẻ tử vong trong vòng 28 ngày sau khi sinh, trong đó sinh non, nhẹ cân vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sơ sinh. Khoa sơ sinh BV Hùng Vương mỗi năm tiếp nhận trung bình 4000 ca sơ sinh bệnh lý với > 50% là sinh non, tỷ lệ tử vong chung trung bình 3,6%, trong đó tỷ lệ tử vong trẻ sinh non tháng chiếm tỷ lệ cao $\geq 90\%$ trong tổng số trẻ tử vong. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là xác định tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh non tháng dưới 32 tuần và các đặc điểm tại thời điểm 24 giờ liên quan.

¹Bệnh Viện Hùng Vương

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh Viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hoàng Yến

Email: anhfrequent@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2024

Ngày duyệt bài: 25.10.2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhi nhập khoa sơ sinh BV Hùng Vương từ tháng 9/2023- 1/2024, thỏa các tiêu chuẩn sau: non tháng < 32 tuần và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ chuyển viện hay tử vong dưới 24 giờ đầu sau nhập khoa sơ sinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: tất cả bệnh nhi thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu

Cỡ mẫu của nghiên cứu

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

p: Tỷ lệ tử vong chung của trẻ sinh non dưới 32 tuần: 12,4%³, d: sai số biên cho phép của ước lượng 5%.

Cỡ mẫu tối thiểu n = 167

2.2.3. Biến số nghiên cứu và đo lường:

Tất cả bệnh nhi được ghi nhận các đặc điểm dịch tễ học (tuổi thai, giới tính, cân nặng lúc sinh, cách sinh, hồi sức sau sinh, bệnh lý mẹ trong thời kỳ mang thai, biến cố lúc sinh, các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm thời điểm 24 giờ tuổi). Kết quả nghiên cứu là kết cục tử vong hay xuất viện, thời gian theo dõi tử vong hay tới 40 tuần tuổi hiệu chỉnh.

2.2.4. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 22.0. Biến số định tính được trình bày dưới dạng số lượng và tỷ lệ %. Biến số định lượng trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, hoặc được trình bày dưới dạng trung vị, khoảng tứ phân vị 25 và 75 tùy vào phân phối chuẩn hay không chuẩn. So sánh hai tỷ lệ bằng phép kiểm chi bình phương hoặc phép kiểm Fishers exact. Nếu p < 0.05 thì xác định có mối tương quan, từ đó xác định số chênh OR và khoảng tin cậy 95% để khảo sát mức độ tương quan. So sánh hai số trung bình bằng phép kiểm t, so sánh hai trung vị bằng phép kiểm Mann-Whitney. Phân tích hồi quy logistic đơn biến với các biến số độc lập và liên tục. Từ kết quả của phân tích đơn biến, sẽ chọn các yếu tố có liên quan đến tử vong ở trẻ non tháng dưới 32 tuần, đưa vào phân tích đa biến để tìm các yếu tố thật sự có liên quan tử vong.

2.2.5. Ý đức trong nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu này đã được xét duyệt của Hội Đồng chuyên môn của Bộ môn Nhi Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh và Hội Đồng Y Đức của Bệnh viện Hùng Vương theo số Y Đức CS/HV/23/23.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung dân số

3.1.1. Đặc điểm dịch tễ học dân số

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học dân số

Biến số	n (%) hay trung bình/trung vị
Nam	96 (53,3)
Nữ	84 (46,7)
Tuổi thai (tuần)	30 (28,1-31)
Phân nhóm tuổi thai	
<28 tuần	41 (22,8)
28-<32 tuần	139 (77,2)
Cân nặng lúc sinh (g)	1265 (950- 1577)
Phân nhóm CNLS	
<1000 g	52 (28,9)
1000-<1500 g	70 (38,9)
>1500- 2499 g	58 (32,2)
Đơn thai	143 (79,5)
Song thai	37 (20,5)
Thai chậm tăng trưởng trong tử cung	14 (7,8)
Trưởng thành phổi	115 (63,9)
Sinh mổ	105 (58,3%)
Apgar 5 phút <7 điểm	39 (21,7%)
Apgar 5 phút ≥ 7điểm	141 (78,3%)
Hồi sức tại phòng sinh	
Đặt NKQ sau sinh	33 (18,3%)
Thuốc tăng co bóp cơ tim+ Ấn ngực sau sinh	3 (1,7 %)
Nhiễm trùng ối	8 (4,4)
Ổi vỡ > 18 giờ	8 (4,4%)

Dân số nghiên cứu có 22,8% trẻ < 28 tuần, trong đó thấp nhất là 24 tuần và cao nhất là 31 tuần 6 ngày. Có 28,9% cân nặng lúc sinh <1000g, trong đó thấp nhất 490g, cao nhất 2325g. Tất cả trẻ nhập khoa vì suy hô hấp, trong đó số bà mẹ không khám thai đầy đủ và không được tiêm trưởng thành phổi là 65 trường hợp 36,1%. Sinh mổ chiếm tỷ lệ cao, không có trường hợp nào sinh giúp bằng forcep hay giác hút. Điểm số Apgar: có 21,7% trường hợp có chỉ số Apgar trong 5 phút < 7, trong đó thấp nhất là 2 điểm.

Về đặc điểm của bà mẹ: Tuổi mẹ thấp nhất là 13 tuổi, cao nhất là 47 tuổi, trung vị và khoảng tứ phân vị 30 (24;34). Bệnh lý mẹ trong thời kỳ mang thai: có 6 trường hợp mẹ có bệnh lý nhiễm trong khi mang thai, chiếm 3,3% đó là viêm phổi, viêm hô hấp trên, viêm da, nhiễm trùng tiểu, không trường hợp nào mẹ sốt trong chuyển dạ. Bệnh lý mẹ trong thời gian mang thai chiếm tỷ lệ cao là tiền sản giật 11,7%, đái tháo đường thai kỳ 12,7% và các bệnh lý khác như bệnh thận, bệnh lý tuyến giáp có tỷ lệ thấp 6,1%. Có 13 trường hợp chiếm tỷ lệ 7,2%: có

biển cố lúc sinh, bao gồm suy thai cấp 6 trường hợp (46%), nhau bong non 3 trường hợp (23%), nhau tiền đạo 2 trường hợp (15,3%) và chèn ép rốn 2 trường hợp (15,3%).

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm máu thời điểm 24 giờ sau sinh. Triệu chứng lâm sàng thời điểm 24 giờ sau sinh thường gặp nhất triệu chứng suy hô hấp: bao gồm 109 trường hợp thở co lõm 60,6%, tím tái 20%, cơn ngưng thở bệnh lý 32,2%, không ghi nhận thở rên, 14 trường hợp (7,8%) có sốc. Triệu chứng thần kinh hay gặp lừ đừ 10%, giảm phản xạ 28,9%, giảm trương lực cơ 28,9%, không ghi nhận trường hợp tăng trương lực cơ, kích thích, co giật, sốt, hạ thân nhiệt hay thóp phồng. Triệu chứng tiêu hóa: 2,8% ói, và 7,8% chướng bụng. Chúng tôi ghi nhận 18 trường hợp (10%) có cứng bì trên lâm sàng.

Về xét nghiệm máu, ghi nhận có 8 trường hợp BC giảm < 5000/mm³ chiếm 4,4% và 18 trường hợp (10%) BC > 20.000/mm³. Về TC có 9 trường hợp (5%) có TC < 100.000/mm³, 4 trường hợp (2,2%) có TC < 50.000 mm³. Chúng tôi ghi nhận 10 trường hợp (5,5%) có CRP > 10 mg/dl, trong đó 18,4% trường hợp CRP > 10mg/dl trong NKH sơ sinh sớm và 14,2% trường hợp CRP > 10mg/dl trong NKH sơ sinh muộn 2 trường hợp (1,1%) có CRP 20-40 mg/dl và chỉ 1 trường hợp (0,5%) CRP > 40 mg/dl.

Tình trạng toan: Có 43 (23,8%) trường hợp toan PH < 7,2, trong đó toan hô hấp do tăng CO₂ là 2 trường hợp (4,6%), còn lại là toan chuyển hóa 95,4%

Tình trạng hạ đường huyết < 40 mg/dl ít gặp hơn tình trạng tăng đường huyết > 180 mg/dl. Chúng tôi ghi nhận 22 trường hợp (12,2%) tăng đường huyết, và 10 trường hợp (0,6%) hạ đường huyết < 40 mg/dl

3.1.3. Đặc điểm điều trị. Trong nghiên cứu chúng tôi có 77 trường hợp (42,8%) cần thở máy xâm lấn và 89 trường hợp (49,7%) có chế độ thở cao nhất là NCPAP, HFNC và oxy canula 1,1%. Trong đó 79 trường hợp (43,9%) cần điều trị surfactant. Tất cả trường hợp đều có nuôi ăn tĩnh mạch, đường truyền nuôi ăn tĩnh mạch được dùng nhiều là đường truyền trung tâm đi từ ngoại biên (PICC) và tĩnh mạch rốn (TMR) với 97 trường hợp (53,9%) đặt PICC, 146 trường hợp (81,1%) đặt catheter rốn (TMR), với thời gian lưu PICC và TMR có trung vị và khoảng

tứ phân vị là 11 (7;18) và 7 (5;7). Thời gian nuôi ăn tĩnh mạch có trung vị 9 ngày và khoảng tứ phân vị (7; 18). Truyền các sản phẩm máu có 87 trường hợp (48,3%).

Điều trị sốc: 37 trường hợp (20,5%) sốc với bù dịch, vận mạch dopamin 33 trường hợp (89,1%), dobutamin 35 trường hợp (94,5%), adrenalin 36 trường hợp (97,2%) và 7 trường hợp (18,9%) dùng steroids toàn thân với Hydrocortisone trong sốc kém đáp ứng với vận mạch.

Chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp (1,1%) không dùng kháng sinh vì không có yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn, không triệu chứng lâm sàng cũng như cận lâm sàng gợi ý nhiễm khuẩn, và 178 trường hợp (98,9%) còn lại dùng kháng sinh. Kháng sinh ban đầu ampicilin và gentaycin được chỉ định trong tất cả các trường hợp có nhiễm khuẩn hoặc nghi ngờ nhiễm khuẩn, tiếp theo là kháng sinh cefotaxim 52,2%, Imipenem 33,3%, amikacin 33,9%, ciprofloxacin 22,8%, meropenem 23%, vancomycin 18,9%, colistin (1,6%) dùng trong nhiễm khuẩn huyết Klebsiella kháng carbapenem. Tổng số kháng sinh điều trị có trung vị 10 ngày và khoảng tứ phân vị là (5;17).

3.2. Tỷ lệ tử vong và các yếu tố dịch tễ học, lâm sàng và cận lâm sàng thời điểm 24 giờ liên quan tử vong

3.2.1. Tỷ lệ tử vong. Kết quả 144 trẻ (80%) sống và 36 trẻ (20%) tử vong, trong đó 11 trường hợp (30,5%) trẻ tử vong trong < 72 giờ và 25 trường hợp (69,5%) tử vong ≥ 72 giờ. Trong đó trẻ < 28 tuần tuổi thai là 58,5% và trẻ từ 28 tuần đến dưới 32 tuần tuổi thai là 8,6%. Tỷ lệ tử vong tỉ lệ nghịch với tuổi thai. Tỷ lệ tử vong tương ứng với tuổi thai < 28 tuần, 28 tuần – dưới 32 tuần lần lượt là 57,1% và 8,7%. Tỷ lệ tử vong tương ứng với cân nặng lúc sinh < 1000 g, 1000 – dưới 1500 g và 1500 g – dưới 2500 g lần lượt 54,7%, 7,1% và 3,5%.

3.2.2. Nguyên nhân tử vong. Nguyên nhân nhiễm khuẩn huyết 52,78%, đứng thứ hai xuất huyết phổi 33,33% trên trẻ có bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết, thứ ba là RDS 5,56%, viêm phổi 5,56%. Thứ 4 là xuất huyết não thất độ IV và viêm ruột hoại tử 2,77%

3.2.3. Một số yếu tố dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng liên quan tử vong

a. Một số yếu tố dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng thời điểm 24 giờ liên quan tử vong trong phân tích đơn biến

Bảng 2. Các yếu tố dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng thời điểm 24 giờ liên quan tử vong trong đơn biến

Đặc điểm	Sống n (%)	Tử n (%)	OR (KTC)	P
Nam	70 (48,6)	26 (72,2)	2,75	0,01(*)

Nữ	74 (51,4)	10 (27,8)	(1,23-6,11)	
Tuổi thai	30,3 (29-31,2)	25,6 (24,6-28,1)	0,42 (0,33-0,55)	<0,001(***)
CNLS	1385 (1125-1607)	795 (680-947)	0,99 (0,99-0,99)	<0,001(***)
Điểm Apgar 5 phút ≥7	129 (89,5)	12 (33,3)	17,2 (7,16-41,27)	<0,001(*)
Điểm Apgar 5 phút <7	15 (10,4)	24 (66,7)		
Đặt NKQ sau sinh	11 (7,6)	22 (61,1)	17 (7,65-47,17)	<0,001(**)
An ngực + Adrenaline	0	3 (8,3)		< 0,001 (*)
Nhiễm trùng ối	3(2)	5 (13,8)	7,58 (1,7-33,4)	< 0,001(**)
Trưởng thành phổi	102 (70,8)	13 (36,1)	0,23 (0,1-0,5)	< 0,001(*)
Sốc	2 (1,38)	12 (33,3)	35,5 (7,4-168,6)	<0,001 (**)
Tím	8 (5,5)	28 (77,7)	59 (20-171)	<0,001 (*)
Cứng bì	1 (0,69)	9(25)	47 (5,7-389)	<0,001 (**)
Cơ ngưng thở bệnh lý	27 (18,7)	32 (88,9)	34 (11-106)	<0,001 (**)
Giảm trương lực cơ	26 (18,1)	32 (88,9)	36 (11,8-11,4)	<0,001(*)
Đường huyết >180 mg/dl	8 (5,55)	14 (38,)	10,8 (4,06-28,7)	<0,001(**)

(*): χ^2 test, (**): Fisher exact test, (***) hồi quy logistic đơn biến

Qua phân tích đơn biến: Cân nặng, tuổi thai, giới tính nam, điểm số Apgar 5 phút <7, cần hồi sức đặt NKQ, ấn ngực và dùng adrenalin phòng sinh, nhiễm trùng ối, tiêm steroid trước sinh trưởng thành phổi có liên quan tử vong với OR lần lượt: 0,99, 0,42, 2,75, 17, 7,58, 0,23, p < 0,001)

Trong các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm thời điểm 24 giờ sau sinh: Có 5 yếu tố liên quan tử vong bao gồm: sốc (OR: 35,5), tím (OR: 59), cơ ngưng thở bệnh lý (OR: 34) phải thở máy, cứng bì (OR: 47), và giảm trương lực cơ (OR: 36), và xét nghiệm máu tại thời điểm 24 giờ là tăng đường huyết có liên quan tử vong với (OR: 10,8, p < 0,001)

b. Phân tích đa biến các yếu tố dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm 24 giờ liên quan tử vong

Bảng 3. Mối liên hệ các yếu tố dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm 24 giờ và tử vong trong phân tích đa biến

Các yếu tố liên quan tử vong	OR	95% KTC	Giá trị p
Giới tính (nam so với nữ)	4,7	1,46-15,35	0,010
Tuổi thai	0,54	0,38-0,75	<0,001
Sốc	42,92	2,52-731,26	0,009

Khi đưa các yếu tố có liên quan tử vong trong phân tích đơn biến vào phân tích đa biến chỉ có giới tính và tuổi thai, sốc là các yếu tố liên quan độc lập với tử vong, với OR, lần lượt là 4,7, 0,54 và 42,92, p < 0,001

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ tử vong sơ sinh non tháng <32 tuần trong nghiên cứu là 20 %, cao so với tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của Yun Cao và cộng sự từ 57 đơn vị chăm sóc đặc biệt sơ sinh trên khắp Trung Quốc trong 2019³ là 17,4%, do nghiên cứu loại trừ những trẻ chuyển viện có bất

thường đường tiêu hóa hay tim mạch vì không theo dõi được kết cục. Nguyên nhân nhiễm khuẩn huyết là nguyên nhân tử vong hàng đầu. Theo Fleischmann-Struzek C, nhiễm khuẩn huyết với tỷ lệ mắc mới toàn cầu ước tính là 2.202 (KTC 95%; 1.099–4.360) cho mỗi 100.000 ca sinh sống, có liên quan đến một tỷ lệ lớn (11–19%) ca tử vong⁴.

Khi đưa các yếu tố có liên quan tử vong trong phân tích đơn biến đưa vào phân tích đa biến có 3 yếu tố liên quan độc lập đến tử vong:

***Giới tính:** Tỷ lệ tử vong nam gấp 4,7 lần nữ, có sự phù hợp với các nghiên cứu khác. Trong các báo cáo, các bệnh lý về hô hấp, về nhiễm khuẩn các tác giả đều nhận định trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ, tỷ lệ tử vong cũng cao hơn⁵. Nghiên cứu Alison L Kent (2005) ở Úc, thực hiện hồi cứu tại đơn vị chăm sóc đặc biệt dành cho trẻ sơ sinh với 2549 trẻ sinh non từ tháng 1 năm 1998 đến tháng 12 năm 2004, cho thấy trẻ sinh non nam có nguy cơ tử vong sớm cao hơn trẻ sơ sinh nữ. Trẻ sơ sinh nam cũng có nhiều khả năng mắc bệnh nặng hơn (BPD, bệnh võng mạc ở trẻ sinh non, VRHT và NKH sơ sinh khởi phát muộn), nguy cơ XHNT độ III/IV, NKH và phẫu thuật lớn được phát hiện là tăng ở trẻ sơ sinh nam. Tử vong tại bệnh viện (tỷ suất chênh 1,285, KTC 95% 1,035-1,595)⁶

***Tuổi thai đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá sự phát triển cũng như kết cục của trẻ sơ sinh.** Trẻ non tháng có nguy cơ mắc nhiều biến chứng do hầu hết các cơ quan chưa trưởng thành về mặt giải phẫu và chức năng. Nguy cơ tử vong tăng tỷ lệ nghịch với tuổi thai. Tuổi thai khi sinh là một trong những yếu tố chính quyết định tỷ lệ sống sót và bệnh tật của trẻ sơ sinh¹. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thai càng thấp tỷ lệ tử vong càng cao, trong 36 trẻ tử vong có 58,5% tử vong với

tuổi thai <28 tuần và 8,6% trẻ tuổi thai 28- dưới 32 tuần là phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Theo một nghiên cứu của tác giả Manuck (2016) tỷ lệ tử vong <28 tuần chiếm 83% trong dân số nghiên cứu¹. Lê Nguyễn Nhật Trung (2015) khảo sát kết quả điều trị 215 trẻ sinh non từ 26 - 34 tuần tuổi thai tại BV Nhi đồng 2 cho thấy tỷ lệ tử vong chung 10,2%. Tỷ lệ tử vong theo từng nhóm tuổi 26 - 28 tuần, 29 - 31 tuần, 32 - 34 tuần lần lượt là 48,3%, 8,1% và 1%⁷.

***Sốc sơ sinh:** Trong nghiên cứu chúng tôi, thời điểm 24 giờ có 14 trường hợp sốc, có 12 trường hợp tử (86%). Có sự khác biệt giữa nhóm tử và nhóm sống, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, $OR = 35,5$. Nguy cơ này cao hơn trong nghiên cứu của các tác giả khác, do dân số nghiên cứu khác, dân số chúng tôi là trẻ sơ sinh < 32 tuần, so với các nghiên cứu của tác giả khác tuổi thai lớn hơn. Phạm Lê An cho thấy trẻ sơ sinh điều trị tại khoa hồi sức có tình trạng sốc cần phối hợp 2 loại thuốc vận mạch trở lên làm tăng nguy cơ tử vong đáng kể $OR 6,03$ KTC 95% (1,42- 25,54), $p = 0,015$, và Nguyễn Thị Kim Nhi⁸, sốc trong 12G đầu sau sinh cũng là yếu tố liên quan tử vong. Các nghiên cứu đều cho thấy tình trạng sốc đều tăng nguy cơ tử vong, là yếu tố liên quan tử vong ở trẻ sơ sinh.

Chúng tôi đã xác nhận các yếu tố liên quan đến tử vong giới tính nam có nguy cơ tử vong cao hơn bé nữ với $OR: 4,7$, 95% KTC 2,5-15,3. Yếu tố thứ 2 là tuổi thai, tuổi thai càng thấp, nguy cơ tử vong càng cao với $OR: 0,44$, 95% KTC 0,3- 0,6. Yếu tố thứ 3 là sốc thời điểm 24 giờ sau sinh nguy cơ tử vong cao với $OR: 42,9$ và 95% KTC 2,5- 731.

V. KẾT LUẬN

Tử vong sơ sinh non tháng dưới 32 tuần còn

cao, nguyên nhân nhiễm khuẩn là nguyên nhân hàng đầu, với tuổi thai, giới tính nam, và sốc 24 giờ sau sinh là các yếu tố liên quan tử vong, cần có chăm sóc tiền sản tốt giảm sinh non, giảm suy hô hấp, kiểm soát nhiễm khuẩn tốt, theo dõi sát dấu hiệu sốc, chẩn đoán và điều trị sớm góp phần giảm tỷ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Manuck TA, Rice MM, Bailit JL, et al.** Preterm neonatal morbidity and mortality by gestational age: a contemporary cohort. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(1):103.e1-103.e14.
2. **George T Mandy.** Preterm birth: Definitions of prematurity, epidemiology, and risk factors for infant mortality - UpToDate. Accessed March 12, 2023. <https://www.uptodate.com/contents/preterm-birth-definitions-of-prematurity-epidemiology-and-risk-factors-for-infant-mortality>
3. **Cao Y, Jiang S, Sun J, et al.** Assessment of Neonatal Intensive Care Unit Practices, Morbidity, and Mortality Among Very Preterm Infants in China. *JAMA Netw Open.* 2021;4(8):e2118904.
4. **Fleischmann-Struzek C, Goldfarb DM, Schlattmann P, Schlapbach LJ, Reinhart K, Kissoon N.** The global burden of paediatric and neonatal sepsis: a systematic review. *Lancet Respir Med.* 2018;6(3):223-230.
5. **Toan ND, Darton TC, Huong NHT, et al.** Clinical and laboratory factors associated with neonatal sepsis mortality at a major Vietnamese children's hospital. *PLOS Glob Public Health.* 2022;2(9):e0000875.
6. **de Castro ECM, Leite ÁJM, Guinsburg R.** Mortality in the first 24h of very low birth weight preterm infants in the Northeast of Brazil. *Rev Paul Pediatr.* 2016;34(1):106-113.
7. **Lê Nguyễn Nhật Trung, Ngô Minh Xuân.** Kết quả điều trị trẻ sơ sinh sinh non 26 - 34 tuần tuổi thai tại bệnh viện Nhi Đồng 2. Accessed July 22, 2023.
8. **Phạm Lê An, Nguyễn Thị Kim Nhi, Phùng Nguyễn Thế Nguyễn.** Đánh giá tiên lượng tử vong ở trẻ sơ sinh tại khoa hồi sức sơ sinh. *Tạp chí Y Học Việt Nam,* 2023;526 (1):170-174

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ BẠCH MẠCH Ở BỆNH NHÂN TIỂU DƯỠNG CHẤP

Nguyễn Tiên Mạnh¹, Nguyễn Ngọc Cương^{1,2}, Lê Tuấn Linh^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiểu đường chấp biểu hiện bằng nước tiểu có dịch dưỡng chấp màu trắng sữa. Đây là

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Cương

Email: cuongcdha@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024

bệnh lý hiếm gặp gây nên bởi sự thông thương các nhánh bạch huyết thất lưng vào đường bài xuất. **Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm hình ảnh chụp cộng hưởng từ (CHT) hệ thống mạch bạch huyết có tiêm thuốc đối quang từ qua hạch bẹn để làm rõ nguyên nhân và xác định vị trí tổn thương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền hành trên 41 bệnh nhân được chẩn đoán tiểu đường chấp qua lâm sàng, nội soi bàng quang và xét nghiệm triglycerid trong nước tiểu. Toàn bộ bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ bạch huyết có tiêm thuốc đối quang từ qua hạch bẹn. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 65,9 với tỷ lệ