

5. Korver A.M., Smith R.J., Van Camp G., et al. (2017), "Congenital hearing loss", Nat Rev Dis Primers, 3 pp. 16094.
6. Lieu J.E.C., Kenna M., Anne S., et al. (2020), "Hearing Loss in Children: A Review", Jama, 324 (21), pp. 2195-2205.
7. Stevens G., Flaxman S., Brunskill E., et al. (2013), "Global and regional hearing impairment prevalence: an analysis of 42 studies in 29 countries", Eur J Public Health, 23 (1), pp. 146-152.

KẾT QUẢ SÀN KHOA XỬ TRÍ TIỀN SẢN GIẬT 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: Đánh giá kết quả sản khoa ở những thai phụ 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 (TSG) tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2024 đến 31/12/2024. **Kết quả:** Trong số 84 đối tượng, có 76,2% thai phụ được chẩn đoán TSG có dấu hiệu nặng, 23,8% thuộc nhóm TSG không có dấu hiệu nặng. Đa số các sản phụ đều được chỉ định mổ lấy thai, chiếm tỷ lệ 97,6%. Sản phụ được chuyển sang đơn vị hồi sức tích cực chiếm 9,5%. Tuổi thai trung bình lúc chấm dứt thai kỳ (CDTK) ở nhóm TSG có dấu hiệu nặng là nhỏ hơn so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng ($32,2 \pm 3$ tuần và $35,7 \pm 1,9$ tuần). Ở thời điểm 1 phút sau sinh, số trẻ có chỉ số APGAR < 7 điểm ở nhóm TSG nặng chiếm 40,6% trong khi ở nhóm không có dấu hiệu nặng, tỷ lệ này chỉ chiếm 5%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm trẻ sơ sinh ở thời điểm 5 phút sau sinh, hầu hết trẻ đều có chỉ số APGAR > 7 điểm. Nhóm TSG có dấu hiệu nặng có cân nặng trẻ sơ sinh thấp hơn so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng, ở cả cân nặng trung bình và tỉ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân. Trong các kết quả xấu gặp ở trẻ sơ sinh, phổ biến nhất là trẻ có cân nặng < 2000g gồm 52 trường hợp, tiếp theo là hỗ trợ hô hấp sau sinh với 48 trường hợp. Chỉ có 1 trường hợp tử vong chu sinh, không có trường hợp thai chết lưu. **Kết luận:** Mổ lấy thai là phương pháp CDTK chính trong TSG chiếm 97,6%. Biến chứng bất lợi cho mẹ bao gồm chuyển sang đơn vị hồi sức tích cực (9,5%), suy chức năng gan (3,6%), hội chứng HELLP (1,2%), phù phổi cấp (1,2%), không có sản phụ nào tử vong. Trẻ sơ sinh nặng < 2kg chiếm 61,9%, trẻ cần phải hỗ trợ hô hấp sau sinh chiếm 57,1%, tử vong chu sinh (1,2%), không có trường hợp thai chết lưu. Thai phụ thuộc nhóm TSG có dấu hiệu nặng có xu hướng có kết quả sản khoa bất lợi hơn ở cả mẹ và con.

Từ khóa: Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ, tiền sản giật, chấm dứt thai kỳ.

Từ viết tắt: Tăng huyết áp (THA), tiền sản giật (TSG), chấm dứt thai kỳ (CDTK)

SUMMARY

OBSTETRIC OUTCOMES OF PRE-ECLAMPSIA MANAGEMENT AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024

Objective: To evaluate obstetric outcomes in pregnant women with pre-eclampsia (PE) at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2024. **Subjects and Methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 84 pregnant women diagnosed with PE at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2024, to December 31, 2024. **Results:** Among the 84 cases, 76.2% were diagnosed with severe PE, while 23.8% had non-severe PE. The majority of patients underwent cesarean section, accounting for 97.6%. ICU admission occurred in 9.5% of cases. The average gestational age at termination of pregnancy (TOP) was lower in the severe PE group compared to the non-severe group (32.2 ± 3 weeks vs. 35.7 ± 1.9 weeks). At 1 minute after birth, 40.6% of newborns in the severe PE group had an APGAR score < 7, compared to only 5% in the non-severe group. At 5 minutes, there was no significant difference between the groups, with most newborns scoring > 7. Newborns in the severe PE group had lower birth weights, both in average weight and in the proportion of low birth weight infants. Among adverse neonatal outcomes, the most common was birth weight < 2000g (52 cases), followed by postnatal respiratory support (48 cases). There was only one case of perinatal death and no cases of stillbirth. **Conclusion:** Cesarean section was the primary method of TOP in PE cases, accounting for 97.6%. Maternal complications included ICU transfer (9.5%), liver dysfunction (3.6%), HELLP syndrome (1.2%), and pulmonary edema (1.2%), with no maternal deaths. Low birth weight (< 2kg) occurred in 61.9% of newborns, respiratory support was required in 57.1%, and perinatal mortality was 1.2%, with no stillbirths. Pregnant women with severe PE tended to have worse obstetric outcomes for both mother and child.

Keywords: Hypertensive disorders in pregnancy, pre-eclampsia, termination of pregnancy

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: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

Abbreviations: Hypertension (HTN), Pre-eclampsia (PE), Termination of pregnancy (TOP)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là một phần của rối loạn tăng huyết áp (THA) trong thai kỳ, gây ra bởi thai nghén hoặc ảnh hưởng của một thai nghén rất gần với tình trạng tăng huyết áp kèm theo ít nhất một biểu hiện tổn thương cơ quan đích như protein niệu, rối loạn chức năng gan, thận, huyết học hoặc các dấu hiệu bất thường về hệ thần kinh trung ương.

TSG chiếm tỷ lệ khoảng từ 2-8% tổng số lượng thai kỳ trên toàn thế giới. TSG là một trong ba nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ và sơ sinh. Sản phụ mắc tiền sản giật có nguy cơ cao mắc phải những biến chứng nguy hiểm đến tính mạng như xuất huyết mạch máu não, tổn thương thận cấp, vỡ gan, sản giật, hội chứng HELLP. Đối với thai nhi, TSG có thể dẫn tới tình trạng thai chậm phát triển trong tử cung, thiếu ối, đẻ non, nặng hơn là thai chết lưu hoặc tử vong chu sinh. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả sản khoa của thai phụ TSG tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, từ đó góp phần định hướng chiến lược chăm sóc và can thiệp phù hợp nhằm giảm thiểu tỷ lệ bệnh suất, tử suất mẹ và thai nhi liên quan đến TSG.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các sản phụ được chẩn đoán xác định Tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ ngày 01/01/2024 đến ngày 31/12/2024.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các sản phụ được chẩn đoán xác định tiền sản giật, điều trị và kết thúc thai kỳ tại Khoa Sản Bệnh, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những sản phụ có tình trạng bệnh lý tim mạch nặng (suy tim, nhồi máu cơ tim,...), bệnh lý ung thư, bệnh lý thận (suy thận,...), bệnh lý tự miễn, có thai dị tật nặng, đa thai.

- Những sản phụ có chỉ định kết thúc thai kỳ vì nguyên nhân khác (ối vỡ non, nhiễm khuẩn nước ối, rau tiền đạo chảy máu,...)

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ 01/01/2024 đến 31/12/2024

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

2.3. Phương pháp tiến hành nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

* **Cỡ mẫu nghiên cứu:**

- Phương pháp chọn mẫu: lựa chọn mẫu

thuận tiện, không xác suất.

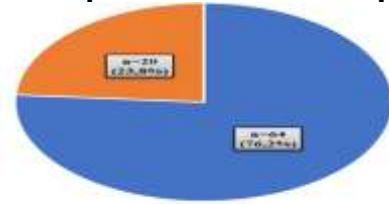
- Cỡ mẫu: chọn tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn có 84 đối tượng tại khoa Sản Bệnh, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2024 đến 31/12/2024.

* **Xử lý số liệu:** - Số liệu được xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 26.0

- Các test được sử dụng trong nghiên cứu bao gồm: T-test, Chi-square test (χ^2)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả sản khoa của thai phụ

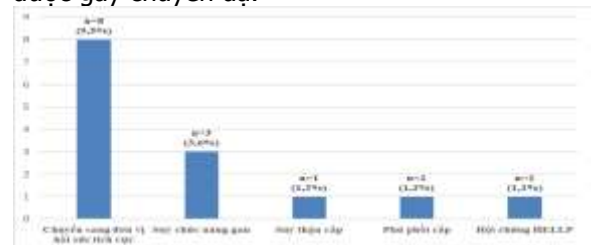


Biểu đồ 1: Phân loại TSG ở thời điểm chấm dứt thai kỳ

Bảng 1: Phương pháp kết thúc thai nghén

Phương pháp xử trí	n=84	Tỷ lệ (%)
Chấm dứt thai kỳ	Gây chuyển dạ	1
	Mổ lấy thai	82
Chuyển dạ tự nhiên	1	1,2

Nhận xét: Đa số các sản phụ đều được chỉ định mổ lấy thai, chiếm tỷ lệ 97,6%. Chỉ có 1 trường hợp chuyển dạ tự nhiên và 1 trường hợp được gây chuyển dạ.



Biểu đồ 2: Các kết cục thai kỳ xấu về phía mẹ

Nhận xét: Có 8 sản phụ được chuyển sang đơn vị hồi sức tích cực để theo dõi và điều trị tiếp (chiếm 9,5%). Có 3 trường hợp suy chức năng gan, 1 trường hợp mắc hội chứng HELLP và 1 trường hợp bị phù phổi cấp. Không có sản phụ nào bị tử vong.

3.2. Kết quả của trẻ sơ sinh

Bảng 2: Tuổi thai trung bình tại thời điểm chấm dứt thai kỳ

Tuổi thai trung bình lúc CDTK (tuần)	TSG có dấu hiệu nặng (n=64)	TSG không có dấu hiệu nặng (n=20)	p
$\bar{X} \pm SD$	$32,2 \pm 3$	$35,7 \pm 1,9$	$<0,01$

Nhận xét: Tuổi thai trung bình lúc CDTK ở nhóm TSG có dấu hiệu nặng ($32,2 \pm 3$ tuần) là

nhỏ hơn so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng ($35,7 \pm 1,9$ tuần). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$)

Bảng 3: Chỉ số Apgar 1 phút của trẻ sau sinh

Chỉ số Apgar		TSG có dấu hiệu nặng		TSG không có dấu hiệu nặng		p
		n=64	Tỷ lệ (%)	n=20	Tỷ lệ (%)	
Apgar 1 phút	<7	26	40,6	1	5	0,003
	≥7	38	59,4	19	95	

Nhận xét: Chỉ số Apgar 1 phút: hầu hết các trẻ ở nhóm TSG không có dấu hiệu nặng không bị ngạt với tỷ lệ là 95%, tỷ lệ này là nhỏ hơn ở các trẻ nhóm TSG có dấu hiệu nặng (59,4%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$)

Bảng 4: Chỉ số Apgar 5 phút của trẻ sau sinh

Chỉ số Apgar		TSG có dấu hiệu nặng		TSG không có dấu hiệu nặng		p
		n=64	Tỷ lệ (%)	n=20	Tỷ lệ (%)	
Apgar 5 phút	<7	4	6,2	0	0	0,568
	≥7	60	93,8	20	100	

Nhận xét: Chỉ số Apgar 5 phút: đa số các trẻ ở cả nhóm TSG có dấu hiệu nặng và TSG không có dấu hiệu nặng đều không bị ngạt với tỷ lệ lần lượt là 93,8% và 100%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,005$)

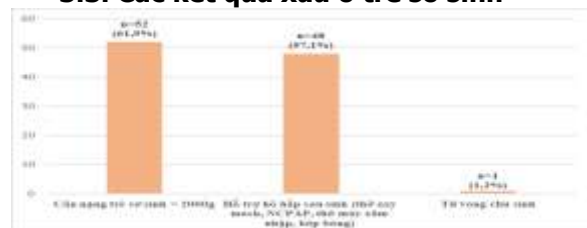
Bảng 5: Cân nặng trẻ sơ sinh

Cân nặng trẻ sơ sinh (g)	TSG có dấu hiệu nặng		TSG không có dấu hiệu nặng		p
	n=64	Tỷ lệ (%)	n=20	Tỷ lệ (%)	
<2500	54	84,4	9	45	<0,001
≥2500	10	15,6	11	55	
X±SD	1599,2±689,1		2570±623,1		<0,001

Nhận xét: - Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500g ở nhóm TSG có dấu hiệu nặng là 84,4%, lớn hơn tỷ lệ này ở nhóm TSG không có dấu hiệu nặng (45%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$).

- Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh nhóm TSG có dấu hiệu nặng là $1599,2 \pm 689,1$ g, nhỏ hơn giá trị này ở nhóm TSG không có dấu hiệu nặng là $2570 \pm 623,1$ g. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$).

3.3. Các kết quả xấu ở trẻ sơ sinh



Biểu đồ 3: Các kết quả xấu ở trẻ sơ sinh

Nhận xét: Trong các kết quả xấu gặp ở trẻ sơ sinh, phổ biến nhất là trẻ có cân nặng < 2000g gồm 52 trường hợp, tiếp theo là hỗ trợ hô hấp sau sinh với 48 trường hợp. Chỉ có 1 trường hợp tử vong chu sinh, không có trường hợp thai chết lưu

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về kết quả sản khoa của thai phụ

❖ **Phân loại Tiền sản giật tại thời điểm chấm dứt thai kỳ.** Tại thời điểm chấm dứt thai kỳ, có 64 thai phụ được chẩn đoán TSG có dấu hiệu nặng, chiếm tỷ lệ 76,2%, còn lại là 20 thai phụ thuộc nhóm TSG không có dấu hiệu nặng chiếm 23,8%. Đa số các đối tượng trong nhóm TSG không có dấu hiệu nặng được CDTK khi thai đã đủ tháng, một số ít CDTK trước 37 tuần do thai suy. Có thể thấy tỷ lệ thai phụ mắc TSG có dấu hiệu nặng trong nghiên cứu gấp hơn 3 lần so với nhóm không có dấu hiệu nặng.

❖ **Phương pháp chấm dứt thai kỳ.** Hầu hết được kết thúc thai kỳ bằng phương pháp mổ lấy thai, gồm 82 trường hợp chiếm tỷ lệ 97,6%. Có 1 trường hợp TSG không có dấu hiệu nặng, khởi phát muộn sau tuần thứ 37 sản phụ này sau đó đã chuyển dạ đẻ tự nhiên, trong và sau quá trình chuyển dạ đều không có biến chứng cho mẹ và con. Có duy nhất 1 trường hợp được gây chuyển dạ, sản phụ này khởi phát TSG sớm từ tuần thai thứ 26 kèm nhiều yếu tố bất lợi nên đã được chỉ định đình chỉ thai nghén nội khoa. Tỷ lệ mổ lấy thai cao ở nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Vũ Hồng Thăng với tỷ lệ là 95,4%. Có thể thấy phương pháp mổ lấy thai là phương pháp được sử dụng rộng rãi trong điều trị TSG vì nó cho kết quả nhanh chóng và an toàn, trong khi các phương pháp kết thúc thai kỳ khác đòi hỏi sự theo dõi sát sao và có thể xuất hiện các biến chứng.

❖ **Các kết quả thai kỳ xấu ở mẹ.** Trong nghiên cứu này tần suất các biến chứng ở mẹ xuất hiện không nhiều, với tỷ lệ hội chứng HELLP, phù phổi cấp, suy thận cấp đều là 1/84 bệnh nhân và 3/84 bệnh nhân có suy chức năng gan. Tỷ lệ thấp này cũng tương đồng với kết quả trong các nghiên cứu của Đặng Công Việt và Cao Thị Hào. Không trường hợp nào có biến chứng rau bong non, sản giật và tử vong mẹ. các kết quả thai kỳ xấu ở mẹ trong các nghiên cứu gần đây là không cao, cho thấy được sự tiến bộ trong công tác theo dõi và điều trị các ca bệnh TSG, kèm theo đó là nhờ sự phát triển của hệ thống chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng nên việc chỉ định kết thúc thai kỳ sớm được thực hiện

rộng rãi trên lâm sàng, hạn chế được sự xuất hiện của các biến chứng nặng.

4.2. Bàn luận về kết quả của trẻ sơ sinh

❖ **Tuổi thai lúc chấm dứt thai kỳ.** Các thai phụ trong nhóm TSG có dấu hiệu nặng trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi thai trung bình khi CDTK là $32,2 \pm 3$ tuần, sớm hơn nhóm không có dấu hiệu nặng là $35,7 \pm 1,9$ tuần, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Cao Thị Hào cũng nhận định rằng nhóm sản phụ TSG nặng phải chấm dứt thai kỳ chủ yếu ở tuổi thai từ 28-34 tuần, sớm hơn so với nhóm TSG nhẹ. Các thai kỳ TSG có dấu hiệu nặng thường rất khó khăn trong việc kéo dài thời gian mang thai vì bệnh càng tiến triển sẽ càng mang đến nhiều nguy cơ và biến chứng cho cả mẹ và thai. Kết thúc thai kỳ cho đến nay vẫn là phương pháp điều trị TSG hiệu quả nhất, đặt sức khỏe và sự an toàn của người mẹ là ưu tiên hàng đầu.

❖ **Chỉ số APGAR của trẻ sơ sinh.** Tại thời điểm 1 phút sau sinh, số trẻ có chỉ số Apgar < 7 điểm ở nhóm TSG nặng chiếm tới 40,6%, trong khi ở nhóm không có dấu hiệu nặng tỷ lệ trẻ có chỉ số Apgar < 7 điểm chỉ chiếm 5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Kết quả tương đồng cũng được nhận thấy ở nghiên cứu của Cao Thị Hào, với số trẻ có chỉ số Apgar sau 1 phút < 7 điểm ở nhóm TSG nặng và nhóm TSG nhẹ lần lượt là 30% và 2,3%.

Đối với thời điểm 5 phút sau sinh trong nghiên cứu, hầu hết các trẻ sơ sinh ở 2 nhóm đều có chỉ số Apgar > 7 điểm và không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm. Kết quả này có thể được lý giải do tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, các biện pháp và kỹ thuật hồi sức hô hấp sau sinh cho trẻ thường được thực hiện rất nhanh chóng và kịp thời nên tới thời điểm 5 phút sau đẻ, đa số các trẻ đều cải thiện về tình trạng hô hấp và chỉ số Apgar.

❖ **Cân nặng trẻ sơ sinh.** Kết quả trong bảng 3.10 cho thấy cân nặng trung bình của nhóm trẻ sinh ra từ các thai phụ TSG có dấu hiệu nặng là $1599,2 \pm 689,1$ g, nhỏ hơn so với nhóm trẻ sinh ra từ thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng ($2570 \pm 623,1$ g), tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân ở nhóm TSG có dấu hiệu nặng cũng lớn hơn nhóm còn lại, các sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Munoz tại Tây Ban Nha cũng cho kết quả tương đồng khi có cân nặng sơ sinh trung bình của nhóm TSG nặng (1843g) là thấp hơn so với nhóm TSG nhẹ (2297g).

❖ **Các kết quả xấu ở trẻ sơ sinh.** Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy các kết quả xấu cho trẻ sinh ra ở thai kỳ TSG gồm có 52 trường hợp

có cân nặng sơ sinh < 2000 g, 48 trường hợp cần hỗ trợ hô hấp sau sinh và chỉ 1 trường hợp tử vong chu sinh, không có trường hợp nào thai chết lưu.

Các nguyên nhân gây nên những gánh nặng về bệnh tật và tử vong sơ sinh trong bệnh lý TSG, mặc dù rất phức tạp và gồm nhiều yếu tố, chủ yếu đến từ việc chấm dứt thai kỳ non tháng và các rối loạn tuần hoàn tử cung rau, làm giảm sút lượng máu tới nuôi dưỡng thai. Những ảnh hưởng xấu của TSG lên trẻ sơ sinh được biểu hiện rõ nhất ở cơ quan hô hấp và cân nặng trẻ sơ sinh thấp. Hệ hô hấp của các thai TSG thường không có được đủ điều kiện nuôi dưỡng và thời gian để phát triển, do đó gây nên các tình trạng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh, đòi hỏi cần có can thiệp hồi sức hô hấp kịp thời bằng các biện pháp như thở oxy mask, thở NCPAP, thở máy xâm nhập. Sự phát triển của các biện pháp và kỹ thuật hồi sức sơ sinh đã làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong và bệnh tật ở trẻ sơ sinh non tháng từ các thai kỳ nguy cơ cao.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số các trường hợp tiền sản giật (TSG) tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong năm 2024 thuộc nhóm có dấu hiệu nặng, chiếm tới 76,2%. Phương pháp chấm dứt thai kỳ chủ yếu là mổ lấy thai (97,6%), phản ánh sự lựa chọn ưu tiên nhằm đảm bảo an toàn cho mẹ và thai trong bối cảnh bệnh lý tiến triển nhanh và nguy cơ cao.

Các biến chứng nặng ở mẹ như hội chứng HELLP, phù phổi cấp hay suy gan ghi nhận với tỷ lệ thấp, không có sản phụ nào tử vong. Điều này cho thấy hiệu quả của việc theo dõi sát, can thiệp sớm và chăm sóc sản khoa toàn diện. Tuy nhiên, kết quả thai kỳ ở trẻ sơ sinh vẫn còn nhiều thách thức, đặc biệt ở nhóm TSG có dấu hiệu nặng: hơn 60% trẻ có cân nặng < 2000 g, gần 60% cần hỗ trợ hô hấp sau sinh, và vẫn có tỷ lệ tử vong chu sinh (1,2%).

Những kết quả trên khẳng định rằng TSG, đặc biệt là thể nặng và khởi phát sớm, gây ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả sản khoa ở cả mẹ và con. Do đó, việc phát hiện sớm, theo dõi chặt chẽ và chỉ định chấm dứt thai kỳ hợp lý là yếu tố then chốt giúp hạn chế biến chứng và cải thiện tiên lượng cho cả thai phụ và trẻ sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222.** Obstetrics & Gynecology. 2020;135(6):e237-e260.
2. **C. V. Ananth, K. M. Keyes, R. J. Wapner.** Pre-

- eclampsia rates in the United States, 1980-2010: age-period-cohort analysis. *BMJ*. Nov 7 2013;347:f6564.
3. **Y. Yang, I. Le Ray, J. Zhu, J. Zhang, J. Hua, M. Reilly.** Preeclampsia Prevalence, Risk Factors, and Pregnancy Outcomes in Sweden and China. *JAMA Netw Open*. May 3 2021;4(5):e218401.
 4. **Đặng Công Việt.** "Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương". Luận văn thạc sĩ Y học, 2020.
 5. **Cao Thị Hào.** "Kết quả tiền sản giật trong 3 tháng cuối thai kỳ tại bệnh viện Sản nhi Nghệ An trong 2 năm 2021-2022". Luận văn thạc sĩ Y học, 2023;
 6. **Vũ Hồng Thắng.** "Kết quả xử trí thai nghén sản phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương". Luận văn thạc sĩ Y học, 2022.
 7. **R. Munoz-Hernandez, P. Medrano-Campillo, M. L. Miranda, et al.** Total and Fetal Circulating Cell-Free DNA, Angiogenic, and Antiangiogenic Factors in Preeclampsia and HELLP Syndrome. *Am J Hypertens*. Jul 1 2017;30(7):673-682.
 8. **C. H. Backes, K. Markham, P. Moorehead, L. Cordero, C. A. Nankervis, P. J. Giannone.** Maternal preeclampsia and neonatal outcomes. *J Pregnancy*. 2011;2011:214365.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH NON THÁNG TẠI KHOA HỒI SỨC SƠ SINH BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Đồng Thị Thùy Dung¹, Phạm Thị Thanh Tâm¹, Nguyễn Đức Toàn^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sơ sinh non tháng, được định nghĩa là trẻ sơ sinh được sinh ra ở thời điểm trước 37 tuần tuổi thai^[7]. Suy hô hấp gây ra nhiều khó khăn thách thức trong chẩn đoán và điều trị ở trẻ sơ sinh non tháng với chẩn đoán xác định dựa vào kết quả khí máu động mạch^[5]. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, tình hình nghiên cứu về suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tháng rất phong phú. Tuy nhiên những năm gần đây chưa có nhiều nghiên cứu cụ thể và chuyên biệt về vấn đề suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tháng tại trung tâm của chúng tôi. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả các đặc điểm của suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tháng tại Khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ phần trăm các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và kết quả điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tháng 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. **Kết quả:** Có 145 trường hợp suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tháng trong thời gian nghiên cứu. Tuổi thai có trung vị 34,0 tuần (29,4 – 35,0 tuần), cân nặng lúc sinh có trung vị 1900g (1300 – 2300g), tỷ lệ trẻ sơ sinh cực non là 12,4%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là rút lõm ngực nặng và tím trung tâm, chiếm 46,2%. Ngoài ra, trẻ cũng có các biểu hiện khác như thở nhanh (24,8%), thở rên (24,1%) và ngưng thở (15,9%). Bất thường cận lâm sàng chính là có tổn thương phổi trên Xquang ngực thẳng (55,2%), toan chuyển hóa (24,8%), CRP tăng (17,2%), tăng bạch cầu (16,6%) và giảm tiểu cầu (16,6%). Các chẩn đoán nguyên nhân suy hô hấp

thường gặp bao gồm suy hô hấp do bệnh lý ngoại khoa (36,6%), hội chứng suy hô hấp cấp tính (34,5%), viêm phổi (24,1%), tim bẩm sinh (12,4%), cơn thở nhanh thoáng qua (10,3%) và tăng áp phổi (5,5%). Các điều trị chính bao gồm liệu pháp kháng sinh (100,0%), thở máy xâm lấn (74,5%), thở máy không xâm lấn (73,1%), liệu pháp surfactant thay thế (35,2%) và caffeine (35,2%). Các kết quả điều trị chính bao gồm trẻ xuất viện (87,0%) và tử vong (13,0%). Ngoài ra, trẻ có biến chứng của suy hô hấp chiếm 31,0%, trong đó loạn sản phế quản phổi chiếm 9,0%. **Kết luận:** Nguyên nhân thường gặp nhất gây suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tháng là suy hô hấp do bệnh lý ngoại khoa chiếm tỷ lệ 36,6% và hội chứng suy hô hấp cấp tính chiếm tỷ lệ 34,5%, trong đó điều trị thở máy xâm lấn chiếm tỷ lệ 74,5%. Tỷ lệ tử vong là 13,0%. Tỷ lệ loạn sản phế quản phổi là 9,0%. Cần có chiến lược chẩn đoán và điều trị phù hợp để giảm tỷ lệ tử vong và loạn sản phế quản phổi.

Từ khóa: suy hô hấp, sơ sinh non tháng.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, DIAGNOSIS, TREATMENT, AND OUTCOMES OF RESPIRATORY FAILURE IN PRETERM NEWBORNS AT THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT OF CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Preterm birth, defined as infants born before 37 weeks of gestation, poses significant challenges in diagnosing and treating respiratory distress, with diagnosis confirmed by arterial blood gas results^{[5][7]}. Globally and in Vietnam, research on respiratory distress in preterm infants is extensive. However, in recent years, there have been few specific and focused studies on respiratory distress in preterm infants at our center. Therefore, we conducted this study to describe the characteristics of respiratory distress in preterm infants at the Neonatal Intensive Care Unit of Children's Hospital 1. **Objectives:** To determine the percentage of clinical,

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: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 16.9.2025