

- 2000 Apr 20;342(16):1163-70. doi: 10.1056/NEJM200004203421603. PMID: 10770981.
4. **Lindsell CJ, Anantharaman V, Diercks D, Han JH, Hoekstra JW, Hollander JE, Kirk JD, Lim SH, Peacock WF, Tiffany B, Wilke EK, Gibler WB, Pollack CV Jr;** EMCREG-International i\*trACS Investigators (2006). The Internet Tracking Registry of Acute Coronary Syndromes (i\*trACS): a multicenter registry of patients with suspicion of acute coronary syndromes reported using the standardized reporting guidelines for emergency department chest pain studies. *Annals of Emergency Medicine*. 2006 Dec;48(6):666-77, 677.e1-9. doi: 10.1016/j.annemergmed. 2006.08.005. Epub 2006 Oct 2. PMID: 17014928.
  5. **Byrne, C., Toarta, C., Backus, B. et al** (2018) The HEART score in predicting major adverse cardiac events in patients presenting to the emergency department with possible acute coronary syndrome: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic reviews journal* 7, 148 (2018). [https://doi.org/ 10.1186/s13643-018-0816-4](https://doi.org/10.1186/s13643-018-0816-4)
  6. **Nieuwets A, Poldervaart JM, Reitsma JB, et al** (2016). Medical consumption compared for TIMI and HEART score in chest pain patients at the emergency department: a retrospective cost analysis. *BMJ Open* 2016; 6:e010694. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010694
  7. **Phạm Thắng và cộng sự** (2013). Chương I: Tuổi già và quá trình hóa già; Chương II: Bệnh tim mạch ở người có tuổi. *Bệnh học lão khoa- Từ đại cương đến thực hành lâm sàng*, xuất bản lần 3, Nhà xuất bản Y học; Hà Nội; trang 9-160.
  8. **Mahler SA, Hiestand BC, Goff DC Jr, Hoekstra JW, Miller CD** (2011). Can the HEART score safely reduce stress testing and cardiac imaging in patients at low risk for major adverse cardiac events? *Critical Pathways in Cardiology*. Sep;10(3):128-33. doi: 10.1097/HPC.0b013e3182315a85. PMID: 21989033; PMCID: PMC3289967.

## NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỬ VONG CỦA TSS TẠI CÁC BỆNH VIỆN TUYẾN TỈNH ĐỒNG THÁP NĂM 2020 - 2023

Lý Thái Minh<sup>1</sup>, Trương Cẩm Trinh<sup>2</sup>, Đặng Thanh Hồng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tử vong sơ sinh (TVSS) là tử vong của trẻ nhỏ dưới 1 tuổi. Tỷ lệ TVSS là số ca tử vong của trẻ em dưới một tuổi trên 1000 trẻ sinh sống. Ở Việt Nam, tỉ lệ trẻ trai TVSS cao hơn nhiều so với trẻ gái và có liên quan đến số lần khám thai, nơi sống, phương pháp sanh và các nguyên nhân tử trẻ như nhiễm trùng huyết, nhẹ cân, bệnh màng trong, viêm phổi, ngạt, dị tật bẩm sinh. Hàng năm TVSS 40-60 bệnh tại bệnh viện tuyến tỉnh Đồng Tháp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá một số yếu tố lâm sàng của trẻ liên quan TVSS Bệnh viện đa khoa tỉnh Đồng Tháp 2020-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** những TSS (TSS) nhập viện được điều trị tại khoa sơ sinh Bệnh viện tuyến tỉnh Đồng Tháp từ tháng 01/2020 đến tháng 5/2023. Phương pháp nghiên cứu bệnh chứng có phân tích chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Khảo sát trên 92 TSS tử vong và 92 TSS còn sống. Trong nhóm trẻ TVSS, trẻ trai có 52 (56,5%), trẻ gái là 40 (43,5%), trong đó TVSS ≤1 ngày 22,83%, từ 1 ngày đến dưới 7 ngày 50%, ≥7 ngày chiếm 27,17%. Các yếu tố liên quan gây TVSS bao gồm: nhiễm khuẩn huyết 64,1% (p=0,002), viêm phổi

54,3% (p=0,033), ngạt 8,7% (p=0,017) và nhẹ cân 47,8% (p=0,001). Có liên quan bốn bệnh theo ICD 10 ở TSS làm tăng nguy cơ TVSS là viêm phổi, nhiễm trùng huyết, ngạt và sanh non. Các yếu tố liên quan tử mẹ (p<0,001) gồm: nơi cư ngụ ở thành thị hay nông thôn, nơi sinh tại nhà, sanh rớt, hộ sinh tư, Trạm y tế, Huyện (TTYT) hay tại BV tỉnh, thành phố, số lần khám thai trên hoặc dưới 3 lần. **Kết luận:** Tỷ lệ TVSS dưới 7 ngày chiếm 72,83%. Các yếu tố liên quan ở trẻ bao gồm nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, ngạt, nhẹ cân, yếu tố gây TVSS do mẹ nơi sống nông thôn, nơi sinh tại nhà, sanh rớt, hộ sinh tư, Trạm y tế, Huyện(TTYT) và số lần khám thai dưới 3 lần.

**Từ khóa:** tử vong sơ sinh, yếu tố liên quan.

### SUMMARY

#### RESEARCHING SOME FACTORS RELATED TO INFANT MORTALITY IN DONG THAP PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2020 - 2023

**Background:** Infant mortality (IM) is the death of an infant under 1 year of age. The IM rate is the number of deaths of children under one year of age per 1000 live births. In Viet Nam, the prevalence of IM in boys is much higher than in girls and is related to the number of antenatal care visits, the place of residence, the method of delivery, and the causes of childhood such as sepsis, low birth weight, endometrial disease, pneumonia, asphyxia, birth defects. Every year has 40-60 IM at Dong Thap provincial hospital. **Objectives:** To evaluate some factors related to IM of Dong Thap Provincial Hospital 2020-2023. **Material and methods:** hospitalized infants were treated at the neonatal department of

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đồng Tháp

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lý Thái Minh

Email: lyminh38@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023

Dong Thap Provincial Hospital from January 2020 to May 2023. Method of case-control study with convenience sampling analysis. **Results:** Survey of 92 newborn deaths and 92 live infants. In the group of IM, there are 52 (56.5%) boys, 40 (43.5%) girls, of which 22.83% are 1 day, from 1 day to less than 7 days 50%, and 27.17% 7 days. The factors related to IM include: sepsis 64.1% ( $p=0.002$ ), pneumonia 54.3% ( $p=0.033$ ), asphyxia 8.7% ( $p=0.017$ ) and low birth weight 47.8% ( $p=0.001$ ). Associated with four ICD-10 neonatal diseases that increase the risk of IM is pneumonia, sepsis, asphyxia, and preterm birth. Factors related to mother ( $p<0.001$ ) include: residence in urban or rural areas, home birth, missed birth, private midwifery, health station, district (Center) or at a provincial or city hospital, the number of antenatal care visits above or below 3 times. **Conclusion:** The rate of reproductive health under 7 days accounted for 72.83%. Related factors in children include sepsis, pneumonia, asphyxia, low birth weight, maternal factors causing maternal mortality in rural areas, home birth, missed birth, quaternary midwifery, health station, district (medical center) and the number of antenatal care visits less than 3 times..

**Keywords:** Infant mortality, factors.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ sinh ra trong vòng 28 ngày đầu gọi là thời kỳ sơ sinh, cơ thể trẻ rất yếu do môi trường sống thay đổi từ bên trong lòng tử cung sang bên ngoài cơ thể người mẹ, trẻ rất dễ mắc bệnh xảy ra trước, trong và sau khi sinh. Hầu hết TVSS xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, hiếm có xảy ra ở các nước có thu nhập cao [10].

Theo Tổ chức Y tế thế giới thống kê tại Việt Nam tỉ lệ tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi giảm từ 30/1.000 ca sinh sống năm 2000 xuống 21 trẻ vào năm 2021 và trong cùng thời kỳ. Ước tính có khoảng 30.000 trẻ tử vong trước khi tròn 5 tuổi tại Việt Nam năm 2021. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng TVSS là: bệnh tật của bà mẹ khi mang thai, tuổi của mẹ, trình độ học vấn, quản lý và chăm sóc trước sinh, quá trình sinh an toàn, hồi sức và chăm sóc sơ sinh ngay sau sinh. Nguyên nhân tử vong chính ở TSS ở nước ta, cũng giống như ở các nước đang phát triển khác, chủ yếu vẫn là ngạt, đẻ non/nhẹ cân, hạ thân nhiệt, hạ đường huyết, dị tật và nhiễm khuẩn [2]. Mỗi năm Việt Nam vẫn có tới khoảng 18.000 TSS tử vong, chiếm tới 70% số tử vong trẻ dưới 1 tuổi và 50% số tử vong trẻ dưới 5 tuổi [8]. Việc kiểm soát tốc độ giảm TVSS chậm hơn nhiều so với tốc độ giảm tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi và tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi. TVSS vẫn là gánh nặng trong mô hình bệnh tật, tử vong của trẻ em [1]. Những năm sau kết thúc mục tiêu Thiên niên kỷ 2015, hàng năm vẫn còn tới

khoảng 2,7 triệu trẻ tử vong giai đoạn sơ sinh. Tổng cục thống kê đã tiến hành cuộc Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam (MICS 2014), tỷ suất tử vong trẻ dưới 1 tuổi trong giai đoạn 5 năm 2005-2010 là 16‰, giảm còn 14,8‰ vào năm 2015 [6]. Chỉ tiêu đặt ra đến năm 2030, giảm tử vong sơ sinh xuống dưới 12‰, điều này đòi hỏi nhiều nước phải có những chính sách, chiến lược cụ thể và khả thi để có thể đạt được chỉ tiêu này.

Nhằm tạo cơ sở khoa học góp phần xây dựng kế hoạch trong công tác phòng bệnh và điều trị sơ sinh đồng thời nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe sơ sinh cũng như giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh tại Đồng Tháp, chúng tôi thực hiện Nghiên cứu một số yếu tố liên quan tử vong của TSS tại các bệnh viện tuyến tỉnh Đồng Tháp năm 2020-2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** Những TSS nhập viện được điều trị tại khoa sơ sinh Bệnh Viện tuyến tỉnh Đồng Tháp từ tháng 1/2020 đến tháng 7/2023 thỏa theo tiêu chuẩn chọn mẫu.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu.** Những TSS nhập viện được điều trị tại khoa sơ sinh Bệnh Viện tuyến tỉnh Đồng Tháp từ tháng 1/2020 đến tháng 7/2023, trong đó số trẻ TVSS là 92 trẻ, nhóm chứng là 92 trẻ sống sau 28 ngày tuổi gần tương đương tuổi thai, cân nặng.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Gia đình TSS không hợp tác trong quá trình lấy thông tin và quá trình điều trị tại bệnh viện.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh – chứng, so sánh, nhóm bệnh gồm tất cả các trường hợp TVSS, nhóm chứng gồm các trường hợp TSS sống sau 28 ngày tuổi, gần tương đương tuổi thai, cân nặng.

- **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức sau:

$$n = \frac{(Z_{2\alpha} \sqrt{2pq} + Z_{2\beta} \sqrt{p_1q_1 + p_2q_2})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Nghiên cứu gần đây, tỉ lệ khám thai không đủ 3 lần ở Việt Nam là 20%,  $p_1 = 0,2$

Khám thai không đủ 3 lần làm tăng nguy cơ TVSS với tỉ số chênh  $OR = 2.5$

$$\text{với } \alpha = 0,05 \text{ thì } Z_{2\alpha} = 1,96$$

$$\text{với } \beta = 0,20 \text{ thì } Z_{2\beta} = 1,04$$

Thay vào công thức trên ta có  $n = 92$  bệnh nhân cho nhóm bệnh và nhóm đối chứng là 92 bệnh nhân. Thực tế chúng tôi thu thập đủ mẫu

theo công thức tính.

**- Nội dung nghiên cứu:**

Tử vong sơ sinh: được định nghĩa là tử vong do mọi nguyên nhân từ mới sinh đến 28 ngày tuổi.

**Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:**

- Ngày tử vong: TVSS sớm: trong 24g sau sanh; TVSS muộn: sau sanh 24g đến ngày 28.

- Phân bố theo giới tính: nam, nữ

- Phân bố theo tuổi thai: thiếu tháng và đủ tháng.

**Tỉ lệ nguyên nhân TVSS theo ICD 10**

- Tỉ lệ nguyên nhân TVSS theo ICD 10.

- Nguyên nhân TVSS: non tháng, bệnh màng trong, nhiễm trùng huyết, ngạt, viêm phổi, dị tật bẩm sinh...

**Một số yếu tố liên quan TVSS của mẹ và con**

- Nơi cư ngụ: thành thị và nông thôn

- Nơi sinh bé gồm 3 nhóm:

+ Nhóm 1: sinh tại nhà, sinh rớt, hộ sinh tư.

+ Nhóm 2: trạm y tế, bệnh viện huyện.

+ Nhóm 3: bệnh viện tỉnh, thành phố.

- Tiền sử khám thai của mẹ

+ Nhóm 1: số lần khám thai ≤3 lần trong suốt thai kỳ.

+ Nhóm 2: số lần khám thai >3 lần trong suốt thai kỳ.

- Cách sinh gồm 2 nhóm: sanh thường, sanh mổ.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Tất cả các TSS đủ tiêu chuẩn nhận vào nhóm nghiên cứu được tiến hành thu thập dữ liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu in sẵn.

**Phương pháp đánh giá số liệu:** kiểm tra tính đầy đủ, đối tượng hợp lệ và đánh mã số theo thứ tự

**Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:**

- Các số liệu định tính được trình bày theo tỉ lệ phần %.

- Các số liệu định lượng: Tính số trung bình và độ lệch chuẩn, trung vị, giá trị tối đa và tối thiểu. So sánh 2 trung bình bằng phép kiểm T Student hoặc dùng kiểm định Mann–Whiney với các biến số không có phân phối chuẩn. Dùng phân tích hồi qui logistic đơn biến để xác định các yếu tố nguy cơ TVSS bằng tỉ số odds và khoảng tin cậy 95%.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

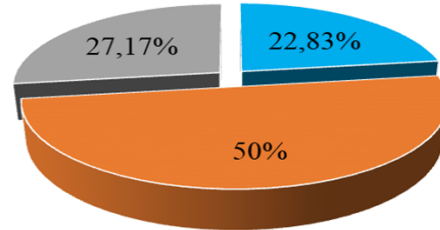
Trong giai đoạn nghiên cứu thu thập được có 92 trẻ TVSS và 92 trẻ thuộc nhóm chứng điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Đồng Tháp.

**Bảng 3.1. Giới tính trẻ**

Giới tính	Tử vong		Sống	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	52	56,5	50	54,3

Nữ	40	43,5	42	45,7
<b>Tổng cộng</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Cả hai mẫu nghiên cứu đều có tỷ lệ TSS nam từ 54,3% đến 56,5%, nhiều hơn TSS nữ.



■ ≤1 ngày ■ <1 ngày - <7 ngày ■ ≥7 ngày

**Biểu đồ 3.1. Phân bố ngày tử vong**

**Nhận xét:** Trẻ TVSS từ 1 ngày đến dưới 7 ngày chiếm 50% trong tổng số 92 trẻ TVSS.

**Bảng 3.2. Tuổi thai**

Tuổi thai	Tử vong		Sống	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đủ tháng	5	5,4	11	12
Non tháng	87	94,6	81	88
<b>Tổng cộng</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Cả hai mẫu nghiên cứu đều có tỷ lệ tuổi thai TSS non tháng từ 88% đến 94,6%, nhiều hơn TSS đủ tháng.

**Bảng 3.3. Phương thức sanh**

Phương thức sanh	Tử vong		Sống	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sanh thường	61	66,3	52	56,5
Sanh mổ	31	33,7	40	43,5
<b>Tổng cộng</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trẻ sanh thường chiếm tỷ lệ 66,3% ở mẫu TVSS và 56,5% ở mẫu nhóm chứng trẻ không TVSS. Phương thức sanh này có tính ưu việt, trong nghiên cứu này có thể do ảnh hưởng bởi phần lớn trẻ TVSS non tháng.

**Bảng 3.4. Tỉ lệ nguyên nhân TVSS theo ICD 10 (n=92)**

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh màng trong	50	54,3
Viêm phổi	50	54,3
Nhiễm trùng huyết	59	64,1
Ngạt	8	8,7
Sanh non	61	66,3
Nhẹ cân	44	47,8
Dị tật bẩm sinh	10	10,9

**Nhận xét:** Nguyên nhân TVSS ở trẻ do nguyên nhân nhiễm trùng huyết và sanh non từ 64,1% đến 66,3%. Nguyên nhân ngạt chiếm thấp nhất chỉ 8,7%. Nguyên nhân do bệnh màng trong chiếm 54,3%.

**Bảng 3.5. Liên quan giữa một số bệnh theo ICD 10 và TVSS**

Bệnh theo ICD 10	Tử vong (n=92)	Sống (n=92)	OR KTC 95%	P
Bệnh màng trong	50	31	1,61 (0,90-2,90)	0,14
Viêm phổi	50	65	0,49 (0,27-0,91)	<b>0,033</b>
Nhiễm trùng huyết	59	37	2,66 (1,46-4,82)	<b>0,002</b>
Ngạt	8	1	8,67	<b>0,017</b>

			(1,06-70,76)	
Sanh non	61	47	1,88 (1,04-3,42)	0,051
Nhẹ cân	44	22	2,92 (1,55-5,48)	<b>0,001</b>
Dị tật bẩm sinh	10	6	1,75 (0,61-5,03)	0,433

**Nhận xét:** Theo phân loại ICD10, trong nhóm TSS: trẻ có bệnh viêm phổi, nhiễm trùng huyết, trẻ bị ngạt, trẻ sanh nhẹ cân có nguy cơ tử vong nhiều.

**Bảng 3.6. Liên quan tử vong sơ sinh và một số yếu tố liên quan của mẹ**

Số lần khám thai	Tử vong (n=92), n (%)	Sống (n=92), n (%)	OR	KTC95%	p
<b>Nơi cư ngụ</b>					
Nông thôn	72 (60)	48 (40)	3,3	1,74 – 6,27	<b>&lt;0,001</b>
Thành thị	20 (31,3)	44 (69,7)			
<b>Nơi sinh</b>					
Tại nhà, sanh rớt, hộ sinh tư, Trạm y tế, Huyện (TTYT)	40 (72,7)	15 (27,3)	3,95	1,98 – 7,87	<b>&lt;0,001</b>
BV Tỉnh, TP	52 (40,3)	77 (59,7)			
<b>Số lần khám thai</b>					
Khám thai <3 lần	42 (80,8)	10 (19,2)	6,89	3,18 – 14,94	<b>&lt;0,001</b>
Khám thai ≥3 lần	50 (37,9)	82 (62,1)			
<b>Phương thức sanh</b>					
Sanh thường	61 (54)	52 (46)	1,51	0,83 – 2,75	0,226
Sanh mổ	31 (43,7)	40 (56,3)			

**Nhận xét:** Các yếu tố nơi cư ngụ, nơi sinh và số lần khám thai có ảnh hưởng đến tình trạng TVSS của trẻ. Mỗi liên hệ này có ý nghĩa thống kê.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi khảo sát 184 TSS nhập viện điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Đồng Tháp, trong đó có 92 trẻ TVSS trong quá trình điều trị và 92 TSS điều trị thuộc nhóm chứng không tử vong.

Trong 92 trẻ TVSS, thời gian tử vong của trẻ từ 1 ngày đến dưới 7 ngày chiếm 50%, ≥7 ngày chiếm 27,1%. Kết quả này tương đối phù hợp với đặc điểm của các nước đang phát triển. Theo bảng 3.1 tỷ lệ trẻ nam TVSS 56,5% nhiều hơn nữ, phù hợp với nghiên cứu của Trương Cẩm Trinh tỷ lệ nam chiếm 57,3% [6]. Tỷ suất TVSS ở trẻ nam là 14,69‰, cao hơn nhiều so với trẻ nữ 8,99‰ [6]. TSS non tháng 94,6% tổng số tử vong, cao hơn nghiên cứu của Phạm Bích Chi [3], Huỳnh Hồng Phúc tại Bệnh viện (BV) Đa khoa tỉnh Đồng Tháp năm 2004-2006 là 69,2% [5]. Điều này đã cho thấy hiệu quả xử trí TSS non tháng của BV chúng tôi hiện nay chưa thực sự phát huy hiệu quả điều trị TSS non tháng. Một phần cũng do hệ thống giao thông phát triển

manh, nên TSS non tháng được chuyển nhanh đến BV nên tỷ lệ trẻ non tháng TVSS chiếm tỷ lệ cao.

Theo bảng 3.6, phương thức sanh cho thấy tỷ lệ TVSS ở trẻ sanh thường chiếm tỷ lệ 66,3% ở mẫu TVSS và 56,5% ở mẫu nhóm chứng trẻ không TVSS. Mỗi liên hệ giữa hai phương thức sanh này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Theo bảng phân loại ICD 10, tỷ lệ TVSS ở trẻ do nguyên nhân nhiễm trùng huyết và sanh non từ 64,1% đến 66,3%. Nguyên nhân ngạt chiếm thấp nhất 8,7%. Nguyên nhân do bệnh màng trong chiếm 54,3%. Theo dự báo của WHO, các nguyên nhân chính gây TVSS bao gồm đẻ non; ngạt; nhiễm khuẩn và dị tật bẩm sinh. Phần lớn TVSS (75%) xảy ra trong tuần đầu và 40% số trẻ tử vong trong ngày đầu. Tổ chức, quản lý quá trình chuyển dạ và sanh, hồi sức cấp cứu trẻ ngạt đóng vai trò quyết định trong các can thiệp giảm tử vong sơ sinh [7].

Qua phân tích mối liên quan có bốn bệnh theo ICD 10 độc lập làm tăng nguy cơ TVSS là viêm phổi, nhiễm trùng huyết, ngạt và sanh non. Các bệnh này có ảnh hưởng đến tình trạng TVSS và có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,005$ ) (bảng 3.5). Các yếu tố nguy cơ tử vong do viêm phổi ở TSS là trẻ có bệnh lý giai đoạn sớm, thiếu oxy máu

và nhẹ cân.

Qua phân tích liên quan các yếu tố liên quan của mẹ với TVSS nhận thấy chỉ có ba yếu tố độc lập có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố nơi cư ngụ ở thành thị hay nông thôn (OR=3,3, p<0,001), nơi sinh tại nhà, sanh rớt, hộ sinh tư, Trạm y tế hay tại BV tỉnh, thành phố (OR=3,95, p<0,001), số lần khám thai trên hoặc dưới 3 lần (OR=6,89, p<0,001) có liên quan với tỷ lệ TVSS. Theo nghiên cứu của Trương Cẩm Trinh thì chỉ có khám thai <3 lần (OR=4,03, p=0,007) có liên quan đến tỷ lệ TVSS [5]. Lương Ngọc Trương tại Thanh Hóa (2007) cho thấy bà mẹ được khám thai dưới 2 lần có nguy cơ con TVSS cao gấp 2,7 lần bà mẹ được khám thai đầy đủ 3 lần trở lên [6].

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ nam TVSS 56,5% nhiều hơn nữ. TSS non tháng chiếm 94,6% tổng số tử vong. Nguyên nhân tử vong sơ sinh là viêm phổi, nhiễm trùng huyết, ngạt và sanh non. Yếu tố liên quan TVSS của mẹ là mẹ nơi cư ngụ, nơi sinh, số lần khám thai. Cần nâng cao chất lượng truyền thông, dự phòng và điều trị nhằm giảm tỷ lệ TVSS, giảm thiểu các yếu tố liên quan của bà mẹ với tỷ lệ TVSS.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### 1. Bộ Kế hoạch đầu tư, Nước CHXHCN Việt

- Nam (2015), "Báo cáo quốc gia kết quả 15 năm thực hiện các mục tiêu MDG", tr. 1-148.
- Bộ Y tế** (2021), "Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản, tập trung vào chăm sóc sức khỏe bà mẹ, TSS và trẻ nhỏ giai đoạn 2021-2025", tr. 1-40.
  - Huỳnh Hồng Phúc, Huỳnh Thị Duy Hương** (2008), "Tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh ở khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đồng Tháp từ 2004-2006", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 12(1), tr. 51-55.
  - Tổng cục thống kê** (2014), Giám sát thực trạng trẻ em và phụ nữ, Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ 2014, Báo cáo cuối cùng. Hà Nội, Việt Nam.
  - Trương Cẩm Trinh** (2017), Nghiên cứu tình hình tử vong sơ sinh và một số yếu tố liên quan tử vong sơ sinh tại khoa sơ sinh Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2016-2017, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
  - Lương Ngọc Trương** (2007), "Nghiên cứu tỷ lệ tử vong sơ sinh và một số yếu tố liên quan tại Thanh Hóa", Tạp chí Y học thực hành, 8, tr. 28-31.
  - UNICEF** (2019), "Child survival and the Sustainable Development Goals (SDGs)".
  - UNICEF** (2021), "Năm 2021, cứ 4,4 giây trôi qua lại có một trẻ em hoặc thanh thiếu niên tử vong - Báo cáo của Liên Hợp Quốc", 80 trang.
  - Vụ SKBM-TE, Bộ Y tế** (2019), "Báo cáo năm 2019".
  - José M Belizán, Elizabeth M McClure, Shivaprasad S Goudar** (2012), "Neonatal death in Low-Middle Income Countries: A Global Network Study", Am J Perinatol, 29(8), pp. 649-656.

# CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ MẮC UNG THƯ ĐIỀU TRỊ Ở MỘT SỐ BỆNH VIỆN TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Nguyễn Thị Hoa Huyền<sup>1</sup>, Đỗ Thu Quyên<sup>1,5</sup>, Nguyễn Thị Thúy Hồng<sup>3</sup>,  
Nguyễn Thị Hà<sup>4</sup>, Trần Thị Thanh Thủy<sup>2</sup>, Trần Thị Nhạn<sup>2</sup>,  
Phạm Thị Thu<sup>2</sup>, Bùi Khánh Linh<sup>1,5</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** (1) Mô tả tình trạng giấc ngủ và (2) xác định một số yếu tố tương quan đến chất lượng giấc ngủ của phụ nữ mắc ung thư đang điều trị ở một

số bệnh viện trên địa bàn Thành phố Hà Nội. **Đổi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 214 phụ nữ ung thư đang điều trị tại một số bệnh viện trên địa bàn thành phố Hà Nội. Sử dụng bộ câu hỏi Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) để đánh giá chất lượng giấc ngủ của người bệnh. **Kết quả:** Điểm trung bình chất lượng giấc ngủ của phụ nữ mắc ung thư là 8.25 ± 2.39 điểm. Phần lớn phụ nữ có chất lượng giấc ngủ kém (86.45%). Các yếu tố về trình độ học vấn, việc làm và giai đoạn bệnh có mối liên quan với chất lượng giấc ngủ ở phụ nữ mắc ung thư, với p < 0.05. **Kết luận:** Phụ nữ mắc ung thư thường có chất lượng giấc ngủ kém. Điều này cho thấy việc xây dựng những chương trình hỗ trợ đánh giá chất lượng giấc ngủ và điều trị sớm cho phụ nữ mắc ung thư là hoàn toàn cần thiết. Đặc biệt, các can thiệp nên chú trọng đến nhóm nhóm phụ nữ mắc ung

<sup>1</sup>Trường Đại học VinUni, Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Vinmec Times City

<sup>3</sup>Bệnh viện K

<sup>4</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

<sup>5</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa Huyền

Email: huyenqt@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023