

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ CỦA XUẤT HUYẾT TRONG - QUANH NÃO THẤT Ở TRẺ SINH NON DƯỚI 32 TUẦN TUỔI THAI

Phạm Huyền Quỳnh Trang¹, Nguyễn Thu Tịnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xuất huyết trong - quanh não thất (XHTQNT) là bệnh lý thường gặp ở trẻ sinh non, đặc biệt ở nhóm trẻ dưới 32 tuần tuổi thai. Bệnh có thể gây tử vong hoặc các di chứng thần kinh lâu dài. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị của XHTQNT ở trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 9/2024 đến tháng 2/2025 với 50 trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai. Các trẻ được chẩn đoán bằng siêu âm qua thóp ở 3 thời điểm (trước 72 giờ tuổi, 7-14 ngày tuổi, 4-6 tuần tuổi) và được phân độ theo Papile (có điều chỉnh bởi Volpe). **Kết quả:** Tỷ lệ mắc XHTQNT là 36%, trong đó mức độ nhẹ (độ I, II) là 28%, mức độ nặng (độ III, IV) là 8%. Tuổi thai trung bình ở nhóm xuất huyết (XH) nặng là 25,5 tuần, thấp hơn nhóm XH nhẹ (28,25 tuần) và nhóm không XH (29 tuần). Cân nặng lúc sinh trung bình của nhóm XH nặng là 920g, thấp hơn nhóm XH nhẹ (1227,9g) và nhóm không XH (1246,3g). Các yếu tố trong thai kỳ như đa thai, ối vỡ sớm, mẹ sốt trong chuyển dạ, chưa dự phòng đủ liều Corticoid có tỷ lệ cao hơn ở nhóm XH. Đa số trẻ XH nặng là sinh thường (100%) và cần hồi sức tích cực sau sinh với nội khí quản (75%). Nhóm trẻ XH, nhất là XH nặng thường kèm theo các bệnh lý và các rối loạn sau: Hội chứng nguy kịch hô hấp, Nhiễm khuẩn huyết sớm, Cơn ống động mạch và Viêm phổi; Thiếu máu sớm, Giảm tiểu cầu, Toan chuyển hóa. Về điều trị, nhóm XH nặng đều phải thở máy xâm lấn trên 3 ngày, sử dụng Surfactant, Fentanyl và Paracetamol điều trị cơn ống động mạch. Tỷ lệ tử vong cao nhất ở nhóm XH nặng (25%), so với nhóm XH nhẹ (7,1%) và không XH (6,3%). **Kết luận:** Tỷ lệ mắc bệnh XHTQNT ở trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai vẫn còn khá cao. Nhóm trẻ XH nặng có tuổi thai và cân nặng lúc sinh rất thấp. Những trẻ này thường không được dự phòng đầy đủ Corticoid trước sinh, có nhiều rối loạn từ lâm sàng đến cận lâm sàng và có tỷ lệ tử vong cao nhất.

Từ khóa: Xuất huyết trong - quanh não thất, trẻ sinh non, siêu âm qua thóp, hồi sức sơ sinh.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENTS OF PERIVENTRICULAR- INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGE IN

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Tịnh
Email: tinhnguyen@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 21.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 23.4.2025
Ngày duyệt bài: 26.5.2025

PRETERM INFANTS UNDER 32 WEEKS OF GESTATION

Background: Periventricular-intraventricular hemorrhage (PIVH) is a common complication in preterm infants, especially those born before 32 weeks of gestation. This condition may lead to significant mortality or long-term neurological sequelae. **Objectives:** To describe the epidemiological, clinical, paraclinical characteristics, and treatments of PIVH in preterm infants under 32 weeks of gestational age. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 50 preterm infants below 32 weeks of gestation at Children's Hospital 2 from September 2024 to February 2025. Cranial ultrasound was performed at three time points (within 72 hours after birth, at 7-14 days, and at 4-6 weeks of age) to diagnose PIVH, and severity was classified according to Papile's classification modified by Volpe. **Results:** The incidence of PIVH was 36%, with mild hemorrhage (grades I-II) comprising 28% and severe hemorrhage (grades III-IV) accounting for 8%. Infants with severe PIVH had lower mean gestational age (25.5 weeks) and birth weight (920 g) compared to mild cases (28.25 weeks, 1227.9 g) and non-PIVH cases (29 weeks, 1246.3 g). Risk factors, including multiple gestations, premature rupture of membranes, maternal fever during labor, and incomplete antenatal Corticosteroid therapy, were more frequent in the hemorrhage groups. All infants with severe PIVH were born via vaginal delivery, and most (75%) required intensive resuscitation with endotracheal intubation. Clinical conditions such as respiratory distress syndrome, early-onset sepsis, patent ductus arteriosus, pneumonia, anemia, thrombocytopenia, and metabolic acidosis were more frequently observed in infants with severe PIVH. All severe cases required invasive mechanical ventilation (>3 days), Surfactant therapy, Fentanyl, and Paracetamol for patent ductus arteriosus closure. The mortality rate was higher among infants with severe PIVH (25%) compared to those with mild PIVH (7.1%) and those in the non-PIVH group (6.3%). **Conclusion:** The incidence of intraventricular hemorrhage (IVH) remains relatively high in preterm infants born before 32 weeks' gestation. Severe IVH primarily affects infants with extremely low gestational age and very low birth weight. Additionally, these infants often have inadequate prenatal corticosteroid prophylaxis and frequently experience multiple clinical and laboratory abnormalities, contributing to significantly higher mortality rates. **Keywords:** Periventricular-intraventricular hemorrhage, PIVH, preterm infants, cranial ultrasound, neonatal intensive care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết trong - quanh não thất

(XHTQNT) là bệnh lý khá phổ biến ở trẻ sơ sinh non tháng trên toàn thế giới, với tỷ lệ mắc bệnh dao động từ 3,7% đến 44,68% [6]. Tại Việt Nam, tỷ lệ này là từ 16,3% - 24,7% ở trẻ dưới 37 tuần [2], [3], đặc biệt nhóm trẻ dưới 32 tuần tuổi thai và dưới 1500 g có tỷ lệ mắc cao nhất, chiếm khoảng 39,2% [1]. Đây là nguyên nhân thứ hai thường gặp gây tử vong ở trẻ sinh non và cũng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tổn thương não ở trẻ non tháng có cân nặng lúc sinh (CNLS) thấp [6]. Trẻ sinh non có XHTQNT, nhất là xuất huyết (XH) mức độ nặng thì sự phát triển thần kinh có khả năng bị suy giảm nghiêm trọng [5], [6].

XHTQNT xảy ra khi các mạch máu ở vùng mầm bị vỡ và máu lan vào trong não thất với nhiều mức độ khác nhau. Do vùng mầm thường thoái triển sau 32 tuần nên bệnh chủ yếu ảnh hưởng đến những trẻ có tuần tuổi thai thấp hơn [6]. Bệnh có nguồn gốc đa yếu tố và có sự tương tác phức tạp giữa các yếu tố bao gồm nguy cơ từ mẹ, từ quá trình sinh và chăm sóc sơ sinh [4]. Cụ thể như tuổi thai và CNLS thấp, không có điều trị Corticoid tiền sản, suy hô hấp, tràn khí màng phổi, sử dụng thuốc vận mạch đều là những yếu tố nguy cơ quan trọng [4], [7]. Bởi vì chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu cho bệnh lý này nên mục tiêu hiện nay là có chiến lược dự phòng hiệu quả từ trước sinh, phát hiện sớm nhờ siêu âm qua thóp và hạn chế tối đa các biến chứng có thể xảy ra [5], [6].

Nhờ sự tiến bộ trong chăm sóc tiền sản và hồi sức sơ sinh tích cực, tỷ lệ sống sót của trẻ rất non và cực non đã và đang có xu hướng tăng lên. Theo đó, tần suất mắc bệnh của XHTQNT cũng có nhiều thay đổi đáng kể. Những nghiên cứu trước đây về XH não đa số thực hiện ở trẻ sinh non dưới 37 tuần [2], [3] và thường được thực hiện ở miền Bắc. Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị của bệnh lý XHTQNT ở trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu: Trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai.

Dân số chọn mẫu: Trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai tại khoa hồi sức sơ sinh và khoa sơ sinh của Bệnh Viện Nhi Đồng 2 từ tháng 9/2024 đến tháng 2/2025.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Đáp ứng đủ các tiêu chí sau (1) Trẻ sinh non < 32 tuần tuổi thai; (2) Trẻ được siêu âm thóp trong vòng 72 giờ đầu sau sinh; và (3) Được sự chấp thuận tham gia

của đại diện gia đình bệnh nhi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ có bệnh lý não bẩm sinh phát hiện từ tiền sản: Dẫn não thất bẩm sinh, hội chứng Dandy – Walker.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Chẩn đoán: Phương pháp: Dựa vào siêu âm qua thóp, được thực hiện bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh của Bệnh viện Nhi đồng 2.

Lịch siêu âm: trong 72 giờ đầu (T1), 7 – 14 ngày (T2), 4 – 6 tuần tuổi sau sinh hoặc trước khi trẻ xuất viện (T3).

Phân độ: XHTQNT được phân độ theo Papile, có điều chỉnh bởi Volpe: Độ I: XH vùng mầm hoặc có kèm XH trong não thất với vùng XH chiếm < 10% não thất; Độ II: XH trong não thất với vùng XH chiếm từ 10% - 50% não thất, không gây dẫn não thất bên; Độ III: vùng XH chiếm > 50% não thất, thường có kèm dẫn não thất bên; Độ IV: Hiện nay được gọi là hoại tử xuất huyết quanh não thất, là tình trạng hoại tử chảy máu ở mô chất trắng xung quanh não thất cùng bên với XH trong não thất nặng. Độ I và II là mức độ nhẹ, độ III và IV là mức độ nặng [5], [6].

Thu thập số liệu: Các số liệu thu thập được mô tả thành 5 nhóm như sau: (1) Đặc điểm chung: Giới tính, tuổi thai, CNLS, Phương pháp sinh, Phương pháp hồi sức sau sinh, Thời điểm chẩn đoán XH, Kết cục. (2) Tiền sử thai kỳ: Đa thai, Thụ tinh ống nghiệm, Tăng huyết áp, Đái tháo đường, Sử dụng corticoid trước sinh, Ối vỡ sớm, Mẹ sốt trong chuyển dạ. (3) Đặc điểm lâm sàng: Hội chứng nguy kịch hô hấp, Cao áp phổi, Nhiễm khuẩn huyết sớm (khởi phát dưới 72 giờ tuổi), Còn ống động mạch (có ảnh hưởng huyết động), Xuất huyết phổi, Tràn khí màng phổi, Viêm phổi. (4) Đặc điểm xét nghiệm: Thiếu máu sớm (< 72 giờ tuổi với Hemoglobin tĩnh mạch < 13 g/dL), Giảm tiểu cầu < 100k/uL, Toan chuyển hóa ($\text{pH} < 7,3$, $\text{HCO}_3^- < 18 \text{ mmol/L}$, $\text{BE} < -4 \text{ mmol/L}$), Tăng đường huyết (Đường huyết mao mạch > 180 mmol/L), Rối loạn điện giải (Hạ Natri < 130 mEq/L, Tăng Natri > 150 mEq/L, Hạ Kali < 3 mmol/L, Tăng Kali > 6 mmol/L, Hạ Canxi máu < 1 mmol/L, Hạ Magie máu < 1,6 mg/dL). (5) Đặc điểm điều trị: Sử dụng Surfactant, Thở máy xâm lấn > 3 ngày, Truyền máu sớm (< 72 giờ tuổi), Sử dụng các thuốc: Fentanyl, Dopamin, Paracetamol (điều trị cơn ống động mạch), Kháng sinh.

Phân tích số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0. Nhập 2 lần, kiểm tra sai sót thông tin, loại bỏ bệnh án không đầy đủ thông tin. Các biến số định tính được trình bày ở

dạng tần số (tỷ lệ). Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được trình bày ở dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Các biến số định lượng có phân phối không chuẩn được trình bày ở dạng trung vị và khoảng tứ phân vị 25, 75.

Y đức: Nghiên cứu này đã nhận được chấp thuận của Hội đồng Y đức của Bệnh Viện Nhi Đồng 2 trước khi tiến hành với mã nghiên cứu: 24/24-BVNĐ2 (số 726/GCN BVNĐ2 ngày 05/09/2024).

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm chung	Không XH (n =32)	XH nhẹ (n =14)	XH nặng (n =4)
	Tần số (%) hoặc Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc Trung vị (bách phân vị 25 – bách phân vị 75)		
Giới nam	20 (62,5)	8 (57,1)	1 (25)
Tuổi thai (tuần)	29 (28 – 31)	28,25 (26,9 - 30,3)	25,5 (25,5 – 26,3)
CNLS (g)	1246,3 $\pm$ 307,5	1227,9 $\pm$ 380,7	920 $\pm$ 116,6
Sanh thường	21 (65,6)	11 (78,6)	4 (100)
Phương pháp hồi sức			
Thông khí áp lực dương	14 (43,8)	7 (50)	1 (25)
Nội khí quản	12 (37,5)	6 (42,9)	3 (75)
Vitamin K1	32 (100)	14 (100)	4 (100)
Tuổi chẩn đoán XH (ngày)	-	11 (6,8 – 14)	4,5 (2,5 – 11,8)
Tử vong nội viện	2 (6,3)	1 (7,1)	1 (25)

Nhận xét: Trong nhóm XH nhẹ và không XH, trẻ nam chiếm tỷ lệ nhiều hơn. Tuổi thai và CNLS của nhóm trẻ có XH thấp hơn nhóm trẻ không XH, và nhóm XH nặng là thấp nhất với 25,5 tuần và 920 g. Đa số những trẻ có XH là sinh thường và có hồi sức sau sinh với thông khí áp lực dương và nội khí quản. 100% trẻ trong nghiên cứu được tiêm Vitamin K1 trong 24 giờ sau sinh. Thời điểm chẩn đoán XH của nhóm trẻ XH nặng là sớm hơn với trung bình 4,5 ngày tuổi. Tỷ lệ tử vong hiện tại ở nhóm XH nhẹ là 7,1% và XH nặng là 25%, cao hơn ở nhóm không XH.

Bảng 2: Đặc điểm về tiền sử thai kỳ

Đặc điểm thai kỳ	Không XH (n=32)	XH nhẹ (n=14)	XH nặng (n=4)
	Tần số (%)		
Đa thai	7 (21,9)	2 (14,3)	2 (50)
Thụ tinh ống nghiệm	5 (15,6)	3 (21,4)	0
Tăng huyết áp	3 (9,4)	2 (14,3)	0
Đái tháo đường	8 (25)	3 (21,4)	0
Corticoid trước sinh			
Không	16 (50)	7 (50)	2 (50)
Chưa đủ liều	6 (18,8)	4 (28,6)	2 (50)
Ồi vỡ sớm	7 (21,9)	5 (35,7)	0
Mẹ sốt lúc chuyển dạ	1 (3,1)	2 (14,3)	0

Nhận xét: Có 2/4 trẻ là sinh đôi ở trong nhóm trẻ XH nặng (50%). Những trường hợp mẹ chưa được sử dụng corticoid trước sinh hoặc tiêm chưa đủ liều chiếm phần lớn (78,6%) ở

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian 6 tháng, từ tháng 9/2024 đến tháng 2/2025, tại khoa Hồi sức sơ sinh và khoa Sơ sinh - Bệnh viện Nhi Đồng 2, có 50 trẻ đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Trong đó, có 18 ca (36%) có XHTQNT gồm độ I là 11 ca (61%); độ II là 3 ca (16,6%); độ III là 3 ca (16,6%); độ IV là 1 ca (5,6%). Như vậy, số ca XH nặng (độ III và độ IV) là 4 ca (chiếm 8% của nhóm trẻ nghiên cứu và chiếm 22,2% của số trẻ bị XH).

nhóm XH nhẹ, và chiếm 100% ở nhóm XH nặng. Ổi vỡ sớm, mẹ sốt lúc chuyển dạ gặp ở nhóm XH nhẹ với tỷ lệ cao hơn so với nhóm không XH.

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Không XH (n=32)	XH nhẹ (n=14)	XH nặng (n=4)
	Tần số (%)		
Hội chứng nguy kịch hô hấp	28 (87,5)	12 (85,7)	4 (100)
Cao áp phổi	3 (9,4)	5 (35,7)	1 (25)
Nhiễm khuẩn huyết sớm	21 (65,6)	12 (85,7)	4 (100)
Còn ống động mạch	9 (28,1)	7 (50)	4 (100)
Xuất huyết phổi	0 (0)	3 (21,4)	2 (50)
Tràn khí màng phổi	0 (0)	0 (0)	2 (50)
Viêm phổi	20 (62,5)	12 (85,7)	4 (100)

Nhận xét: Nhóm trẻ có XH thường mắc các bệnh lý khảo sát hơn nhóm không XH. Đặc biệt, 4 trẻ có XH nặng đều mắc hội chứng nguy kịch hô hấp, nhiễm khuẩn huyết sớm, còn ống động mạch và viêm phổi. 2/4 trẻ có XHTQNT mức độ nặng có kèm thêm xuất huyết phổi, tràn khí màng phổi, trong khi trẻ không XH thì không có.

Bảng 4: Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	Không XH (n=32)	XH nhẹ (n=14)	XH nặng (n=4)
	Tần số (%)		
Thiếu máu sớm	3 (9,4)	6 (42,9)	4 (100)

Giảm tiểu cầu	3 (9,4)	8 (57,1)	4 (100)
Toan chuyển hóa	16 (50)	12 (85,7)	4 (100)
Tăng đường huyết	14 (43,8)	6 (42,9)	4 (100)
Rối loạn điện giải	7 (21,9)	5 (35,7)	1 (25)

Nhận xét: Những trẻ có thiếu máu sớm, giảm tiểu cầu, toan chuyển hóa, tăng đường huyết, rối loạn điện giải chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm có XHTQNT. Đặc biệt, 100% trẻ có XH mức độ nặng đều có hầu hết các rối loạn về cận lâm sàng kèm theo như thiếu máu, giảm tiểu cầu, toan chuyển hóa, tăng đường huyết.

Bảng 5: Đặc điểm về điều trị

Đặc điểm điều trị	Không XH (n=32)	XH nhẹ (n=14)	XH nặng (n=4)
	Tần số (%)		
Dùng Surfactant	25 (78,1)	10 (71,4)	4 (100)
Thở máy xâm lấn	13 (40,6)	10 (71,4)	4 (100)
Truyền máu sớm	3 (9,4)	4 (28,6)	1 (25)
Fentanyl	11 (34,4)	9 (64,3)	4 (100)
Dopamin	5 (15,6)	7 (53,8)	3 (75)
Kháng sinh	32 (100)	14 (100)	4 (100)
Paracetamol	5 (15,6)	5 (38,5)	4 (100)

Nhận xét: Nhóm trẻ XH nặng đều có dùng Surfactant, thở máy xâm lấn trên 3 ngày, sử dụng Fentanyl, kháng sinh và Paracetamol để đồng ổn định mạch và có 75% trong số đó có sử dụng Dopamin trong điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Cùng với sự thay đổi về khả năng cứu sống trẻ non và cực non của những đơn vị hồi sức sơ sinh ở Việt Nam, tần suất mắc bệnh của XHTQNT cũng có nhiều thay đổi đáng kể. Sau 6 tháng nghiên cứu trên 50 trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai, chúng tôi đã xác định được tỷ lệ của XHTQNT ở trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai, đồng thời mô tả được những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị của nhóm trẻ nghiên cứu.

Kết quả cho thấy số ca mắc XHTQNT là 18 ca (36%) với tỷ lệ XH nặng (độ III và IV) chiếm 8% nhóm nghiên cứu và 22,2% số trẻ bị XH. Tỷ lệ mắc bệnh nằm trong khoảng dao động được ghi nhận trên thế giới (3,7% - 44,68%) [6] và tương đồng với một nghiên cứu năm 2024 của Wang và cộng sự (CS) [7] là 34,4% (XH nặng chiếm 4,1% của nhóm trẻ nghiên cứu). Tương tự ở Việt Nam, nghiên cứu của Vũ Thị Cử (2018) [1] cho biết tỷ lệ XH trong – quanh não thất ở trẻ dưới 32 tuần là 39,2%, nhưng trong đó, tỷ lệ XH nặng lên đến 52,5%. Có thể những thay đổi trong quản lý thai kỳ, dự phòng trước sinh cũng như thay đổi trong điều trị sơ sinh so với 7 năm trước là nguyên nhân của sự khác biệt này.

Nhóm trẻ XH có tuổi thai và CNLS thấp hơn

đáng kể so với nhóm không XH, nhất là nhóm XH nặng là rất thấp (25,5 tuần và 920 g). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Wang và CS (2024) [7] và nghiên cứu của Hà Thị Lương và CS (2024) [3] cho thấy sinh cực non và CNLS thấp là hai yếu tố nguy cơ quan trọng của XHTQNT. Ngoài ra, nghiên cứu cũng chỉ ra các yếu tố liên quan thai kỳ và cuộc sinh như là: thụ tinh ống nghiệm, không dùng hoặc dùng không đủ liều corticoid, mẹ tăng huyết áp, ối vỡ sớm, mẹ sốt trong chuyển dạ, sinh thường, đặt nội khí quản lúc sinh, chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm XH, đặc biệt là XH nặng. Điều này cũng đã được ghi nhận trong nghiên cứu của Huang J và CS (2023) [4]. Tất cả các trẻ XH nặng đều không được hoặc điều trị chưa đủ liều corticoid trước sinh, như vậy vai trò bảo vệ của liệu pháp corticoid một lần nữa được khẳng định. Từ những nghiên cứu trong nước của Vũ Thị Cử (2018) [1] và Hà Thị Lương và CS (2024) [3] cho đến nghiên cứu của Wang và CS (2024) [7] đều nhấn mạnh việc không được nhận liệu pháp corticoid trước sinh là yếu tố nguy cơ đáng kể đối với XHTQNT. Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy một điểm thú vị, đó là hiện nay tất cả các trẻ sinh tại các bệnh viện sản nhi đều được tiêm Vitamin K1 sau sinh so với thời điểm các đây hơn 10 năm, chỉ có 54,2% trẻ có bệnh được tiêm trong vòng 24 giờ sau sinh [2].

Nhóm trẻ XHTQNT có tỷ lệ mắc hội chứng nguy kịch hô hấp, nhiễm khuẩn huyết sớm, còn ống động mạch và viêm phổi cao hơn so với nhóm không XH. 100% trẻ trong nhóm XH nặng mắc hội chứng nguy kịch hô hấp và nhiễm khuẩn huyết sớm, phù hợp với nghiên cứu của Huang J và CS (2023) [4], cho thấy các bệnh lý hô hấp và nhiễm trùng huyết có liên quan đến XHTQNT. Tỷ lệ còn ống động mạch ở nhóm trẻ XH là 11/18 trẻ (61,1%) tương tự với nghiên cứu của Huang J và CS (2023) - 64,2% [4] nhưng lại cao hơn so với nghiên cứu của Huỳnh Thị Tố Hào (2012) - 45,3% [2] và Vũ Thị Cử (2018) - 32,5% [1]. Về tỷ lệ XH phổi, Hà Thị Lương và CS (2024) [3] báo cáo là 9/49 ca XH (18,4%) còn nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn với 5/18 ca XH (27,8%).

Về cận lâm sàng, kết quả cho thấy nhóm trẻ XHTQNT có tỷ lệ thiếu máu sớm, giảm tiểu cầu, toan chuyển hóa và tăng đường huyết cao hơn so với nhóm không XH. Tác giả Starr cũng đề cập rằng những rối loạn này có thể góp phần làm trầm trọng hơn tình trạng XH, do ảnh hưởng đến dòng máu não của trẻ [6]. Nghiên cứu của tác giả Huỳnh Thị Tố Hào cho biết có 42,2% trẻ XH có thiếu máu ở ngưỡng hemoglobin < 13,5 g/dl [2], trong khi nghiên cứu này cao hơn với 10/18 ca

(55,6%). Lý giải cho điều này, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là dưới 32 tuần tuổi thai nên nguy cơ thiếu máu sẽ cao hơn nhóm trẻ có tuổi thai lớn hơn. Giảm tiểu cầu <100000 k/uL đã được báo cáo là yếu tố nguy cơ quan trọng ở nhiều nghiên cứu khác nhau như Huang và CS (2023) [4], và Vũ Thị Cử (2018) [1].

Trong nghiên cứu này, tất cả trẻ mắc XHTQNT mức độ nặng trước đó đều cần can thiệp hồi sức sơ sinh tích cực, bao gồm thở máy xâm lấn kéo dài (>3 ngày), sử dụng Surfactant, truyền máu, Dopamin, Fentanyl và Paracetamol để điều trị cơn ồng động mạch. Theo nghiên cứu của Huang J và CS (2023) [4], việc sử dụng thở máy xâm lấn kéo dài có thể làm tăng nguy cơ XH do ảnh hưởng đến áp lực nội sọ và thay đổi huyết động học, đặc biệt ở trẻ cực non. Ngoài ra, việc sử dụng thuốc vận mạch để điều trị sốc sau sinh có thể làm tái tưới máu đột ngột ở vùng màng sau giai đoạn thiếu máu cục bộ, từ đó làm tổn thương những mạch máu mỏng manh nơi đây [4]. Mỗi liên quan giữa dùng thuốc vận mạch và XH cũng được nhấn mạnh trong nghiên cứu của Vũ thị Cử (2018) [1]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 25% trẻ XH nặng và 28,6% trẻ XH nhẹ cần truyền máu sớm cao hơn nhóm không XH (9,4%), gợi ý mỗi liên quan giữa tình trạng thiếu máu, can thiệp truyền máu và nguy cơ xuất huyết do quá trình tái tưới máu vùng màng. Một vấn đề nổi bật trong nghiên cứu của chúng tôi là có 100% trẻ bị XH nặng và 38,5% nhóm XH nhẹ trước đó được điều trị paracetamol, trong khi tỷ lệ này ở nhóm không XH là 15,6%. Trẻ cực non có hệ thống tự điều hòa huyết áp kém phát triển, nên việc thay đổi áp lực mạch quá nhanh sau khi đóng ống động mạch có thể gây tổn thương thứ phát đến các mạch máu não thất [4]. Tóm lại, các biện pháp điều trị sơ sinh tích cực là cần thiết để hỗ trợ trẻ sinh non, nhưng cũng có thể làm tăng nguy cơ XHTQNT, đặc biệt là ở trẻ cực non. Do đó, việc điều chỉnh chiến lược điều trị một cách thận trọng, theo dõi sát huyết động học và áp dụng các biện pháp tối ưu hóa tưới máu não là rất quan trọng để giảm thiểu nguy cơ xuất huyết.

Tỷ lệ tử vong ở nhóm XH nặng là 25%, cao hơn đáng kể so với nhóm không XH (6,3%) và nhóm XH nhẹ (7,1%). Nghiên cứu của Wang và cộng sự (2024) [7] cũng cho thấy trẻ có XH nặng có nguy cơ tử vong và di chứng thần kinh cao hơn. Ở Việt Nam, nghiên cứu của Vũ Thị Cử (2018) [1] ghi nhận tỷ lệ tử vong trong nhóm XH nặng lên đến 35%, cao hơn kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể liên quan đến những tiến bộ trong hồi sức sơ sinh

thời gian gần đây đã giúp cải thiện khả năng sống của trẻ sinh non và cực non.

Như đã trình bày, những mạch máu mỏng manh của vùng màng thường sẽ thoái triển sau 32 tuần, do đó việc chọn đối tượng nghiên cứu là trẻ sinh non dưới 32 tuần là hợp lý và đánh giá chính xác hơn là thực hiện trên tất cả trẻ sinh non [6]. Ngoài ra, nghiên cứu này đánh giá trẻ qua ít nhất 3 lần siêu âm thóp, vì vậy hạn chế bỏ sót những trường hợp XHTQNT xuất hiện muộn. Vì thời gian thực hiện ngắn, số lượng mẫu 50 trẻ là khá ít so với nhiều nghiên cứu khác. Tuy nhiên, nghiên cứu đã mô tả khá đầy đủ những đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị của XHTQNT giúp gợi ý cho nhiều nghiên cứu thực hiện tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Xuất huyết trong – quanh não thất vẫn là bệnh lý thường gặp ở trẻ sinh non dưới 32 tuần tuổi thai. Trẻ xuất huyết mức độ nặng có tuổi thai và cân nặng lúc sinh rất thấp. Vấn đề dự phòng Corticosteroid trước sinh không đầy đủ thường gặp ở những trẻ có xuất huyết hơn trẻ không xuất huyết. Về lâm sàng và cận lâm sàng, trẻ xuất huyết nặng có nhiều rối loạn đi kèm như hội chứng nguy kịch hô hấp, nhiễm khuẩn huyết sớm, cơn ồng động mạch, thiếu máu sớm, giảm tiểu cầu, toan chuyển hóa, và tăng đường huyết. Nhóm trẻ xuất huyết nặng cũng được điều trị tích cực hơn những trẻ khác: thở máy xâm lấn >3 ngày, Surfactant, Fentanyl, Dopamin và Paracetamol, đồng thời cũng là nhóm có tỷ lệ tử vong cao nhất. Cần thực hiện thêm nghiên cứu khác để xác định các yếu tố liên quan cụ thể, đặc biệt là tác động của từng biện pháp điều trị đến tình trạng xuất huyết trong – quanh não thất của trẻ. Từ đó góp phần cải thiện chất lượng chăm sóc và tiên lượng cho trẻ sinh non.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Cử.** Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và tổn thương não trên hình ảnh siêu âm qua thóp ở trẻ đẻ non dưới 32 tuần bị chảy máu trong não thất. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học. Đại Học Y Hà Nội. 2018.
2. **Huỳnh Thị Tố Hào, Huỳnh Thị Duy Hương.** Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng của xuất huyết não - màng não ở trẻ sơ sinh non tháng nhẹ cân dưới 15 ngày tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Tạp chí Y học TP. HCM. 2012;16 (1):18.
3. **Hà Thị Lương, Lê Minh Trác, Hoàng Thị Vân.** Một số yếu tố nguy cơ xuất huyết trong não thất ở trẻ đẻ non tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Phụ sản. 2024;22(4):68-72. doi: 10.46755/vjog.2024.4.1764.
4. **Huang J, Wang Y, Tian T, et al.** Risk factors for periventricular-intraventricular haemorrhage

- severity in preterm infants: a propensity score-matched analysis. BMC Pediatr.2023;23(1):341. doi: 10.1186/s12887-023-04114-x.
5. **Mohammad K, Scott JN, Leijser LM, et al.** Consensus Approach for Standardizing the Screening and Classification of Preterm Brain Injury Diagnosed With Cranial Ultrasound: A Canadian Perspective. Front Pediatr. 2021;9:618236. doi: 10.3389/fped.2021.618236.
 6. **Starr R, De Jesus O, Shah SD, et al.** Periventricular and Intraventricular Hemorrhage. StatPearls. 2023 Aug 23. Accessed 2024 Jan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538310/>
 7. **Wang Y, Yang Y, Wen L, Li M.** Risk factors and nomogram for the prediction of intracranial hemorrhage in very preterm infants. BMC Pediatr. 2024 Dec 4;24(1):793. doi: 10.1186/s12887-024-05274-0.

SỰ CO HỒI TỬ CUNG CỦA SẢN PHỤ SAU ĐẸ 24 GIỜ TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2024

Đỗ Quang Tuyền¹, Nguyễn Thị Ngọc Quỳnh¹, Nguyễn Thị Thùy Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả một số đặc điểm của sản phụ sau đẻ 24 giờ tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2024, (2) Mô tả sự co hồi tử cung của sản phụ sau đẻ 24 giờ tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 107 sản phụ tại khoa Sản, Bệnh viện Thanh Nhàn. **Kết quả:** trong 24 giờ đầu, 64,5% sản phụ nuôi con bằng sữa mẹ và cho con bú trong 1 giờ sau sinh, sản phụ có thể di chuyển quanh giường trong giờ đầu (12,1%), lượng sản dịch trung bình là $275,70 \pm 8,818$ ml, chiều cao tử cung sau sinh 24 giờ giảm 1 cm, mật độ tử cung cứng (53,2%), 86,9% co hồi tử cung tốt sau sinh 24 giờ đầu. **Kết luận:** Tỷ lệ sản phụ cho con bú sữa mẹ và bú sớm khá cao. Tỷ lệ sản phụ di chuyển sớm quanh giường còn ít. Sự co hồi tử cung của các sản phụ sau sinh tốt.

Từ khóa: Co hồi tử cung, sau đẻ 24 giờ, sản phụ

SUMMARY

UTERINE CONTRACTION OF PREGNANT WOMEN 24 HOURS AFTER GIVING BIRTH AT THANH NHAN HOPITAL AND SOME RELATED FACTORS IN 2024

Objectives: (1) Describe some characteristics of postpartum women 24 hours after giving birth at Thanh Nhan Hospital in 2024, (2) Describe the 24-hour postpartum care for pregnant women at Thanh Nhan Hospital in 2024. **Research method:** the study describes the research process on 107 by-products at the Department of Products, Thanh Nhan Hospital. **Results:** in the first 24 hours, 64.5% of women breastfed their babies and breastfed within 1 hour after birth, women could move around the room in the first hour (12.1%), the amount of product The average is 275.70 ± 8.818 ml, 24-hour postpartum uterine height decreased by 1 cm, providing hard password (53.2%). 86.9% contraction using good

uterine after birth in the first 24 hours. **Conclusion:** The rate of mothers breastfeeding and breastfeeding early is quite high. The proportion of by-products that migrate early around the bed is small. The revival of good postpartum products. **Keywords:** uterine involution, 24 hours postpartum, pregnant women

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2017, chảy máu sau đẻ (CMSĐ) vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ sau đẻ. Tại Hoa Kỳ, năm 2013, CMSĐ chiếm 11,2% trong số các trường hợp tử vong mẹ do các biến chứng sản khoa 3. Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong do CMĐ chiếm tỉ lệ cao nhất trong số các nguyên nhân tử vong mẹ 4,5. Có nhiều nguyên nhân có thể gây nên CMSĐ như: đỡ tử cung (TC), sót rau, chấn thương đường sinh dục, vỡ TC, rau bong non, rau cài răng lược, rau tiền đạo... [2].

Hiện nay các nghiên cứu về sự co hồi tử cung tại Việt Nam cũng như trên thế giới còn rất ít. Câu hỏi chúng tôi đặt ra là kết quả chăm sóc cho các sản phụ như thế nào? Diễn biến sự co hồi tử cung của các sản phụ sau đẻ tại Bệnh viện Thanh Nhàn như thế nào? Tại khoa Sản bệnh viện Thanh Nhàn chưa có nghiên cứu nào về sự co hồi tử cung của các sản phụ sau đẻ. Nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc, giảm thiểu những biến chứng sau đẻ đặc biệt là tình trạng chảy máu thì việc thực hiện nghiên cứu đưa ra số liệu cụ thể sẽ giúp điều dưỡng viên và bác sỹ chuyên ngành có thể xây dựng được kế hoạch chăm sóc theo dõi sau đẻ cho các sản phụ được tốt hơn. Chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm của sản phụ sau đẻ 24 giờ tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2024
2. Mô tả sự co hồi tử cung của sản phụ sau đẻ 24 giờ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: sản phụ sau đẻ có độ tuổi từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt đẻ thường hay đẻ

¹Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy Trang

Email: trang.ntt@thanglong.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2025

Ngày duyệt bài: 29.5.2025