Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No.5, 135-139

CHARACTERISTICS OF PRETERM NEONATES AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Nguyen Thi Tam[1], Nguyen Mai Huong[2], Nguyen Thi Hien[3]

[1]*Department of Pediatrics, Vinmec Times City International Hospital, Vinmec Healthcare System – 458 Minh Khai Street, Vinh Tuy, Hanoi, Vietnam*
[2] *YK 14-01 Class, Dai Nam University, Hanoi, Vietnam*
[3]*Department of Family Medicine, Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy – 284 Luong Ngoc Quyen Street, Thai Nguyen, Vietnam*

Received: 09/03/2026
Reviced: 24/03/2026; Accepted: 21/05/2026

SUMMARY

Objective: To describe the clinical characteristics of preterm neonates treated at Thai Nguyen National Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 110 preterm neonates (<37 weeks of gestation) admitted to the Pediatric Center, Thai Nguyen National Hospital.

Results: Male infants accounted for 69.1%. The mean gestational age was 33.3 ± 1.52 weeks. Late preterm infants represented the highest proportion (64.5%), followed by moderate preterm (19.1%), very preterm (9.1%), and extremely preterm (7.3%). Birth weight >2500 g accounted for 63.6%, while 1500–2500 g accounted for 19.1%. The mean body length was 42.5 ± 2.1 cm and mean head circumference was 31.1 ± 2.2 cm. Respiratory rhythm disturbances were observed in 45.5% of cases. Tachycardia occurred in 54.3% and bradycardia in 4.4%. Body temperature ranged from 36.0–37.4°C, equally distributed between 36.0–36.7°C and 36.7–37.4°C (50% each). Delayed primitive reflexes were noted in 18.2%, and 26.4% had hypotonia.

Conclusion: Preterm infants in this study were predominantly late preterm, with several postnatal adaptation disorders, including respiratory abnormalities, heart rate instability, and altered muscle tone. These findings highlight the need for close monitoring and appropriate neonatal care tailored to the degree of prematurity.

Keywords: Neonate, preterm, characteristics.

*Corresponding author
Email: Hiennguyentn92@gmail.com **Phone**: (+84) 392264210 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i5.5152

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TRẺ SƠ SINH NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Tâm[1], Nguyễn Mai Hương[2], Nguyễn Thị Hiền[3]

[1]Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, Vinmec Healthcare System - 458 Minh Khai, Vĩnh Tuy, Hà Nội, Việt Nam
[2]Lớp YK 14-01 - Trường Đại học Đại Nam - Số 1, Phố Xốm, Phường Phú Lương, TP. Hà Nội, Việt Nam
[3]Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y dược, Đại học Thái Nguyên - 284 Lương Ngọc Quyến, tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 09/03/2026
Ngày chỉnh sửa: 24/03/2026; Ngày duyệt đăng: 21/05/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm của trẻ sơ sinh non tháng điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 110 trẻ sinh non tháng (< 37 tuần) tại Trung Tâm Nhi Khoa, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

Kết quả: Trẻ nam 69,1%. Tuổi thai trung bình là 33,3 ± 1,52 tuần. Tỷ lệ non muộn (64,5%), non vừa (19,1%), rất non (9,1%) và cực non (7,3%). Cân nặng >2500 g (63,6%), 1500–2500 g (19,1%). Chiều dài cơ thể 42,5 ± 2,1 cm; vòng đầu 31,1 ± 2,2 cm. Rối loạn nhịp thở ghi nhận (45,5%). Mạch nhanh (54,3%) và mạch chậm (4,4%). Nhiệt độ cơ thể dao động từ 36,0–37,4°C, phân bố đồng đều giữa hai nhóm 36,0–36,7°C và 36,7–37,4°C (mỗi nhóm 50%). Có 18,2% trẻ có phản xạ sơ sinh chậm và 26,4% trẻ có trương lực cơ yếu.

Kết luận: Trẻ sinh trong nghiên cứu chủ yếu là sinh non muộn, với nhiều rối loạn thích nghi sau sinh như bất thường hô hấp, nhịp tim và trương lực cơ, cần theo dõi sát và chăm sóc sơ sinh phù hợp theo mức độ non tháng.

Từ khoá: Sơ ninh, non tháng, đặc điểm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật ở trẻ em dưới 5 tuổi trên toàn cầu, đồng thời là thách thức lớn đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe sơ sinh, đặc biệt tại các nước đang phát triển. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm có khoảng 13,4 triệu trẻ sinh non (chiếm khoảng 10% tổng số ca sinh sống), trong đó gần 1 triệu trẻ tử vong do các biến chứng liên quan đến sinh non, đứng đầu trong các nguyên nhân tử vong sơ sinh hiện nay [1]. Trẻ sinh non không chỉ đối mặt với nguy cơ tử vong cao trong giai đoạn sơ sinh mà còn dễ gặp các biến chứng lâu dài như bệnh phổi mạn tính, xuất huyết não thất, viêm ruột hoại tử, chậm phát triển thần kinh và rối loạn phát triển thể chất [2]. Tại Việt Nam, tỷ lệ sinh non ước tính dao động từ 7–10%, tương đương khoảng 120.000–150.000 trẻ mỗi năm, góp phần đáng kể vào gánh nặng tử vong sơ sinh và chi phí y tế [3]. Các nghiên cứu trong nước cho thấy đặc điểm lâm sàng và kết cục của trẻ sinh non có sự khác biệt giữa các tuyến bệnh viện và vùng địa lý do sự chênh lệch về nguồn lực hồi sức sơ sinh, trình độ chuyên môn và khả năng tiếp cận chăm sóc trước sinh [4]. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là cơ sở y tế tuyến cuối của khu vực trung du và miền núi phía Bắc, tiếp nhận số lượng lớn thai phụ nguy cơ cao và trẻ sơ sinh bệnh lý từ nhiều tỉnh lân cận. Tuy nhiên, các dữ liệu cập nhật về đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ sinh non tại khu vực này còn hạn chế, chưa phản ánh đầy đủ thực trạng và nhu cầu chăm sóc chuyên sâu. Việc mô tả đặc điểm trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên không chỉ giúp đánh giá gánh nặng bệnh tật tại địa phương mà còn cung cấp cơ sở khoa học cho việc xây dựng chiến lược can thiệp, tối ưu hóa quy trình hồi sức sơ sinh và phân bổ nguồn lực hợp lý. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: ***"Mô tả đặc điểm của trẻ sơ sinh non tháng điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên"***, góp phần bổ sung dữ liệu thực tiễn phục vụ công tác chăm sóc sơ sinh và nâng cao chất lượng điều trị trong bối cảnh hiện nay.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Từ tháng 01/2025 – tháng 12/2025 tại Trung Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

110 trẻ sinh non tháng (< 37 tuần) điều trị tại Bệnh Viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1/2025 đến tháng 12/2025 và các bà mẹ của trẻ.

*Tác giả liên hệ
Email: Hiennguyentn92@gmail.com **Điện thoạ**i: (+84) 392264210 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i5.5152

** Tiêu chuẩn lựa chọn:* Trẻ sinh non tháng (< 37 tuần) theo tiêu chuẩn của WHO [5]; Gia đình trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ:* Trẻ sinh non tháng (<37 tuần) nằm theo dõi ≤ 2 ngày không có can thiệp; Hồ sơ bệnh án không đủ các chỉ số, biến số cần cho nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Có 110 trẻ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu

2.5. Công cụ thu thập số liệu

Số liệu nghiên cứu được thu thập bằng phiếu thu thập thông tin do nhóm nghiên cứu xây dựng thống nhất, dựa trên mục tiêu nghiên cứu và cấu trúc bệnh án chuẩn của khoa Sơ sinh. Phiếu thu thập được thiết kế dưới dạng bảng biểu có mã hóa sẵn các biến số nhằm đảm bảo tính đồng nhất và hạn chế sai lệch thông tin trong quá trình ghi nhận. Toàn bộ thông tin được ghi nhận trực tiếp từ hồ sơ bệnh án của trẻ tại thời điểm nhập viện và trong quá trình điều trị. Trước khi tiến hành thu thập chính thức, phiếu điều tra được rà soát và hiệu chỉnh để bảo đảm tính đầy đủ, rõ ràng và phù hợp với thực tiễn lâm sàng.

2.6. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm cận lâm sàng: Tỷ lệ sinh non, phân loại mức độ trẻ sinh non tháng [6] sinh non muộn: từ 34 tuần đến 36 tuần 6 ngày; Sinh non vừa: 32 đến < 34 tuần; Sinh rất non: từ 28 đến < 32 tuần; Sinh cực non: < 28 tuần. Cân nặng lúc sinh là cân nặng của trẻ ngay sau sinh, được tính bằng gram (g). Được đo bằng cân điện tử cân trẻ. Cân trẻ hàng ngày, trước bữa ăn, ngay sau khi tắm và vệ sinh cho trẻ. Do nghiên cứu viên hoặc các điều dưỡng đã được tập huấn theo hướng dẫn của nghiên cứu viên. Dựa vào cân nặng, trẻ sơ sinh được phân nhóm: Trọng lượng cực kỳ thấp: <1000g; Trọng lượng rất thấp: 1000 - 1499g; Trọng lượng thấp: 1500 - 2499g; Trọng lượng bình thường: 2500 - 3999g; Thai to ≥ 4000g; Chiều dài: Dùng thước đo trên cận điện tử, đơn vị tính bằng cm, sai số 0,5 cm. Thực hiện hàng tuần, do nghiên cứu viên thực hiện. Vòng đầu: Dùng thước dây, đơn vị tính bằng cm, sai số 0,5cm Thực hiện hàng tuần, do nghiên cứu viên thực hiện. Xác định thân nhiệt khi đo nhiệt độ ở nách: hạ thân nhiệt <36,5^{0}C ; bình thường từ 36,5^{0}C đến 37^{0}4C. Sốt nhẹ: nhiệt độ từ 37,5^{0}C đến 38^{0}C, sốt vừa: >38^{0}C đến 39^{0}C, sốt cao: >39^{0}C [7]. Mạch [5]: Đếm mạch 3 giờ/lần và nhận định. Mạch chậm (<120 lần/phút); mạch trung bình (120-160 lần/phút); mạch nhanh (>160 lần/phút). Nhịp thở: Đếm nhịp thở 3 giờ/lần và nhận định: Nhịp thở bình thường: 30-60 nhịp/phút; nhịp thở chậm: dưới 30 nhịp/phút; nhịp thở nhanh: trên 60 nhịp/phút; cơn ngừng thở: ngừng thở quá 10 giây. Rối loạn nhịp thở khi trẻ có một hoặc nhiều biểu hiện: thở nhanh (>60 lần/phút), thở chậm (<30 lần/phút), thở không đều, ngưng thở (≥20 giây hoặc ngắn hơn kèm bất thường lâm sàng).

2.7. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epi Data; Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để phân tích số liệu.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học và Y đức của trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên và sự đồng ý của Ban Giám Đốc của Bệnh Trung Ương Thái Nguyên.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm về kiểu sinh của trẻ sinh non (n=110)

Đặc điểm		Tần số (n=110)	Tỷ lệ (%)
Kiểu sinh	Sinh thường/Tự nhiên	63	57,3
	Mổ lấy thai	47	42,7

Nhận xét: Mổ lấy thai chiếm 42,7%; 57,3% trẻ sinh thường.

Bảng 2. Đặc điểm của trẻ sinh non (n=110)

Đặc điểm		Tần số (n=110)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	76	69,1
	Nữ	34	30,9
Cân nặng (gram)	< 1000 gram	5	4,5
	Từ 1000 – <1500 gram	14	12,7
	Từ 1500 - <2500 gram	21	19,1
	≥ 2500 gram	70	63,6
	Cân nặng TB (X±SD)	2163 (±314,9)	
Tuổi thai	Trung bình (X± SD)	33,3 ± 1,52)	
	Giá trị nhỏ nhất	26	
	Giá trị lớn nhất	36	

Nhận xét: Trẻ nam chiếm 69,1%; Trẻ có cân nặng trên 2500 gram chiếm tỷ lệ 63,6%, Đa số trẻ có cân nặng từ 1500 gram đến 2500 gram chiếm 19,1%; tuổi thai khi sinh trung bình là 33,3 (± 1,52) tuần, tuổi thai khi sinh dao động từ 26 đến 36 tuần tuổi.

Bảng 3. Tỷ lệ các loại sinh non của đối tượng nghiên cứu (n=110)

Đặc điểm		Tần số (n=110)	Tỷ lệ (%)
Sinh non	Non muộn	71	64,5
	Non vừa	21	19,1
	Rất non	10	9,1
	Cực non	8	7,3

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ sinh non muộn chiếm tỷ lệ cao nhất 64,5%; non vừa 19,1%; rất non 9,1% và cực non là 7,3%.

Bảng 4. Chỉ số nhân trắc của trẻ sinh non (n=110)

Đặc điểm		Giá trị
Chiều dài cơ thể (cm)	Trung bình ($\bar{X}$± SD)	42,5 ± 2,1
	Giá trị nhỏ nhất	34
	Giá trị lớn nhất	49
Vòng đầu (cm)	Trung bình ($\bar{X}$± SD)	31,1 (± 2,2)
	Giá trị nhỏ nhất	24
	Giá trị lớn nhất	36

Nhận xét: Chiều dài cơ thể của đối tượng nghiên cứu trải dài từ 34 cm đến 49 cm, trong đó chiều dài cơ thể trung bình là 42,5± 2,1 cm, vòng đầu trung bình là 31,1 ± 2,2 cm.

Bảng 5. Đặc điểm về dấu hiệu sinh tồn của trẻ sinh non (n=110)

Đặc điểm		Tần số (n=110)	Tỷ lệ (%)
Nhịp thở	Nhịp thở bình thường	15	13,6
	Nhịp thở chậm	4	3,6
	Nhịp thở nhanh	17	15,5
	Cơn ngừng thở	24	21,8
	Rối loạn nhịp thở	50	45,5
Mạch	Mạch chậm (<120 lần/phút)	5	4,5
	Mạch trung bình (120-160 lần/phút)	45	40,9
	Mạch nhanh (>160 lần/phút)	60	54,5
Nhiệt độ	Trung vị	36,7	
	Giá trị nhỏ nhất	36	
	Giá trị lớn nhất	37,4	

Nhận xét: Trẻ rối loạn nhịp thở chiếm 45,5%. Mạch của trẻ sinh non dao động từ 105 đến 163 lần/phút, trong đó có mạch chậm chiếm 4,4% và mạch nhanh chiếm 54,3%. Nhiệt độ của trẻ sinh non phân bố trong khoảng 36 độ đến 37,4 độ, 50% đối tượng có nhiệt độ từ 36 đến 36,7 độ, 50% đối tượng có nhiệt độ từ 36,7 đến 37,4 độ.

Bảng 6. Đặc điểm một số triệu chứng lâm sàng khác của trẻ sinh non (n=110)

Đặc điểm		Tần số (n=110)	Tỷ lệ (%)
Phản xạ sơ sinh	Chậm	20	18,2
	Bình thường	90	81,8
Trương lực cơ	Bình thường	81	73,6
	Yếu	29	26,4
Phản xạ bú	Có	61	55,5
	Không	49	44,5
Bệnh kèm theo	Có	7	6,4
	Không	103	93,6
Dị tật bẩm sinh		3	2,7

Nhận xét: Có 18,2% trẻ có phản xạ sơ sinh chậm, 81,8% trẻ có phản xạ sơ sinh bình thường. Trẻ có trương lực cơ yếu chiếm 26,4%, trẻ có trương lực cơ bình thường chiếm 73,6%.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ sinh non muộn chiếm ưu thế (64,5%), tiếp theo là non vừa (19,1%), rất non (9,1%) và cực non (7,3%), với tuổi thai trung bình là 33,3 ± 1,52 tuần. Phân bố này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong nước. Nghiên cứu của Hà Thị Thắm (2022) tại Bệnh viện Vinmec ghi nhận tuổi thai trung bình 34,3 ± 1,53 tuần, trong đó phần lớn trẻ tập trung ở nhóm ≥32 tuần [8]. Tương tự, nghiên cứu của Đặng Thị Bích Thảo (2020) cũng cho thấy nhóm trẻ từ 32 đến dưới 37 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (74,4%), với tuổi thai trung bình 32,6 ± 2,3 tuần [9]. Như vậy, xu hướng phân bố nghiêng về nhóm sinh non muộn trong nghiên cứu hiện tại là phù hợp với các số liệu trong nước. Tuy nhiên, khi so sánh với một số nghiên cứu quốc tế, đặc biệt là các nghiên cứu thực hiện tại các đơn vị hồi sức sơ sinh chuyên sâu, có thể thấy sự khác biệt rõ rệt. Nghiên cứu tại Mỹ được thực hiện trên nhóm trẻ có tuổi thai từ 22 đến 31 tuần 6 ngày, với tuổi thai trung bình khoảng 27 tuần [10]. Tương tự, nghiên cứu tại California cũng ghi nhận tuổi thai trung bình thấp hơn đáng kể (28,71 tuần) do đối tượng nghiên cứu chủ yếu là trẻ rất non và cực non [11]. Sự khác biệt này trước hết xuất phát từ tiêu chí chọn mẫu: các nghiên cứu quốc tế trên thường tập trung vào nhóm trẻ nguy cơ cao (rất non/cực non), trong khi nghiên cứu hiện tại bao gồm toàn bộ phổ trẻ sinh non (<37 tuần). Ngoài ra, yếu tố tuyến điều trị cũng đóng vai trò quan trọng. Các trung tâm NICU tuyến cuối thường tiếp nhận các trường hợp nặng từ nhiều cơ sở chuyển đến, do đó làm tăng tỷ lệ trẻ tuổi thai thấp trong mẫu nghiên cứu. Ngược lại, tại các bệnh viện tuyến khu vực như Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, phổ bệnh thường rộng hơn và bao gồm nhiều trường hợp sinh non muộn và non vừa, dẫn đến sự "dịch chuyển" phân bố về phía tuổi thai cao hơn.

Phân bố cân nặng sơ sinh trong nghiên cứu cũng phản ánh đặc điểm tuổi thai. Tỷ lệ trẻ có cân nặng trên 2500g chiếm 63,6%, trong khi nhóm cân nặng rất thấp (<1500g) chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (17,2%). Kết quả này tương đối tương đồng với nghiên cứu của Hà Thị Thắm (2022), trong đó cân nặng trung bình là 2265,8 ± 344,7g và phần lớn trẻ nằm trong khoảng 2000–2500g [8]. Tuy nhiên, so với nghiên cứu của Đặng Thị Bích Thảo (2020), cân nặng trung bình trong nghiên cứu này cao hơn đáng kể (so với 1837,36 ± 474,06g) [9]. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi tỷ lệ trẻ sinh non muộn cao hơn trong nghiên cứu hiện tại, vì cân nặng sơ sinh có mối liên quan chặt chẽ với tuổi thai. Khi so sánh với các nghiên cứu quốc tế, sự khác biệt càng rõ rệt hơn. Nghiên cứu của Kris Yuet Wan Lok (2017) tại Hồng Kông chỉ bao gồm trẻ có cân nặng từ 1000–1500g, với cân nặng trung bình khoảng 1139g [12]. Tương tự, các nghiên cứu tại Mỹ cũng tập trung vào nhóm trẻ có cân nặng từ 500–1500g, với cân nặng trung bình lần lượt là 947g và 1110g [10], [11]. Do đối tượng nghiên cứu khác biệt hoàn toàn, việc so sánh trực tiếp về giá trị trung bình là không phù hợp nếu không đặt trong bối cảnh tiêu chí chọn mẫu. Điều này nhấn mạnh rằng các kết quả về cân nặng trong nghiên cứu hiện tại chủ yếu phản ánh đặc điểm của nhóm sinh non muộn chiếm ưu thế, hơn là sự khác biệt về tình trạng sức khỏe hay chất lượng chăm sóc.

Về đặc điểm lâm sàng, tỷ lệ trẻ có rối loạn nhịp thở trong nghiên cứu là 45,5%. Kết quả này nằm trong khoảng được báo cáo trong các nghiên cứu trước. Theo tổng quan của Engle và cộng sự, khoảng 30–60% trẻ sinh non có biểu hiện bất thường hô hấp trong những ngày đầu sau sinh, đặc biệt ở nhóm tuổi thai thấp {Engle, 2007 #4}. So với các nghiên cứu tập trung vào trẻ rất non, tỷ lệ rối loạn hô hấp trong nghiên cứu hiện tại không cao hơn, điều này có thể liên quan đến tỷ lệ lớn trẻ sinh non muộn – nhóm thường có mức độ ổn định hô hấp tốt hơn. Tuy nhiên, do nghiên cứu không phân tích chi tiết theo từng nhóm tuổi thai, chưa thể xác định rõ sự khác biệt về tỷ lệ rối loạn hô hấp giữa các mức độ sinh non trong cùng quần thể nghiên cứu.

Nhịp tim của trẻ trong nghiên cứu dao động từ 105 đến 163 lần/phút, với tỷ lệ mạch nhanh chiếm ưu thế (54,3%) và

mạch chậm thấp (4,4%). Kết quả này tương đối phù hợp với các nghiên cứu mô tả trước đây về đặc điểm sinh lý tim mạch ở trẻ sinh non. Theo Cloherty và cộng sự, nhịp tim ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ sinh non, thường dao động rộng và có xu hướng cao hơn so với trẻ đủ tháng {Cloherty, 2008 #6}. So với các nghiên cứu khác, không ghi nhận sự khác biệt đáng kể về phạm vi nhịp tim, cho thấy phần lớn trẻ trong nghiên cứu có tình trạng tuần hoàn ổn định. Tỷ lệ mạch chậm thấp cũng có thể liên quan đến việc phần lớn trẻ thuộc nhóm sinh non muộn, ít gặp các biến cố nặng như ngưng thở kéo dài hoặc thiếu oxy nặng – những yếu tố thường gặp hơn ở trẻ cực non.

Đối với thân nhiệt, kết quả cho thấy nhiệt độ cơ thể của trẻ dao động trong khoảng 36,0–37,4°C, trong đó 50% trẻ có nhiệt độ từ 36,0–36,7°C. Theo phân loại của WHO, nhiệt độ dưới 36,5°C được xem là hạ thân nhiệt, kể cả ở mức độ nhẹ [1]. So với một số nghiên cứu tại các trung tâm có điều kiện chăm sóc sơ sinh tối ưu, tỷ lệ trẻ có nhiệt độ ở ngưỡng thấp trong nghiên cứu này có xu hướng cao hơn. Tuy nhiên, do nghiên cứu không thu thập chi tiết các yếu tố liên quan như phương pháp giữ ấm, sử dụng lồng ấp hay chăm sóc da kề da, việc giải thích nguyên nhân cụ thể còn hạn chế. Một yếu tố cần xem xét là điều kiện thực hành tại cơ sở nghiên cứu, nơi có thể còn khác biệt về nguồn lực so với các trung tâm chuyên sâu, từ đó ảnh hưởng đến khả năng duy trì thân nhiệt ổn định cho trẻ sinh non.

Về đánh giá thần kinh, tỷ lệ trẻ có phản xạ sơ sinh chậm là 18,2% và trương lực cơ yếu là 26,4%. Kết quả này thấp hơn so với một số nghiên cứu trên nhóm trẻ cực non, nhưng phù hợp với các nghiên cứu có tỷ lệ cao trẻ sinh non muộn. Theo Volpe, mức độ trưởng thành thần kinh ở trẻ sinh non có sự khác biệt rõ rệt theo tuổi thai, trong đó trẻ ≥32 tuần thường có biểu hiện thần kinh gần với trẻ đủ tháng hơn [13]. Do đó, tỷ lệ phần lớn trẻ có phản xạ và trương lực bình thường trong nghiên cứu là hợp lý và phản ánh đúng cấu trúc mẫu nghiên cứu.

Nhìn chung, các kết quả trong nghiên cứu có sự tương đồng với các nghiên cứu trong nước về cả phân bố tuổi thai, cân nặng và đặc điểm lâm sàng. Những khác biệt quan sát được khi so sánh với các nghiên cứu quốc tế chủ yếu liên quan đến tiêu chí chọn mẫu và đặc điểm tuyến điều trị, hơn là sự khác biệt thực sự về bản chất bệnh lý. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đặt kết quả nghiên cứu trong bối cảnh cụ thể khi so sánh và diễn giải.

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần được xem xét khi bàn luận kết quả. Thiết kế mô tả cắt ngang chỉ cho phép mô tả đặc điểm tại một thời điểm, chưa đánh giá được mối liên quan nhân quả. Cỡ mẫu còn hạn chế và nghiên cứu được thực hiện tại một cơ sở y tế đơn lẻ, do đó khả năng khái quát hóa còn chưa cao. Một số biến lâm sàng chưa được phân tích sâu theo phân nhóm tuổi thai hoặc mức độ bệnh, làm hạn chế khả năng so sánh chi tiết với các nghiên cứu khác.

Tuy nhiên, trong phạm vi nghiên cứu, các kết quả thu được có giá trị trong việc mô tả đặc điểm trẻ sinh non tại một bệnh viện tuyến khu vực. Việc so sánh với các nghiên cứu tương tự cho thấy tính nhất quán của xu hướng phân bố sinh non muộn chiếm ưu thế, đồng thời làm rõ vai trò của đặc điểm mẫu nghiên cứu trong việc giải thích các khác biệt quan sát được. Những kết quả này có thể là cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo với thiết kế phân tích và quy mô lớn hơn nhằm đánh giá sâu hơn các yếu tố liên quan và kết cục của trẻ sinh non.

5. KẾT LUẬN

Trẻ sinh trong nghiên cứu chủ yếu là sinh non muộn, với nhiều rối loạn thích nghi sau sinh như bất thường hô hấp, nhịp tim và trương lực cơ, cần theo dõi sát và chăm sóc sơ sinh phù hợp theo mức độ non tháng.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] W. H. Organization, Born too soon: decade of action on preterm birth. World Health Organization (in eng), 2023.

[2] H. Blencowe et al., "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," (in eng), The lancet, vol. 379, no. 9832, pp. 2162-2172, 2012. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60820-4

[3] UNICEF and W. H. Organization, "Levels and trends in child mortality: report 2023," (in eng), 2024.

[4] Q. H. Điệp and N. T. X. Hương, "Tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ sơ sinh non tháng thiếu máu tại bệnh viện sản nhi Ninh Bình năm 2025," (in VI), Tạp chí Y học Việt Nam, vol. 556, no. 1, 2025.

[5] Bộ Y Tế (2015). Quyết định số 315/QĐ-BYT Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa.

[6] Bộ Y Tế "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản," (in Vi), Chảy máu trong nửa đầu thai kỳ, pp. 87-91, 2016.

[7] T. Gera, D. Shah, P. Garner, M. Richardson, and H. S. Sachdev, "Integrated management of childhood illness (IMCI) strategy for children under five," (in eng), Cochrane Database of Systematic Reviews, no. 6, 2016.

[8] H. T. Thắm, "Kết quả chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Vinmec Times City. (Luận văn thạc sĩ chuyên ngành: Điều dưỡng)," TLU, 2022.

[9] T. B. T. Đặng and T. T. Hoàng, "Kết quả chăm sóc toàn diện trẻ sinh non, nhẹ cân bằng phương pháp Kangaroo tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City," (in vi), Tạp chí khoa học Điều dưỡng, vol. 3, no. 5, pp. 208-215, 2020. DOI: 10.54436/jns

[10] W. A. Engle and M. A. Kominiarek, "Late preterm infants, early term infants, and timing of elective deliveries," (in eng), Clinics in perinatology, vol. 35, no. 2, pp. 325-341, 2018. https://doi.org/10.1016/j.clp.2008.03.003

[11] A. Conde-Agudelo and R. Romero, "Vaginal progesterone to prevent preterm birth in pregnant women with a sonographic short cervix: clinical and public health implications," (in eng), American journal of obstetrics gynecology, vol. 214, no. 2, pp. 235-242, 2016. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.09.102.

[12] K. Y. W. Lok et al., "Increase in weight in low birth weight and very low birth weight infants fed fortified breast milk versus formula milk: a retrospective cohort study," (in eng), Nutrients, vol. 9, no. 5, p. 520, 2017. doi: https://doi.org/10.3390/nu9050520

[13] J. J. Volpe, "Brain injury in premature infants: a complex amalgam of destructive and developmental disturbances," (in eng), The Lancet Neurology, vol. 8, no. 1, pp. 110-124, 2019, doi: https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70294-1.