

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN MỨC ĐỘ NGẠT CỦA TRẺ SƠ SINH

Nguyễn Thị Thanh Bình¹, Vũ Thị Diệu Hương², Trần Bình Thắng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, ngạt sơ sinh vẫn là bệnh lý thường gặp và có tỷ lệ tử vong cao trong các đơn vị chăm sóc sơ sinh. Những trường hợp ngạt nặng điều trị khá phức tạp, thời gian nằm viện kéo dài, tỷ lệ di chứng cao, để lại gánh nặng lớn về kinh tế, tinh thần cho gia đình và xã hội. Mục tiêu của nghiên cứu là tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ ngạt ở trẻ sơ sinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu thuận tiện gồm 120 trẻ sơ sinh ngạt được điều trị tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 5/2020 đến tháng 07/2022. **Kết quả:** 120 trẻ sơ sinh được chẩn đoán ngạt khi sinh với tỷ lệ sơ sinh non tháng 49,2%, sơ sinh đủ tháng chiếm 50,8%. Tỷ lệ ngạt nặng chiếm 33,3%, ngạt trung bình chiếm 66,7%. Phân tích đơn biến cho thấy các yếu tố làm tăng nguy cơ mức độ ngạt nặng gồm: Nước ối có phân su (OR=3,0; 95% CI=1,3-7,4), nhau bong non (OR=19,8; 95% CI= 2,4-164,4), ngôi bất thường (OR=5,0; 95%CI = 1,6-15,9), sa dây rốn (p<0,001), mẹ tiền sản giật (OR= 4,7; 95%CI= 1,9-11,7), mẹ gây mê toàn thân (OR= 13,9; 95%CI= 1,7-120,3) với p<0,05. Phân tích đa biến cho thấy mẹ tiền sản giật, mẹ gây mê toàn thân, trường hợp nhau bong non, ngôi thai bất thường là những yếu tố độc lập tăng nguy cơ ngạt nặng cho trẻ sơ sinh (p < 0,05). **Kết luận:** Chăm sóc tiền sản cần được cải thiện để quản lý tốt các trường hợp mang thai nguy cơ cao như mẹ tiền sản giật, nhau bong non. Công tác hồi sức sơ sinh luôn sẵn sàng và chú trọng ngay tại phòng sinh trong tất cả các cuộc sinh đặc biệt trường hợp mẹ và trẻ có yếu tố nguy cơ để hạn chế tình trạng ngạt cũng như ngạt nặng cho trẻ sơ sinh. **Từ khóa:** Ngạt sơ sinh, yếu tố nguy cơ, mức độ ngạt.

SUMMARY

ASSOCIATED FACTORS WITH SEVERITY OF BIRTH ASPHYXIA AMONG NEWBORNS

Aim: Perinatal asphyxia is one of common causes of neonatal morbidity and mortality. Therefore, we conducted this study with specific aims to investigate several factors associated with severity of birth asphyxia. **Methods:** A cross-sectional descriptive study carried out with 120 asphyxiated neonates admitted at the Neonatal Intensive Care Unit in Hue Central Hospital, Hue City, from May 2020 to July 2022. **Results:** There were 120 asphyxiated neonates, 49,2% were preterm neonates, 50,8% were term

neonates. Severe asphyxia was accounted for 33,3%, and moderate asphyxia was 66,7%. Meconium stain amniotic fluid, abruptio placenta, abnormal fetal presentation, prolapsed cord, preeclampsia, mother with general anesthesia had a significant association with severe asphyxia in univariate analysis (p<0,05). Using multivariate analysis, we found that preeclampsia, mother with general anesthesia, abruptio placenta, abnormal fetal presentation remained independent risk factor for severe asphyxia (p < 0,05). **Conclusion:** Improvement of antenatal care is needed to identify and manage of conditions that could be threatening to the babies at birth, especially in high-risk pregnancy such as preeclampsia, abruptio placenta. Furthermore, neonatal resuscitation needs to prepare properly and to support immediately in the delivery room to all newborn, especially birth asphyxia to reduce severity as well as consequences of asphyxia. **Keywords:** birth asphyxia, asphyxiated neonates, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, mặc dù các chương trình sàng lọc thai kỳ được đầu tư và các bước hồi sức sơ sinh tại phòng sinh ngày càng được chú trọng và thực hiện chuẩn hóa nhưng ngạt vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong giai đoạn sơ sinh. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm có khoảng 4 – 9 triệu ca sinh ngạt được báo cáo và gây tử vong cho khoảng 1,2 triệu trẻ sơ sinh và có tới 25% trẻ sống sót có vấn đề về thần kinh vĩnh viễn [1]. Ở các nước phát triển tỷ lệ ngạt sơ sinh là 2/1000 trẻ sống, nhưng tỷ lệ này cao hơn tới 10 lần ở các nước đang phát triển, nơi mà còn nhiều hạn chế trong việc chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh [2]. Những trường hợp ngạt nặng điều trị khá phức tạp và thời gian nằm viện kéo dài, tỷ lệ di chứng cao, để lại gánh nặng lớn về kinh tế, tinh thần cho gia đình và xã hội. Hiện nay, ở Việt Nam tỷ lệ ngạt sơ sinh vẫn còn ở mức cao. Theo báo cáo mô hình bệnh tật tại khoa Nhi Hồi sức tích cực Sơ sinh, Trung tâm Nhi khoa - Bệnh viện Trung ương Huế năm 2019, tỷ lệ trẻ sơ sinh ngạt chiếm 10,2% trong đó tỷ lệ tử vong do ngạt chiếm đến 40% [3]. Có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến ngạt sơ sinh gồm từ mẹ, quá trình sinh, thai, phần phụ của thai. Do đó, việc đánh giá các yếu tố nguy cơ trước và trong cuộc sinh để có sự chuẩn bị dụng cụ, phương tiện, đội ngũ hồi sức thích hợp, giúp giảm thiểu tối đa tỷ lệ ngạt cũng như hậu quả do tình trạng ngạt nặng gây ra là vấn đề

¹Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế

²Bệnh viện Đại học Y Dược Buôn Ma Thuột

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Bình

Email: nttbinh.a@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 3.10.2023

Ngày duyệt bài: 25.10.2023

có ý nghĩa thực tiễn rất lớn. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ liên quan đến mức độ ngạt của trẻ sơ sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 120 trẻ được chẩn đoán ngạt được theo dõi, điều trị tại khoa Hồi sức tích cực-Nhi sơ sinh, Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Huế.

2.3. Thời gian nghiên cứu: 5/2020 – 7/2022.

2.4. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Trẻ được chẩn đoán ngạt theo tiêu chuẩn của WHO với Apgar 1 phút <7 điểm [4].

2.5. Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ cực non dưới 28 tuần.
- Trẻ sinh ngạt ngoại viện.

2.6. Biến số đo lường

- **Chỉ số Apgar:** đánh giá dựa trên 5 dấu hiệu gồm: nhịp tim, nhịp thở, trương lực cơ, đáp ứng với kích thích, màu da tại thời điểm 1 phút và 5 phút sau sinh Apgar.

- **Phân độ ngạt:** theo WHO ở trẻ sơ sinh:

+ Ngạt trung bình: Apgar tại thời điểm 1 phút sau sinh 4 – < 7 điểm.

+ Ngạt nặng: Apgar tại thời điểm 1 phút sau sinh 0 – 3 điểm [4].

- **Biến số khác:**

+ Đặc điểm trẻ sơ sinh: tuổi thai, giới tính, cân nặng, tình trạng dinh dưỡng,

+ Các yếu tố trong thai kỳ, cuộc sinh và bà mẹ: phương pháp sinh, đa thai, thai suy, sa dây rốn, Mẹ bệnh lý tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ, mẹ sốt lúc sinh, mẹ có gãy mê toàn thân,

nhau tiền đạo, nhau bong non, ngôi bất thường, ối vỡ kéo dài >18 giờ, ối nhuộm phân su [5].

2.7. Xử lý số liệu. Xử lý số liệu theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Phân tích hồi quy logistics đơn biến, đa biến để tìm hiểu mối liên quan giữa các biến độc lập với mức độ ngạt. Kết luận theo giá trị p, OR và khoảng tin cậy 95%. Các phân tích kiểm định chọn giá trị p<0,05 làm ngưỡng xác định sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 1.

Đặc điểm trẻ sơ sinh		N=120	%
Tuổi thai (tuần)	<34 tuần	16	13,4
	34-<37 tuần	43	35,8
	≥ 37 tuần	61	50,8
	Trung bình (X±SD)	36,6 ±2,5	
Giới tính	Nam	71	59,2
	Nữ	49	40,8
Cân nặng lúc sinh (gam)	<2500	56	46,7
	2500-<4000	60	50,0
	≥4000	4	3,3
	X±SD	2550± 792,1	
Mức độ ngạt	Ngạt nặng	40	33,3
	Ngạt trung bình	80	66,7

Nhận xét: Nghiên cứu trên 120 trẻ sinh ngạt, sơ sinh non tháng (<37 tuần) chiếm tỷ lệ 49,2%, sơ sinh đủ tháng (≥ 37 tuần) chiếm 50,8%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,45/1. Nhóm trẻ có cân nặng lúc sinh < 2500 gam chiếm 46,7%. Cân nặng trung bình nhóm nghiên cứu là 2550±792.1 gam. Ngạt nặng chiếm 33,3%.

3.2. Các yếu tố liên quan đến mức độ ngạt sơ sinh trong phân tích đơn biến

Bảng 2. Liên quan giữa đặc điểm của thai kỳ và giai đoạn chuyển dạ đến mức độ ngạt sơ sinh

Yếu tố liên quan từ thai kỳ và giai đoạn chuyển dạ	Ngạt nặng N1=40	Ngạt trung bình N2=80	OR	95% CI	P
Yếu tố liên quan từ thai kỳ					
Nhau tiền đạo					
Có	3(7,5)	3(3,8)	2,1	0,4-10,8	>0,05
Không	37 (92,5)	77(96,2)			
Nhau bong non					
Có	8(20,0)	1 (1,2)	19,8	2,4-164,4	<0,05
Không	32 (80,0)	79 (98,2)			
Sa dây rốn					
Có	7(17,5)	0(0,0)	-*	-	<0,001
Không	33 (82,5)	80(100,0)			
Ngôi bất thường					
Có	10 (25,0)	5(6,2)	5,0	1,6-15,9	<0,05
Không	30(75,0)	35 (93,8)			

Ôi vỡ kéo dài >18h					
Có	4 (10,0)	6 (7,5)	1,4	0,4-5,2	>0,05
Không	36 (90,0)	74 (92,5)			
Nước ôi có phân su					
Có	15(37,5)	13(16,2)	3,0	1,3-7,4	<0,05
Không					
Số lượng thai					
Đơn thai	37(92,5)	73 (91,2)	0,8	0,2- 3,5	>0,05
Đa thai	3 (7,5)	7 (8,8)			
Phương pháp sinh					
Sinh mổ	34(85,0)	58 (72,5)	2,1	0,8-5,8	>0,05
Sinh thường	6 (15,0)	22 (27,5)			

*Không tính giá trị OR vì có n=0

Nhận xét:

- Các yếu tố tăng nguy cơ ngạt nặng gồm nước ôi có phân su (OR=3,0; 95%CI=1,3-7,4), nhau bong non (OR=19,8; 95%CI= 2,4-164,4), ngôi bất thường (OR=5,0; 95%CI = 1,6-15,9) và

sa dây rốn (p<0,001).

- Không có mối liên quan giữa nhau tiền đạo, ôi vỡ kéo dài, giới tính, số lượng thai, phương pháp sinh với mức độ ngạt trẻ sơ sinh (p > 0,05).

Bảng 3. Các yếu tố liên quan từ đặc điểm mẹ và con đến mức độ ngạt sơ sinh

Yếu tố liên quan	Ngạt nặng N1=40	Ngạt trung bình N2=80	OR	95% CI	P
Các yếu tố liên quan từ con					
Tuổi thai					
<37 tuần	16 (40,0)	43 (53,7)	0,57	0,26-1,24	>0,05
≥37 tuần	24 (60,0)	37 (46,3)			
Cân nặng					
<2500 gam	15 (37,5)	41 (51,2)	0,57	0,26-1,23	>0,05
≥2500 gam	25 (62,5)	39 (48,8)			
Giới tính					
Nam	27 (67,5)	41 (51,2)	1,9	0,9-4,4	>0,05
Nữ	13 (32,5)	39 (48,8)			
Các yếu tố nguy cơ từ mẹ					
Mẹ bị tiền sản giật					
Có	16 (40,0)	10 (12,5)	4,7	1,9-11,7	<0,05
Không	24 (60,0)	70 (87,5)			
Mẹ bị đái tháo đường					
Có	3 (7,5)	3 (3,8)	2,1	0,4-10,8	>0,05
Không	37 (92,5)	77 (96,2)			
Mẹ sốt trước/trong chuyển dạ					
Có	4 (10,0)	4 (5,0)	2,1	0,5-8,9	>0,05
Không	36 (90,0)	44 (95,0)			
Mẹ gây mê toàn thân					
Có	6 (15,0)	1 (1,2)	13,9	1,7-120,3	<0,05
Không	34 (85,0)	79 (98,8)			

Nhận xét:

- Các yếu tố tăng nguy cơ ngạt nặng gồm mẹ tiền sản giật (OR=4,7; 95%CI=1,9-11,7), mẹ gây mê toàn thân (OR=13,9; 95%CI= 1,7-120,3) với p<0,05.

- Không có mối liên quan giữa tuổi thai, cân nặng, giới tính trẻ và mẹ đái tháo đường thai kỳ và mẹ sốt trước/trong chuyển dạ với mức độ ngạt trẻ sơ sinh (p > 0,05).

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến mức độ ngạt trẻ sơ sinh trong mô hình hồi quy Logistic đa biến

Yếu tố liên quan	Mức độ ngạt		
	Giá trị OR	95% Khoảng tin cậy	P
Mẹ tiền sản giật	4,2	1,5-12,1	<0,05
Mẹ gây mê toàn thân	15,0	1,5-151,6	<0,05
Nhau bong non	24,0	2,5-226,6	<0,05

Nước ối có phân su	2,2	0,7-6,4	>0,05
Ngôi bắt thường	5,4	1,5-20,3	<0,05

Nhận xét: Trong mô hình hồi quy Logistic đa biến: Mẹ tiền sản giật, mẹ gây mê toàn thân, nhau bong non, ngôi thai bất thường là những yếu tố độc lập tăng nguy cơ ngạt nặng ở trẻ sơ sinh ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong bảng 1 cho thấy tỷ lệ nam/nữ trong nhóm nghiên cứu là 1,45/1. Tỷ lệ này cũng tương tự với một số nghiên cứu khác như của Gebregziabher (2020) tỷ lệ nam chiếm 58,3% [2]. Tuổi thai trung bình và cân nặng trung bình của trẻ trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $36,6 \pm 2,5$ tuần $2550 \pm 792,1$ gam.

Để tìm yếu tố liên quan đến mức độ ngạt ở trẻ sơ sinh, chúng tôi tiến hành phân tích đơn biến và sau đó là phân tích đa biến. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhau bong non làm tăng nguy cơ ngạt nặng gấp 19,8 lần (95% CI 2,4 – 164,4), trong mô hình hồi quy Logistic đa biến nhau bong non cũng là một yếu tố nguy cơ liên quan đến mức độ ngạt ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Naeye nhau bong non là yếu tố nguy cơ liên quan với mức độ nặng của ngạt và tử vong sau sinh với $p < 0,001$ [6]. Nhau bong non làm quá trình cung cấp máu và các chất dinh dưỡng cho thai bị gián đoạn dẫn đến các biến chứng như sốc giảm thể tích, rối loạn đông máu, suy thai trong chuyển dạ và tình trạng ngạt nặng khi sinh, đặc biệt có thể gây tử vong cho trẻ [5].

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sa dây rốn là yếu tố nguy liên quan với mức độ ngạt với $p < 0,001$. Tương tự kết quả của Naeye sa dây rốn liên quan đến mức độ ngạt nặng và tử vong sau sinh với $p < 0,001$. Sa dây rốn dẫn đến dây rốn bị chèn ép làm đình trệ quá trình cung cấp máu cho thai dẫn đến hậu quả thai suy, thai chết lưu hoặc ngạt nặng sau sinh [6]. Bảng 2 trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ngôi bất thường (ngôi ngang, ngôi ngược, ngôi mặt) làm tăng nguy cơ ngạt nặng gấp 5 lần ngôi bình thường (95% CI 1,6 – 15,9), và trong mô hình hồi quy Logistic đa biến, ngôi bất thường cũng là một yếu tố tăng nguy cơ ngạt nặng ở trẻ sơ sinh ($p < 0,05$). Các loại ngôi bất thường làm tăng nguy cơ chấn thương cho trẻ trong quá trình sinh do tư thế lấy thai không thuận lợi, sa dây rốn từ đó làm tăng nguy cơ ngạt sơ sinh [5].

Trẻ sinh ở trường hợp nước ối có phân su có

tăng nguy cơ ngạt nặng gấp 3 lần (95% CI 1,3 – 7,4), tuy nhiên trong mô hình hồi quy Logistic đa biến mỗi liên quan giữa nước ối có phân su với mức độ ngạt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sự xuất hiện của phân su trong nước ối có thể dẫn đến ngạt sơ sinh do trẻ hít phải phân su dẫn đến tắc nghẽn cơ học đường thở [5]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Tashew cho thấy nước ối nhuộm phân su tăng nguy cơ ngạt với OR= 7,88 (2,917–21,289), $p < 0,05$ [7].

Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa nhau tiền đạo, ối vỡ kéo dài trên 18 giờ, tình trạng sinh đa thai và phương pháp sinh với mức độ ngạt của trẻ sơ sinh ($p > 0,05$). Theo tác giả Awad (2021) trong 85 trẻ có nhau tiền đạo có 17,6% trẻ có Apgar ≤ 3 tại thời điểm 1 phút sau sinh và 3,5% trường hợp trẻ có Apgar ≤ 3 tại thời điểm 5 phút sau sinh [8]. Do đó nhau tiền đạo có thể làm tăng nguy cơ sinh non, nhẹ cân suy thai cấp hoặc ngạt nặng khi sinh [8]. Nghiên cứu của Naeye cho thấy nhau tiền đạo là yếu tố liên quan quan trọng đến tình trạng ngạt nặng và tử vong của trẻ khi sinh và với $p < 0,001$ [6], có sự khác biệt này có thể do tỷ lệ nhau tiền đạo trong nghiên cứu của chúng tôi khá thấp chỉ có 5%. Về tình trạng đa thai và phương pháp sinh, nghiên cứu của Tashew cũng cho thấy không liên quan đến tình trạng ngạt ($p > 0,05$) [7].

Kết quả bảng 3 trong nghiên cứu của chúng tôi cho biết mẹ tiền sản giật trẻ có nguy cơ ngạt nặng cao gấp 4,7 lần so với mẹ không bị tiền sản giật (95% CI 1,9 – 11,7), và trong mô hình hồi quy Logistic đa biến mẹ tiền sản giật cũng là yếu tố liên quan đến mức độ nặng của ngạt (OR=4,2; 95%CI 1,5-12,1) $p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Ilah (2015) mẹ tiền sản giật làm tăng nguy cơ trẻ ngạt nặng sau sinh ($p = 0,003$) [9]. Mẹ tiền sản giật có thể làm giảm lượng máu qua nhau thai, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, đồng thời có nguy cơ nhau bong non làm lượng máu đến thai nhi không đủ gây ngạt sơ sinh đồng thời cũng làm tăng mức độ nặng của ngạt [5].

Trường hợp mẹ mắc đái tháo đường, nhất là những trường hợp kiểm soát đường máu không tốt trẻ có rất nhiều nguy cơ như thai quá dưỡng, sinh non..., thường là cuộc sinh khó, tăng nguy cơ ngạt của trẻ khi sinh [5]. Tuy nhiên, kết quả chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa mẹ đái tháo đường với mức độ ngạt sơ sinh ($p > 0,05$).

Theo nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mẹ gây mê toàn thân làm con có nguy cơ ngạt nặng gấp 13,9 lần (95% CI 1,7 – 120,3) so với mẹ

không gây mê ($p < 0,05$). Trong mô hình hồi qui Logistic đa biến mẹ gây mê toàn thân là một trong những yếu tố độc lập liên quan đến mức độ ngạt ($p < 0,05$). Các thuốc sử dụng gây mê cho mẹ có thể nhanh chóng khuếch tán qua nhau thai và tác động đến con gây tình trạng ức chế hô hấp của trẻ ngay sau sinh dẫn đến không thể khởi phát được nhịp thở đầu tiên khi sinh và gây ngạt sơ sinh [5].

Kết quả bảng 3 cho thấy mối liên quan giữa tuổi thai, cân nặng và tình trạng dinh dưỡng của trẻ lúc sinh với mức độ ngạt không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo như một số nghiên cứu trẻ sinh non, cân nặng < 2500 gam, trẻ quá cân so với tuổi thai là một trong những yếu tố nguy cơ của ngạt sơ sinh [1], [7]. Theo nghiên cứu của Tashew cho thấy trẻ sinh non có nguy cơ sinh ngạt cao hơn trẻ đủ tháng ($OR=2,205$ (1,022–4,758) [7].

Từ những kết quả trên cho thấy, có rất nhiều yếu tố từ mẹ, thai kỳ, quá trình sinh và từ thai tăng nguy cơ gây ngạt nặng của trẻ sơ sinh. Do đó, cần theo dõi, quản lý tiền sản tốt, và công tác hồi sức sơ sinh phải luôn sẵn sàng và được chú trọng ngay tại phòng sinh trong tất cả các cuộc sinh đặc biệt trường hợp mẹ và trẻ có yếu tố nguy cơ như mẹ tiền sản giật, nhau bong non, nước ối có phân su, sa dây rốn, ngôi bất thường để hạn chế tình trạng ngạt cũng như ngạt nặng cho trẻ sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

- Trong mô hình hồi qui Logistic đơn biến cho thấy mẹ tiền sản giật, mẹ gây mê, nhau bong non, sa dây rốn, ngôi bất thường và nước ối có phân su tăng nguy cơ ngạt nặng ($p < 0,05$).

- Trong mô hình hồi qui Logistic đa biến cho

thấy mẹ tiền sản giật, mẹ gây mê toàn thân, trường hợp nhau bong non, trường hợp ngôi thai bất thường là những yếu tố độc lập ảnh hưởng đến mức độ ngạt của trẻ sơ sinh ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hassan, S.B., et al.**, Risk Factors Associated with Birth Asphyxia: A Case Control Study. Annals of King Edward Medical University, 2021. 27(4): p. 508-514.
2. **Gebregziabher, G.T., F.B. Hadgu, and H.T. Abebe**, Prevalence and associated factors of perinatal asphyxia in neonates admitted to ayder comprehensive specialized hospital, Northern Ethiopia: a cross-sectional study. International Journal of Pediatrics, 2020.
3. **Võ Thị Tú Lam**, Nghiên cứu mô hình bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh tại trung tâm Nhi bệnh viện Trung ương Huế, Luận văn thạc sỹ khoa học Y - Dược, Trường Đại học Y khoa Huế - Đại học Huế, Huế, 2020.
4. **World Health Organization**. South East Asia Region, South East Asia Regional Neonatal-Perinatal Database. 2010: SEAR-NPD, 2007 - 2008.
5. **Bộ Y Tế** (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa, Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015, Hà Nội, tr. 29-34, 39-42, 43-46, 54-55, 227-233.
6. **Naeye, R.L.**, Underlying disorders responsible for the neonatal deaths associated with low Apgar scores. Neonatology, 1979. 35(3-4): p. 150-155.
7. **Tasew, H., et al.**, Risk factors of birth asphyxia among newborns in public hospitals of Central Zone, Tigray, Ethiopia 2018. 2018. 11: p. 1-7.
8. **Awad, A.H., D.Y. Mansour, and S.M. Habib**, Maternal and Fetal Outcome of Placenta Previa Patients Attending Ain-Shams University Maternity Hospital: Prospective Study. Evidence Based Women's Health Journal, 2021. 11(4): p. 295-300.
9. **Ilah, B.G., et al.**, Prevalence and risk factors for perinatal asphyxia as seen at a specialist hospital in Gusau, Nigeria. Sub-Saharan African Journal of Medicine, 2015. 2(2): p. 64.

ĐÁNH GIÁ TỶ LỆ, CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ NGUY CƠ CỦA TỔN THƯƠNG TỶ ĐỀ Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI NỘI VIỆN

Nguyễn Thanh Huân¹, Nguyễn Thị Đào¹, Trần Minh Giao²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá tỷ lệ, các yếu tố liên quan và nguy cơ của tổn thương tỷ đề (TTTĐ) ở bệnh nhân

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân

Email: huannnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 3.10.2023

Ngày duyệt bài: 30.10.2023

cao tuổi nội viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 410 bệnh nhân ≥ 60 tuổi điều trị tại Khoa Lão, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ 12/2022 đến 04/2023. Đối tượng nghiên cứu được ghi nhận tình trạng TTTĐ hiện mắc tại thời điểm nhập viện và TTTĐ mới mắc trong thời gian nằm viện. Các bệnh nhân không có TTTĐ tại thời điểm nhập viện được đánh giá nguy cơ TTTĐ bằng thang điểm Braden. Hồi quy logistic được dùng để tìm các yếu tố liên quan đến TTTĐ tại thời điểm nhập viện. **Kết quả:** Tỷ lệ hiện mắc TTTĐ tại thời điểm nhập viện là 6,3% (26/410