

ĐÁNH GIÁ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG BẰNG THANG ĐIỂM SNAP-II TẠI KHOA HỒI SỨC SƠ SINH BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Huỳnh Hoàng Duy¹, Phạm Thị Thanh Tâm¹, Nguyễn Đức Toàn^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tử vong sơ sinh luôn là một vấn đề được nhiều quốc gia quan tâm trong đó có Việt Nam vì tử vong sơ sinh phản ánh chất lượng y tế của mỗi quốc gia. Trên thế giới, Richardson đã phát triển thang điểm SNAP-II dựa trên thang điểm SNAP (Score for Neonatal Acute Physiology). Tại Việt Nam có nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Nhi, Phạm Lê An, Phùng Nguyễn Thế Nguyễn (2019) đánh giá tiên lượng tử vong tại khoa Hồi sức sơ sinh bằng thang điểm SNAP-II. Thực tế của chúng tôi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, tất cả trẻ sơ sinh nhập khoa Hồi sức sơ sinh đều nặng và có nguy cơ tử vong cao. Việc đánh giá tiên lượng tử vong là hết sức cần thiết để có thái độ chẩn đoán và xử trí nhanh chóng và phù hợp hơn với những trường hợp có tiên lượng tử vong cao. Ở đây, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá tiên lượng tử vong bằng thang điểm SNAP-II. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ phần trăm các yếu tố liên quan đến tử vong và giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm SNAP-II ở trẻ sơ sinh tại Khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Phương pháp:** cắt ngang từ 01/01/2025 đến 30/06/2025 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Đánh giá thang điểm SNAP-II ở thời điểm T0 (lúc nhập khoa) và T24 (giờ 24 sau nhập khoa). **Kết quả:** Có 182 trường hợp trẻ sơ sinh được đánh giá trong thời gian nghiên cứu. Tuổi thai có trung vị 36,6 tuần (34,0 – 38,0 tuần), cân nặng lúc sinh có trung vị 2455g (1800 – 3000g), tỷ lệ trẻ sơ sinh cực non là 3,9%. Các chẩn đoán thường gặp bao gồm non tháng (50,0%), nhiễm khuẩn huyết (39,0%), tim bẩm sinh (29,1%), viêm phổi (23,0%). Các điều trị chính bao gồm dùng thuốc kháng sinh (98,9%), thở máy (84,1%), thở NCPAP (48,4%), dùng thuốc vận mạch (29,7%). Tỷ lệ tử vong là 11,0%. Điểm số thang điểm SNAP-II ở thời điểm T0 là 15 (8 – 22). Giá trị các yếu tố liên quan tử vong của dân số chung trong thang điểm SNAP-II được ghi nhận theo tỷ lệ bệnh nhi có chỉ số bất thường ở thời điểm T0 là: lượng nước tiểu (63,2%), thân nhiệt (52,7%), tỷ lệ PO₂/FiO₂ (49,5%), pH máu thấp nhất (13,7%), huyết áp trung bình (2,7%) và co giật nhiều lần (1,0%). Điểm số thang điểm SNAP-II ở thời điểm T24 là 5 (0 – 7). Giá trị các yếu tố liên quan tử vong của dân số chung trong thang điểm SNAP-II được ghi nhận theo tỷ lệ bệnh nhi có chỉ số bất thường ở thời điểm T24 là: tỷ lệ PO₂/FiO₂ (43,4%), pH máu thấp nhất (18,7%), lượng nước tiểu (15,9%), huyết áp trung bình (3,3%), thân nhiệt (1,5%) và co giật nhiều lần (0,5%). **Kết luận:**

Tỷ lệ tử vong là 11,0%. Điểm số thang điểm SNAP-II ở thời điểm T0 là 15 (8 – 22) và T24 là 5 (0 – 7). Giá trị các yếu tố liên quan tử vong của dân số chung trong thang điểm SNAP-II được ghi nhận theo tỷ lệ bệnh nhi có chỉ số bất thường ở thời điểm T0 là lượng nước tiểu (63,2%), thân nhiệt (52,7%) và T24 là tỷ lệ PO₂/FiO₂ (43,4%), pH máu thấp nhất (18,7%).

Từ khóa: thang điểm SNAP-II, tử vong, sơ sinh.

SUMMARY

EVALUATION OF MORTALITY USING THE SNAP-II SCORE IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT OF CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Neonatal mortality is a critical issue of concern in many countries, including Vietnam, as it reflects the quality of healthcare in each nation. Globally, Richardson developed the SNAP-II score based on the Score for Neonatal Acute Physiology (SNAP). In Vietnam, a study in 2019 evaluated mortality prognosis in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) using the SNAP-II score. At our facility, Children's Hospital 1, all neonates admitted to the NICU are critically ill and at high risk of mortality. Assessing mortality prognosis is essential to facilitate prompt and appropriate diagnosis and management for cases with a high mortality risk. We conducted this study to evaluate mortality prognosis using the SNAP-II score. **Objectives:** To determine the use SNAP-II score in neonates at the NICU of Children's Hospital 1. **Methods:** A cross-sectional study was conducted from January 1, 2025, to June 30, 2025, at Children's Hospital 1. The SNAP-II score was evaluated at T0 (at admission) and T24 (24 hours after admission). **Results:** There were 182 neonatal cases evaluated during the study period. The median gestational age was 36.6 weeks (34.0 – 38.0 weeks), median birth weight was 2455g (1800 – 3000g), and the proportion of extremely preterm infants was 3.9%. Common diagnoses included prematurity (50.0%), sepsis (39.0%), congenital heart disease (29.1%), and pneumonia (23.0%). Primary treatments included antibiotic therapy (98.9%), mechanical ventilation (84.1%), NCPAP (48.4%), and vasopressor use (29.7%). The mortality rate was 11.0%. The SNAP-II score at T0 was 15 (8 – 22). The values of mortality-related factors in the general population at T0 according to the SNAP-II score, recorded as the proportion of patients with abnormal values, were: urine output (63.2%), body temperature (52.7%), PO₂/FiO₂ ratio (49.5%), lowest blood pH (13.7%), mean arterial pressure (2.7%) and multiple seizures (1.0%). The SNAP-II score at T24 was 5 (0 – 7). The values of mortality-related factors in the general population at T24 according to the SNAP-II score, recorded as the proportion of patients with abnormal values, were: PO₂/FiO₂ ratio (43.4%), lowest blood pH (18.7%), urine output (15.9%), mean arterial

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: 9.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

pressure (3.3%), body temperature (1.5%) and multiple seizures (0.5%). **Conclusion:** The mortality rate was 11.0%. The SNAP-II score at T0 was 15 (8 – 22) and at T24 was 5 (0 – 7). The most common mortality-related factors according to the SNAP-II score, recorded as the proportion of patients with abnormal values, were urine output (63.2%) and body temperature (52.7%) at T0, and PO₂/FiO₂ ratio (43.4%) and lowest blood pH (18.7%) at T24.

Keywords: SNAP-II score, mortality, neonates.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tử vong sơ sinh luôn là một vấn đề được nhiều quốc gia quan tâm trong đó có Việt Nam vì tử vong sơ sinh phản ánh chất lượng y tế của mỗi quốc gia^[6]. Trên thế giới, Richardson đã phát triển thang điểm SNAP-II dựa trên thang điểm SNAP (Score for Neonatal Acute Physiology)^[5]. Tại Việt Nam có nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Nhi, Phạm Lê An, Phùng Nguyễn Thế Nguyên (2019) đánh giá tiên lượng tử vong tại Khoa Hồi sức sơ sinh bằng thang điểm SNAP-II^[2]. Thực tế của chúng tôi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, tất cả trẻ sơ sinh nhập Khoa Hồi sức sơ sinh (HSSS) đều nặng và có nguy cơ tử vong cao. Việc đánh giá tiên lượng tử vong là hết sức cần thiết để có thái độ chẩn đoán và xử trí nhanh chóng và phù hợp hơn với những trường hợp có tiên lượng tử vong cao. Ở đây, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá tiên lượng tử vong bằng thang điểm SNAP-II.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả trẻ sơ sinh nhập vào Khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 1 trong khoảng thời gian từ 01/2025 đến 06/2025, được chẩn đoán và điều trị theo Phác đồ điều trị của Bệnh viện Nhi Đồng 1. Tiêu chuẩn loại trừ: tử vong hoặc chuyển khoa trong vòng 24 giờ sau nhập khoa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 01/01/2025 đến 30/06/2025 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng AUC (Hanley & McNeil, 1982)^[4]:

$$N = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \times \sqrt{V_0(AUC)} + (Z_{1-\beta} \times \sqrt{V_1(AUC)})^2}{(AUC_1 - AUC_0)^2}$$

Với: N: cỡ mẫu. Z: Trị số từ phân phối chuẩn, với khoảng tin cậy 95%, Z_{1-α/2} = 1,96.

Z_{1-β}: Giá trị Z tương ứng với "power" (beta) của nghiên cứu, với power = 0,8; Z_{1-β} = 0,84.

V₀(AUC) và V₁(AUC) là phương sai của giả

thuyết không (H₀) và giả thuyết đối (H₁).

AUC₀: Giá trị diện tích dưới đường cong ROC của giả thuyết không (H₀) (mô hình không có giá trị dự báo), với AUC₀ = 0,5.

AUC: Giá trị của diện tích dưới đường cong ROC mong muốn, với AUC = 0,737 và tỷ lệ tử vong là 23,6% được lấy từ nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Nhi, Phạm Lê An, Phùng Nguyễn Thế Nguyên (2019)^[2], một nghiên cứu có bối cảnh khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Cỡ mẫu tối thiểu: 64 bệnh nhân. Cỡ mẫu này phù hợp với thực tế và khả thi.

Nội dung nghiên cứu: đánh giá tiên lượng tử vong bằng thang điểm SNAP-II.

Thang điểm SNAP-II:

Biến số	Giá trị	Điểm
Huyết áp trung bình	≥ 30 mmHg	0
	20–29 mmHg	9
	< 20 mmHg	19
Thân nhiệt	> 35,6 °C	0
	35 – 35,6 °C	8
	< 35 °C	15
PO ₂ (mmHg)/FiO ₂ (%)	> 2,49	0
	1 – 2,49	5
	0,3 – 0,99	16
	< 0,3	28
pH máu thấp nhất	≥ 7,2	0
	7,1 – 7,19	7
	< 7,1	16
Co giật nhiều lần	Không	0
	Có	19
Lượng nước tiểu (ml/kg/giờ)	≥ 1	0
	0,1 – 0,9	5
	< 0,1	18

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 18.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi ghi nhận có 182 trường hợp trẻ sơ sinh nhập Khoa HSSS Bệnh viện Nhi Đồng 1 trong khoảng thời gian nghiên cứu từ 01/01/2025 đến 30/06/2025 với các kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng (N=182)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Giới tính	
Nam	106 (58,2%)
Nữ	76 (41,8%)
Tuổi thai (tuần)	36,6 (34,0 – 38,0)
Phân loại tuổi thai	
Đủ tháng (>37 tuần)	89 (48,9%)

Non muộn (34 – <37 tuần)	48 (26,3%)
Non vừa (32 – < 34 tuần)	11 (6,0%)
Rất non (28 – <32 tuần)	20 (11,0%)
Cực non (26 – <28 tuần)	7 (3,9%)
Tuổi thai cực thấp (<26 tuần)	7 (3,9%)
Cân nặng lúc sinh (gram)	2455 (1800-3000)
Phân loại cân nặng lúc sinh	
Đủ cân ($\geq 2500g$)	90 (49,5%)
Nhẹ cân (<2500g)	61 (33,5%)
Rất nhẹ cân (<1500g)	19 (10,4%)
Cực nhẹ cân (<1000g)	8 (4,4%)
Cân nặng cực thấp (<750g)	4 (2,2%)
Phương pháp sinh	
Mổ	112 (61,5%)
Thường	70 (38,5%)
Tiền căn mẹ	
Đái tháo đường	20 (11,0%)
Tiền sản giật	10 (5,5%)
Dùng Corticoid dự phòng trước sinh	8 (4,4%)
Viêm gan siêu vi B	4 (2,2%)
Tăng huyết áp	4 (2,2%)
Nhiễm GBS trong quá trình mang thai	2 (1,1%)
Các bất thường biểu hiện lâm sàng lúc nhập Khoa HSSS	
Hô hấp	149 (81,9%)
Tiêu hóa	66 (36,2%)
Da niêm	51 (28,0%)
Thần kinh	15 (8,2%)
Tim mạch	13 (7,1%)
Huyết học	12 (6,6%)
Sốc 24 giờ đầu nhập Khoa HSSS	25 (13,7%)

Nhận xét: Biểu hiện lâm sàng nổi bật nhất lúc nhập viện là các vấn đề về hô hấp, chiếm tỷ lệ 81,9%. Hơn một nửa bệnh nhi trong nghiên cứu là trẻ non tháng (51,1%) và nhẹ cân (50,5%), có tuổi thai trung vị là 36,6 tuần và cân nặng lúc sinh trung vị là 2455g.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng (N=182)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
CRP tăng (>10 mg/L)	53 (29,1%)
Tăng bạch cầu ($>20 \times 10^9/L$)	48 (26,4%)
Giảm tiểu cầu ($<100 \times 10^9/L$)	22 (12,1%)
Giảm bạch cầu ($<5 \times 10^9/L$)	12 (6,6%)
Giảm neutrophil ($<1,5 \times 10^9/L$)	7 (3,8%)

Nhận xét: CRP tăng (29,1%) và tăng bạch cầu (26,4%) là hai bất thường cận lâm sàng phổ biến nhất trong nhóm nghiên cứu.

Bảng 3. Đặc điểm chẩn đoán

Đặc điểm chẩn đoán (N=182)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Non tháng	91 (50,0%)
Nhiễm khuẩn huyết	71 (39,0%)
Tim bẩm sinh	53 (29,1%)
Viêm phổi	41 (23,0%)
Bệnh màng trong	32 (17,6%)
Vàng da sơ sinh	33 (18,1%)
Teo ruột non	18 (9,9%)
Viêm phúc mạc	19 (10,4%)

Nhận xét: Non tháng là đặc điểm chẩn đoán phổ biến nhất, chiếm 50,0% số ca nghiên cứu. Các bệnh lý thường gặp tiếp theo là nhiễm khuẩn huyết (39,0%), tim bẩm sinh (29,1%) và viêm phổi (23,0%).

Bảng 4. Đặc điểm điều trị

Đặc điểm chẩn đoán (N=182)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Dùng thuốc kháng sinh	180 (98,9%)
Thở máy	153 (84,1%)
Thở NCPAP	88 (48,4%)
Dùng thuốc vận mạch	54 (29,7%)

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhi trong nghiên cứu đều được điều trị bằng kháng sinh (98,9%) và đa số cần hỗ trợ hô hấp bằng thở máy (84,1%).

Bảng 5. Đặc điểm kết quả điều trị

Đặc điểm chẩn đoán (N=182)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Thời gian thở máy (ngày)	3 (1 – 7)
Thời gian NCPAP (ngày)	0 (0 – 3)
Thời gian dùng thuốc vận mạch (ngày)	0 (0 – 2)
Thời gian dùng kháng sinh (ngày)	7 (4 - 14)
Thời gian điều trị (ngày)	8 (4 – 17)
Tỷ lệ tử vong	20 (11,0%)

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong chung của nhóm nghiên cứu là 11,0%. Thời gian điều trị trung vị là 8 ngày, trong đó thời gian thở máy trung vị là 3 ngày và thời gian sử dụng kháng sinh trung vị là 7 ngày.

Bảng 6. Giá trị thang điểm SNAP-II thời điểm T0

Biến số (N=182)	Giá trị	Số ca (%)	Trung vị (Khoảng tứ phân vị) của điểm số
Huyết áp trung bình	≥ 30 mmHg	177 (97,3%)	0 (0-0)
	20-29mmHg	5 (2,7%)	
	< 20 mmHg	0 (0,0%)	

Thân nhiệt	> 35,6 °C	86 (47,3%)	8 (0-15)
	35 – 35,6 °C	43 (23,6%)	
	< 35 °C	53 (29,1%)	
PO₂(mmHg) / FiO₂(%)	> 2,49	92 (50,5%)	0 (0-5)
	1 – 2,49	70 (38,5%)	
	0,3 – 0,99	20 (11,0%)	
	< 0,3	0 (0,0%)	
pH máu thấp nhất	≥ 7,2	157 (86,3%)	0 (0-0)
	7,1 – 7,19	22 (12,1%)	
	< 7,1	3 (1,6%)	
Co giật nhiều lần	Không	180 (99,0%)	0 (0-0)
	Có	2 (1,0%)	
Lượng nước tiểu (ml/kg/giờ)	≥ 1	67 (36,8%)	5 (0-5)
	0,1 – 0,9	87 (47,8%)	
	< 0,1	28 (15,4%)	
Tổng điểm SNAP-II ở T0			15 (8-22)

Nhận xét: Điểm số thang điểm SNAP-II ở thời điểm T0 là 15 (8 – 22). Giá trị các yếu tố liên quan tử vong của dân số chung trong thang điểm SNAP-II được ghi nhận theo tỷ lệ bệnh nhi có chỉ số bất thường ở thời điểm T0 được ghi nhận theo tỷ lệ bệnh nhi có chỉ số bất thường là: lượng nước tiểu (63,2%), thân nhiệt (52,7%), tỷ lệ PO₂/FiO₂ (49,5%), pH máu thấp nhất (13,7%), huyết áp trung bình (2,7%), và co giật nhiều lần (1,0%).

Bảng 7. Giá trị thang điểm SNAP-II thời điểm T24

Biến số (N=182)	Giá trị	Số ca (%)	Trung vị (Khoảng tứ phân vị) của điểm số
Huyết áp trung bình	≥ 30 mmHg	176(96,7%)	0 (0 – 0)
	20-29 mmHg	5 (2,8%)	
	< 20 mmHg	1 (0,5%)	
Thân nhiệt	> 35,6 °C	179(98,5%)	0 (0 – 0)
	35 – 35,6 °C	1 (0,5%)	
	< 35 °C	2 (1,0%)	
PO₂(mmHg) / FiO₂(%)	> 2,49	103(56,6%)	0 (0 – 5)
	1 – 2,49	65 (35,7%)	
	0,3 – 0,99	14 (7,7%)	
	< 0,3	0 (0,0%)	
pH máu thấp nhất	≥ 7,2	148(81,3%)	0 (0 – 0)
	7,1 – 7,19	22 (12,1%)	
	< 7,1	12 (6,6%)	
Co giật nhiều lần	Không	181(99,5%)	0 (0 – 0)
	Có	1 (0,5%)	
Lượng nước tiểu (ml/kg/giờ)	≥ 1	153(84,1%)	0 (0 – 0)
	0,1 – 0,9	26 (14,3%)	
	< 0,1	3 (1,6%)	
Tổng điểm SNAP-II ở T24			5 (0 – 7)

Nhận xét: Điểm số thang điểm SNAP-II ở thời điểm T24 là 5 (0 – 7). Giá trị các yếu tố liên quan tử vong của dân số chung trong thang điểm SNAP-II được ghi nhận theo tỷ lệ bệnh nhi có chỉ số bất thường ở thời điểm T24 được ghi nhận theo tỷ lệ bệnh nhi có chỉ số bất thường là: tỷ lệ PO₂/FiO₂ (43,4%), pH máu thấp nhất (18,7%), lượng nước tiểu (15,9%), huyết áp trung bình (3,3%), thân nhiệt (1,5%), và co giật nhiều lần (0,5%).

IV. BÀN LUẬN

Tại Việt Nam, đánh giá tiên lượng tử vong tại Khoa HSSS bằng thang điểm SNAP-II là rất quan trọng. Nghiên cứu của chúng tôi đã được thực hiện nhằm đánh giá vai trò của thang điểm SNAP-II cũng như các yếu tố thành phần trong thang điểm trong việc tiên lượng tử vong. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với các kết quả của các nghiên cứu khác.

Nguyễn Thị Kim Nhi, Phạm Lê An, Phùng Nguyễn Thế Nguyên (2019) đánh giá tiên lượng tử vong tại khoa HSSS bằng thang điểm SNAP-II trên 552 trẻ sơ sinh nhập khoa HSSS BV Nhi Đồng 2 trong khoảng thời gian từ 12/2016 – 6/2018 ghi nhận tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là 23,6%^[2]. Các yếu tố liên quan đến tử vong bao gồm: trẻ có địa chỉ ở tỉnh, tuổi thai < 37 tuần, có điểm số Apgar, lúc 5 phút < 7, có phù bì hay có sốc lúc nhập khoa HSSS, trẻ có bệnh lý ngoại khoa. Giá trị "cut off" của thang điểm SNAP-II ≥ 13,5 (p=0,000) lúc nhập Khoa HSSS làm tăng nguy cơ tử vong với độ nhạy, độ đặc hiệu của điểm cắt SNAP- II ≥ 13,5 trong tiên đoán tử vong trong thời gian nằm viện lần lượt là 64,6% và 76,8%, diện tích dưới đường cong ROC của SNAP- II là 0,737^[2].

Đặng Văn Chúc và cộng sự (2020) đã nghiên cứu vai trò của thang điểm SNAP-II trong tiên lượng tử vong sơ sinh trên 92 trẻ sơ sinh điều trị tại Khoa Hồi sức Cấp cứu Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng ghi nhận tỷ lệ tử vong sơ sinh sau 24 giờ nhập viện trong nghiên cứu là 26,1%, nguyên nhân tử vong: non tháng (29,17%), nhiễm khuẩn huyết (25%), xuất huyết não (25%), đẻ ngạt (8,33%), chậm tiêu dịch phổi (8,33%)^[1]. Ngưỡng điểm SNAP II có giá trị tiên lượng tử vong ở trẻ sơ sinh với diện tích dưới đường cong ROC là 0,896. Điểm SNAP II có giá trị đánh giá nguy cơ tử vong là 15 với độ nhạy là 87,5% và độ đặc hiệu là 76,5%. Nghiên cứu cũng cho thấy tuổi thai và cân nặng đơn lẻ thì không có giá trị tiên lượng tử vong với diện tích dưới đường cong ROC của tuổi thai là 0,229 và cân nặng là 0,232^[1].

Nguyễn Thị Kim Nhi (2021) nghiên cứu đánh

giá tiên lượng tử vong trên 552 trẻ sơ sinh tại Khoa HSSS BV Nhi Đồng 2 ghi nhận tỷ lệ tử vong là 23,6%, các yếu tố liên quan tử vong của dân số chung: điểm số Apgar 5 phút <7, có cứng phù bì lúc nhập Khoa HSSS, sốc trong 12 giờ đầu nhập HSSS^[3]. Kết quả thang điểm SNAP-II áp dụng cho dân số có CNLS > 1500g tốt hơn so với dân số có CNLS ≤ 1500g, tại thời điểm sau 24 giờ nhập khoa HSSS có giá trị phân cách giữa sống và tử vong tốt hơn so với tại thời điểm lúc nhập khoa HSSS. Tại thời điểm lúc mới nhập khoa HSSS: Diện tích dưới đường cong ROC của SNAP-II là 0,839 ở nhóm trẻ có CNLS > 1500g so với 0,65 ở nhóm trẻ có CNLS ≤ 1500g. Tại thời điểm 24 giờ nhập khoa HSSS: Diện tích dưới đường cong ROC của nhóm trẻ có CNLS > 1500g là 0,879 so với 0,73 ở nhóm trẻ có CNLS ≤ 1500g. Khi phối hợp thang điểm SNAP-II tại thời điểm 24 giờ nhập khoa HSSS thì làm tăng khả năng tiên đoán tử vong trong mô hình tiên lượng tử vong cho các nhóm trẻ, đặc biệt cho trẻ có CNLS > 1500g^[3].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tử vong là 11,0%. Điểm số thang điểm SNAP-II ở thời điểm T0 là 15 (8 – 22) và T24 là 5 (0 – 7). Giá trị các yếu tố liên quan tử vong

của dân số chung trong thang điểm SNAP-II được ghi nhận theo tỷ lệ bệnh nhi có chỉ số bất thường ở thời điểm T0 là lượng nước tiểu (63,2%), thân nhiệt (52,7%) và T24 là tỷ lệ PO₂/FiO₂ (43,4%), pH máu thấp nhất (18,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chức Đặng Văn, Oanh Nguyễn Thị, Yên Nguyễn Thị Ngọc và cộng sự.** Vai trò của thang điểm SNAP-II trong tiên lượng tử vong sơ sinh tại Khoa Hồi sức Cấp cứu Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2020. Tạp chí Y học Hải Phòng (2020).
2. **Nhi Nguyễn Thị Kim, An Phạm Lê, Nguyễn Phùng Nguyễn Thế.** Đánh giá tiên lượng tử vong tại Khoa Hồi sức sơ sinh bằng thang điểm SNAP-II. Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa (2019);3(2):48-55. ISSN 2615-9198.
3. **Nhi Nguyễn Thị Kim.** Đánh giá tiên lượng tử vong ở trẻ sơ sinh tại Khoa Hồi sức sơ sinh. Luận văn Tiến sĩ Y Học. TP Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh (2021).
4. **Hanley JA, McNeil BJ.** The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. Radiology (1982);143(1):29-36.
5. **Richardson DK, Corcoran JD, Escobar GJ, Lee SK.** SNAP-II and SNAPPE-II: Simplified newborn illness severity and mortality risk scores. Journal of Pediatrics (2001);138(1):92-100. doi:10.1067/mpd.2001.109608.
6. **UNICEF.** Neonatal mortality. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/#resources>.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ NHỮNG YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA TIỀN SẢN GIẬT Ở CÁC THAI PHỤ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2024

Mai Trọng Hưng^{1,2}, Đỗ Tuấn Đạt^{1,3}, Lê Văn Đạt^{1,2}, Lương Hoàng Thành^{1,2}, Đinh Thị Thu Trang^{1,2}, Phạm Đồng Long, Phạm Quang Dũng², Nguyễn Ngọc Chi Mai², Nguyễn Đức Dương², Hồ Văn Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến tiền sản giật (TSG) tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 84 sản phụ được chẩn đoán tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2024 đến 31/12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là

31,3 ± 5,8 tuổi, trong đó nhóm <35 tuổi chiếm 75%. Trong số các đối tượng nghiên cứu, số thai phụ mang thai con so chiếm 47,6%. Tiền sử bệnh lý nội khoa phổ biến nhất là đái tháo đường thai kỳ, chiếm tỷ lệ 25%. Tại thời điểm vào viện, sản phụ có tăng huyết áp (THA) độ 1 chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 53,6%. Tại thời điểm vào viện, nồng độ protein niệu trung bình ở nhóm TSG có dấu hiệu nặng là 2,0 g/l lớn hơn so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng là 0,9 g/l. Sự thay đổi trong xét nghiệm theo chiều hướng tăng AST, ALT, acid uric, creatinin máu, protein niệu và giảm albumin máu, tiểu cầu. Tại thời điểm chấm dứt thai kỳ (CDTK), tỷ lệ sản phụ của nhóm TSG có dấu hiệu nặng là 76,2%, tỷ lệ này ở nhóm TSG không có dấu hiệu nặng là 23,8%. Trong số các thai phụ mắc TSG, dấu hiệu nặng phổ biến nhất là THA nặng. **Kết luận:** THA là biểu hiện lâm sàng chủ yếu, trong đó THA nặng là dấu hiệu nặng thường gặp nhất. Nhóm TSG có dấu hiệu nặng có nồng độ protein niệu cao hơn rõ rệt. Có mối liên quan giữa độ tuổi mang thai, số lần mang

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

²Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

³Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Trọng Hưng

Email: bacsymaitronghung@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 19.9.2025