

16 2019;9(1):19186. doi:10.1038/s41598-019-55535-7

9. **Feng F., Liu J., Wang F., et al.** Prognostic value of differentiation status in gastric cancer. *BMC Cancer*. Sep 3 2018;18(1):865. doi:10.1186/s12885-018-4780-0

10. **Yaprak G., Tataroglu D., Dogan B., Pekyurek M.** Prognostic factors for survival in patients with gastric cancer: Single-centre experience. *North Clin Istanbul*. 2020;7(2):146-152. doi:10.14744/nci.2019.73549

## NGUYÊN NHÂN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Vũ Thị Chín<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Quỳnh Nga<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định nguyên nhân và kết quả điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 4/2022-3/2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trong thời gian từ 4/2022-03/2023 trên 346 bệnh nhi sơ sinh được chẩn đoán là suy hô hấp tại khoa Hồi sức sơ sinh – Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** Trong tổng số 346 bệnh nhi suy hô hấp cho thấy tuổi thai trung bình 32,9±3,6 tuần tuổi, cân nặng trung bình 1900 ± 780 grams, bệnh nhi nam gấp 1,4 lần so với bệnh nhi nữ. Các nguyên nhân gây suy hô hấp sau sinh được ghi nhận lần lượt là bệnh màng trong chiếm 33,8%; chậm tiêu dịch phổi (2,6%), viêm phổi (1,4%), 0,9% do ngạt. Các yếu tố lâm sàng là nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả điều trị như: như trẻ phải bóp bóng đặt NKQ khi nhập viện; SpO<sub>2</sub> lúc nhập viện <90%; nhiệt độ <36 độ C. 82,6% trẻ suy hô hấp có nguyên nhân tại phổi được điều trị thành công. **Kết luận:** Nguyên nhân gây suy hô hấp sau sinh chủ yếu là do trẻ bị bệnh màng trong, kết quả điều trị thành công chiếm tỷ lệ cao.

**Từ khóa:** Suy hô hấp sơ sinh, ngạt, trẻ sinh non

### SUMMARY

#### CAUSES AND RESULTS OF TREATING RESPIRATORY FAILURE IN INFANTS AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

**Objective:** To determine the causes and treatment outcomes of respiratory distress syndrome in neonates treated at the Pediatric Hospital of Nghe An from April 2022 to March 2023. **Methods:** A descriptive study was conducted among 346 neonates diagnosed with respiratory distress syndrome at the Neonatal Intensive Care Unit of the Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from April 2022 to March 2023. **Results:** The study of 346 infants with respiratory failure showed that the average gestational

age was 32.9±3.6 weeks and the average weight was 1.9±0.78 kg. Male infants were 1.4 times more common than female infants. The causes of postnatal respiratory failure were recorded as follows: respiratory distress syndrome 33.8%, slow lung fluid clearance (2.6%), pneumonia (1.4%), and choking (0.9%). Clinical factors that could affect treatment outcomes were identified, including the need for bag-mask ventilation upon admission, an SpO<sub>2</sub> level of less than 90% upon admission, and a body temperature below 36 degrees Celsius. 82.6% with pulmonary causes were successfully treated. **Conclusion:** The main cause of postnatal respiratory failure was respiratory distress syndrome, The successful treatment rate were very high.

**Keywords:** Neonatal respiratory distress syndrome, choking, preterm

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp là một hội chứng rất thường gặp ở thời kỳ sơ sinh, đặc biệt là những ngày đầu sau đẻ, là đáp ứng không đặc trưng của những tình trạng bệnh nặng. Trẻ sơ sinh càng non tháng, nguy cơ bị suy hô hấp càng cao. Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh có thể tiến triển tới ngừng thở và sau đó là ngừng tim và tử vong nếu không được điều trị [1]. Theo Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ, khoảng 10% trẻ sơ sinh cần được hỗ trợ thở khi mới sinh, có tới 1% cần hồi sức tích cực. Các báo cáo khác chỉ ra rằng có khoảng 7% bị suy hô hấp sau sinh. Suy hô hấp là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sớm và là lý do khiến trẻ sơ sinh phải nhập viện. Nguyên nhân suy hô hấp sơ sinh bao gồm: bệnh màng trong, hội chứng hít phân su, viêm phổi, chậm tiêu dịch phổi, ngạt, tim bẩm sinh, bệnh chuyển hóa [1]. Điều trị suy hô hấp sơ sinh nhằm ổn định tình trạng bệnh lý của trẻ bao gồm: hỗ trợ hô hấp, điều chỉnh rối loạn toan kiềm và rối loạn điện giải, phòng và điều trị nhiễm khuẩn, đảm bảo dinh dưỡng, đảm bảo thân nhiệt không để rối loạn, đặc biệt hạ nhiệt độ, điều trị nguyên nhân [1].

Theo Nguyễn Thành Nam và cộng sự tại bệnh viện Bạch Mai tỷ lệ suy hô hấp bệnh nhân

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Bắc

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: quynhnga@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

sơ sinh nhập viện 33,3% [2]. Còn nghiên cứu của Khu Thị Khánh Dung và cộng sự nghiên cứu tại tỉnh Hòa Bình vào năm 2018 thấy mô hình bệnh cấp cứu sơ sinh tại tuyến tỉnh phổ biến nhất là suy hô hấp (58,8%) tại tuyến huyện chủ yếu vẫn là suy hô hấp (63,2%) [3].

Tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An đã xây dựng mô hình phối hợp giữa chuyên khoa Sản với chuyên khoa Sơ sinh nhằm tăng cường công tác hồi sức cấp cứu trẻ sơ sinh, bước đầu đã mang lại hiệu quả rõ rệt. Khoa Hồi sức cấp cứu sơ sinh - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An có 50 giường bệnh kế hoạch và hàng năm có khoảng 1.200 trẻ nhập viện do nhiều nguyên nhân khác nhau trong đó suy hô hấp chiếm tỷ lệ cao và khoảng hơn 100 trường hợp tử vong và nặng xin về do nhiều nguyên nhân khác nhau [4]. Tuy vậy vẫn chưa có nghiên cứu nào tổng hợp đầy đủ về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "*Nguyên nhân và kết quả điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*" với mục tiêu: *Xác định nguyên nhân và kết quả điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 4/2022- 3/2023.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhi sơ sinh được chẩn đoán suy hô hấp điều trị tại Khoa Hồi sức Sơ sinh - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong thời gian từ 04/2022- 03/2023.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân  $\leq 28$  ngày tuổi được chẩn đoán suy hô hấp điều trị tại Khoa Hồi sức Sơ Sinh - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An .

- Những bệnh nhi chẩn đoán suy hô hấp sơ sinh: dựa vào triệu chứng lâm sàng khó thở, suy hô hấp (thở nhanh  $> 60$  lần/phút hoặc thở chậm  $< 40$  lần/phút, co rút lồng ngực và hõm ức, di động ngực bụng ngược chiều, phập phồng cánh mũi, thở rên hoặc ngừng thở, tím khi thở khí trời) và/hoặc triệu chứng cận lâm sàng suy hô hấp [5]

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Không có đầy đủ thông tin nghiên cứu theo mẫu bệnh án thống nhất.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu:**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức ước tính 1 tỷ lệ

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

**n:** cỡ mẫu nhỏ nhất phải đạt được trong nghiên cứu.

**p:** Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị suy hô hấp. Tại Việt nam theo nghiên cứu của Nguyễn Thành Nam và cộng sự nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai tỷ lệ suy hô hấp sau khi sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 33,3%. Nghiên cứu chúng tôi lấy  $p=34\%$ .

**d:** Khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ của quần thể,  $d = 5\%$

**Z:** Hệ số tin cậy, ở mức xác suất 95%,  $Z = 1,962$

Tính toán ta được cỡ mẫu lý thuyết tối thiểu = 345 bệnh nhi. Trên thực tế chúng tôi nghiên cứu trên 346 bệnh nhi

Chọn bệnh nhi có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu cho đến khi ít nhất đủ số lượng bệnh nhi theo ước định cỡ mẫu trong thời gian nghiên cứu.

### **- Phân loại căn nguyên gây bệnh Suy hô hấp theo ICD 10:**

- + P22.0: Bệnh màng trong
- + P21: Ngạt khi sinh
- + P24.0: Sơ sinh hít phân su
- + J18: Viêm phổi
- + I27.0: Tăng áp động mạch phổi nguyên phát
- + P26: Chảy máu phổi chu sinh
- + Q25.0: Còn ống động mạch
- + I61: Xuất huyết não
- + Q24: Các dị tật bẩm sinh khác của tim
- + A41.9: Nhiễm trùng huyết
- + P22.1: Thở nhanh thoáng qua của trẻ sơ sinh (chậm tiêu dịch phổi)

### **- Các bước tiến hành nghiên cứu:**

• Các bệnh nhân vào điều trị tại khoa Hồi sức sơ sinh - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, được khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng, thu thập thông tin đã được thiết kế sẵn, khi đủ tiêu chuẩn chẩn đoán suy hô hấp sơ sinh được đưa vào nghiên cứu.

• Các bệnh nhân này dựa vào đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng xác định nguyên nhân gây bệnh.

• Bệnh nhân suy hô hấp được điều trị hô hấp hỗ trợ và điều trị theo nguyên nhân suy hô hấp.

• Đánh giá kết quả điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh.

### **- Các biến số/chi số nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung: giới tính, tuổi thai, cân nặng.  
+ Nhóm biến số về đặc điểm lâm sàng: dấu hiệu lâm sàng suy hô hấp, hỗ trợ hô hấp lúc nhập viện, nhiệt độ,...

+ Nhóm biến số về cận lâm sàng: Xquang ngực, đường huyết, khí máu.

+ Nhóm biến số về phương pháp điều trị: điều trị Surfactant, thở oxy, thở CPAP, thở máy xâm nhập, sử dụng kháng sinh, số loại kháng sinh dùng, thuốc vận mạch.

- **Xử lý số liệu.** Số liệu sau khi thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số được trình bày dưới dạng số lượng, tỉ lệ. Bảng và biểu đồ được trình bày theo các biến số nghiên cứu. Test  $\chi^2$  và giá trị p được tính để so sánh sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tính tỷ suất chênh OR để tìm hiểu các yếu tố liên quan.

- **Đạo đức nghiên cứu.** Người nhà bệnh nhân được biết về mục đích, tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin của đối tượng nghiên cứu được bảo đảm bí mật. Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng khoa học thông qua và sự đồng ý của Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Đây là nghiên cứu quan sát mô tả, không can thiệp vì vậy không ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và quyền lợi của trẻ bệnh cũng như của bệnh viện và cộng đồng.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Qua nghiên cứu trên 346 bệnh nhi suy hô hấp cho thấy tuổi thai trung bình  $32,9 \pm 3,6$  tuần tuổi, cân nặng trung bình  $1,9 \pm 0,78$ kg; bệnh nhi nam gấp 1,4 lần so với bệnh nhi nữ.

**3.1. Nguyên nhân suy hô hấp**

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (n=346)**

Nội dung		n	%
Hỗ trợ hô hấp lúc nhập viện	Thở oxy	259	74,9
	Bóp bóng	87	25,1
Điểm Sliverman	3-5 điểm	170	49,2
	> 5 điểm	176	50,8
Giảm PaO <sub>2</sub> (<50mmHg)	Có	43	12,4
	Không	303	87,6
Tăng PaCO <sub>2</sub> (>60mmHg)	Có	49	14,2
	Không	297	85,8
Nhiễm toan (pH<7,2)	Có	60	17,3
	Không	286	82,7
Giảm SaO <sub>2</sub> (<80%)	Có	45	13,0
	Không	301	87,0

**Nhận xét:** Bảng 1 cho thấy hỗ trợ hô hấp lúc nhập viện có 74,9% bệnh nhi cần thở Oxy, tỉ lệ bệnh nhi phải bóp bóng 25,1 %; Điểm Sliverman của bệnh nhân ở 2 nhóm suy hô hấp nhẹ (3-5 điểm) là 49,2% và nhóm suy hô hấp

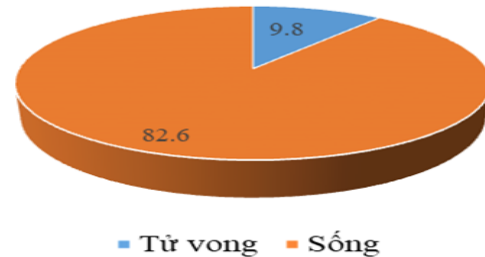
nặng (>5 điểm) là 50,8% tương đương nhau; Kết quả xét nghiệm khí máu khi bệnh nhân nhập viện cho thấy 17,3% trẻ nhiễm toan, 14,2% trẻ có tăng PaCO<sub>2</sub>; 13,0% trẻ giảm SaO<sub>2</sub> và 12,4% giảm PaO<sub>2</sub>

**Bảng 2. Các nguyên nhân gây suy hô hấp sau khi sinh (n=346).**

	Các nguyên nhân		n	%
Nguyên nhân tại phổi	Bệnh màng trong		117	33,8
	Ngạt		3	0,9
	Hội chứng hít phân su		0	0
	Viêm phổi		5	1,4
	Chạm tiêu dịch phổi		9	2,6
	Xuất huyết phổi		1	0,3
Nguyên nhân tim mạch	Còn ống động mạch		49	14,2
	Tăng áp động mạch phổi		9	2,6
	Tim bẩm sinh khác		3	2,6
Nguyên nhân thần kinh	Xuất huyết não		4	1,2
	Nhiễm trùng huyết		2	0,6

**Nhận xét:** Bảng 2 cho thấy nguyên nhân gây suy hô hấp sau sinh ở nhóm nguyên nhân tại phổi cao nhất là những trẻ bị bệnh màng trong chiếm 33,8%; tiếp đến là trẻ bị chạm tiêu dịch phổi (2,6%), viêm phổi (1,4%), có 3 trẻ ngạt chiếm 0,9%; ở nhóm nguyên nhân tim mạch những trẻ còn ống động mạch chiếm tỉ lệ cao nhất là 14,2%; có 4 trường hợp chiếm 1,2% trẻ bị xuất huyết não và có 2 trường hợp chiếm 0,6% trẻ bị nhiễm trùng huyết.

**3.2. Kết quả điều trị**



**Biểu đồ 1 Kết quả điều trị (n=144)**

**Nhận xét:** Biểu đồ 1 cho thấy trong số 144 trẻ suy hô hấp nguyên nhân tại phổi thì có 119 trẻ có kết quả điều trị sống chiếm 82,6%, có 25 trẻ chiếm 17,4% trẻ tử vong hoặc xin về.

**Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng nhập viện và kết quả điều trị**

Lâm sàng	Kết quả điều trị		Tử vong n (%)	Khỏi-ra viện n (%)	OR (95%CI)	P
	Bóp bóng-NKQ	Không				
Hỗ trợ hô hấp lúc nhập viện	Bóp bóng-NKQ		24(27,6)	63(72,4)	10,58 (4,68-23,89)	<0,05
	Không		9(3,5)	250(96,5)		
SpO <sub>2</sub> lúc nhập viện	< 90%		26(13,5)	167(86,5)	3,24 (1,37-7,71)	<0,05
	≥ 90%		7(4,6)	146(95,4)		
Nhiệt độ	< 36 <sup>o</sup> C		19(35,8)	34(64,2)	11,14 (5,12-24,21)	<0,05
	≥ 36 <sup>o</sup> C		14(4,8)	279(95,2)		

**Nhận xét:** Kết quả bảng 3. cho thấy những trẻ khi nhập viện phải bóp bóng- đặt nội khí quản có khả năng có nguy cơ dẫn đến tử vong ở bệnh nhi cao gấp 10,58 lần so với trẻ không phải bóp bóng hay đặt NKQ; Những trẻ có chỉ số SpO<sub>2</sub> lúc nhập viện < 90% có khả năng có nguy cơ dẫn đến tử vong cao gấp 3,24 lần so với trẻ có chỉ số SpO<sub>2</sub> lúc nhập viện ≥ 90%; ở những trẻ có nhiệt độ < 36°C yếu tố có khả năng dẫn tới tử vong ở bệnh nhi cao gấp 11,14 lần so với trẻ có nhiệt độ ≥ 36°C. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi lựa chọn có 346 trường hợp đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi thai trung bình 32,9±3,6 tuần tuổi, cân nặng trung bình 1,9 ± 0,78kg; bệnh nhi nam gấp 1,4 lần so với bệnh nhi nữ. Nghiên cứu cũng cho thấy có 74,9% bệnh nhi cần thở Oxy, tỉ lệ bệnh nhi phải bóp bóng 25,1 %.

Về nguyên nhân gây suy hô hấp tại phổi, chúng tôi ghi nhận nguyên nhân do trẻ có bệnh lý màng trong chiếm (33,8%, %); tiếp đến chậm tiêu dịch phổi (2,6%), viêm phổi (1,4%). Tuy đã có nhiều tiến bộ trong chăm sóc trước sinh và hồi sức sau sinh, tuy nhiên suy hô hấp do ngạt vẫn còn 3 trường hợp chiếm 0,9%. Trong khi đó nghiên cứu của Gallacher D.J. và cộng sự (2016) cho thấy 33,3% trẻ sơ sinh > 28 tuần tuổi thai nhập viện lý do đầu tiên là vấn đề của tình trạng hô hấp. Các tác giả cũng nhận định các nguyên nhân suy hô hấp ở trẻ sơ sinh là: ở trẻ đẻ non: bệnh màng trong, viêm phổi, xuất huyết phổi...; trẻ đủ tháng: cơn khó thở nhanh thoáng qua, bệnh màng trong, hít phân su, tăng áp động mạch phổi thứ phát, xuất huyết phổi...; các nguyên nhân ngoài hô hấp: suy tim do bệnh tim bẩm sinh, bệnh não thiếu oxy, rối loạn chuyển hóa [6]. Còn theo tác giả Nguyễn Thành Nam và cộng sự năm 2015 nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai tỷ lệ suy hô hấp sau khi sinh là 33,3%, nguyên nhân gây suy hô hấp sau sinh thường gặp trong nghiên cứu là các bệnh lý hô hấp: bệnh màng trong (10,8%), ngạt (15,8%), cơn khó thở nhanh thoáng qua (10,1%), viêm phổi (2,2%); bệnh lý tim mạch: còn ống động mạch (15,8%), tăng áp động mạch phổi (3,6%) [2]. Trong khi đó theo tác giả Nguyễn Phan Trọng Hiếu và cộng sự nghiên cứu trên 157 trẻ cho thấy nguyên nhân gây suy hô hấp do bệnh màng trong là nguyên nhân thường gặp nhất chiếm 42,04%, tiếp theo là các bệnh lý tại phổi

như: viêm phổi, viêm phổi hít phân su, cơn khó thở nhanh thoáng qua... chiếm 36,94%, suy hô hấp không tổn thương phổi chiếm 10,83%, bệnh lý khác: thoát vị hoành, tim bẩm sinh, bệnh lý chuyển hóa (hạ canxi máu máu, hạ đường huyết...) chiếm 7,01% [7]

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trong số 144 trẻ nhi suy hô hấp có nguyên nhân tại phổi thì có 119 trẻ có kết quả điều trị sống chiếm 82,6%, có 25 trẻ chiếm 17,4% trẻ tử vong hoặc xin về. So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phan Trọng Hiếu và cộng sự nghiên cứu trên 157 bệnh nhi ghi nhận đa số các trường hợp điều trị thành công chiếm 78,98%, 21,02% trường hợp diễn tiến nặng hơn, trong đó chuyển viện chiếm 12,74%, nặng xin về chiếm 6,37% và tử vong tại khoa chiếm 1,91% [7], và tác giả Trần Thị Thiên Lý nghiên cứu trên 380 bệnh Nhi tại khoa Sơ Sinh bệnh viện Sản Nhi Cà Mau ghi nhận tỉ lệ khỏi ra viện chiếm 79,4%, tử vong và bệnh nặng xin về chiếm 14,0% [8]. Sở dĩ tỷ lệ điều trị thành công trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phan Trọng Hiếu và cộng sự và nguyên cứu của tác giả Trần Thị Thiên Lý vì chúng tôi chỉ đánh giá kết quả điều trị đối với những bệnh nhi suy hô hấp có nguyên nhân tại phổi còn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phan Trọng Hiếu nghiên cứu trên 157 bệnh nhi; Trần Thị Thiên Lý đánh giá kết quả điều trị ở trẻ bị suy hô hấp do tất cả các nguyên.

Đánh giá điểm Silverman lúc nhập viện cho thấy suy hô hấp nhẹ 49,2% và nhóm suy hô hấp nặng là 50,8% tương đương nhau. Tác giả Nguyễn Phan Trọng Hiếu và cộng sự đánh giá điểm silverman của trẻ lúc nhập viện ghi nhận trẻ không suy hô hấp (≤ 3 điểm) chiếm 9,55%, suy hô hấp nhẹ chiếm 48,41% và suy hô hấp nặng chiếm 42,04% [7]

Xét về mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng lúc nhập viện với kết quả điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những trẻ khi nhập viện phải bóp bóng- đặt nội khí quản có khả năng có nguy cơ dẫn đến tử vong ở bệnh nhi cao gấp 10,58 lần so với trẻ không phải bóp bóng hay đặt NKQ; Những trẻ có chỉ số SpO<sub>2</sub> lúc nhập viện < 90% có khả năng có nguy cơ dẫn đến tử vong cao gấp 3,24 lần so với trẻ có chỉ số SpO<sub>2</sub> lúc nhập viện ≥ 90%; ở những trẻ có nhiệt độ < 36°C yếu tố có khả năng dẫn tới tử vong ở bệnh nhi cao gấp 11,14 lần so với trẻ có nhiệt độ ≥ 36°C. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Còn theo tác giả Nguyễn Phan Trọng Hiếu khi xét mối tương quan về đặc điểm lâm sàng với kết quả điều trị, những trẻ có dấu hiệu

tím tái lúc nhập viện có tỉ lệ bệnh nặng hơn, cao gấp 1,76 lần so với nhóm trẻ không có tím tái (KTC 95%: 1,32 – 2,36) [7].

## V. KẾT LUẬN

- Nguyên nhân gây suy hô hấp chủ yếu là bệnh màng trong (33,8%), còn ống động mạch (14,2%) chậm tiêu dịch phổi (2,6%), viêm phổi (1,4%), vẫn còn 0,9% do trẻ ngạt.

- Tỷ lệ trẻ điều trị khỏi trong nhóm nguyên nhân tại phổi chiếm tỷ lệ khá cao 82,6%.

- Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy một số yếu tố lâm sàng như: Những trẻ khi nhập viện phải bóp bóng- đặt nội khí quản có khả năng có nguy cơ dẫn đến tử vong ở bệnh nhi cao gấp 10,58 lần so với trẻ không phải bóp bóng hay đặt NKQ; Những trẻ có chỉ số SpO<sub>2</sub> lúc nhập viện < 90% có khả năng có nguy cơ dẫn đến tử vong cao gấp 3,24 lần so với trẻ có chỉ số SpO<sub>2</sub> lúc nhập viện ≥ 90%; ở những trẻ có nhiệt độ < 36°C yếu tố có khả năng dẫn tới tử vong ở bệnh nhi cao gấp 11,14 lần so với trẻ có nhiệt độ ≥ 36°C. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Người dân, đặc biệt phụ nữ cần quan tâm đến công tác quản lý thai kỳ, phát hiện sớm và điều trị kịp thời các nguyên nhân gây sinh non.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sweet LR, Keech C, Klein NP, et al.** Respiratory distress in the neonate: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine.*; 2017; 35 (48Part A):6506-6517. doi:10.1016/j.vaccine.2017.01.046.
2. **Nguyễn Thành Nam, Cao Thị Bích Hào, Đồng Khắc Hưng và CS.** Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ tử vong ở trẻ sơ sinh bị suy hô hấp nặng cần thở máy ngay sau đẻ. *Tạp chí y học Việt Nam.*2016; 449(1), 74-78.
3. **Khu Thị Khánh Dung.** Thực trạng cấp cứu sơ sinh và mô hình bệnh tật cấp cứu sơ sinh tại các tuyến bệnh viện tỉnh hòa bình. *Tạp Chí Nhi Khoa.* 2021;14(1). doi:10.52724/tcnk.v14i1.15
4. **Trương Lê Thị.** Mô hình bệnh tật và một số Yếu Tố Liên Quan ở Trẻ Sơ Sinh, tại Khoa Hồi Sức Cấp Cứu Sơ Sinh Bệnh Viện Sản Nhi Nghệ An 2019-2020. Luận văn bác sỹ chuyên khoa 2, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Quỳnh Nga.** Bài Giảng Nhi Khoa Tập 1. Nhà xuất bản Y học Hà Nội; 2021, Tr. 104-118
6. **Gallacher DJ, Hart K, Kotecha S.** Common respiratory conditions of the newborn. *Breathe.* 2016;12(1):30-42. doi:10.1183/20734735.000716
7. **Nguyễn Phan Trọng Hiều.** Đánh giá kết quả và điều trị suy hô hấp sơ sinh và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí y học Việt Nam,* 2022; 515 (1), tr 82-89.
8. **Trần Thiên Lý, Lê Mộng Thúy, Trương Thanh Hùng.** Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh tại Bệnh viện sản nhi tỉnh Cà Mau năm 2015. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ,* 2017; 9, tr. 146 – 155.

## SO SÁNH TỶ LỆ TRẢI NGHIỆM NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ TRƯỚC VÀ SAU KHI ÁP DỤNG CAN THIỆP 5S TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ, NĂM 2021

Nguyễn Văn Nguyên<sup>1</sup>, Lã Ngọc Quang<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Tập<sup>3</sup>, Nguyễn Quỳnh Trúc<sup>4</sup>, Lại Văn Nông<sup>5</sup>, Nguyễn Thị Hồng Nga<sup>5</sup>

### TÓM TẮT

Phương pháp quản lý 5S được công nhận là nền tảng của phương pháp chăm sóc sức khỏe tinh gọn, bằng cách loại bỏ tất cả các yếu tố không tạo ra giá trị

giúp tối đa hóa mức giá trị gia tăng. Sau 01 năm tiến hành can thiệp 5S, mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá về sự thay đổi tỷ lệ trải nghiệm người bệnh nội trú sau can thiệp 5S tại Bệnh viện trường Đại học Y dược Cần Thơ năm 2021. Phương pháp nghiên cứu phỏng thực nghiệm so sánh trước sau không có nhóm đối chứng. Đối tượng nghiên cứu là người bệnh được đang được quản lý và điều trị nội trú tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Sử dụng "Phiếu khảo sát trải nghiệm bệnh nhân trong thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện" được xây dựng dựa trên phiên bản 3.0 của Sở y tế Thành phố Hồ Chí Minh. Qua quá trình can thiệp, tỷ lệ trải nghiệm người bệnh có sự gia tăng ở lúc nhập viện, nằm viện, viện phí và lúc xuất viện. Tỷ lệ trải nghiệm lúc nhập viện tăng từ 68,4% lên 68,6%, tỷ lệ trải nghiệm trong thời gian nằm viện tăng từ 31,0 lên 35,8%, chi trả viện phí tăng từ 78,4% lên

<sup>1</sup>Trung tâm Giáo dục nghề nghiệp thẩm mỹ FOB

<sup>2</sup>Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Trà Vinh

<sup>4</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>5</sup>Bệnh viện Trường đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Nguyên

Email: nvnguyen2412@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023