

can thiệp y tế kịp thời và giảm thiểu biến chứng. Thời gian nhập viện sớm đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện kết quả điều trị, điều này đã được nhiều nghiên cứu khác, như của Zhou (2021) [8], xác nhận. Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng sưng nề và đau nhức, trong đó 68,1% có dấu hiệu biến dạng chi, chủ yếu là các trường hợp có di lệch xương lớn. Phần lớn bệnh nhân (74,5%) không có tổn thương mô mềm nghiêm trọng, và 85,1% có khớp cổ chân bình thường trên phim X-quang, cho thấy tiên lượng phục hồi chức năng tốt.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy gãy kín đầu dưới xương chày xảy ra phổ biến ở nhóm tuổi 50-59, nữ giới gặp nhiều nam giới do loãng xương sau mãn kinh. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính gây ra chấn thương, với phần lớn các trường hợp gãy có mức độ di lệch nhẹ. Tỷ lệ gãy đơn thuần xương chày cao hơn so với gãy phối hợp cả xương chày và xương mác. Can thiệp sớm giúp cải thiện kết quả điều trị và giảm biến chứng. Phương pháp kết hợp nẹp vít khóa ít xâm lấn dưới C-arm cho thấy kết quả tốt, giúp bệnh nhân đạt liền xương và phục hồi chức năng cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Việt Hùng, Vũ Đặng Thanh và Đoàn Ngọc Hà** (2023), "Đánh giá kết quả điều trị kết hợp xương nẹp khóa gãy đầu dưới hai xương cẳng chân bằng kỹ thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Đa Khoa Vùng Tây Nguyên năm 2022", Y học lâm sàng bệnh viện Trung ương Huế. 85, tr.96-103
2. **Nguyễn Văn Trí** (2018), "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương chày bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Chợ Rẫy", Luận văn Y học, Đại học Y Dược TP.HCM.
3. **Phạm Văn Khoa** (2020), "Tỷ lệ gãy xương chày theo giới tính tại Việt Nam", Tạp chí Y học Việt Nam. 22, tr. 45-52.
4. **Rüedi, T.P. & Allgöwer, M.** (2017), "Fractures of the Lower Tibia: Epidemiological Study", Journal of Orthopedic Trauma. 15, pp. 130-138.
5. **Chen, Y., Zhao, Z., & Zhang, Y** (2022), "Traffic accidents vs. workplace injuries: A comparative analysis of fracture causes.", Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 93(5), pp. 890-898.
6. **Patel, S., Jain, M., & Kumar, R** (2022), "Prognosis of isolated tibial fractures vs. combined tibia-fibula fractures: A retrospective study.", Indian Journal of Orthopedics. 56(3), pp. 456-462.
7. **Bucholz, R. W., Court-Brown, C. M., Heckman, J. D., & Tornetta, P.** (2015), "Rockwood and Green's Fractures in Adults", Philadelphia: Wolters Kluwer Health. 8.
8. **Zhou, X., Li, Y., & Ma, H.** (2021), "Hospital admission timing and outcomes in tibial fractures: The golden hours.", Journal of Orthopedic Trauma. 35(8).

ĐÁNH GIÁ TĂNG TRƯỞNG VÀ TÌNH TRẠNG CHẬM TĂNG TRƯỞNG NGOÀI TỬ CUNG Ở TRẺ SƠ SINH NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Phạm Thị Lan Phương¹, Nguyễn Đức Toàn^{1,2}, Phạm Thị Thanh Tâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay cùng với các tiến bộ trong lĩnh vực chăm sóc trẻ sơ sinh, ngày càng có nhiều trẻ non tháng được nuôi dưỡng sống sót và tăng trưởng. Chậm tăng trưởng ngoài tử cung gây những hậu quả nghiêm trọng. Biết được đặc điểm tăng trưởng và tình trạng chậm tăng trưởng ngoài tử cung ở trẻ sơ sinh non tháng giúp ích rất nhiều trong thực hành lâm sàng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm tăng trưởng và xác định tỷ lệ chậm tăng trưởng ngoài tử cung ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang từ 12/2023 đến 9/2024 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Kết**

quả: Trẻ sanh non nhẹ cân chiếm 8,5% (8/94 trẻ). Tỷ lệ chậm tăng trưởng ngoài tử cung ở thời điểm xuất HSSS và xuất viện lần lượt là 47,9% và 61,7%. Tốc độ tăng cân, chiều dài, vòng đầu trong thời gian nằm HSSS và sau khi xuất HSSS lần lượt là 6,9; 8,9 g/kg/ngày, 0,8; 1,0 cm/tuần cho chiều dài và 0,6; 0,7 cm/tuần cho chu vi vòng đầu. Lượng đạm cung cấp trong tuần đầu và tuần thứ 2 có trung vị (IQR) lần lượt là 2,1 (1,8; 2,3) và 2,9 (2,5; 3,2) g/kg/ngày. Các yếu tố nguy cơ gây chậm tăng trưởng ngoài tử cung là nhẹ cân so với tuổi thai OR 0,4 (0,3-0,5), nhiễm trùng sơ sinh sớm OR 4,5 (1,8-10,8) và muộn OR 3,9 (1,6-9,6), bất dung nạp sữa OR 4,9 (1,28-19,1), phẫu thuật đường tiêu hoá OR 2,3(1,0-5,6) và bệnh phổi mạn tính 2,3 (1,0-5,6). **Kết luận:** Nhẹ cân so với tuổi thai, nhiễm trùng sơ sinh sớm và muộn, bất dung nạp sữa, phẫu thuật đường tiêu hoá và bệnh lý phổi mạn tính là những yếu tố nguy cơ gây chậm tăng trưởng ngoài tử cung của trẻ sanh non.

Từ khoá: tăng trưởng, chậm tăng trưởng ngoài tử cung, sơ sinh non tháng

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Lan Phương

Email: phamphuong8925@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2024

Ngày duyệt bài: 2.12.2024

SUMMARY**ASSESSMENT OF GROWTH AND EXTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION IN PRETERM NEONATES AT CHILDREN'S HOSPITAL 1**

Background: Nowadays, with advances in the field of neonatal care, more preterm neonates are surviving and growing with suitable nutritional support. Extrauterine growth restriction (EUGR) causes serious consequences. Knowing the growth patterns and the prevalence of EUGR in premature neonates is crucial in clinical practice. **Objectives:** Description of growth and determine the prevalence of EUGR in preterm neonates at Children's Hospital 1. **Methods:** Cross-sectional study from December 2023 to September 2024 at Children's Hospital 1. **Results:** The rate of low birth weight premature infants was 8.5% (8/94 infants). The rate of extrauterine growth retardation at the time of NICU discharge and hospital discharge was 47.9% and 61.7%, respectively. The velocity of weight gain, length, and head circumference during NICU and post-NICU stay was 6.9, 8.9g/kg/day, 0.8, 1.0 cm/week for length and 0.6, 0.7 cm/week for head circumference, respectively. The amount of protein provided in the first and second weeks had median (IQR) of 2.1 (1.8, 2.3) and 2.9 (2.5, 3.2) g/kg/day, respectively. Risk factors for extrauterine growth restriction were small gestational age with Odds Ratio (OR) 0.4 (0.3-0.5), early neonatal infection OR 4.5(1.8-10.8) and late infection OR 3.9(1.6-9.6), enteral milk intolerance with OR 4.9 (1.28-19.1), gastrointestinal surgery with OR 2.3(1.0-5.6) and chronic lung disease with 2.3(1.0-5.6). **Conclusion:** Small gestational age, early and late neonatal infections, enteral milk intolerance, gastrointestinal surgery and chronic lung disease are risk factors for extrauterine growth restriction in preterm infants. **Keywords:** growth, extrauterine growth restriction, preterm neonates

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chậm tăng trưởng ngoài tử cung (CTNTC) được định nghĩa là khi trẻ có cân nặng, chiều cao, vòng đầu dưới bách phân vị thứ 10 biểu đồ tăng trưởng Fenton. Các nghiên cứu đã phát hiện ra rằng trẻ sơ sinh non tháng CTNTC có nguy cơ mắc các bệnh về đường hô hấp cao hơn sau khi xuất viện. Trẻ CTNTC cũng dễ mắc rối loạn phát triển thể chất như tăng huyết áp ở tuổi vị thành niên, các bất thường về chuyển hóa và nội tiết cũng như các vấn đề nghiêm trọng về phát triển thần kinh về lâu dài, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng từ 25 đến 32 tuần có CTNTC là 65,6% theo tác giả Đỗ Thị Phương Anh (2022)^[1] và các yếu tố liên quan là đa thai, bé trai, tiền sản giật, cân nặng dưới 1000 gram và tuổi thai nhỏ hơn 30 tuần.

Tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để đánh giá tình trạng CTNTC. Vì thế để có một cái nhìn toàn diện hơn

chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá tăng trưởng và các yếu tố liên quan đến chậm tăng trưởng ngoài tử cung ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ sơ sinh non tháng nhập khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 1 trong thời gian từ 12/2023 đến 9/2024. Tiêu chuẩn chọn vào: Tất cả trẻ sơ sinh có tuổi thai < 37 tuần, nhập viện tại khoa Hồi sức sơ sinh (HSSS) Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 01/12/2023 đến tháng 30/09/2024. Tiêu chuẩn loại trừ: tử vong trước 7 ngày tuổi, xuất viện trước 14 ngày tuổi, thân nhân bệnh nhi không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 2/2024 đến tháng 9/2024 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

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

Trong đó: $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy với $Z_{1-\alpha/2} = 1,96^2$ tương ứng với $\alpha = 0,05$ (KTC 95%)

p : tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng chậm tăng trưởng ngoài tử cung của nghiên cứu tác giả Đỗ Thị Phương Anh (2020-2021)^[4] là 65,6%.

d : khoảng khác biệt tối thiểu các tỷ lệ ước lượng, với P là 65,6% chọn $d = 10\%$.

Với các dữ liệu ở trên, áp dụng vào công thức tính cỡ mẫu chúng tôi ước tính cỡ mẫu tối thiểu là 87 trường hợp.

Nội dung nghiên cứu: đánh giá tăng trưởng và các yếu tố liên quan đến chậm tăng trưởng ngoài tử cung ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Thu thập số liệu: từ hồ sơ bệnh án, sử dụng bảng thu thập số liệu soạn sẵn.

Xử lý số liệu: phân tích theo phương pháp thống kê y học, trên chương trình SPSS 25.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 94 bệnh nhân là trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 12/2023 đến 9/2024 và ghi nhận được kết quả như sau:

- Trung vị tuổi thai trong mẫu nghiên cứu là 30 tuần với khoảng tứ phân vị (28 - 32) tuần.

- Cân nặng trung vị là 2300 gram với khoảng tứ phân vị (1182 - 1800) gram.

Bảng 1. Đặc điểm chung của trẻ sơ sinh non tháng

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	Phân loại cân nặng so với tuổi thai (n,%)		Tổng (N=94)	p*
	AGA	SGA		
	86 (91,5)	8 (8,5)		
Giới tính (n,%)				
Nữ	26 (30,3)	1 (12,5)	27 (28,7)	0,30
Nam	60 (69,7)	7 (87,5)	67 (71,3)	
Tuổi thai (n,%)				
34-36w	17 (19,7)	5 (62,5)	22 (23,4)	0,022
32-34w	13 (15,1)	2 (25,0)	15 (15,9)	
28-32w	35 (40,7)	1 (12,5)	36 (38,3)	
<28w	21 (24,4)	0 (0,0)	21 (22,3)	
Cân nặng lúc sanh				
≥ 1500gr	41 (47,6)	5 (62,5)	46 (48,9)	0,33
< 1500gr	45 (52,4)	3 (37,5)	48 (51,0)	
Vấn đề thai kỳ				
Đái tháo đường	12 (13,9)	3 (37,5)	15 (15,9)	0,08
Tăng huyết áp	9 (10,5)	1 (12,5)	10 (10,6)	0,80
Hở eo TC	2 (2,3)	1 (12,5)	3 (3,2)	0,11
Vỡ ối trước sanh	11 (12,8)	1 (12,5)	12 (12,8)	0,91
Hỗ trợ phổi trước sanh	17 (19,8)	3 (37,5)	20 (21,2)	0,24
Song thai	15 (17,4)	5 (62,5)	20 (21,2)	0,003
Quản lý thai kỳ	78 (90,7)	8 (100,0)	86 (91,5)	0,36
IUGR**	0 (0,0)	6 (75%)	8 (6,4)	0,000
Phương pháp sanh				
Sanh mổ	27 (31,3)	5 (62,5)	32 (34)	0,19
Sanh thường	55 (63,9)	3 (37,5)	58 (61,7)	
Sanh rớt	4 (4,6)	0 (0,0)	4 (4,3)	
CTNTC lúc xuất HSSS (n, %)	37 (43,0)	8 (100,0)	45 (47,9)	0,002
CTNTC lúc xuất viện (n, %)	50 (58,1)	8 (100,0)	58 (61,7)	0,02
Tử vong (n, %)	7 (8,1)	0 (0,0)	7 (7,4)	0,5

*Phép kiểm Chi bình phương, **Chậm tăng trưởng trong tử cung

Nhận xét: Số trẻ nhẹ cân so với tuổi thai chiếm 8,5% trong mẫu nghiên cứu, đa số là trẻ trai.

Trẻ sanh cực non (dưới 28 tuần tuổi thai) chiếm tỷ lệ 21% nhưng không có trẻ nào sanh ra có cân nặng lúc sanh nhỏ hơn tuổi thai. Ngược lại, 87,5% trẻ sanh non nhẹ cân trên 32 tuần.

Số trẻ có cân nặng lúc sanh ≥ 1500gr và < 1500gr gần bằng nhau. Tỷ lệ trẻ nhẹ cân so với tuổi thai ở nhóm cân nặng ≥ 1500gr cao hơn.

Những trẻ sanh non từ bà mẹ không quản lý thai kỳ đều nhỏ cân so với tuổi thai lúc sanh.

Tỷ lệ CTNTC lúc xuất viện cao hơn so với lúc xuất khỏi HSSS, và trẻ nhẹ cân so với tuổi thai khi sanh đều bị CTNTC tại thời điểm xuất NICU và xuất viện.

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là 8,1% và không có trẻ nhẹ cân so với tuổi thai nào tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 2. Đặc điểm hỗ trợ dinh dưỡng ở trẻ sơ sinh non tháng

Các đặc điểm hỗ trợ dinh	Trung	Khoảng tứ
---------------------------------	--------------	------------------

dưỡng	vị	phân vị
Thời điểm hỗ trợ dinh dưỡng (ngày tuổi)		
Ngày DDTM hoàn toàn	2,0	(2-6)
Ngày DDTH đạt 50%	10,0	(6-14)
Ngày bắt đầu cho Lipid	3,0	(2-4)
Ngày khởi động DDTM tăng cường	4,0	(2-6)
Ngày bắt đầu cho ăn sữa	3,0	(2-4)
Ngày đạt dinh dưỡng tiêu hoá hoàn toàn	13,0	(10-21)
Ngày đạt E 100kcal/kg qua tiêu hoá	14,0	(10-21)
Đặc điểm hỗ trợ các thành phần dinh dưỡng		
Lượng đạm trung bình trong tuần đầu (g/kg)	2,1	(1,8-2,3)
Lượng đạm trung bình trong tuần tuổi thứ 2 (g/kg)	2,9	(2,5-3,2)
Nhu cầu dịch trung bình 48h tuổi đầu (ml/kg/ngày)	76,0	(69,3-84)
Nhu cầu dịch trung bình trong tuần đầu (ml/kg/ngày)	107,8	(99,6-116)

Nhu cầu dịch trung bình trong tuần tuổi thứ 2 (ml/kg/ngày)	155,2	(142-162,7)
Năng lượng cung cấp qua dinh dưỡng		
Năng lượng trung bình trong 48h đầu (kcal/kg/ngày)	26,0	(22,0-31,0)
Năng lượng trung bình 7 ngày đầu đầu	51,8	(45,8-61,1)
Năng lượng trung bình trong tuần tuổi thứ 2	97,4	(81,9-109,0)

Nhận xét: Hầu hết các trẻ sinh non đều được cho dinh dưỡng tiêu hoá sớm từ ngày thứ 2 sau sanh, đạt thời điểm dinh dưỡng tiêu hoá hoàn toàn và năng lượng 100 kcal/kg/ngày qua tiêu hoá trong 14 ngày đầu. Lượng đạm trung bình trong 2 tuần đầu vẫn còn thấp so với khuyến cáo. Năng lượng trung bình trong 48h phù hợp với giai đoạn bệnh cấp tính.

Bảng 3. Kết cục tăng trưởng của trẻ sơ sinh non tháng

Đặc điểm tăng trưởng	Trung vị	Khoảng tứ phân vị
----------------------	----------	-------------------

Bảng 4. Kết cục tăng trưởng của trẻ sơ sinh non tháng

Kết cục tăng trưởng	CTTNTC lúc xuất khoa HSSS (n=45, 47,9%)			
	Tần số	Tỷ lệ (%)	p	OR (KTC 95%)
Tử vong	7	7,4	0,12 ^a	
Các yếu tố nguy cơ				
Nhẹ cân so với tuổi thai (SGA) (n=8)	8	100	0,02 ^b	0,4 (0,3 - 0,5)
Nhiễm trùng sơ sinh sớm (n=43)	29	67,4	0,000 ^b	4,5 (1,8-10,8)
Nhiễm trùng sơ sinh muộn (n=35)	24	68,6	0,02 ^b	3,9 (1,6-9,6)
Bệnh phổi mạn tính (n=18)	14	77,8	0,005 ^b	5,0 (1,5-16,8)
Có phẫu thuật đường tiêu hoá(n=14)	11	78,6	0,013 ^b	4,9 (1,3-19,1)
Bất dung nạp sữa qua đường tiêu hoá (n = 36)	22	61,1	0,035 ^b	2,3 (1,0-5,6)

Nhận xét: CTTNTC lúc xuất khoa HSSS không có ảnh hưởng đến kết cục tử vong của trẻ sinh non với $p = 0,12 > 0,05$.

Các yếu tố nguy cơ gây CTTNTC trong thời gian điều trị tại HSSS bao gồm nhiễm trùng sơ sinh sớm và muộn, bệnh phổi mạn tính, các vấn đề về bất dung nạp tiêu hoá và có phẫu thuật đường tiêu hoá.

Tuy nhiên, nhẹ cân so với tuổi thai lúc sanh không có liên quan đến nguy cơ gây CTTNTC.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của trẻ sơ sinh non tháng và cá biệt pháp đánh giá tăng trưởng. Với biểu đồ tăng trưởng Fenton, các phép đo được thực hiện cẩn thận, được vẽ trên đồ thị tiêu chuẩn hóa sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho so sánh trẻ sơ sinh hoặc trẻ nhỏ với các tiêu chuẩn đã được thiết lập để dễ dàng ghi nhận các xu hướng tăng trưởng khác nhau. Việc nhận biết sự tăng trưởng không cân xứng về chiều cao,

Tốc độ tăng trưởng trong thời gian nằm NICU		
Cân nặng (g/kg/ngày)	6,9	(3,2 - 10,5)
Chiều dài (cm/tuần)	0,8	(0,5 - 0,8)
Vòng đầu (cm/tuần)	0,6	(0,3 - 0,8)
Tốc độ tăng trưởng khi xuất khoa NICU		
Cân nặng (g/kg/ngày)	8,9	(6,32 - 10,8)
Chiều dài (cm/tuần)	1,0	(0,8 - 1,2)
Vòng đầu (cm/tuần)	0,7	(0,5 - 0,8)
Thời điểm tập phản xạ bú (tuần tuổi)	34,0	(32,0 - 36,0)
Thời điểm tự bú được (tuần tuổi)	36,0	(34,0 - 38,0)

Nhận xét: Tốc độ tăng trưởng khi trẻ xuất khoa HSSS nhanh hơn trong thời gian nằm điều trị tại HSSS, kể cả về cân nặng, chiều dài và vòng đầu. Tốc độ tăng trưởng chiều dài khi xuất khoa HSSS bằng với tốc độ được khuyến cáo dành cho trẻ sơ sinh non tháng

Đa số các trẻ sẽ được tập bú khoảng 34 tuần tuổi sau sanh và có thể tự bú được khi đạt 36 tuần tuổi sau sanh.

^aPhép kiểm Pearson Chi-square, ^bHồi quy logistic đơn biến cân nặng và chu vi vòng đầu là rất quan trọng trong việc đánh giá trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Việc lập kế hoạch tăng trưởng sau sinh của trẻ non tháng so với tiêu chuẩn của trẻ đủ tháng là không thỏa đáng. Có sự khác biệt về kích thước và tốc độ tăng trưởng lớn hơn ở trẻ sinh non, đặc biệt ở những trẻ nhỏ hơn so với tuổi thai sau khi đã đáp ứng đủ nhu cầu dinh dưỡng. Theo giả thuyết Nguồn gốc phát triển của sức khỏe và bệnh tật (DOHaD), mô hình tăng trưởng sớm và thành phần cơ thể dưới mức tối ưu có thể khiến trẻ sơ sinh có nguy cơ khởi phát sớm các bệnh về tim mạch, chuyển hóa và thần kinh ở người trưởng thành. Để ngăn ngừa những tình trạng này, điều quan trọng là phải hiểu trẻ sinh non sẽ phát triển bình thường như thế nào. Hiện tại, Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ (AAP) khuyến cáo rằng trẻ sinh non phải đạt được "tốc độ tăng trưởng và thành phần tăng cân tương tự như một thai nhi bình thường ở cùng độ tuổi trong tử

cung". Điều này ngụ ý rằng ở thời điểm đủ tháng, trẻ sinh non phải đạt được trọng lượng cơ thể và thành phần cơ thể tương tự như trẻ sơ sinh đủ tháng, khỏe mạnh theo tiêu chuẩn tăng trưởng của WHO. Để đạt được mục tiêu này, việc tăng cân được theo dõi bằng cách sử dụng quỹ đạo tăng trưởng trong tử cung của Fenton 2013 và thường được sử dụng để hướng dẫn dinh dưỡng ở trẻ non tháng.

Đặc điểm hỗ trợ dinh dưỡng ở trẻ sơ sinh non tháng. Hội đồng thuận về dinh dưỡng của AAP (2020)^[6] và ESPGHAN (2010)^[3] khuyến nghị rằng trẻ sinh non tăng trưởng với tốc độ tương tự như thai nhi. Cả hai nhóm chuyên gia này đều không khuyến nghị rằng BPV cân nặng của trẻ sinh ra sẽ trở về đúng BPV cân nặng đó khi xuất viện tại đơn vị chăm sóc đặc biệt dành cho trẻ sơ sinh (NICU) hoặc ở tuổi thai tương đương trên biểu đồ. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng trẻ sinh non thường phát triển gần như song song với các đường cong biểu đồ tăng trưởng non tháng của Fenton, của Anh hay Ý. Trẻ sinh non mắc bệnh thường tăng cân chậm hơn so với trẻ sinh non khỏe mạnh, cho thấy rằng việc phát hiện sớm vấn đề tăng cân chậm có thể có ích trong việc xác định trẻ sơ sinh đang gặp khó khăn về tăng trưởng và cần hỗ trợ dinh dưỡng bổ sung. Tuy nhiên, tùy thuộc vào giai đoạn của bệnh tật, việc tăng cường dinh dưỡng có thể vừa cần để cải thiện tác động của bệnh tật cũng như sự tăng trưởng lớn lên của trẻ và các kết cục về phát triển thần kinh.

Kết cục tăng trưởng của trẻ sơ sinh non tháng. Các nhà nghiên cứu và bác sĩ lâm sàng ngày càng sử dụng các cụm từ "chậm tăng trưởng ngoài tử cung" (Extrauterine Growth Restriction (EUGR) hoặc "suy giảm tăng trưởng sau sinh" (Postnatal Growth Failure (PGF) làm thước đo kết quả cho trẻ sinh non^{[3],[7]}. Mặc dù những khái niệm này có vấn đề khi xác định quá mức là trẻ chậm tăng trưởng ngoài tử cung trong khi thực tế trẻ có xu hướng tăng trưởng nhưng vẫn dưới tiêu chuẩn chẩn đoán CTTNTC (dương tính giả) và không phát hiện được những trẻ thật ra phát triển kém (âm tính giả). Thông thường EUGR/PGF được chẩn đoán khi cân nặng của trẻ sinh non dưới bách phân vị thứ 10 (z-score < -1,28) khi xuất viện hoặc khoảng 36–40 tuần tuổi sau kinh chót. Có 19% (n = 67/355) các nghiên cứu về tăng trưởng non tháng ở trẻ sơ sinh, hầu hết được công bố từ năm 2005. Và có 62% trong số 67 nghiên cứu này sử dụng ngưỡng dưới BPV thứ 10, 10% được sử dụng dưới BPV thứ 3 và 18% đã sử dụng mức < -2 Z-score. Về thời gian đánh giá chậm tăng trưởng

ngoài tử cung (EUGR), 63% thực hiện đánh giá này khi xuất viện, 21% ở tuổi đủ tháng và 20% ở tuần thứ 36. Qua các điểm cắt trên, chúng ta thấy rằng trẻ sinh non cần có cân nặng \geq BPV thứ 10 theo độ tuổi tương ứng bất kể BPV cân nặng lúc sinh hoặc các vấn đề rối loạn tăng trưởng di truyền tiềm ẩn được cho là yếu tố dự đoán dự hậu tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Lượng đạm cung cấp trong hai tuần đầu đã có sự cải thiện và việc tích cực cho ăn sớm đã giúp trẻ đạt được dinh dưỡng tiêu hoá hoàn toàn trong 2 tuần đầu đời.

Tốc độ tăng trưởng của trẻ sinh non còn chậm, do đó tỷ lệ chậm tăng trưởng ngoài tử cung trong nghiên cứu chúng tôi còn khá cao.

Nhẹ cân so với tuổi thai, nhiễm trùng sơ sinh sớm và muộn, bất dung nạp sữa, phẫu thuật đường tiêu hoá và bệnh lý phổi mạn tính là những yếu tố nguy cơ gây chậm tăng trưởng ngoài tử cung của trẻ sinh non.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Phương Anh, Lê Minh Trác, Phạm Phương Linh, Dương Lan Dung.** Đặc điểm và kết quả nuôi dưỡng trẻ non tháng ăn bằng ống thông da dày tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2020-2021. Tạp Chí Phụ sản. 2022;20(3):79-84. <https://doi.org/10.46755/vjog.2022.3.1485>
2. **Agostoni C, Buonocore G, Carnielli VP, et al.** Enteral nutrient supply for preterm infants: commentary from the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. Jan 2010;50(1):85-91. doi:10.1097/MPG.0b013e3181adaee0.
3. **Bagga N, Panigrahy N, Maheshwari A.** Extra-uterine Growth Restriction in Preterm Infants. Newborn 2022;1(1): 67–73.
4. **Fenton, T. R., Cormack, B., Goldberg, D., Nasser, R., Alshaikh, B., Eliasziw, M., Shah, P. S.** (2020). "Extrauterine growth restriction" and "postnatal growth failure" are misnomers for preterm infants. Journal of Perinatology. doi:10.1038/s41372-020-0658-5.
5. **Pediatrics CoNAA.** Assessing nutrition status. Pediatric Nutrition Handbook. 8th ed. Elk Grove Village IL: 2020.
6. **Tozzi MG, Moscuza F, Michelucci A, et al.** ExtraUterine Growth Restriction (EUGR) in Preterm Infants: Growth Patterns, Nutrition, and Epigenetic Markers. A Pilot Study. Front Pediatr. 2018;6:408. Published 2018 Dec 20. doi:10.3389/fped.2018.00408
7. **Tudehope DI, Burns Y, O'Callaghan M, Mohay H, Silcock A.** The relationship between intrauterine and postnatal growth on the subsequent psychomotor development of very low birthweight (VLBW) infants. Aust Paediatr J. Mar 1983; 19(1): 3-8. doi:10.1111/j.1440-1754.1983.tb02041.x.

TỶ LỆ POLYP TUYẾN ĐÁY VỊ DẠ DÀY VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Bùi Thúy Hằng¹, Nguyễn Thị Vân Hồng²

TÓM TẮT

Polyp tuyến đáy vị dạ dày (FGP) là loại polyp phổ biến nhất trong các polyp dạ dày được phát hiện khi nội soi đường tiêu hóa trên. Tỷ lệ nhiễm vi khuẩn *Helicobacter pylori* và việc sử dụng thuốc ức chế bơm proton (PPI) được xem xét có liên quan đến polyp tuyến đáy vị dạ dày. **Mục tiêu:** 1. Khảo sát tỷ lệ của polyp tuyến đáy vị dạ dày ở bệnh nhân nội soi đường tiêu hóa trên. 2. Xác định tỷ lệ nhiễm *H.pylori* và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiền cứu trên 483 bệnh nhân được chẩn đoán mô bệnh học là polyp tuyến đáy vị dạ dày theo tiêu chuẩn WHO 2019, được nội soi đường tiêu hóa trên tại Khu nội soi Tiêu hóa, bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển, Ông Bí, Quảng Ninh từ tháng 07/2023 đến hết tháng 6/2024. **Kết quả:** tỷ lệ polyp tuyến đáy vị dạ dày trong 15458 ca nội soi đường tiêu hóa trên là 3,12%; tuổi trung bình là 55,9 ± 12,7; 28% là nam giới, 72% là nữ giới; FGP < 5mm là 2,6%, 5mm ≤ FGP ≤ 10mm là 0,5%, FGP > 10mm là 0,02%; Tỷ lệ nhiễm *H.pylori* ở các bệnh nhân có polyp tuyến đáy vị dạ dày là 24,4%. Về yếu tố sử dụng thuốc PPI: không xác định được có dùng thuốc PPI là 16%, không dùng thuốc PPI là 17% và có sử dụng thuốc PPI là 67%. Trong đó nhóm có sử dụng thuốc PPI, 28% là dùng dưới 1 năm, 61% dùng thuốc từ 1-5 năm và dùng thuốc trên 5 năm là 11%. **Kết luận:** Trong 15458 ca nội soi đường tiêu hóa trên có 3,12% bệnh nhân được chẩn đoán polyp tuyến đáy vị dạ dày, phổ biến ở phụ nữ tuổi trung niên. Polyp tuyến đáy vị dạ dày có tỷ lệ nhiễm *H.pylori* thấp và có liên quan đến tiền sử dùng thuốc ức chế bơm proton (PPI).

Từ khóa: Polyp tuyến đáy vị dạ dày, HP, PPI

SUMMARY

THE RATE OF GASTRIC FUNCTIONAL POLYPS AND SOME RELATED FACTORS

Gastric fundic gland polyps (FGPs) are the most common type of gastric polyps detected during upper gastrointestinal endoscopy. The rate of *Helicobacter pylori* infection and the use of proton pump inhibitors (PPIs) are considered to be related to gastric fundic gland polyps. **Aims:** 1. To survey the rate of gastric fundic gland polyps in patients undergoing upper gastrointestinal endoscopy. 2. To determine the rate of *H. pylori* infection and some related factors. **Materials and method:** Prospective descriptive study on 483 patients histologically diagnosed as gastric fundic gland polyps according to WHO 2019 standards, undergoing upper gastrointestinal endoscopy at the Digestive Endoscopy Department,

¹Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Ông Bí

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thúy Hằng

Email: dongdoilachong@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.12.2024

Ngày duyệt bài: 5.12.2024

Vietnam-Sweden Hospital, Uong Bi, Quang Ninh from July 2023 to the end of June 2024. **Results:** The rate of gastric fundic gland polyps in 15,458 upper gastrointestinal endoscopy cases was 3.12%; The mean age was 55.9 ± 12.7; 28% were male, 72% were female; FGP < 5mm was 2.6%, 5mm ≤ FGP ≤ 10mm was 0.5%, FGP > 10mm was 0.02%; The rate of *H.pylori* infection in patients with gastric fundus polyps was 24.4%. Regarding the factor of PPI use: 16% were not identified for PPI use, 17% were not identified for PPI use and 67% were identified for PPI use. Of the group that used PPI, 28% used it for less than 1 year, 61% used it for 1-5 years and 11% used it for more than 5 years. **Conclusion:** In 15,458 upper gastrointestinal endoscopy cases, 3.12% of patients were diagnosed with gastric fundus polyps, common in middle-aged women. Gastric fundic gland polyps have a low prevalence of *H. pylori* infection and are associated with a history of proton pump inhibitor (PPI) use. **Keywords:** Fundic gland polyp, *Helicobacter Pylori*, Proton pump inhibitors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp dạ dày là các tổn thương lồi xuất phát từ thành dạ dày, bắt nguồn từ biểu mô hoặc lớp dưới niêm mạc, đặc trưng là có cuống hoặc không cuống¹. Polyp trong dạ dày không đồng nhất về mặt mô bệnh học, bao gồm polyp tăng sản, polyp tuyến đáy vị, u tuyến dạ dày, khối u thần kinh nội tiết dạ dày (carcinoid) và polyp u xơ viêm. Polyp tuyến đáy vị dạ dày là một trong những loại phổ biến nhất, với tỷ lệ mắc ước tính khoảng 2–11%², mặc dù tỷ lệ này khác nhau giữa các quần thể khác nhau. Polyp tuyến đáy vị dạ dày phổ biến hơn ở các nước phương Tây với tỷ lệ nhiễm *Helicobacter Pylori* thấp hơn và tỷ lệ điều trị thuốc ức chế bơm proton (PPI) cao hơn. Mỗi liên quan giữa polyp tuyến đáy vị và việc sử dụng PPI đã được đề xuất trong nhiều năm, liệu PPI có làm tăng nguy cơ mức độ phổ biến của polyp tuyến đáy vị dạ dày và mức độ ảnh hưởng nếu chúng xảy ra vẫn còn gây tranh cãi. Vì vậy chúng tôi quyết định chọn đề tài này với hai mục tiêu nghiên cứu:

1. Khảo sát tỷ lệ của polyp tuyến đáy vị dạ dày ở bệnh nhân nội soi đường tiêu hóa trên.

2. Xác định tỷ lệ nhiễm *H.pylori* và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 483 bệnh nhân được chẩn đoán polyp tuyến đáy vị dạ dày và nội soi đường tiêu hóa trên tại Khu nội soi Tiêu hóa bệnh viện Việt Nam- Thụy Điển, Ông Bí, Quảng Ninh từ tháng 07/2023 đến hết