

- Infant Sleep Problems: Validation and Findings for an Internet Sample. *Pediatrics*. 2004; 113(6): e570-e577.
5. **Daban KDY, Goh DYT.** Comparison of Sleep Characteristics, Patterns, and Problems in Young Children Within the Southeast Asian Region. *Behav Sleep Med*. 2019;17(3):281-290.
 6. **Ahn Y, Williamson AA, Seo HJ, Sadeh A, Mindell JA.** Sleep Patterns among South Korean Infants and Toddlers: Global Comparison. *J Korean Med Sci*. 2016;31(2):261-269.
 7. **Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, et al.** National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *Sleep Health*. 2015;1(4):233-243.
 8. **Allen SL, Howlett MD, Coulombe JA, Corkum PV.** ABCs of SLEEPING: A review of the evidence behind pediatric sleep practice recommendations. *Sleep Med Rev*. 2016;29:1-14.
 9. **Mindell JA, Williamson AA.** Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Med Rev*. 2018;40:93-108.
 10. **Moon RY, Carlin RF, Hand I.** The task force on sudden infant death syndrome and the committee on fetus and newborn. Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics*. 2022;150(1):e2022057990.

NGUYÊN NHÂN SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH TẠI TRUNG TÂM NHI KHOA - BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Xuân Hương¹, Hoàng Thị Dung², Lê Thị Kim Dung¹
Đỗ Thái Sơn¹, Trần Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nguyên nhân suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Trung tâm Nhi khoa – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** Tổng số 245 trẻ sơ sinh được chẩn đoán suy hô hấp điều trị tại Trung tâm Nhi khoa. Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ sơ sinh nam (63,3%) cao hơn trẻ sơ sinh nữ (36,7%). Nguyên nhân gây suy hô hấp (SHH) thường gặp là: Hội chứng màng trong (HCMT) chiếm 34,7%, cơn thở nhanh thoáng qua (CTNTQ): 33,9%, viêm phổi: 13,9% và tim bẩm sinh (TBS): 12,7%. Nhóm trẻ sơ sinh non tháng SHH chủ yếu do HCMT và CTNTQ. Nhóm trẻ sơ sinh đủ tháng hay gặp CTNTQ, viêm phổi và tim bẩm sinh (TBS). Nhóm trẻ <1 ngày tuổi thường nhập viện vì CTNTQ (41%), HCMT (40%). Trong nhóm trẻ >1 – ≤7 ngày tuổi, HCMT hay gặp nhất (31,6%), TBS và viêm phổi chiếm tỷ lệ tương đương nhau (21,1%). Nhóm trẻ >7 ngày tuổi vào viện chủ yếu vì viêm phổi (90,3%). Nguyên nhân gây SHH khởi phát ngay sau sinh thường gặp nhất là HCMT (67,6%). Trong nhóm trẻ khởi phát SHH tại thời điểm ≤24h chủ yếu là CTNTQ. **Kết luận:** Suy hô hấp sơ sinh gặp ở trẻ nam nhiều hơn nữ. Nguyên nhân gây suy hô hấp thường gặp là hội chứng màng trong, cơn thở nhanh thoáng qua, viêm phổi, tim bẩm sinh.

Từ khóa: Sơ sinh, suy hô hấp.

SUMMARY

CAUSES OF NEONATAL RESPIRATORY

¹Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Thiện Nhân - Quế Võ – Bắc Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Xuân Hương

Email: nguyenthixuanhuong@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 24.8.2023

DISTRESS SYNDROME AT THE PEDIATRIC CENTER- THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: To determine the cause of neonatal respiratory distress syndrome (NRDS) at the Pediatric Center - Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and methods:** A total of 245 newborns were diagnosed with respiratory failure and treated at the Pediatric Center. Methods: cross-sectional descriptive study. **Results:** The proportion of male newborns (63.3%) was higher than that of female newborns (36.7%). Common causes of respiratory are: Hyaline membrane disease (HMD) accounted for 34.7%, transient tachypnea in newborn (TTN): 33.9%, pneumonia: 13.9% and congenital heart disease (CHD): 12.7%. The group of preterm infants born with NRDS is mainly caused by HMD and TTN. Groups of full-term newborns often have TTN, pneumonia and CHD. Newborns <1 day of age were admitted for TTN (41%), HMD (40%). In the group of newborns from 1day to ≤7 days of age, HMD was the most common (31.6%), CHD and pneumonia account for the same proportion (21.1%). Newborns > 7 days of age were admitted mainly because of pneumonia (90.3%). The most common cause of NRDS that onset right after birth was HMD (67.6%). In the group of newborns that onset of NRDS at ≤ 24h, the majority of the children were TTN. **Conclusions:** neonatal respiratory distress syndrome was more common in boys newborns than in the girls. The main cause of NRDS are hyaline membrane disease, transient tachypnea, pneumonia, and congenital heart disease. **Keywords:** Neonatal, respiratory distress syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp (SHH) là một hội chứng rất thường gặp ở thời kì sơ sinh, nhất là những ngày đầu sau đẻ, biểu hiện sự thích nghi không hoàn toàn của phổi, tuần hoàn, thần kinh và chuyển

hóa khí trẻ làm quen với môi trường ngoài tử cung. Suy hô hấp 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. Trẻ sinh đẻ non dưới 29 tuần có nguy cơ biểu hiện hội chứng suy hô hấp lên đến 60%, nhưng trẻ sinh đủ tháng ít khi xuất hiện tình trạng này. Khả năng thích nghi của trẻ sơ sinh với môi trường ngoài tử cung là vô cùng quan trọng để trẻ có thể sống sót. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới công bố năm 2020, tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh chiếm tới 47% tỷ lệ tử vong chung của trẻ dưới 5 tuổi vào năm 2019. Trong đó, 75% tử vong xảy ra trong tuần đầu sau sinh và khoảng một triệu trẻ sơ sinh tử vong ngay trong 24 giờ đầu mà nguyên nhân tử vong hàng đầu là do suy hô hấp chiếm đến 70 – 80% [7]. Đây cũng là lý do thường gặp của các trường hợp nhập viện trong giai đoạn sơ sinh, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh do nhiều nguyên nhân gây nên và có nhiều cách phân loại khác nhau. Tuy nhiên, phân loại nguyên nhân theo mức độ thường gặp được nhiều tác giả lựa chọn. Một số nguyên nhân thường gặp gây suy hô hấp ở trẻ sơ sinh bao gồm hội chứng màng trong, cơn thở nhanh thoáng qua, hội chứng hít phân su, viêm phổi, tim bẩm sinh. Xác định nguyên nhân gây suy hô hấp ở trẻ sơ sinh là rất quan trọng, giúp định hướng chăm sóc, theo dõi và điều trị kịp thời cho bệnh nhi. Đề tài này được thực hiện với mục tiêu: *Xác định nguyên nhân suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Trung tâm Nhi khoa – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU
2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới tính

Giới tính	Ngày tuổi		≤1		>1 – ≤7		>7		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Nam	124	63,6	10	52,6	21	67,7	155	63,3		
Nữ	71	36,4	9	47,4	10	32,3	90	36,7		
Tổng	195	79,6	19	7,8	31	12,7	245	100		

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ sơ sinh nam (63,3%) cao hơn trẻ sơ sinh nữ (36,7%). Tỷ lệ trẻ sơ sinh ≤1 ngày tuổi (79,6%) chiếm đa số.

Bảng 3.2. Đặc điểm cân nặng lúc sinh theo tuổi thai

Cân nặng	Tuổi thai		Non tháng		Đủ tháng		Tổng		p (V)*
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
<2500g	127	84,1	10	10,6	137	55,9			0,000 (0,72)
≥2500g	24	15,9	84	89,4	108	44,1			
Tổng	151	61,6	94	38,4	245	100			

Cân nặng lúc sinh trung bình (gam, X ± SD): 2343,63 ± 762,639

(*) test Phi and Cramer's V

Đối tượng nghiên cứu: 245 trẻ sơ sinh được chẩn đoán SHH lúc nhập viện hoặc trong quá trình điều trị tại khoa Sơ sinh – Cấp cứu Nhi, Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhi ≤28 ngày tuổi.

Bệnh nhi được chẩn đoán suy hô hấp.

Gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lâm sàng:

Khi có ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau:

- Thay đổi nhịp thở: thở nhanh >60 lần/phút hoặc thở chậm <30 lần/phút.

- Dấu hiệu thở gắng sức: rút lõm lồng ngực nặng hoặc phập phồng cánh mũi hoặc thở rên.

- Tím khi thở khí trời: tím quanh môi, đầu chi hoặc toàn thân, đo SpO₂ <90%.

Có thể có hoặc không kèm theo các triệu chứng khác: nhịp tim nhanh hay chậm, thay đổi tri giác, giảm phản xạ.

Tiêu chuẩn cận lâm sàng: PaO₂ <50 – 60 mmHg và/hoặc PaCO₂ >60 mmHg và pH <7,25

Tiêu chuẩn loại trừ

Trẻ bị bỏ rơi, không rõ tiền sử của mẹ.

Trẻ không được làm đầy đủ các xét nghiệm.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7/2020 đến tháng 6/2021

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu

Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học dựa trên phần mềm SPSS 26.0

Nhận xét: Trẻ sơ sinh cân nặng thấp <2500g chiếm đa số (55,9%). Tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng (61,6%) cao hơn trẻ sơ sinh đủ tháng (38,4%).

Bảng 3.3. Tần suất nguyên nhân suy hô hấp theo tuổi thai

Nguyên nhân	Tuổi thai Non tháng (n=151)		Đủ tháng (n=94)		Tổng (n=245)		p (V)
	SL	%	SL	%	SL	%	
HCMT	84	55,6	1	1,1	85	34,7	0,000 (0,557)
Hội chứng hít phân xu	0	0	12	12,8	12	4,9	0,000 (0,288)
CTNTQ	44	29,1	39	41,5	83	33,9	0,047 (0,127)
Viêm phổi	7	4,6	26	27,7	33	13,5	0,000 (0,328)
Tim bẩm sinh	14	9,3	17	18,1	31	12,7	0,044 (0,129)
Xuất huyết não	2	1,3	0	0	2	0,8	0,525
Nhiễm khuẩn huyết	0	0	1	1,1	1	0,4	0,384
Bệnh khác	7	4,6	4	4,3	11	4,5	1

Nhận xét: HCMT, CTNTQ, viêm phổi và tim bẩm sinh là những bệnh hay gặp nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 34,7%, 33,9%, 13,5% và 12,7%.

Bảng 3.4. Tần suất nguyên nhân suy hô hấp theo số ngày tuổi

Nguyên nhân	Ngày tuổi ≤1 (n=195)		>1-≤7 (n=19)		>7 (n=31)		Tổng (n=245)		p (V)
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
HCMT	78	40,0	6	31,6	1	1,0	85	34,7	0,000 (0,256)
Hội chứng hít phân xu	12	6,2	0	0	0	0	12	4,9	0,198
CTNTQ	80	41,0	3	15,8	0	0	83	33,9	0,000 (0,307)
Viêm phổi	1	0,5	4	21,1	28	90,3	33	13,5	0,000 (0,872)
Tim bẩm sinh	24	12,3	4	21,1	3	9,7	31	12,7	0,477
Xuất huyết não	1	0,5	1	5,3	0	0	2	0,8	0,077
Nhiễm khuẩn huyết	0	0	0	0	1	3,2	1	0,4	0,031 (0,168)
Bệnh khác	7	3,6	3	15,8	1	3,2	11	4,5	0,158

Nhận xét: Nhóm trẻ <1 ngày tuổi thường nhập viện vì CTNTQ (41%), HCMT (40%), Trong nhóm trẻ >1 – ≤7 ngày tuổi, HCMT hay gặp nhất (31,6%). Nhóm trẻ >7 ngày tuổi vào viện chủ yếu vì viêm phổi (90,3%).

Bảng 3.5. Tần suất nguyên nhân suy hô hấp theo cân nặng lúc sinh

Nguyên nhân	Cân nặng lúc sinh <2500g (n=137)		≥2500g (n=108)		Tổng (n=245)		p (V)
	SL	%	SL	%	SL	%	
HCMT	82	59,9	3	2,8	85	34,7	0,000 (0,595)
Hội chứng hít phân xu	2	1,5	10	9,3	12	4,9	0,005 (0,179)
CTNTQ	31	22,6	52	48,1	83	33,9	0,000 (0,268)
Viêm phổi	9	6,6	24	22,2	33	13,5	0,000 (0,228)
Tim bẩm sinh	13	9,5	18	16,7	31	12,7	0,093
Xuất huyết não	1	0,7	1	0,9	2	0,8	1
Nhiễm khuẩn huyết	0	0	1	0,9	1	0,4	0,441
Bệnh khác	6	4,4	5	4,6	11	4,5	1

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc HCMT, hội chứng hít phân xu, CTNTQ và viêm phổi giữa hai nhóm cân nặng <2500g và ≥2500g.

Bảng 3.6. Tần suất nguyên nhân suy hô hấp theo thời điểm suy hô hấp

Nguyên nhân	Thời điểm SHH		≤24h (n=103)		>24h (n=34)		Tổng (n=245)		p (V)
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
HCMT	73	67,6	12	11,7	0	0	85	34,7	0,000 (0,619)
Hội chứng hít phân xu	12	11,1	0	0	0	0	12	4,9	0,000 (0,256)
CTNTQ	11	10,2	72	69,9	0	0	83	33,9	0,000 (0,652)
Viêm phổi	0	0	1	1,0	32	94,1	33	13,5	0,000 (0,948)
Tim bẩm sinh	10	9,3	16	15,5	5	14,7	31	12,7	0,363

Xuất huyết não	2	1,9	0	0	0	0	2	0,8	0,628
Nhiễm khuẩn huyết	0	0	0	0	1	2,9	1	0,4	0,139
Bệnh khác	8	7,4	3	2,9	0	0	11	4,5	0,157

Nhận xét: Nguyên nhân gây SHH khởi phát ngay sau sinh thường gặp nhất là HCMT (67,6%). Trong nhóm trẻ khởi phát SHH tại thời điểm ≤ 24 h, CTNTQ (69,9%) là nguyên nhân hay gặp hơn cả. Những trẻ khởi phát SHH > 24 h tuổi gặp chủ yếu là viêm phổi (94,1%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ sơ sinh ≤ 1 ngày tuổi (79,6%) chiếm đa số, sau đó là nhóm trẻ > 7 ngày tuổi (12,7%) và nhóm trẻ tỷ lệ thấp nhất là nhóm từ $> 1 - \leq 7$ ngày tuổi (7,8%) (bảng 3.1). Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Parkash (2015) cũng thấy có tới 64% trẻ nhập viện bởi SHH trong 24 giờ đầu [5]. Nghiên cứu của Zhang và cộng sự (2020) cũng ghi nhận SHH thường xảy ra vào những ngày đầu sau sinh [8].

Trong số các trẻ sơ sinh SHH, tỷ lệ trẻ nam (63,3%) cao hơn trẻ nữ (36,7%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1. Nghiên cứu Parkash (2015), Zhang và cộng sự (2020) cũng đưa ra kết luận tương tự về sự khác biệt giới tính trong SHH [5],[8].

Trẻ sơ sinh có cân nặng thấp ở nhóm trẻ non tháng chiếm tỷ lệ cao hơn so với trẻ sơ sinh đủ tháng (84,1% và 10,6%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chúng tôi quan sát thấy có sự liên quan rất mạnh giữa cân nặng lúc sinh và tuổi thai ($V = 0,72$). Theo tác giả Nguyễn Thành Nam (2018), trẻ có cân nặng thấp < 2500 g có nguy cơ SHH cao gấp 5,324 lần những trẻ có cân nặng ≥ 2500 g [2].

4.2. Phân bố nguyên nhân suy hô hấp

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.3) cho thấy HCMT, CTNTQ, viêm phổi và tim bẩm sinh là những bệnh hay gặp nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 34,7%, 33,9%, 13,5% và 12,7%. Nhóm trẻ sơ sinh non tháng SHH chủ yếu do HCMT và CTNTQ. Nhóm trẻ sơ sinh đủ tháng hay gặp CTNTQ, viêm phổi và tim bẩm sinh. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong đó, HCMT có mức độ liên quan với tuổi thai nhiều nhất ($V = 0,557$).

Tương tự nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Abou-Faddan và Abdelaziz (2018) trên 919 trẻ sơ sinh trong đó có 487 trẻ SHH (52,9%) quan sát thấy HCMT hay gặp nhất chiếm 45,8% sau đó là các nguyên nhân khác như viêm phổi (17,7%), CTNTQ (17%), các bất thường bẩm sinh (10,7%), tăng áp động mạch phổi dai dẳng

(7%) và hội chứng hít phân su (1,8%). Cũng trong nghiên cứu này, tác giả thấy có sự khác biệt về tỷ lệ các nguyên nhân SHH giữa hai nhóm trẻ sơ sinh đủ tháng và non tháng. Ở nhóm trẻ non tháng, nguyên nhân SHH chủ yếu là HCMT (63,3%), CTNTQ (13,1%) và viêm phổi (14,9%); trong khi ở nhóm trẻ đủ tháng, nguyên nhân SHH phổ biến là CTNTQ (25,7%), các bất thường bẩm sinh (26,3%) và viêm phổi (23,6%) [4]. Nghiên cứu của Uông Sĩ Tường và cộng sự (2020) tại Bệnh viện Mỹ Đức trên 264 trẻ sơ sinh SHH ghi nhận HCMT là nguyên nhân hàng đầu gây SHH (48,86%), kế đến là CTNTQ (30,3%) và viêm phổi (8,33%) [3].

Chúng tôi thấy có hơn 3/4 số trẻ SHH nhập viện ngay ngày đầu sau sinh. Nhóm trẻ này thường nhập viện vì CTNTQ (41%), HCMT (40%), tim bẩm sinh (12,3%), hội chứng hít phân su (6,2%). Trong nhóm trẻ $> 1 - \leq 7$ ngày tuổi, HCMT hay gặp nhất (31,6%), TBS và viêm phổi chiếm tỷ lệ tương đương nhau (21,1%), sau đó là CTNTQ và bệnh khác (15,8%). Nhóm trẻ > 7 ngày tuổi vào viện chủ yếu vì viêm phổi (90,3%), các nguyên nhân khác ít gặp hơn. Tỷ lệ trẻ nhập viện bởi các nguyên nhân như HCMT, CTNTQ, viêm phổi và NKH có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi trên ($p < 0,05$). Trong đó, viêm phổi có liên quan đến tuổi của trẻ nhiều nhất với $V = 0,872$ (bảng 3.4). Tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, Parkash và cộng sự (2015) thấy rằng, trong ngày đầu sau sinh, trẻ thường nhập viện bởi HCMT (23%), hội chứng hít phân su (16,1%), CTNTQ (13,7%) và ngạt sau sinh (9,2%), các nguyên nhân nhiễm trùng ít gặp hơn. Tuy nhiên những ngày sau, tần suất mắc các bệnh lý nhiễm trùng (17,1%) và viêm phổi (16,5%) lại chiếm tỷ lệ cao [5].

Nghiên cứu của chúng tôi còn quan sát thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc HCMT, hội chứng hít phân su, CTNTQ và viêm phổi giữa hai nhóm cân nặng < 2500 g và ≥ 2500 g. Tỷ lệ mắc HCMT ở nhóm trẻ có cân nặng lúc sinh < 2500 g cao hơn ở nhóm trẻ có cân nặng lúc sinh ≥ 2500 g (59,9% và 2,8%). Ngược lại tỷ lệ trẻ mắc hội chứng hít phân su, CTNTQ và viêm phổi ở nhóm trẻ có cân nặng lúc sinh < 2500 g lại thấp hơn nhóm trẻ có cân nặng lúc sinh ≥ 2500 g. HCMT có mức độ liên quan với cân nặng mạnh nhất ($V = 0,595$) (bảng 3.5). Abou-Faddan và Abdelaziz (2018) nhận thấy HCMT

(58,4%), viêm phổi (17%) là nguyên nhân hay gặp ở nhóm sơ sinh cân nặng thấp; trong khi đó CTNTQ (31,8%), viêm phổi (19,4%) và các bất thường bẩm sinh (22,5%) lại hay gặp ở nhóm sơ sinh cân nặng bình thường. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ gặp các nguyên nhân như HCMT, CTNTQ, hội chứng hít phân su, tăng áp phổi dai dẳng và các bất thường bẩm sinh theo cân nặng lúc sinh [4].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, nguyên nhân gây SHH khởi phát ngay sau sinh thường gặp nhất là HCMT (67,6%), hội chứng hít phân su (11,1%), CTNTQ (10,2%) và tim bẩm sinh (9,3%). Các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ không đáng kể. Trong nhóm trẻ khởi phát SHH tại thời điểm ≤ 24 h, CTNTQ (69,9%), tim bẩm sinh (15,5%) và HCMT (11,7%) là nguyên nhân hay gặp hơn cả. Những trẻ khởi phát SHH > 24 h tuổi gặp chủ yếu là viêm phổi (94,1%) và tim bẩm sinh (14,7%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc các bệnh như HCMT, hội chứng hít phân su, CTNTQ và viêm phổi giữa các nhóm thời điểm khởi phát SHH ($p < 0,05$). Viêm phổi có mức độ liên hệ rất mạnh với thời điểm xuất hiện SHH ($V = 0,948$) (bảng 3.6).

Theo Huỳnh Thị Duy Hương, HCMT thường xuất hiện ngay sau khi sinh và nặng lên trong vài giờ đầu do sự thiếu hụt surfactant ở phổi, làm tăng sức căng bề mặt phế nang, làm cho các phế nang có xu hướng xẹp lại, dung tích cặn chức năng giảm [1]. Sweet và cộng sự (2017) cũng nhận định, CTNTQ xuất hiện sớm trong vòng 2 giờ đầu sau khi sinh và có thể kéo dài 72 giờ, là kết quả của sự chậm tái hấp thu và thanh thải dịch phế nang ra khỏi phổi. CTNTQ là một bệnh cảnh tự giới hạn, tuy nhiên, nhịp thở ban đầu càng cao, bệnh càng kéo dài. Tác giả cho rằng hội chứng hít phân su cũng xảy ra sớm trong vài giờ đầu sau sinh [6]. Viêm phổi là một nguyên nhân đáng kể gây SHH ở trẻ sơ sinh và được phân loại là khởi phát sớm (< 3 ngày tuổi) hoặc khởi phát muộn (> 3 ngày tuổi). Viêm phổi khởi phát sớm thường xảy ra trong vòng 3 ngày đầu và do lan truyền vi khuẩn qua nhau thai hoặc hít phải nước ối bị nhiễm khuẩn; trong khi viêm phổi khởi phát muộn xảy ra sau khi xuất viện và phơi nhiễm với cộng đồng, do nhiều căn nguyên tiềm ẩn khác nhau bao gồm virus và vi khuẩn [1],[6].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ trẻ sơ sinh nam (63,3%) cao hơn trẻ sơ sinh nữ (36,7%) và luôn chiếm tỷ lệ cao hơn trong các nhóm tuổi.

- Nguyên nhân gây SHH hay gặp là: HCMT

(34,7%), CTNTQ (33,9%), viêm phổi (13,9%) và tim bẩm sinh (12,7%).

- Nhóm trẻ sơ sinh non tháng SHH chủ yếu do HCMT và CTNTQ. Nhóm trẻ sơ sinh đủ tháng hay gặp CTNTQ, viêm phổi và tim bẩm sinh.

- Nhóm trẻ < 1 ngày tuổi thường nhập viện vì CTNTQ (41%), HCMT (40%). Trong nhóm trẻ $> 1 - \leq 7$ ngày tuổi, HCMT hay gặp nhất (31,6%), TBS và viêm phổi chiếm tỷ lệ tương đương nhau (21,1%). Nhóm trẻ > 7 ngày tuổi vào viện chủ yếu vì viêm phổi (90,3%).

- Nguyên nhân gây SHH khởi phát ngay sau sinh thường gặp nhất là HCMT (67,6%). Trong nhóm trẻ khởi phát SHH tại thời điểm ≤ 24 h, CTNTQ (69,9%), tim bẩm sinh (15,5%) và HCMT (11,7%) là nguyên nhân hay gặp hơn cả. Những trẻ khởi phát SHH > 24 h tuổi gặp chủ yếu là viêm phổi (94,1%) và tim bẩm sinh (14,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Thị Duy Hương (2016)**, "Bệnh lý phổi gây suy hô hấp sơ sinh", Sách giáo khoa nhi khoa, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 232 – 248.
2. **Nguyễn Thành Nam (2018)**, "Nghiên cứu nguyên nhân, yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh tại Khoa Nhi – Bệnh viện Bạch Mai", Luận án tiến sĩ Y học, tr. 52 – 60.
3. **Uông Sĩ Tường, Nguyễn Thái Hậu, Huỳnh Thanh Huỳnh và cộng sự (2020)**, "Đặc điểm suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Mỹ Đức", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 24 (1), tr. 15 – 20.
4. **Abou-Faddan H. H. and Abdelaziz N. (2018)**, "Respiratory Distress and Its Outcome among Neonates Admitted to Neonatal Intensive Care Unit of Assiut University Children Hospital, Egypt", The Egyptian Journal of Community Medicine, 36 (2), pp. 69 – 78
5. **Parkash A., Haider N., Khoso Z. A., et al (2015)**, "Frequency, causes and outcome of neonates with respiratory distress admitted to Neonatal Intensive Care Unit, National Institute of Child Health, Karachi", The Journal of the Pakistan Medical Association, 65 (7), pp. 771 – 775
6. **Sweet L. R., Keech C., Klein N. P., et al (2017)**, "Respiratory distress in the neonate: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data", Vaccine, 35 (48), pp. 6506 – 6517.
7. **World Health Organization (2020)**, Newborns: improving survival and well being. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>, 15 November 2021.
8. **Zhang Y. F., Yu X. Q., Liao J. H., et al (2020)**, "A clinical epidemiological investigation of neonatal acute respiratory distress syndrome in southwest Hubei, China", Chinese journal of contemporary pediatrics, 22 (9), pp. 942 – 947.