

thất bại. Đối với nhóm cai thở máy thất bại thì trẻ có tiền sử đẻ non, bệnh nền, bệnh lý hô hấp có chỉ số RSBI_0 và RSBI_30 thấp hơn ở trẻ không có tiền sử đẻ non, không có bệnh nền, bệnh lý không phải hô hấp. Không xác định được điểm cutoff của chỉ số RSBI_0 và RSBI_30 đối với khả năng tiên lượng cai thở máy thành công đối với từng yếu tố: tiền sử đẻ non, tiền sử không đẻ non, bệnh nền, không có bệnh nền, bệnh lý hô hấp, không phải bệnh lý hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tobin MJ, Perez W, Guenther SM, Semmes BJ, Mador MJ, Allen SJ et al.** The pattern of breathing during successful and unsuccessful trials of weaning from mechanical ventilation. *Am Rev Respir Dis.* 1986; 134: 1111-8.
2. **Yang, K. L., Tobin, M. J.** "A prospective study of indexes predicting the outcome of trials of weaning from mechanical ventilation". *N Engl J Med.* 1991;324(21), 1445-1450.
3. **Esteban, A., Frutos, F., Tobin, M. J., Alia, I., Solsona, J. F., Valverdu, I., et al.** "A comparison of four methods of weaning patients from mechanical ventilation. Spanish Lung Failure Collaborative Group". *N Engl J Med.* 1995;332(), 345-350.
4. **Foronda F.K, Troster E.J, Farias J.A et al.** The impact of daily evaluation and spontaneous breathing test on the duration of pediatric mechanical ventilation: a randomized controlled trial. *Crit Care Med.* 2011;39(6), 2526-2533.
5. **Boles, J. M., Bion, J., Connors, A., Herridge, M., Marsh, B., Melot, C., et al.** "Weaning from mechanical ventilation". *Eur Respir J.* 2007;29(5), 1033-1056.
6. **Cíntia Johnston, Paulo S.L Silva.** "Weaning and extubation in Pediatric ".*Current Respiratory Medicine Reviews.* 2012;8, 68-78.
7. **Ravi R. Thiagarajan, Susan L. Braton, Lynn D. Matin, Thomas V. Brogan and Debra Tavlora.** "Predictors of Successful Extubation in Children". *Am J Respir Crit Care Med.* 1999;160, pp1562-1566.
8. **Zhang, B., Qin, Y. Z.** "Comparison of pressure support ventilation and T-piece in determining rapid shallow breathing index in spontaneous breathing trials". *Am J Med Sci.* 2014;348(4), 300-305.
9. **Azar D, Nemat B.** The Role of Rapid Shallow Breathing Index in Predicting Successful Weaning of Pediatric Patients with Respiratory Failure. *Int J Pediatr.* 2019;7(62).
10. **Ali A. M., Osama F. M., et al.** Evaluation of some predictors for successful weaning from mechanical ventilation. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis.* 2015;64(3), 703-707.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT HOẠI TỬ Ở TRẺ SƠ SINH NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Vũ Thị Nhung¹, Nguyễn Kiến Mậu¹, Nguyễn Đức Toàn^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm ruột hoại tử là tình trạng viêm nghiêm trọng và hoại tử niêm mạc ruột do thiếu máu cục bộ, kèm theo sự phát triển của vi khuẩn sinh hơi trong đường ruột, có thể gây ra tình trạng hơi xâm nhập vào thành ruột và hệ thống tĩnh mạch cửa, hậu quả dẫn đến viêm phúc mạc, thậm chí là thủng ruột và tử vong. Bệnh lý này vẫn là một trong những nguyên nhân chính gây ra gánh nặng bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh non, đặc biệt là ở trẻ sơ sinh rất nhẹ cân. Tại Việt Nam, 80 – 90% viêm ruột hoại tử chủ yếu xảy ra ở trẻ sơ sinh non tháng^[2], với tỉ lệ tử vong lên tới 50% ở trẻ sơ sinh rất nhẹ cân^[1]. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ phần trăm các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và kết quả điều trị viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang từ 01/2022 đến 08/2025 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Kết quả:** Có

101 trường hợp viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh non tháng trong thời gian nghiên cứu. Tuổi thai có trung vị 31,9 tuần (28,0 – 33,6 tuần), cân nặng lúc sinh có trung vị 1300 g (1100 – 2000 g), tỷ lệ trẻ sơ sinh cực non là 22,8%. Triệu chứng lâm sàng chính là chướng bụng (99,0%), dẫn lưu dịch dạ dày ra dịch nâu (75,2%), tiêu máu (33,7%) và suy hô hấp (59,4%). Bất thường cận lâm sàng chính tại thời điểm lâm sàng nặng nhất là giảm tiểu cầu (37,6%), rối loạn đông máu (36,6%) và toan chuyển hóa (35,6%). Cây máu đường (23,8%), trong đó *Candida spp.* (29,2%) và *Staphylococcus coagulase-negative* (29,2%) thường gặp nhất. Phát hiện thường gặp trên chẩn đoán hình ảnh bao gồm: Siêu âm bụng thấy hơi trong thành ruột (82,2%), dịch tự do trong ổ bụng (49,5%); X quang bụng thấy quai ruột dẫn chướng hơi (59,4%) và hơi trong thành ruột (46,5%). Phân độ viêm ruột hoại tử theo phân độ Bell cải tiến như sau: IIA (31,7%), IIB (33,7%), IIIA (7,9%) và IIIB (26,7%). Các chẩn đoán bệnh lý kèm theo thường gặp bao gồm nhiễm trùng huyết (68,3%), bệnh màng trong (56,4%), viêm phổi (45,5%) và tổn tại ống động mạch (27,7%). Các điều trị chính bao gồm thời gian nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn có trung vị là 8 ngày (5 – 10 ngày), phẫu thuật (33,7%) và dẫn lưu ổ bụng trước phẫu thuật (26,7%). Tỷ lệ tử vong chung là 19,8%. **Kết luận:** Phân độ thường gặp nhất trong viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh non tháng theo phân độ Bell cải tiến là IIB (33,7%).

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Toàn

Email: toanped@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

Các chẩn đoán bệnh lý kèm theo thường gặp là nhiễm trùng huyết (68,3%) và bệnh màng trong (56,4%). Tỷ lệ viêm ruột hoại tử cần phẫu thuật là 33,7%. Tỷ lệ tử vong chung là 19,8%. Cần có chiến lược chẩn đoán và điều trị phù hợp để giảm tỷ lệ tử vong trong viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh non tháng. **Từ khóa:** viêm ruột hoại tử, sơ sinh non tháng, tử vong.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OUTCOMES OF NECROTIZING ENTEROCOLITIS IN PRETERM INFANTS AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Necrotizing enterocolitis (NEC) is a severe inflammatory condition with necrosis of the intestinal mucosa due to ischemia, accompanied by the growth of gas-forming bacteria in the gut. This condition may result in intramural and portal venous gas, with possible progression to peritonitis, intestinal perforation, and death. NEC remains one of the leading causes of morbidity and mortality in preterm infants, particularly those with very low birth weight. In Vietnam, 80–90% of NEC cases occur in preterm neonates^[2], with mortality rates reaching up to 50% in this vulnerable population^[1]. **Objectives:** To determine the percentage of clinical features and treatment outcomes of necrotizing enterocolitis in preterm infants at Children's Hospital 1. **Methods:** Cross-sectional study from January 2022 to August 2025 at Children's Hospital 1. **Results:** A total of 101 cases of NEC were identified in preterm infants during the study period. The median gestational age was 31.9 weeks (28.0–33.6 weeks), the median birth weight was 1300 g (1100–2000 g), and the proportion of extremely preterm infants was 22.8%. The predominant clinical manifestations were abdominal distension (99.0%), gastric residuals with brownish aspirates (75.2%), hematochezia (33.7%), and respiratory failure (59.4%). The principal paraclinical abnormalities at the time of maximum clinical severity included thrombocytopenia (37.6%), coagulopathy (36.6%), and metabolic acidosis (35.6%). Blood cultures were positive in 23.8% of cases, with *Candida* spp. (29.2%) and coagulase-negative *Staphylococci* (29.2%) being the most frequently isolated organisms. Common imaging findings were as follows: on abdominal ultrasound, pneumatosis intestinalis (82.2%), free peritoneal fluid (49.5%); on abdominal radiography, bowel loop dilatation (59.4%), and pneumatosis intestinalis (46.5%). NEC staging in preterm infants according to the modified Bell's criteria was distributed as follows: stage IIA (31.7%), IIB (33.7%), IIIA (7.9%), and IIIB (26.7%). Common coexisting diagnoses included sepsis (68.3%), respiratory distress syndrome (56.4%), pneumonia (45.5%), and patent ductus arteriosus (27.7%). The principal treatment modalities consisted of total parenteral nutrition with a median duration of 8 days (5–10 days), surgical intervention (33.7%), and preoperative peritoneal drainage (26.7%). The overall mortality rate was 19.8%. **Conclusion:** The most frequent NEC stage in preterm infants according to the modified Bell's criteria was IIB (33.7%). Common coexisting diagnoses included sepsis (68.3%), and

respiratory distress syndrome (56.4%). The rate of NEC requiring surgery was 33.7%. The mortality rate was 19.8%. Appropriate diagnostic and treatment strategies are needed to reduce mortality in necrotizing enterocolitis in preterm infants.

Keywords: necrotizing enterocolitis, preterm infants, mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột hoại tử (VRHT) là tình trạng viêm nghiêm trọng và hoại tử niêm mạc ruột do thiếu máu cục bộ, kèm theo sự phát triển của vi khuẩn sinh hơi trong đường ruột, có thể gây ra tình trạng hơi xâm nhập vào thành ruột và hệ thống tĩnh mạch cửa, hậu quả dẫn đến viêm phúc mạc, thậm chí là thủng ruột và tử vong. Bệnh lý này vẫn là một trong những nguyên nhân chính gây ra gánh nặng bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh non, đặc biệt là ở trẻ sơ sinh rất nhẹ cân. Tại Việt Nam, 80 – 90% VRHT chủ yếu xảy ra ở trẻ sơ sinh non tháng^[2], với tỷ lệ tử vong lên tới 50% ở trẻ sơ sinh rất nhẹ cân^[1]. Hiện nay, với những tiến bộ vượt bậc của y học, tỷ lệ nuôi sống trẻ sơ sinh non nhẹ cân và cực nhẹ cân đã được cải thiện đáng kể, nhưng cũng đồng thời gia tăng tỷ lệ mắc VRHT ở nhóm trẻ này^[3]. Tại khu vực phía Nam, đặc biệt là tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, chất lượng chăm sóc trẻ sơ sinh non mắc VRHT chắc chắn đã có nhiều thay đổi khi mà chúng tôi cũng đã ứng dụng rất nhiều những cập nhật trong chẩn đoán và điều trị gần đây làm cho kết quả điều trị có thể thay đổi nhiều so với các nghiên cứu (NC) trước đây. Tuy nhiên những năm gần đây chưa có NC cụ thể và chuyên biệt về vấn đề VRHT ở trẻ sơ sinh non tháng tại trung tâm của chúng tôi. Ở đây, chúng tôi tiến hành NC này nhằm mô tả các đặc điểm của VRHT ở trẻ sơ sinh non tháng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả trẻ sơ sinh non tháng nhập viện Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 08 năm 2025, được chẩn đoán xác định (tức là từ độ IIA trở lên theo phân độ Bell cải tiến) và điều trị VRHT theo Phác đồ Điều trị của Bệnh viện Nhi Đồng 1. Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án dưới 80% thông tin cần thu thập hoặc bị thất lạc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 01/2025 đến 08/2025 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Với α : sai lầm loại 1, $\alpha=0,05$ nên $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. p : tỷ lệ tử vong của VRHT ở trẻ sơ sinh trong các nghiên cứu trước đây. d : sai số cho phép chọn $d=0,10$. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quý Tỷ Dao (năm 2014) ghi nhận tỷ lệ tử vong là 50,0%^[1], một nghiên cứu với bối cảnh khá tương đồng với trung tâm của chúng tôi. Chúng tôi chọn p là 50,0% với cỡ mẫu tính được theo công thức trên là $N=97$, phù hợp với số lượng mẫu khả thi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Nội dung nghiên cứu: Xác định tỷ lệ phần trăm các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán, và kết quả điều trị viêm ruột hoại tử 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, sử dụng phần mềm STATA 17.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 101 trường hợp VRHT ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 trong khoảng thời gian từ 01/2022 đến 08/2025 với các kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của trẻ sơ sinh non tháng mắc viêm ruột hoại tử

| Đặc điểm lâm sàng (N=101) | Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị) |
|--|---|
| Giới tính | |
| Nam | 54 (53,5%) |
| Nữ | 47 (46,5%) |
| Tuổi thai (tuần) | 31,9 (28,0 – 33,6) |
| Non muộn (34 – <37 tuần) | 23 (22,8%) |
| Non vừa (32 – < 34 tuần) | 27 (26,7%) |
| Rất non (28 – <32 tuần) | 28 (27,7%) |
| Cực non (26 – <28 tuần) | 21 (20,8%) |
| Tuổi thai cực thấp (<26 tuần) | 2 (2,0%) |
| Cân nặng lúc sinh (gram) | 1300 (1100 – 2000) |
| Đù cân ($\geq 2500g$) | 6 (5,9%) |
| Nhẹ cân (< 2500g) | 40 (39,6%) |
| Rất nhẹ cân (< 1500g) | 41 (40,6%) |
| Cực nhẹ cân (<1000g) | 12 (11,9%) |
| Cân nặng cực thấp (<750g) | 2 (2,0%) |
| Tiền căn mẹ | |
| Tiền sản giật | 13 (12,9%) |
| Đái tháo đường | 9 (8,9%) |
| Ôi vỡ sớm | 7 (6,9%) |
| Sốt $\geq 38^{\circ}C$ trong 24 giờ trước sinh | 2 (2,0%) |
| Dùng corticoid dự phòng trước sinh | 40 (39,6%) |
| Biểu hiện lâm sàng | |
| Tuổi khởi phát triệu chứng | 10 (4 – 23) |

| (ngày) | |
|---------------------------------|-------------|
| Lừ đừ | 54 (53,5%) |
| Hạ thân nhiệt | 33 (32,7%) |
| Sốt | 6 (5,9%) |
| Suy hô hấp | 60 (59,4%) |
| Sốc | 29 (28,7%) |
| Phù | 21 (20,8%) |
| Chướng bụng | 100 (99,0%) |
| Dần lưu dịch dạ dày ra dịch nâu | 76 (75,2%) |
| Tiêu máu | 34 (33,7%) |
| Thành bụng nề đỏ | 33 (32,7%) |
| Quai ruột nổi | 13 (12,9%) |

Nhận xét:

- Có 101 trẻ với tuổi thai trung vị 31,9 tuần, trong đó nhóm trẻ có tuổi thai rất non chiếm tỷ lệ cao nhất (27,7%) và kế đến là nhóm non vừa (26,7%). Cân nặng lúc sinh trung vị là 1300 g, chiếm đa số là nhóm trẻ rất nhẹ cân (40,6%).

- Tuổi khởi phát bệnh trung vị 10 ngày. Triệu chứng tiêu hóa thường gặp nhất là chướng bụng (99,0%) tiếp theo là dần lưu dịch dạ dày ra dịch nâu (75,2%). Triệu chứng ngoài đường tiêu hóa cao nhất là suy hô hấp (59,4%) và kế đến là tri giác lừ đừ (53,5%), sốc (28,7%), thấp nhất là sốt (5,9%).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của trẻ sơ sinh non tháng mắc viêm ruột hoại tử

| Đặc điểm cận lâm sàng (N=101) | Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị) | |
|--|---|------------|
| | Khởi bệnh | Nặng nhất |
| Tăng bạch cầu ($>20 \times 10^9/L$) | 13 (12,9%) | 24 (23,8%) |
| Giảm bạch cầu ($<5 \times 10^9/L$) | 9 (8,9%) | 16 (15,8%) |
| Giảm neutrophil ($<1,5 \times 10^9/L$) | 10 (9,9%) | 20 (19,8%) |
| Giảm tiểu cầu ($<100 \times 10^9/L$) | 22 (21,8%) | 38 (37,6%) |
| CRP tăng ($> 10 \text{ mg/L}$) | 34 (33,7%) | 46 (45,5%) |
| Rối loạn đông máu | 27 (26,7%) | 37 (36,6%) |
| Toan chuyển hóa | 31 (30,7%) | 36 (35,6%) |
| Toan hôn hợp | 10 (9,9%) | 20 (19,8%) |
| Xquang bụng không sửa soạn | | |
| Quai ruột dẫn chướng hơi | 60 (59,4%) | |
| Hơi trong thành ruột | 47 (46,5%) | |
| Hơi tự do trong ổ bụng | 22 (21,8%) | |
| Hơi trong tĩnh mạch cửa | 2 (2,0%) | |
| Siêu âm bụng | | |
| Hơi trong thành ruột | 83 (82,2%) | |
| Hơi trong tĩnh mạch cửa | 29 (28,7%) | |
| Hơi tự do trong ổ bụng | 24 (23,8%) | |
| Dịch tự do trong ổ bụng | 50 (49,5%) | |
| Cấy máu dương tính | 24 (23,8%) | |

Nhận xét:

- Đặc điểm huyết học thường gặp tại thời điểm khởi bệnh bao gồm giảm tiểu cầu (21,8%), tăng (12,9%) hoặc giảm bạch cầu (8,9%), tăng CRP (33,7%) và toan chuyển hóa (30,7%). Vào thời điểm lâm sàng nặng nhất, tỷ lệ các bất thường cận lâm sàng tăng rõ rệt: giảm tiểu cầu (37,6%), tăng CRP (45,5%), rối loạn đông máu (36,6%), và toan chuyển hóa (35,6%).

- X quang bụng dấu hiệu chẩn đoán xác định của VRHT là hơi trong thành ruột (46,5%) chỉ gặp ở chưa đến 1/2 trường hợp, quai ruột dẫn chứng hơi là dấu hiệu thường gặp nhất (59,4%). Về siêu âm bụng, hơi trong thành ruột (82,2%) là dấu hiệu thường nhất, tiếp theo là hơi trong tĩnh mạch cửa (28,7%). Tỷ lệ hai dấu hiệu này trên siêu âm cao hơn rõ rệt so với trên X quang bụng.

- Có 24 trường hợp (23,8%) cấy máu dương tính, trong đó Candida spp. và Staphylococcus coagulase-negative là tác nhân thường gặp nhất, cùng chiếm 29,2% (7/24 trường hợp).

Bảng 3. Đặc điểm chẩn đoán của trẻ sơ sinh non tháng mắc viêm ruột hoại tử

| Đặc điểm chẩn đoán (N=101) | Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị) |
|---|---|
| Phân độ viêm ruột hoại tử theo Bell cải tiến | |
| Độ IIA | 32 (31,7%) |
| Độ IIB | 34 (33,7%) |
| Độ IIIA | 8 (7,9%) |
| Độ IIIB | 27 (26,7%) |
| Bệnh kèm theo | |
| Bệnh màng trong | 57 (56,4%) |
| Viêm phổi | 46 (45,5%) |
| Nhiễm trùng huyết | 69 (68,3%) |
| Tồn tại ống động mạch | 28 (27,7%) |

Nhận xét: Phân độ thường gặp nhất theo phân độ Bell cải tiến là IIB (33,7%), tiếp theo là độ IIA (31,7%), độ IIIB (26,7%) và thấp nhất là độ IIIA (7,9%). Các chẩn đoán bệnh lý kèm theo thường gặp bao gồm bệnh màng trong (56,4%), viêm phổi (45,5%), nhiễm trùng huyết (68,3%) và tồn tại ống động mạch (27,7%).

Bảng 4. Đặc điểm điều trị của trẻ sơ sinh non tháng mắc viêm ruột hoại tử

| Đặc điểm điều trị (N=101) | Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị) |
|-------------------------------------|---|
| Thở máy xâm lấn | 47 (46,5%) |
| Thời gian thở máy xâm lấn (ngày) | 10 (5 – 23) |
| Kháng sinh | 101 (100%) |
| Thời gian sử dụng kháng sinh (ngày) | 16 (13 – 28) |
| Kháng nấm | 24 (23,8%) |

| | |
|---|--------------|
| Thời gian nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn (ngày) | 8 (5 – 10) |
| An sữa hoàn toàn | 82 (81,2%) |
| Thời gian bắt đầu cho ăn sữa hoàn toàn sau chẩn đoán (ngày) | 15 (12 – 21) |
| Điều trị ngoại khoa | 34 (33,7%) |
| Dẫn lưu ổ bụng trước phẫu thuật | 27 (26,7%) |
| Phẫu thuật triệt để | 24 (23,8%) |
| Dẫn lưu ổ bụng đơn thuần | 7 (6,9%) |
| Thăm sát và dẫn lưu ổ bụng | 3 (3,0%) |

Nhận xét: Các điều trị chính bao gồm kháng sinh (100%), kháng nấm (23,8%), thời gian nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn trung vị 8 ngày, ăn sữa hoàn toàn (82,2%), với thời gian bắt đầu ăn sữa hoàn toàn trung vị 15 ngày. Tỷ lệ VRHT cần phẫu thuật là 33,7% và dẫn lưu ổ bụng trước phẫu thuật (26,7%).

Bảng 5. Đặc điểm kết quả điều trị của trẻ sơ sinh non tháng mắc viêm ruột hoại tử

| Đặc điểm kết quả điều trị (N=101) | Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị) |
|-----------------------------------|---|
| Tử vong | 20 (19,8%) |
| Thời gian nằm viện (ngày) | 30 (17 – 48) |
| Biến chứng liên quan VRHT | 41 (40,6%) |
| Viêm phúc mạc do thủng ruột | 30 (29,7%) |
| Sốc nhiễm trùng | 28 (27,7%) |
| Đông máu nội mạch lan toả | 20 (19,8%) |
| Suy đa cơ quan | 12 (11,9%) |
| Hội chứng ruột ngắn | 3 (3,0%) |

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong chung (19,8%) khá cao, trong đó nhiều nhất 12 trường hợp độ IIIB, 3 trường hợp độ IIIA, 3 trường hợp độ IIA và thấp nhất 2 trường hợp độ IIA. Thời gian nằm viện trung vị 30 ngày. Tỷ lệ biến chứng liên quan VRHT là 40,6%, trong đó biến chứng viêm phúc mạc do thủng ruột (29,7%) cao nhất.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán. Trong NC của chúng tôi, trung vị ngày khởi phát VRHT là 11 ngày (4–24 ngày). Một số NC khác ghi nhận tuổi khởi phát trung bình 14,6 ± 10,4 ngày^[1] đến 17,7 ± 9,5 ngày^[2]. Việc sử dụng trung vị giúp hạn chế ảnh hưởng của giá trị ngoại lai, do đó kết quả thực chất tương đồng với các NC trong khu vực, cho thấy VRHT thường khởi phát trong 2–3 tuần đầu sau sinh, phù hợp với báo cáo quốc tế về bệnh

thường xuất hiện trong 4 tuần đầu đời^[5]. Về lâm sàng, triệu chứng tiêu hóa nổi bật là chướng bụng với tỷ lệ rất cao (88,9–99,0%)^[1, 2], trong khi các biểu hiện toàn thân như suy hô hấp, sốc, hạ thân nhiệt biến thiên đáng kể. Điều này phản ánh VRHT thường khởi phát tại đường tiêu hóa nhưng nhanh chóng tiến triển toàn thân, với mức độ không đồng nhất từ thể nhẹ đến rất nặng. Cận lâm sàng thường ghi nhận giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu, toan chuyển hóa ở tỷ lệ vừa phải, phù hợp với đặc điểm bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn II theo phân độ Bell cải tiến.

Trong NC của chúng tôi, siêu âm bụng phát hiện khí trong thành ruột với tỷ lệ cao hơn X-quang (82,2% so với 46,5%), khẳng định vai trò ngày càng quan trọng trong chẩn đoán sớm VRHT. Siêu âm có ưu thế phát hiện sớm bất thường tưới máu ruột, dịch ổ bụng và khí tĩnh mạch cửa ngay cả khi X-quang chưa rõ^[4]. Tuy nhiên, X-quang vẫn giữ vai trò nền tảng trong theo dõi thường quy, đặc biệt để đánh giá toàn bộ quai ruột và phát hiện thủng. Sự phối hợp hai phương tiện giúp nâng cao độ nhạy, độ đặc hiệu và hỗ trợ phân độ bệnh theo Bell chính xác hơn.

Một điểm đáng chú ý là kết quả vi sinh: *Candida* spp. và *Staphylococcus coagulase-negative* chiếm ưu thế trong cấy máu, thay vì vi khuẩn Gram âm như *Klebsiella* vốn được báo cáo nhiều ở NC trước^[2]. Xu hướng nhiễm nấm trong các đơn vị hồi sức, đặc biệt *Candida non-albicans* như *C. parapsilosis* và *C. glabrata*, đã được nhiều tác giả ghi nhận gần đây, nhất là ở nhóm trẻ non tháng được dinh dưỡng tĩnh mạch kéo dài^[8]. Điều này đặt ra một vấn đề lâm sàng quan trọng: liệu có nên cân nhắc sử dụng thuốc kháng nấm theo kinh nghiệm ở những bệnh nhi non tháng được dinh dưỡng tĩnh mạch kéo dài, đặc biệt khi bệnh cảnh nặng như viêm phúc mạc, thủng ruột hoặc sốc?

Đặc điểm điều trị. Trong NC của chúng tôi, 33,7% bệnh nhân phải phẫu thuật, tương tự NC trước tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 (33,3%)^[1] và cao hơn NC khác từ Bệnh viện Nhi Đồng 2 (22,5%)^[2] cho thấy khoảng 1/4–1/3 trường hợp VRHT tại các trung tâm lớn ở Việt Nam cần can thiệp ngoại khoa. Tỷ lệ này phù hợp với báo cáo quốc tế, có thể lên tới 51,8% tùy đặc điểm bệnh nhân và chiến lược điều trị^[6]. Dẫn lưu ổ bụng trước mổ được áp dụng ở 26,7% trường hợp, chủ yếu như biện pháp tạm thời ở trẻ quá yếu. Thời điểm phẫu thuật còn nhiều tranh luận, giữa xu hướng mổ sớm khi có dấu hiệu hoại tử tiến triển và trì hoãn cho đến khi có thủng ruột hay viêm phúc mạc. Nhìn chung, chưa có chiến lược tối ưu thống nhất, và quyết định vẫn phụ thuộc vào

mức độ bệnh, tình trạng toàn thân và kinh nghiệm lâm sàng^[7].

Đặc điểm kết quả điều trị và biến chứng. Tỷ lệ tử vong trong NC của chúng tôi là 19,8%, thấp hơn rõ rệt so với NC trước tại cùng cơ sở (2014) là 50%^[1], cũng như các báo cáo của Nguyễn Thụy Hạnh Ngân (2016) là 55,1%^[2] và Lưu Thị Mỹ Thục (2018) là 23,3%^[3]. Điều này cho thấy những tiến bộ trong chẩn đoán sớm, hồi sức sơ sinh và điều trị đa chuyên khoa tại đơn vị trong những năm gần đây. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong do VRHT vẫn ở mức cao so với nhiều bệnh lý sơ sinh khác và tương đồng với số liệu quốc tế, nơi tỷ lệ tử vong dao động từ 15,9 – 42,0% tùy theo đặc điểm dân số NC^[5], cho thấy VRHT tiếp tục là một thách thức lớn trong hồi sức sơ sinh.

Viêm phúc mạc do thủng ruột chiếm tỷ lệ cao nhất (29,7%), kế đến là nhiễm trùng huyết và rối loạn đông máu, chủ yếu gặp ở nhóm bệnh nặng và góp phần quan trọng vào tử vong. Hội chứng ruột ngắn sau phẫu thuật tuy chỉ chiếm 3,0% nhưng gây nhiều khó khăn, kéo dài nhu cầu dinh dưỡng tĩnh mạch và làm tăng thời gian nằm viện cũng như nguy cơ nhiễm trùng tái phát. Trung vị thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 30 ngày. Những kết quả này nhấn mạnh vai trò của theo dõi sát, chẩn đoán sớm VRHT và can thiệp kịp thời trong việc giảm tử vong, biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện.

V. KẾT LUẬN

Phân độ thường gặp nhất trong VRHT ở trẻ sơ sinh non tháng theo phân độ Bell cải tiến là IIB (33,7%). Các chẩn đoán bệnh lý kèm theo thường gặp bao gồm bệnh màng trong (56,4%), viêm phổi (45,5%), nhiễm trùng huyết (68,3%) và tồn tại ống động mạch (27,7%). Tỷ lệ viêm ruột hoại tử cần phẫu thuật là 33,7%. Tỷ lệ tử vong chung là 19,8%. Cần có chiến lược chẩn đoán và điều trị phù hợp để giảm tỷ lệ tử vong trong viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh non tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quý Tỳ Dao, Huỳnh Thị Duy Hương.** Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh rất nhẹ cân. *Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2014;18(4):217-223.
2. **Nguyễn Thụy Hạnh Ngân, Trần Thị Hoài Thu, Lê Nguyễn Nhật Trung.** Bệnh viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 theo phân độ Bell cải tiến. *Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2016; 20(2):89-95.
3. **Lưu Thị Mỹ Thục, Trần Thị Thùy Linh.** Tìm hiểu một số yếu tố liên quan tử vong của viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh non tại Bệnh viện Nhi

- Trung ương. 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. 2018;13(5):130-136.
4. **Esposito F, Mamone R, Di Serafino M, et al.** Diagnostic imaging features of necrotizing enterocolitis: a narrative review. Quantitative Imaging in Medicine and Surgery. 2017; 7(3):336-344.
 5. **Fitzgibbons SC, Ching Y, Yu D, et al.** Mortality of necrotizing enterocolitis expressed by birth weight categories. Journal of pediatric surgery. 2009; 44(6):1072-5.
 6. **Fullerton BS, Hong CR, Velazco CS, et al.** Severe neurodevelopmental disability and healthcare needs among survivors of medical and surgical necrotizing enterocolitis: A prospective cohort study. Journal of pediatric surgery. 2017.
 7. **Hull MA, Fisher JG, Gutierrez IM, et al.** Mortality and management of surgical necrotizing enterocolitis in very low birth weight neonates: a prospective cohort study. Journal of the American College of Surgeons. 2014; 218(6):1148-55.
 8. **Zhang D, Xie D, Yuan H, He N, Dong W, Lei X.** Addressing the silent threat: managing invasive Candida infections in hospitalized newborns. Review. Frontiers in Pediatrics. 2025; (13).

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI, CHỨC NĂNG CỦA NHĨ TRÁI VÀ CHỈ SỐ TƯƠNG HỢP NHĨ TRÁI - THẤT TRÁI BẰNG SIÊU ÂM TIM Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN

Nguyễn Đức Long¹, Nguyễn Văn Tú², Lương Công Thức³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm hình thái, chức năng của nhĩ trái và chỉ số tương hợp nhĩ trái - thất trái bằng siêu âm tim ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn (HCDMVM). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có đối chứng trên 64 bệnh nhân mắc HCDMVM có hẹp $\geq 50\%$ động mạch vành (ĐMV) thượng tâm mạc và nhóm đối chứng gồm 40 người có kết quả chụp cắt lớp vi tính ĐMV (CCTA) không có tổn thương ĐMV thượng tâm mạc có ý nghĩa, tại khoa Nội tim mạch và khoa Can thiệp tim mạch, bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10/2024 đến tháng 04/2025. **Kết quả:** Chỉ số đường kính nhĩ trái (LADi), chỉ số thể tích nhĩ trái tối đa (maxLAVi), chỉ số thể tích nhĩ trái tối thiểu (minLAVi), chỉ số thể tích nhĩ trái tiền nhĩ thu (preLAVi) ở nhóm HCDMVM lớn hơn so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$). Phân suất tổng máu nhĩ trái toàn bộ (LATEF), phân suất tổng máu nhĩ trái thụ động (LAPEF), phân suất tổng máu nhĩ trái chủ động (LAAEF) ở nhóm HCDMVM đều giảm so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$). LACI ở nhóm HCDMVM tăng cao hơn rõ rệt so với nhóm đối chứng ($p < 0,001$). **Kết luận:** Ở nhóm HCDMVM, các kích thước của nhĩ trái đều lớn hơn và các chức năng nhĩ trái đều suy giảm so với nhóm đối chứng. LACI ở nhóm HCDMVM tăng cao hơn rõ rệt so với nhóm đối chứng.

Từ khóa: hình thái và chức năng của nhĩ trái, chỉ số tương hợp nhĩ trái - thất trái, siêu âm tim, hội chứng động mạch vành mạn.

SUMMARY

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

²Học viện Quân y

³Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lương Công Thức

Email: lcthuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025

RESEARCH ON LEFT ATRIAL MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL INDICES AND LEFT ATRIOVENTRICULAR COUPLING INDEX BY ECHOCARDIOGRAPHY IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY SYNDROME

Objective: To investigate left atrial morphological and functional indices and left atrioventricular coupling index (LACI) using echocardiography in patients with chronic coronary syndrome (CCS). **Subjects and methods:** In a descriptive cross-sectional study, 104 research subjects divided into two groups comprising 64 patients with CCS having greater than 50% stenosis of the epicardial coronary arteries and 40 control individuals with results of computed tomography of the coronary arteries (CCTA) without significant epicardial coronary artery stenosis at the Cardiovascular Department and the Cardiovascular Interventional Department, 103 Military Hospital from October 2024 to April 2025. **Results:** The left atrial diameter index (LADi), maximum left atrial volume index (maxLAVi), minimum left atrial volume index (minLAVi), and pre-atrial volume index (preLAVi) in group with CCS were larger than those in the control group ($p < 0.05$). The total left atrial ejection fraction (LATEF), passive left atrial ejection fraction (LAPEF), and active left atrial ejection fraction (LAAEF) in group with CCS were all reduced compared to the control group ($p < 0.05$). LACI in group with CCS was significantly higher than that in the control group ($p < 0.001$). **Conclusion:** In group with CCS, the left atrial dimensions were larger and the left atrial functions were impaired compared with the control group. LACI in group with CCS was significantly higher than that in the control group. **Keywords:** left atrial morphology and function, left atrioventricular index, echocardiography, chronic coronary artery syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các bệnh tim mạch do vữa xơ thì