

- Chemistry. 33 (12), pp. 2153 - 2163. 1987.
5. **Trương Tuấn Khải.** Nồng độ glucose huyết tương lúc đói, fructosamin huyết tương và HbA1C trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ năm 2021-2022. Tạp chí Y dược học Cần Thơ. 51. 89-95. 2022.
 6. **Lê Bá Ngọc.** Nghiên cứu đặc điểm loét bàn chân và kết quả điều trị giảm tải loét gan bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường. Luận án Tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội. 2018.
 7. **Lương Trọng Bách.** Khảo sát giá trị của fructosamine huyết thanh trong theo dõi điều trị bệnh nhân ĐTĐ typ 2 cao tuổi tại Bệnh viện Hữu Nghị. Tạp chí Y học Việt Nam. 507 (2). 69-73. 2021.
 8. **Đào Thị Thúy.** Giá trị xét nghiệm fructosamin huyết thanh trong phản ánh đường huyết lúc đói ở bệnh nhân đái tháo đường có bệnh thận mạn. Tạp chí Y học Việt Nam. 504 (2). 112-116. 2021.
 9. **Lê Thị Hương Thu.** Nồng độ fructosamin huyết thanh trong đánh giá mức độ kiểm soát đường máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên. 2016.

KHẢO SÁT MÔ HÌNH BỆNH TẬT, TỬ VONG VÀ CHUYỂN TUYẾN CỦA TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH NĂM 2023

Nguyễn Thanh Tâm^{1,2}, Vũ Thị Huyền², Nguyễn Thị Quỳnh Nga^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả mô hình bệnh tật, mô hình tử vong và mô hình chuyển tuyến ở trẻ sơ sinh điều trị tại Bệnh viện Nhi Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2023, trên tổng số 1.523 trẻ sơ sinh nhập viện tại Bệnh viện Nhi Thái Bình. **Kết quả:** Trong số 1.523 trẻ sơ sinh, 87,2% là trẻ đủ tháng và 89,8% có cân nặng lúc sinh $\geq 2,5$ kg. Tỷ lệ sinh mổ chiếm 53,5%. Các bệnh lý phổ biến bao gồm: nhiễm khuẩn sơ sinh (62,4%), vàng da sơ sinh (10,8%) và suy hô hấp sơ sinh (19,0%). Nguyên nhân tử vong chủ yếu là bệnh tim bẩm sinh (75%), suy hô hấp sơ sinh (25%) và nhiễm khuẩn sơ sinh (5%). Nguyên nhân chuyển tuyến hàng đầu là suy hô hấp sơ sinh (50%). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy nhiễm khuẩn sơ sinh, vàng da và suy hô hấp là những bệnh lý phổ biến tại Bệnh viện Nhi Thái Bình. Cần cải thiện cơ sở vật chất, trang thiết bị và năng lực chuyên môn để nâng cao hiệu quả điều trị và giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh. **Từ khóa:** Mô hình bệnh tật ở trẻ sơ sinh, mô hình tử vong ở trẻ sơ sinh, mô hình chuyển tuyến ở trẻ sơ sinh.

SUMMARY

SURVEY ON DISEASE, MORTALITY, AND REFERRAL PATTERNS OF NEWBORNS AT THAI BINH CHILDREN'S HOSPITAL IN 2023

Objective: This study aimed to describe the patterns of morbidity, mortality, and referral among neonates treated at Thai Binh Pediatric Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted from January to December 2023, involving

a total of 1,523 neonates admitted to Thai Binh Pediatric Hospital. **Results:** Among the 1,523 neonates, 87.2% were full-term and 89.8% had a birth weight ≥ 2.5 kg. The cesarean section rate was 53.5%. The most common neonatal diseases included neonatal sepsis (62.4%), neonatal jaundice (10.8%), and neonatal respiratory distress (19.0%). The leading causes of death were congenital heart disease (75%), neonatal respiratory distress (25%), and neonatal sepsis (5%). The primary reason for referral was neonatal respiratory distress, accounting for 50% of referred cases. **Conclusion:** The study indicates that neonatal sepsis, jaundice, and respiratory distress are the most common conditions among neonates at Thai Binh Pediatric Hospital. Enhancing medical infrastructure, equipment, and clinical capacity is essential to improve treatment outcomes and reduce neonatal mortality rates.

Keywords: Neonatal morbidity patterns, neonatal mortality patterns, neonatal referral patterns.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe sơ sinh là nền tảng của chăm sóc sức khỏe trẻ em, phản ánh sự phát triển kinh tế, xã hội và chất lượng hệ thống y tế của một quốc gia. Giai đoạn sơ sinh – 28 ngày đầu đời – là giai đoạn có tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao nhất ở trẻ em, trong đó phần lớn các nguyên nhân đều có thể phòng ngừa được. Theo ước tính, mỗi năm có khoảng 4 triệu trẻ sơ sinh tử vong trong 4 tuần đầu sau sinh, và 99% số ca tử vong này xảy ra ở các nước đang phát triển. Các nguyên nhân chính gây tử vong sơ sinh bao gồm sinh non (28%), nhiễm trùng nặng (26%) và bệnh não thiếu oxy (23%).¹

Tại Việt Nam, mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, nhưng tỷ lệ tử vong sơ sinh vẫn là một vấn đề đáng quan tâm. Mô hình bệnh tật và tử vong sơ sinh không chỉ phản ánh chất lượng hệ thống y tế mà còn là chỉ số quan trọng đánh giá hiệu quả

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Thái Bình

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: ngaquynh2006@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 22.5.2025

của các chính sách y tế công cộng. Mỗi khu vực, mỗi bệnh viện có một mô hình bệnh tật riêng do ảnh hưởng của điều kiện kinh tế, môi trường, tập quán chăm sóc thai kỳ và chất lượng dịch vụ y tế. Việc nghiên cứu mô hình bệnh tật của trẻ sơ sinh tại từng địa phương sẽ giúp định hướng chiến lược can thiệp phù hợp, nâng cao hiệu quả điều trị và giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh.

Bệnh viện Nhi Thái Bình là cơ sở y tế tuyến cuối về nhi khoa tại tỉnh Thái Bình, tiếp nhận nhiều bệnh nhi sơ sinh từ tuyến dưới. Tuy nhiên, từ khi thành lập Khoa Sơ sinh, chưa có nghiên cứu nào được tiến hành để ghi nhận thông tin về mô hình bệnh tật tại đây, bao gồm tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ can thiệp và điều trị và tử vong theo tuổi thai hoặc cân nặng khi sinh. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả mô hình bệnh tật của trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Thái Bình, qua đó cung cấp cơ sở dữ liệu quan trọng giúp nâng cao chất lượng chăm sóc sơ sinh tại địa phương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ sơ sinh được điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Thái Bình

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Trẻ có ngày tuổi ≤ 28 ngày và được điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Thái Bình.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Hồ sơ không đầy đủ dữ liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ 01/01/2023 đến 31/12/2023

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Nhi Thái Bình

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Các biến số nghiên cứu: Trong nghiên cứu này, các biến số được trích xuất từ hồ sơ bệnh án của trẻ sơ sinh nhập viện tại Bệnh viện Nhi Thái Bình và được phân chia thành các nhóm như sau: Nhóm biến số về đặc điểm cá nhân và thông tin điều trị của trẻ sơ sinh: Giới tính, tuổi sơ sinh tại thời điểm nhập viện (tính theo ngày tuổi), tuổi thai, cân nặng lúc sinh và ngày sinh. Mô hình bệnh tật, tử vong và chuyển tuyến: Xác định tỷ lệ bệnh tật và tử vong do các bệnh sau: Nhiễm khuẩn sơ sinh, vỡ màng ối trẻ đẻ non, tim bẩm sinh và bệnh tim khác, tắc ruột sơ sinh, bệnh lý da ở trẻ sơ sinh, suy hô hấp sơ sinh, vàng da sơ sinh, bệnh não thiếu oxy ở trẻ sơ sinh, dị tật bẩm sinh, khác. Về nguyên nhân tử vong và chuyển tuyến, chúng tôi ghi nhận bệnh lý nguyên phát của trẻ.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý theo chương trình SPSS 22.0 được thể hiện dưới dạng tỷ lệ % hoặc giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị.

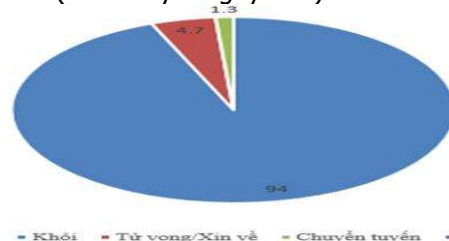
2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành dưới sự chấp thuận của Hội đồng thông qua đề cương Trường Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu này chỉ nhằm phục vụ cho việc nâng cao khám chữa bệnh cho bệnh nhân, ngoài ra không có mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 1 năm từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023, chúng tôi thu thập 1523 bệnh nhân nghiên cứu và thu được kết quả sau:

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	911	59,8
Nữ	612	40,2
Tuổi thai		
Mean $\pm$ SD (tuần)	38 $\pm$ 2	
≥ 37 tuần	1328	87,2
33 – 36 tuần	153	10,0
29 – 32 tuần	33	2,2
≤ 28 tuần	9	0,6
Cân nặng lúc sinh		
Mean $\pm$ SD (gam)	3100 $\pm$ 500	
≥ 2500 g	1367	89,8
1500 – 2499g	139	9,1
1000 – 1499g	10	0,7
<1000g	7	0,5
Cách sinh		
Sinh thường	708	46,5
Sinh mổ	815	53,5
Tuổi sơ sinh khi nhập viện		
< 1 ngày	217	14,2
≥ 1 ngày	1306	85,8

Phần lớn trẻ sơ sinh đủ tháng (87.2%) và có cân nặng bình thường (89.8%). Tỷ lệ sinh mổ (53.5%) cao hơn sinh thường (46.5%), cho thấy sự thay đổi trong phương pháp sinh. Tỷ lệ nhập viện sớm (chưa đầy 1 ngày tuổi) là 14.2%



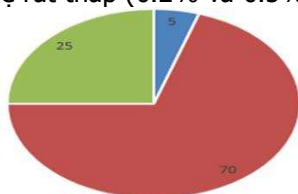
Biểu đồ 1. Kết quả điều trị

Đồ thị cho thấy tỷ lệ điều trị thành công cao với 94% trẻ sơ sinh khỏi bệnh. Tỷ lệ chuyển tuyến là 4.7%, và tỷ lệ tử vong/xin về khá thấp ở 1.3%

Bảng 2. Mô hình bệnh tật ở trẻ sơ sinh

Chẩn đoán	Sơ sinh sớm (n=447)	Sơ sinh muộn (n=1076)	Tổng (n=1523)
Nhiễm khuẩn sơ sinh	151 (33.8%)	799 (74.3%)	950 (62.4%)
Suy hô hấp sơ sinh	188 (42.1%)	101 (9.4%)	289 (19.0%)
Vàng da sơ sinh	66 (14.8%)	98 (9.1%)	164 (10.8%)
Bệnh lý da ở trẻ sơ sinh	5 (1.1%)	50 (4.6%)	55 (3.6%)
Tim bẩm sinh và bệnh tim khác	20(4.5%)	6 (0.6%)	26 (1.7%)
Tắc ruột sơ sinh	6 (1.3%)	6 (0.6%)	6 (0.4%)
Dị tật bẩm sinh	8 (1.8%)	1 (0.1%)	9 (0.6%)
Võng mạc đẻ non	–	2 (0.2%)	2 (0.1%)
Bệnh não thiếu oxy ở trẻ sơ sinh	–	5 (0.5%)	5 (0.3%)
Khác	3 (0.7%)	14 (1.3%)	17 (1.1%)
Tổng cộng	447 (100%)	1076 (100%)	1523 (100%)

Nhiễm khuẩn sơ sinh là bệnh lý chiếm tỷ lệ cao trong cả 3 nhóm, đặc biệt là sơ sinh muộn (74.3%) và chiếm 62.4% trong tổng số bệnh lý sơ sinh chung. Tỷ lệ suy hô hấp sơ sinh ở sơ sinh sớm (42.1%) cao hơn rất nhiều so với nhóm sơ sinh muộn (9.4%). Võng mạc đẻ non và bệnh não thiếu oxy chỉ xuất hiện trong nhóm sơ sinh muộn với tỷ lệ rất thấp (0.2% và 0.5%)

**Biểu đồ 2. Mô hình tử vong ở trẻ sơ sinh**

Mô hình tử vong cho thấy bệnh tim bẩm sinh và các bệnh lý tim mạch khác chiếm tỷ lệ cao nhất (70%), tiếp theo là SHH sơ sinh (25%) và nhiễm khuẩn sơ sinh (5%).

Bảng 3. Mô hình bệnh lý chuyển tuyến ở trẻ sơ sinh

Bệnh tật	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm khuẩn sơ sinh	16	22,2
Tim bẩm sinh và bệnh tim khác	10	13,9
Tắc ruột sơ sinh	1	1,4
Bệnh lý da ở trẻ sơ sinh	1	1,4
Suy hô hấp sơ sinh	36	50
Vàng da sơ sinh	2	2,8
Dị tật bẩm sinh	6	8,3
Tổng cộng	72	100

Suy hô hấp sơ sinh (50%) là bệnh lý phổ biến nhất trong chuyển tuyến.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Thái Bình, phần lớn trẻ là đủ tháng (87,2%), chỉ 12,8% là trẻ non tháng. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự như tác giả Lê Quang Minh tại Bệnh viện Đa khoa Gia Lâm có tỷ lệ trẻ sơ sinh đủ tháng chiếm 92,86%, trẻ non tháng chỉ chiếm 6,93%.² Tỷ lệ trẻ non tháng thấp phản ánh chất lượng chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh. Các biện pháp chăm sóc bà mẹ, như kiểm tra sức khỏe thai kỳ định kỳ, việc phát hiện và xử lý kịp thời các vấn đề thai kỳ có thể đã góp phần vào việc giảm tỷ lệ sinh non. Ngoài ra một số sản phụ nguy cơ sinh non cao đã được chuyển lên tuyến trên ("chuyển viện trong tử cung"), điều này cho thấy sự phối hợp hiệu quả giữa các bệnh viện trong việc chăm sóc và điều trị trẻ sơ sinh non tháng, đồng thời việc chuyển viện kịp thời giúp giảm thiểu rủi ro cho trẻ non tháng.

Phần lớn trẻ được nhập viện khi ≥ 1 ngày tuổi (85,8%), chỉ 14,2% nhập viện dưới 1 ngày tuổi. Kết quả này tương tự các nghiên cứu tại bệnh viện Nhi tuyến tỉnh, nơi trẻ sơ sinh nhập viện sau ngày đầu sinh khi tình trạng đã ổn định. Ngược lại, tại các đơn vị Sản – Nhi, tỷ lệ nhập viện trong ngày đầu thường cao, như nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Hưng tại Bệnh viện Bạch Mai (70%).³ Tỷ lệ nhập viện sớm thường liên quan đến sinh non và các biến chứng trong quá trình sinh.

Tỷ lệ trẻ nam trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 59,8%, trong khi tỷ lệ trẻ nữ là 40,2%. Theo tổng điều tra dân số năm 2024, tỷ số giới tính khi sinh tại Việt Nam là 111,4 bé trai/100 bé gái, vượt mức cân bằng tự nhiên (khoảng 106 bé trai/100 bé gái).⁴ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tỷ lệ giới tính sơ sinh ở Việt Nam và các nghiên cứu khác, cho thấy sự mất cân bằng giới tính khi sinh đang xảy ra.

Phân tích số liệu từ 1.523 trường hợp sơ sinh cho thấy sự khác biệt đáng kể về mô hình bệnh lý giữa hai giai đoạn: sơ sinh sớm (n = 447) và sơ sinh muộn (n = 1.076). Những kết quả này phản ánh các yếu tố bệnh nguyên đặc trưng theo thời điểm sau sinh và cung cấp cơ sở quan trọng cho công tác chăm sóc, theo dõi trẻ sơ sinh theo từng giai đoạn cụ thể. Nhiễm khuẩn sơ sinh là nguyên nhân phổ biến nhất trong toàn bộ mẫu nghiên cứu, chiếm 62,4%. Đáng chú ý, tỷ lệ này ở nhóm sơ sinh muộn là 74,3%, cao hơn gấp đôi so với nhóm sơ sinh sớm (33,8). Nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai cũng ghi nhận nhiễm

khuẩn là nguyên nhân tử vong trong 6,3% trường hợp tử vong sơ sinh, đứng sau đẻ non và ngạt chu sinh.³ Ngược lại, suy hô hấp sơ sinh chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm sơ sinh sớm, với 42,1% so với chỉ 9,4% ở nhóm sơ sinh muộn. Điều này phản ánh đặc điểm sinh lý của trẻ sơ sinh trong giai đoạn sớm – đặc biệt là trẻ non tháng – chưa có đủ surfactant phổi, thường phải đối mặt với hội chứng suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh. Nhiều nghiên cứu tại các bệnh viện tuyến tỉnh như Hòa Bình và Hà Nam cũng xác nhận suy hô hấp là nguyên nhân cấp cứu phổ biến nhất, lần lượt chiếm 58,8% và 51% các trường hợp cấp cứu sơ sinh.^{5,6} Vàng da sơ sinh được ghi nhận ở 164/1.523 trường hợp (10,8%), với tỷ lệ cao hơn ở nhóm sơ sinh sớm (14,8%) so với muộn (9,1%). Sự khác biệt này có thể liên quan đến tình trạng tăng bilirubin gián tiếp do gan chưa trưởng thành, đặc biệt ở trẻ non tháng. Mặc dù thấp hơn với các kết quả từ Bệnh viện Đa khoa Gia Lâm, nơi tỷ lệ vàng da sơ sinh là cao nhất (87%).² Điều này phản ánh xu hướng chung trong các bệnh viện tuyến dưới, nơi vàng da sơ sinh là vấn đề cần được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Các bệnh lý ít gặp hơn bao gồm dị tật bẩm sinh (0,6%), tim bẩm sinh và các bệnh tim khác (1,7%) và tắc ruột sơ sinh (0,4%), chủ yếu xuất hiện ở nhóm sơ sinh sớm. Điều này có thể lý giải bởi các dị tật nặng thường được phát hiện sớm sau sinh, đôi khi ngay tại phòng sinh hoặc qua sàng lọc tiền sản. Tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở nhóm sơ sinh sớm trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ là 1,8%, trong khi nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ báo cáo con số cao hơn đáng kể là 47,9%. Sự chênh lệch này có thể bắt nguồn từ khác biệt trong tiêu chí chọn mẫu, phương pháp thu nhận ca bệnh, hoặc khả năng phát hiện dị tật sớm.⁷ Ngoài ra, các bệnh như bệnh não thiếu oxy (0,3%) và vồng mạch đẻ non (0,1%) xuất hiện với tỷ lệ rất thấp nhưng vẫn đáng chú ý do liên quan đến tiên lượng dài hạn về thần kinh và thị lực.

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là khá thấp (1,3%), điều này phản ánh sự thành công của công tác điều trị và chăm sóc tại bệnh viện. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong vẫn còn tồn tại, và chủ yếu xảy ra ở nhóm trẻ có bệnh lý tim mạch bẩm sinh (70%), là một con số đáng báo động, cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu tại các bệnh viện khác. Cụ thể, tại Bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ tử vong do dị tật bẩm sinh (bao gồm cả bệnh tim) chỉ chiếm 21,9%. Tại Hà Nam, tỷ lệ tử vong do bệnh lý tim mạch chỉ là 6,6%, với nguyên nhân chủ yếu vẫn là suy hô hấp, nhiễm khuẩn và sinh non. Điều này cho thấy, tỷ lệ tử

vong do tim mạch cao tại Bệnh viện Nhi Thái Bình có thể liên quan đến hạn chế về năng lực chẩn đoán, điều trị và chuyển tuyến kịp thời tại tuyến tỉnh. Việc phát hiện muộn, thiếu trang thiết bị chuyên sâu hoặc đơn vị tim mạch nhi riêng biệt có thể khiến nhiều trường hợp không được can thiệp sớm. Do đó, cần thiết lập quy trình sàng lọc tim bẩm sinh ngay sau sinh bằng đo SpO₂ và siêu âm tim, đào tạo chuyên môn cho nhân lực y tế tại tuyến tỉnh, tăng cường hợp tác chuyển tuyến và ứng dụng y học từ xa nhằm nâng cao hiệu quả phát hiện, điều trị và giảm thiểu tỷ lệ tử vong do bệnh lý tim mạch bẩm sinh ở trẻ sơ sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trẻ nào tử vong do bệnh não thiếu oxy điều này ngược lại với nghiên cứu của Phạm Văn Hưng tại Bệnh viện Bạch Mai (tỷ lệ tử vong do bệnh não thiếu oxy là 37,5%) chiếm tỷ lệ cao nhất. Điều này bởi lẽ tỷ lệ trẻ sơ sinh có bệnh não thiếu oxy của chúng tôi rất thấp (0,3%), Đa số trẻ chẩn đoán bệnh não thiếu oxy đều chuyển trực tiếp từ các đơn vị sản khoa tại Thái Bình đều lên tuyến trên để có thể thực hiện biện pháp hạ thân nhiệt chủ động.

Tỷ lệ chuyển tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,7%, tương đương với tỷ lệ tại các bệnh viện tuyến tỉnh khác như Bệnh viện Nhi Thanh Hóa (5%), phản ánh mức độ ổn định trong năng lực xử lý ban đầu của các cơ sở tuyến tỉnh.⁸ Tuy nhiên, điều đáng lưu ý là phần lớn các ca chuyển tuyến lại rơi vào những bệnh lý nặng như suy hô hấp sơ sinh (chiếm 50% số ca chuyển tuyến), cho thấy năng lực điều trị các ca bệnh phức tạp tại tuyến tỉnh còn hạn chế. Việc chuyển tuyến tuy giúp trẻ được tiếp cận điều trị tốt hơn tại tuyến trên, nhưng cũng tiềm ẩn nhiều rủi ro trong quá trình di chuyển, đặc biệt với trẻ sơ sinh còn yếu hoặc trong tình trạng nguy kịch. Điều này đặt ra yêu cầu cấp thiết về việc đầu tư thêm về cơ sở vật chất, nâng cao năng lực chuyên môn và xây dựng các đơn vị hồi sức sơ sinh có khả năng xử lý các ca nặng ngay tại tuyến tỉnh. Đồng thời, cần chuẩn hóa quy trình phân loại bệnh, tăng cường phối hợp liên viện và ứng dụng công nghệ y tế từ xa nhằm hỗ trợ chẩn đoán và điều trị kịp thời, hạn chế tối đa việc phải chuyển tuyến không cần thiết, từ đó góp phần giảm tỷ lệ tử vong và nâng cao chất lượng chăm sóc sơ sinh tại địa phương.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tại Khoa Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Thái Bình cho thấy công tác điều trị và chăm sóc đạt hiệu quả nhất định nhưng vẫn còn thách thức. Nhiễm khuẩn sơ sinh, suy

hô hấp và vàng da là những bệnh lý phổ biến. Tỷ lệ tử vong chung thấp, nhưng bệnh tim bẩm sinh chiếm phần lớn số ca tử vong, cho thấy cần tăng cường phát hiện, chẩn đoán và can thiệp sớm. Suy hô hấp là nguyên nhân chính dẫn đến chuyển tuyến, chiếm tỷ lệ cao, nhấn mạnh nhu cầu đầu tư trang thiết bị hồi sức, đào tạo chuyên môn và cải thiện hệ thống cấp cứu sơ sinh tại tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lawn JE, Cousens S, Zupan J, Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? Lancet. 2005;365 (9462): 891-900. doi:10.1016/S0140-6736(05) 71048-5
2. Lê Quang Minh, Nguyễn Thị Quỳnh Nga. Đặc điểm các nhóm bệnh sơ sinh điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Gia Lâm giai đoạn 2020–2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;531(1B):83-84.
3. Phạm Văn Hưng, Đỗ Hoàng Hải, Nguyễn Thành Nam, et al. Nghiên cứu tình hình tử vong sơ sinh tại Trung tâm Nhi khoa – Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Công đồng. 2023;64(4):86-94.
4. Thông cáo báo chí Kết quả Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ năm 2024. General Statistics Office of Vietnam. Accessed March 23, 2025.
5. Nguyễn Thị Quỳnh Nga, Phan Thị Nga, Vũ Thị Tâm, Phạm Quốc Khương. Mô hình cấp cứu và tử vong trẻ sơ sinh tại tỉnh Hà Nam năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;532(2):299-300.
6. Khu Thị Khánh Dung, Đinh Phương Hòa, Lê Thị Hà. Thực trạng cấp cứu sơ sinh tại tỉnh Hòa Bình. Tạp chí Nhi khoa. 2021;14(1):23-25.
7. Nguyễn Thị Ánh Ngọc, Nguyễn Thị Kiều Nhi. Nghiên cứu mô hình bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh giai đoạn sơ sinh sớm tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024;77:480-486.
8. Phạm Thị Phương. Mô hình bệnh tật chuyển tuyến của bệnh nhân sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa giai đoạn 2017–2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;529(1B):103-108.

THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ SUY TIM MẠN TẠI BỆNH VIỆN TIM TÂM ĐỨC

Ngô Thị Kim Ánh¹, Lý Huy Khanh¹, Lê Thị Cát Tuyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng sử dụng các nhóm thuốc điều trị suy tim mạn tại Bệnh viện Tim Tâm Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên dân số bệnh nhân khám ngoại trú Bệnh viện Tim Tâm Đức có chẩn đoán là suy tim từ ngày 01/01/2022 đến 31/8/2022 và 1/1/2023 đến 31/08/2023. **Kết quả:** Số nhóm thuốc suy tim được sử dụng trung bình là 2.6 ± 0.9 . Trong đó, tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế Renin-Angiotensin (92,5% suy tim chung, 95,5% suy tim phân suất tổng máu giảm (STPSTMG)), đối kháng thụ thể aldosterol (80,5% suy tim chung, 91,0% STPSTMG), chẹn beta (54,4% suy tim chung, 45,8% STPSTMG), ức chế SGLT2 (49,4% suy tim chung, 59,4% STPSTMG). Tỷ lệ dùng liều suy tim tối ưu: ức chế Renin-Angiotensin (3,3%), ức chế SGLT2 (98,4%), đối kháng aldosterol (21,0%), chẹn beta (12,2%). Trên 50% bệnh nhân suy tim sử dụng 3-4 nhóm thuốc (63,3% đối với STPSTMG). **Kết luận:** Tỷ lệ kết hợp 3-4 nhóm thuốc điều trị suy tim PSTMG cao hơn các nghiên cứu trước đây, tuy nhiên tỷ lệ đạt liều tối ưu theo khuyến cáo còn hạn chế.

Từ khóa: Số thuốc điều trị suy tim, tỷ lệ đạt liều thuốc suy tim tối ưu

SUMMARY

MANAGEMENT OF CHRONIC HEART FAILURE AT TAM DUC HEART HOSPITAL

¹Bệnh viện Tim Tâm Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Kim Ánh

Email: bsngothikimanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025

Aims: To evaluate the utilization of heart failure medication groups in outpatients at Tam Duc Heart Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on outpatients diagnosed with heart failure at Tam Duc Heart Hospital between January 1, 2022, and August 31, 2022, and between January 1, 2023, and August 31, 2023. **Results:** The mean number of heart failure medication groups prescribed was 2.6 ± 0.9 . The prescription rates for specific drug classes were as follows: Renin-Angiotensin inhibitors (92.5% in the overall heart failure population, 95.5% in heart failure with reduced ejection fraction [HFrEF]), aldosterone antagonists (80.5% overall, 91.0% in HFrEF), beta-blockers (54.4% overall, 45.8% in HFrEF), and sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors (SGLT2i) (49.4% overall, 59.4% in HFrEF). The proportion of patients receiving the optimal target doses recommended by clinical guidelines was as follows: Renin-Angiotensin inhibitors (3.3%), SGLT2 inhibitors (98.4%), mineralocorticoid receptor antagonists (21.0%), and beta-blockers (12.2%). More than half of the patients with heart failure were prescribed 3 to 4 medication groups (63.3% in HFrEF). **Conclusion:** The proportion of patients receiving a combination of 3-4 drug classes for HFrEF treatment was higher than reported in previous studies. However, the rate of achieving the recommended optimal target doses remains low.

Keywords: Number of heart failure medications, rate of achieving optimal heart failure target doses.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một vấn đề y tế nghiêm trọng trên toàn cầu, ảnh hưởng đến hơn 64 triệu người, dự kiến con số này tiếp tục gia tăng (4).