Nghiên cứu Tạp chí Y Dược học Phạm Ngọc Thạch

DOI: 10.59715/pntjmp.3.1.16

Kết quả hồi sức phòng sanh của trẻ sơ sinh cực non tại Bệnh viện Hùng Vương

Phạm Hoàng Thiên Thanh[1], Nguyễn Đức Toàn[2], Bùi Thị Thủy Tiên[1], Huỳnh Thị Hồng Hạnh[1], Võ Thị Kim Thoa[1]

[1]Khoa Sơ sinh - Bệnh viện Hùng Vương

[2]Bộ môn Nhi khoa - Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm về dịch tễ, lâm sàng, phương pháp và kết quả hồi sức phòng sanh của các trẻ sơ sinh cực non tại Bệnh viện Hùng Vương từ 01/3/2022 đến 31/3/2023.

Phương pháp: Mô tả hàng loạt ca.

Kết quả: Trong tổng số 113 trẻ có tuổi thai dưới 28 tuần tham gia nghiên cứu, giới tính nam chiếm 55,8%. Tuổi thai trung vị là 26,14 tuần; cân nặng lúc sanh trung bình là 866,15 gram. Điểm Apgar 1 phút và 5 phút trung bình lần lượt là 2,99 điểm và 4,03 điểm. Nhóm trẻ cần hồi sức tim phổi chiếm 55,8%; trong đó đa số chỉ cần đặt nội khí quản (48,7%), 4,4% cần phối hợp ấn tim và 2,7% cần sử dụng vận mạch. Phần lớn trẻ đáp ứng với hồi sức phòng sanh (98,2%), có 8,8% trẻ tử vong trong vòng 1 ngày sau sinh, 37,2% tử vong trong vòng 1 tuần sau sinh, chỉ 33,6% trẻ sống sót đến khi xuất viện. Tất cả các kết cục điều trị đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm cần và không cần hồi sức tim phổi tại phòng sanh.

Kết luận: Tỉ lệ hồi sức phòng sanh thành công cao, tuy nhiên tỉ lệ sống sót đến khi xuất viện thấp. Trẻ cần hồi sức tim phổi tại phòng sanh có kết cục xấu hơn.

Từ khóa: Sinh cực non, hồi sức phòng sanh, hồi sức tim phổi.

Abstract

Results of delivery room resuscitation of the extremely preterm newborns at Hung Vuong Hospital

Objectives: Survey the epidemiological, clinical characteristics, methods and results of resuscitation in the delivery room of extremely preterm newborns at Hung Vuong Hospital from March 1st, 2022 to March 31st, 2023.

Method: Case series.

Results: Of the total 113 children borned before 28 weeks, male gender accounted for 55,8%. Median gestational age was 26,14 weeks; average birth weight was 866,15 grams. The average 1-minute and 5-minute Apgar score were respectively 2,99 points and 4,03 points. The cardiopulmonary resuscitation group accounted for 55,8% of which the majority only needed endotracheal intubation (48,7%), 4,4% needed chest compressions and 2,7% needed vasopressors. Most babies responded to delivery room resuscitation (98,2%), 8,8% died within 1 day, 37,2% died within 1 week, only 33,6% survived until discharge. All outcomes show statistically significant differences between the two groups requiring and not requiring cardiopulmonary resuscitation in the delivery room.

Ngày nhận bài: 31/10/2023
Ngày phản biện: 27/11/2023
Ngày đăng bài: 20/01/2024
Tác giả liên hệ: Phạm Hoàng Thiên Thanh
Email: thienthanh1708@gmail.com
ĐT: 0829560005

Conclusions: Delivery room resuscitation show a high success rate but the survival rate until discharge remain low. Babies who required cardiopulmonary resuscitation in the delivery room have worse outcomes.

Keywords: Extremely preterm, delivery room resuscitation, cardiopulmonary resuscitation.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay mỗi năm trên thế giới có khoảng 10% trẻ sinh non, trong đó nhóm cực non chiếm khoảng 5% [1], [2] . Trẻ sinh cực non có tỉ lệ tử vong cao và có nguy cơ gặp phải những kết cục xấu về ngắn hạn như cần hồi sức tim phổi tích cực sau sinh, suy hô hấp nặng, nhiễm trùng sơ sinh; hay dài hạn như loạn sản phế quản phổi, bệnh lý võng mạc ở trẻ sinh non, di chứng thần kinh [3], [4], [5] .Trong nghiên cứu của tác giả Foglia E.E và cộng sự năm 2020 trên 1022 trẻ, 83% trẻ sống sót sau khi được hồi sức phòng sanh; tỉ lệ sống sót giảm theo tuổi thai với 60% ở nhóm 29 - 32 tuần, 52% ở nhóm 25 - 28 tuần và chỉ 25% ở nhóm 22 - 24 [6]. Tại Bệnh viện Hùng Vương, năm 2021 có 72,3% trẻ sinh non, trong đó nhóm cực non chiếm 4,6%; tỉ lệ sống sót đến khi xuất viện của nhóm trẻ này là 29,2%, hầu hết đều cần phải hồi sức ngay sau sanh. Cho đến thời điểm hiện tại, tại Việt Nam nói chung và Bệnh viện Hùng Vương nói riêng, những nghiên cứu về đặc điểm và kết cục hồi sức phòng sanh của nhóm trẻ sơ sinh cực non vẫn còn hạn chế. Vì những lí do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để trả lời câu hỏi nghiên cứu: "Đặc điểm và kết quả hồi sức tại phòng sanh của những trẻ sinh cực non tại Bệnh viện Hùng Vương là gì?".

Mục tiêu nghiên cứu

Xác định tỉ lệ thành công của hồi sức phòng sanh cho trẻ sơ sinh cực non tại Bệnh viện Hùng Vương

Khảo sát các đặc điểm về dịch tễ, lâm sàng, đặc điểm hồi sức phòng sanh của các trẻ sơ sinh cực non tại Bệnh viện Hùng Vương

Khảo sát sự khác biệt giữa hai nhóm trẻ sơ sinh cực non cần hồi sức tim phổi và không cần hồi sức tim phổi tại phòng sanh tại Bệnh viện Hùng Vương

2. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca được tiến hành từ ngày 01/3/2022 đến 31/3/2023 tại Bệnh viện Hùng Vương.

Dân số mục tiêu

Trẻ sơ sinh < 28 tuần tuổi thai được sinh ra và điều trị tại bệnh viện Hùng Vương.

Dân số chọn mẫu

Trẻ sơ sinh < 28 tuần tuổi thai được sinh ra và kết thúc điều trị tại bệnh viện Hùng Vương trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp chọn mẫu

Lấy trọn mẫu.

Tiêu chuẩn chọn vào

1. Tất cả các trường hợp trẻ có tuổi thai sinh < 28 tuần được sinh ra và kết thúc điều trị trong thời gian nghiên cứu;

2. Người nhà của trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

1. Trẻ có chỉ định không hồi sức theo phác đồ của Bệnh viện Hùng Vương: trẻ < 23 tuần, trẻ có cân nặng lúc sinh < 400 gram, vô não, trisomy 13, trisomy 18;

2. Các trẻ sinh ra do đình chỉ thai nghén;

3. Người nhà từ chối hồi sức tích cực cho trẻ.

2.3. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Các biến số được thu thập từ hồ sơ bệnh án và điền vào phiếu thu thập số liệu được soạn sẵn. Trẻ cần hồi sức tim phổi được định nghĩa là trẻ cần đặt nội khí quản và hoặc ấn tim, sử dụng vận mạch.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Nhập liệu và phân tích số liệu bằng SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ

Về giới tính, tỉ lệ nam nữ gần bằng nhau với 63 trẻ nam (55,8%) và 50 trẻ nữ (44,2%). Đa số trẻ sanh thường (86,7%), chỉ 13,3% trẻ sanh mổ.

Bảng 1: Đặc điểm của sản phụ

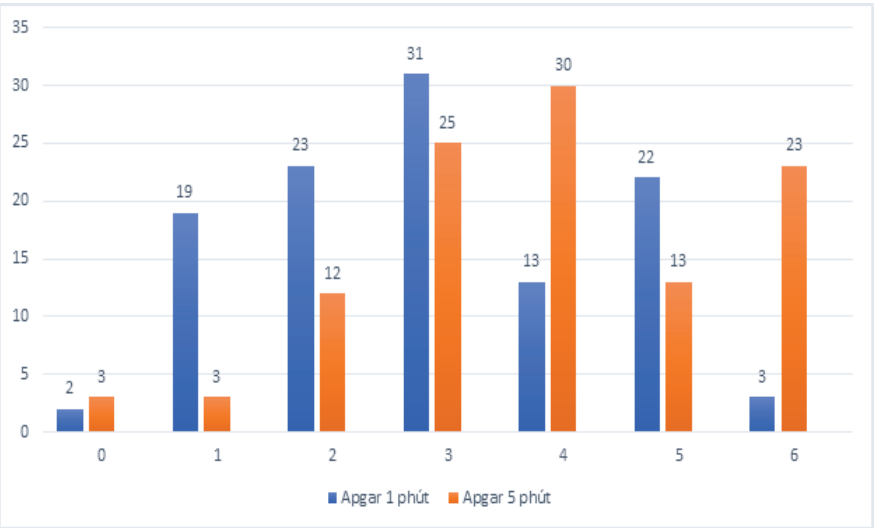
Đặc điểm	Cỡ mẫu (n =)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ	113		
- < 18 tuổi		7	6,2
- 18 - 35 tuổi		72	63,7
- > 35 tuổi		34	30,1
Nơi cư trú	113		
- TP.HCM		40	35,4
- Khác		73	64,6
Học vấn	113		
- Chưa PT		43	38,1
- Tốt nghiệp 12/12		59	52,2
- Đại học		11	9,7
Mẹ TC sanh non	113	27	23,9
TC bệnh lý nội khoa mẹ			
- Tăng huyết áp		4	3,5
- ĐTĐ		4	3,5
- Tuyến giáp		1	0,9
- Nhiễm trùng		11	9,7
- Bệnh tim		1	0,9
Thai giới hạn tăng trưởng	113	1	0,9
Đa thai	113	18	15,9
Ối vỡ sớm	113	13	11,5
Viêm ối	113	8	7,1
Thiểu ối	113	1	0,9
Mẹ sốt	113	2	1,8
GBS	113	2	1,8
Mẹ dùng Kháng sinh trước sinh	113	3	2,7
Corticoid			
- Chưa đủ liều		17	15,04
- Đủ liều		44	38,94
Bất thường TC, CTC	113	3	2,7

Đa số các sản phụ thuộc nhóm tuổi 18 - 35 tuổi (60,3%). Có 27 sản phụ (23,9%) đã từng sanh non. Bệnh lý nội khoa thường gặp nhất là nhiễm trùng trong thai kỳ (9,7%), theo sau là đái tháo đường thai kỳ và tăng huyết áp (3,5%). Hơn một nửa được sử dụng corticoid trước sanh (53,98%), đa số đủ liều.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

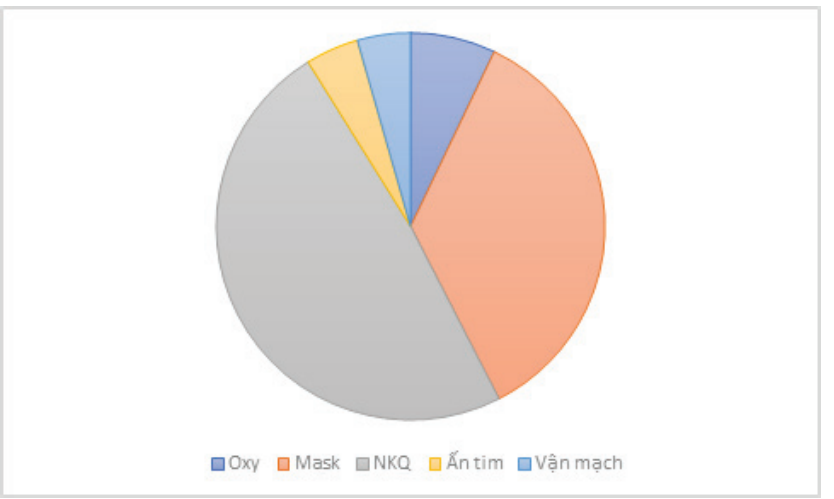
Đặc điểm	Cỡ mẫu (n=)	Trung bình	Độ lệch chuẩn (±)	Trung vị	Khoảng tứ phân vị [Q2 - Q4]	GTNN - GTLN
Tuổi thai	113			26,1	25,3 - 27,1	23,7 - 27,9
Cân nặng lúc sanh		866,2	161,2	870	725 - 990	580 - 1400
Chiều dài	102	33,2	3,8	33	30 - 35	25 - 45
Vòng đầu	101	22,8	2,4	22	21 - 24	18 - 30
Apgar 1 phút	113	3	1,5	3	2 - 4	0 - 6
Apgar 5 phút	113	4	1,7	4	3 - 5	0 - 9

Tuổi thai trung vị là 26,1 tuần; cân nặng lúc sanh trung bình là 866,2 gram; chiều dài trung bình là 33,2 cm; vòng đầu trung bình là 22,9 cm. Điểm Apgar 1 phút trung bình là 3 điểm, thấp hơn điểm Agpar 5 phút trung bình là 4 điểm.



Hình 1: Điểm Apgar 1 phút và 5 phút của đối tượng nghiên cứu

Đa số trẻ có điểm Apgar 1 phút ≤ 3 điểm (ngạt nặng), trong khi đa số trẻ có điểm Apgar 5 phút > 3 điểm.



Hình 2: Đặc điểm hồi sức phòng sanh của đối tượng nghiên cứu

Nhóm trẻ cần hồi sức tim phổi chiếm tỉ lệ 55,8%. Tính riêng trong nhóm không cần hồi sức tim phổi, 83,3% trẻ hồi phục chỉ với thông khí áp lực dương qua mask hoặc RAM canula. Trong nhóm cần hồi sức tim phổi, đa số trẻ chỉ cần đặt nội khí quản (87,3%).

Bảng 3: Kết quả hồi sức phòng sanh và kết cục điều trị của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Cỡ mẫu (n=)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Kết quả Hồi sức PS	113		
Sống		111	98,2
Tử vong		2	1,8
Kết cục	113		
Sống sót		38	33,6
Tử vong ≤ 1 ngày	113	10	8,8
Tử vong ≤ 7 ngày	113	42	37,2
Tử vong ≤ 28 ngày	113	67	59,3

Phần lớn trẻ đáp ứng với hồi sức phòng sanh và được chuyển đến khoa hồi sức sơ sinh (98,2%). Đa số trẻ tử vong trong 28 ngày đầu (59,3%), trong đó có 8,8% tử vong trong vòng 1 ngày sau sinh, 37,2% tử vong trong vòng 1 tuần sau sinh. Chỉ có 33,6% trẻ sống sót đến khi xuất viện.

Bảng 4: Sự khác biệt giữa nhóm cần hồi sức tim phổi và nhóm không cần hồi sức tim phổi

	Không hồi sức tim phổi (n = 50)	**Cần hồi sức tim phổi (n = 63)**	**p-value**
Tuổi thai (tuần)	26,7/ TB = 26,5	25,9	0,001 (U)
	[26 - 27,3]/ ± 1	[25 - 26,6]	
Cân nặng lúc sanh (gram)	TB = 921,5	822,2	0,001 (U) t-test: p = 0,001; Δ = 99,28 [KTC95:41,44 - 157,12]
	± 167,9	± 142,3	
Apgar 1 phút	4,5	2	< 0,0001 (U)
	[3 - 5]	[1 - 3]	
Apgar 5 phút	6	3	< 0,0001 (U)
	[4 - 6]	[3 - 4]	
Mẹ lớn tuổi Mẹ ≤ 35 tuổi	33	46	χ2 =,652 p =,536
	41,8%	58,2%	
Mẹ > 35 tuổi	17	17	
	50,0%	50,0%	
Giới tính Nam	30	33	χ2 =,656 p =,451
	47,6	52,4	
Nữ	20	30	
	40	60	

	Không hồi sức tim phổi (n = 50)	**Cần hồi sức tim phổi (n = 63)**	**p-value**
Đa thai Không	42	53	$\chi2$ =,000 p = 1
	44,2	55,8	
Có	8	10	
	44,4	55,6	
Corticoid trước sanh Không	19	33	$\chi2$ =2,321 p = 0,135
	36,5	63,5	
Có chích	31	30	
	50,8	49,2	
Phương pháp sanh Sanh mổ	2	13	$\chi2$ = 6,701 p = 0,011*
	13,3	86,7	
Sanh thường	48	50	
	49	51	
Tử vong ≤ 1 ngày Không	49	54	p(f) = 0,041
	47,6	52,4	
Có	1	9	
	10	90	
Tử vong ≤ 7 ngày Không	38	33	$\chi2$ = 6,659 p = 0,011*
	53,5%	46,5%	
Có	12	30	
	28,6%	71,4%	
Tử vong ≤ 28 ngày Không	28	18	$\chi2$ = 8,689 p = 0,004**
	60,9%	39,1%	
Có	22	45	
	32,8%	67,2%	
Kết cục Cuối Tử vong/Chuyển	26	49	$\chi2$ = 8,299 p = 0,005**
Xuất viện (Sống sót)	24	14	
	63,2%	36,8%	
	52,2	47,8	

Có 63 trẻ cần hồi sức tim phổi sau sinh. Tuổi thai trung bình của nhóm cần hồi sức tim phổi là 25,86 tuần, nhóm không cần hồi sức tim phổi là 26,51 tuần (p = 0,001). Cân nặng lúc sanh trung bình của nhóm cần hồi sức là 822,22, nhóm không cần hồi sức là 921,5 (p = 0,001). Điểm Apgar 1 phút và 5 phút của nhóm không cần hồi sức tim phổi lần lượt là 4,5 và 6 điểm; nhóm cần hồi sức tim phổi lần lượt là 2 và 3 điểm (p < 0,0001).

Các vấn đề liên quan từ mẹ và giới tính không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Tất cả các kết cục điều trị đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm cần và không cần hồi sức tim phổi tại phòng sanh.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 55,8% là trẻ trai và 44,2% là trẻ gái; tuổi thai trung vị là 26,1 tuần, trong đó thấp nhất là 23,7 tuần và cao nhất là 27,9 tuần. Nghiên cứu đoàn hệ năm 2014 của tác giả Sara C. Handley báo cáo tuổi thai nhỏ nhất là 22 tuần và cao nhất là 27 tuần 6 ngày, trong đó tuổi thai trung bình của nhóm không cần hồi sức phòng sanh là 25,4 tuần và 24,9 đối với nhóm cần hồi sức phòng sanh [7]. Trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Cecilia cho tuổi thai trung bình là 26 tuần với nhóm cần hồi sức phòng sanh và 27 tuần với nhóm không cần hồi sức phòng sanh [8]. Như vậy nghiên cứu chúng tôi cho kết quả khác biệt có thể vì nhiều nguyên nhân khách quan. Theo phác đồ của bệnh viện Hùng Vương, trước đây chúng tôi chỉ nuôi trẻ trên 25 tuần, nhưng từ năm 2022, vì tình trạng hiếm muộn ngày càng tăng cũng như khả năng nuôi sống trẻ cực non của đơn vị có xu hướng tích cực, các trẻ đủ 23 tuần đến 25 tuần sẽ được xem xét hồi sức tùy nguyện vọng của gia đình. Vì vậy, tuổi thai ở nhóm cần hồi sức tim phổi tại phòng sanh của nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác.

Điểm Apgar 1 phút trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 3 điểm; điểm Agpar 5 phút là 4 điểm. Trong nghiên cứu của tác giả Sara, điểm Apgar 1 phút trung vị là 2 điểm và 5 phút là 5 điểm ở nhóm có hồi sức phòng sanh và lần lượt là 5 điểm và 7 điểm với nhóm không cần hồi sức phòng sanh [7]. Trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Cecilie cho kết quả điểm Apgar 1 phút và 5 phút trung bình ở nhóm có hồi sức phòng sanh lần lượt là 1 điểm và 4 điểm; và ở nhóm không hồi sức phòng sanh lần lượt là 5 điểm và 8 điểm [8]. So với nghiên cứu của chúng tôi, kết quả tương tự nghiên cứu của tác giả Sara. Điểm Apgar được đánh giá dựa trên các yếu tố tương đối chủ quan và có thể thay đổi giữa những người đánh giá khác nhau, do đó điểm Apgar chỉ phản ánh phần nào mức độ ngạt của trẻ bên cạnh các chỉ số khách quan hơn như khí máu cuống rốn, khí máu động mạch, v.v…

Về các yếu tố liên quan từ mẹ, nghiên cứu chúng tôi cho kết quả vấn đề liên quan nhiều nhất là đa thai (15,9%). Nghiên cứu của tác giả Cecilie Halling cho kết quả tương tự với chúng tôi với 14,35% trường hợp đa thai [8]. Hơn một nửa trẻ được sử dụng corticoid trước sanh (53,98%), trong đó đa số được sử dụng đủ liều (38,94%). Trong nghiên cứu của Phạm Văn Hoàn cho kết quả 62,6% thai nhi ở tuổi thai 28 - 34 tuần được sử dụng Corticoid, nghiên cứu của Fan Wu là 47,6%, của P. Agarwa là 72%, và của Barbara J. Stoll là 80%; và các nghiên cứu trên đều cho thấy có mối liên quan giữa việc dùng corticoid trước sinh với việc sống sót đến khi xuất viện [9], [10], [11], [12]. Như vậy, tương tự với các kết quả nghiên cứu trên thế giới, nghiên cứu của chúng tôi cũng đưa ra kết quả là trên 50% trẻ được sử dụng corticoid trước sinh. Tuy nhiên, trong số đó, chỉ có 38,94% trên tổng số sản phụ được sử dụng đủ liều khuyến cáo. Kết quả này tương tự với kết quả tại cùng đơn vị của Trầm Quốc Tường với 19,14% sử dụng chưa đủ liều và 48,44% đủ liều [13]

Về phương pháp hồi sức, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra 55,8% trẻ cần hồi sức tim phổi bao gồm đặt nội khí quản, ấn tim và sử dụng vận mạch. Trong nhóm không cần hồi sức tim phổi, 83,3% trẻ hồi phục chỉ với thông khí áp lực dương qua mask hoặc RAM canula. Trong nhóm cần hồi sức tim phổi, đa số trẻ chỉ cần đặt nội khí quản (87,3%), chỉ 7,9% cần phối hợp ấn tim và chỉ 4,8% cần sử dụng thêm vận mạch. So với kết quả của tác giả Barbara là 65%, Cecilie là 79% và Sara là 6,2%, nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng nhất với nghiên cứu của tác giả Barbara và khác biệt nhiều nhất với nghiên cứu của tác giả Sara [5], [7], [8]. Sự khác biệt này có thể được lý giải vì định nghĩa

hồi sức tim phổi trong nghiên cứu của tác giả Sara là ấn tim và cần sử dụng vận mạch, trong khi nghiên cứu của chúng tôi định nghĩa cần hồi sức tim phổi là cần đặt nội khí quản, ấn tim, sử dụng vận mạch. Có sự khác biệt tương đối lớn so với nghiên cứu của chúng tôi, đặc biệt là tỉ lệ sử dụng vận mạch, sự khác biệt này có thể giải thích bằng cỡ mẫu của các nghiên cứu này rất lớn, ngoài ra nghiên cứu được thực hiện cách đây gần một thập kỷ, do đó các phác đồ hồi sức phòng sanh cũng như trang thiết bị đã có nhiều sự thay đổi và cải tiến. Đặc biệt theo quan niệm mới "Giờ vàng sau sinh" ở trẻ cực non, trên 80% trẻ cực non có tự thở sau sinh mà không cần phương pháp hỗ trợ hô hấp nào; và theo NRP chỉ 10% trẻ sơ sinh cần phải hồi sức phòng sanh [14].

Về kết quả hồi sức phòng sanh, sau khi hồi sức có 98,2% trẻ đã hồi phục dấu hiệu sinh tồn; 8,8% tử vong trong vòng 1 ngày, 37,2% tử vong trong vòng 1 tuần, 59,3% tử vong trong vòng 28 ngày, và chỉ 33,6% trẻ sống sót đến khi xuất viện. Với tỉ lệ hồi sức phòng sanh thất bại chỉ là 1,8%, nhưng tỉ lệ sống sót đến khi ra viện chỉ 33,6% thấp so với hầu hết nghiên cứu khác. Nghiên cứu của tác giả Elizabeth E. Foglia cho kết quả chỉ 83% hồi sức phòng sanh thành công nhưng tỉ lệ sống sót đến khi xuất viện lên đến 64%; tương tự trong nghiên cứu của tác giả Cecilie tỉ lệ hồi sức thành công vẫn thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (84%), tỉ lệ sống sót trong 24 giờ thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (80%) nhưng tỉ lệ sống sót đến khi xuất viện cũng tương đồng 2 tác giả nói trên là 66%, đều cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [6], [7]. So sánh với nghiên cứu cũng tại đơn vị chúng tôi vào năm 2020 của tác giả Trầm Quốc Tường, tỉ lệ sống sót sau 28 tuần là 30,47% thấp hơn so với 40,7% từ nghiên cứu của chúng tôi [13]. Như vậy tỉ lệ thành công của hồi sức tại phòng sanh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hầu hết các nghiên cứu khác, tuy nhiên tỉ lệ sống sót đến xuất viện lại thấp hơn nhiều. Tuy vậy, một điểm sáng khi so sánh với tỉ lệ sống sót trong 28 ngày sau 3 năm tại cùng đơn vị của mình, chúng tôi nhận thấy đã có sự cải thiện từ 30,47% lên 40,7%. Có thể lý giải sự khác biệt này trước tiên bởi cỡ mẫu của các nghiên cứu tham khảo thường rất lớn và khảo sát đa trung tâm; một số nghiên cứu khảo sát cả trẻ đủ tháng và trẻ non tháng vì vậy tỉ lệ sống sót chung sẽ cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi trên dân số là trẻ sinh cực non. Ngoài ra, vì tiêu chuẩn loại trừ của chúng tôi bao gồm gia đình từ chối hồi sức, do đó đây cũng là một yếu tố gây nhiễu làm cho tỉ lệ hồi sức thành công cho kết quả rất cao.

Các biến định lượng như tuổi thai, cân nặng lúc sanh, điểm Apgar đều cho sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Kết quả này phù hợp với sinh lý của sơ sinh sinh non, vì ở giai đoạn phôi thai, 24 tuần là mốc để cơ thể tương đối hoàn thiện về mặt giải phẫu cho các phế nang, và 28 đến 34 tuần là thời gian để phổi trưởng thành hơn về mặt chức năng để có thể hô hấp hiệu quả ngoài môi trường bên ngoài tử cung. Do đó, tuổi thai càng lớn, cân nặng càng lớn đồng nghĩa với việc cho trẻ thêm thời gian để hoàn thiện về mặt giải phẫu và chức năng cho phổi cũng như các cơ quan khác trong cơ thể, dẫn đến nhu cầu cần phải hồi sức tích cực giảm sau khi sinh ra. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về vấn đề này khá tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới. Nghiên cứu của R. Deulofeut cho kết quả tương tự với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có và không hồi sức phòng sanh với các biến số tuổi thai, điểm Apgar 1 phút và 5 phút [15]. Nghiên cứu của tác giả Sara cũng tìm thấy sự khác biệt giữa hai nhóm về tuổi thai, cân nặng lúc sinh, điểm Apgar 1 phút và 5 phút, sử dụng corticoid trước sinh và đa thai [7].

Các vấn đề liên quan từ mẹ và giới tính không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm cần và không cần hồi sức tim phổi. Sử dụng corticoid trước sinh trong nghiên cứu của chúng tôi không làm thay đổi việc trẻ có cần hồi sức tim phổi tại phòng sanh hay không ($p = 0,135$) nhưng lại có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tử vong và sống sót ($p = 0,04$). Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, tác giả R. Deulofeut không tìm thấy sự khác biệt giữa hai nhóm cần và không cần hồi sức phòng sanh ($p = 0,94$), nhưng nghiên cứu của tác giả Cecilie lại tìm thấy với $p < 0,0001$ [8], [15]. Điều này có thể được lý giải vì cỡ mẫu của các nghiên cứu khác nhau, thời điểm sử dụng và loại corticoid có thể cũng là khác nhau, sự chuẩn bị cho bà mẹ trước sanh cũng khác nhau.

Về kết quả điều trị, tất cả các kết cục đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Nghiên cứu của tác giả Sara khảo sát sự khác biệt giữa hai nhóm cần và không cần hồi sức tim phổi tại phòng sanh cho kết quả tương tự chúng tôi với $p < 0,0001$ cho cả kết cục tử vong chung và kết cục tử vong trong 12 giờ đầu sau sanh [7]. Nghiên cứu của tác giả R. Deulofeut cho kết quả tỉ lệ tử vong là 29% trong nhóm cần hồi sức tim phổi - thấp hơn so với 65,3% trong nghiên cứu của chúng tôi, và 4% trong nhóm không cần hồi sức tim phổi - thấp hơn so với 34,7% trong nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu này cũng chỉ ra nhóm cần hồi sức tim phổi là nhóm có điểm Apgar thấp hơn, cân nặng lúc sanh và tuổi thai thấp hơn, cũng là nhóm có nguy cơ gặp phải những biến chứng nặng nề hơn như xuất huyết não, tử vong chung [15]. Như vậy, tương tự với chúng tôi thì những tác giả đều tìm thấy có sự khác biệt về kết cục giữa hai nhóm cần và không cần hồi sức tim phổi sau sinh.

5. KẾT LUẬN

Nhóm trẻ sơ sinh cực non cần hồi sức tim phổi tại phòng sanh, phòng mổ có kết cục xấu hơn so với nhóm không cần hồi sức tim phổi. Kết quả hồi sức phòng sanh tại bệnh viện Hùng Vương có tỉ lệ thành công rất cao (98,2%), tuy nhiên tỉ lệ tử vong ở giai đoạn về sau còn cao (66,4%). Mặc dù nghiên cứu đánh giá được các yếu tố liên quan đến mẹ, tình trạng trẻ ngay sau sinh, nhưng do một số vấn đề tồn tại như nguyện vọng từ chối hồi sức của gia đình, tình trạng quá tải và thiếu trang thiết bị, tình trạng chuẩn bị trước sanh cho bà mẹ cũng ảnh hưởng đến kết quả chung, vì vậy cần thực hiện thêm các nghiên cứu khác chuyên sâu hơn để đánh giá các đặc điểm của trẻ sau khi được hồi sức tại phòng sanh, cũng như những biến chứng ngắn hạn và dài hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, et al (2012). "National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications". Lancet, 379 (9832), pp.2162-2172.
2. Howson CP, Kinney MV, McDougall L, et al (2013). "Born too soon: preterm birth matters". Reprod Health, 10 Suppl 1 (Suppl 1), pp.S1.
3. Bell EF, Hintz SR, Hansen NI, et al (2022). "Mortality, In-Hospital Morbidity, Care Practices, and 2-Year Outcomes for Extremely Preterm Infants in the US, 2013-2018". JAMA, 327 (3), pp.248-263.
4. Li SJ, Feng Q, Tian XY, et al (2021). "Delivery room resuscitation and short-term outcomes of extremely preterm and extremely low birth weight infants: a multicenter survey in North China". Chin Med J (Engl), 134 (13), pp.1561-1568.
5. Stoll BJ, Hansen NI, Bell EF, et al (2015). "Trends in Care Practices, Morbidity, and Mortality of Extremely Preterm Neonates, 1993-2012". Jama, 314 (10), pp.1039-1051.
6. Foglia EE, Jensen EA, Wyckoff MH, et al (2020). "Survival after delivery room cardiopulmonary resuscitation: A national registry study". Resuscitation, 152, pp.177-183.
7. Handley SC, Sun Y, Wyckoff MH, Lee HC. Outcomes of extremely preterm infants after delivery room cardiopulmonary resuscitation in a population-based cohort. J Perinatol. 2015 May;35(5):379-83. doi: 10.1038/jp.2014.222. Epub 2014 Dec 18. PMID: 25521563; PMCID: PMC4414658.
8. Halling C, Raymond T, Brown LS, et al (2021). "Neonatal delivery room CPR: An analysis of the Get with the Guidelines®-Resuscitation Registry". Resuscitation, 158, pp.236-242.
9. Phạm Văn Hoàn (2015) Nhận xét các yếu tố nguy cơ trên sản phụ đẻ non tại bệnh viện phụ sản hà nội năm 2014, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Trường đại học Y Hà Nội, 5-57.
10. P Agarwal, B Sriram, V.S Rajadurai (2015) "Neonatal outcome of extremely preterm Asian infants ⩽28 weeks over a decade in the new millennium". journal of perinatalogy, 35 (4), 297-303.
11. B. J Stoll, N. I Hansen, E. F Bell, et al (2010) "Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network". Pediatrics, 126 (3), 443-456.

12. F Wu, G Liu, Z Feng, et al (2019) "Short-term outcomes of extremely preterm infants at discharge: a multicenter study from Guangdong province during 2008-2017". BMC Pediatrics, 19 (1), 405.
13. Trầm Quốc Tường, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2020)." Tỷ lệ sống sau 4 tuần ở trẻ sơ sinh từ 24 đến 28 tuần và các yếu tố liên quan tại bệnh biện Hùng Vương", Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
14. American Academy of Pediatrics and American Heart Association (2021). Textbook of Neonatal Resuscitation. American Academy of Pediatrics. 8th Edition, pp. 361.
15. Deulofeut R, Sola A, Lee B, Rogido M. La reanimación cardiopulmonar en sala de partos del recién nacido muy prematuro está asociada con resultados adversos a corto y a largo plazo [Delivery room cardiopulmonary resucitation of very preterm infant is associated with adverse short - and long - term outcomes]. An Pediatr (Barc). 2007 Jan;66(1):31-7. Spanish. doi: 10.1157/13097355. PMID: 17266852.