

Đặc điểm và kết quả nuôi dưỡng trẻ non tháng ăn bằng ống thông dạ dày tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2020 - 2021

Đỗ Thị Phương Anh¹, Lê Minh Trác¹, Phạm Phương Lan¹, Dương Lan Dung¹

¹ Bệnh viện Phụ sản Trung ương

doi: 10.46755/vjog.2022.3.1485

Tác giả liên hệ (corresponding author): Đỗ Thị Phương Anh; email: dothiphuonganh1981@gmail.com

Nhận bài (received): 10/9/2022 - Chấp nhận đăng (accepted): 25/9/2022

Tóm tắt

Mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm trẻ sơ sinh non tháng; 2) Đánh giá kết quả chăm sóc nuôi dưỡng bằng ống thông dạ dày và một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 189 trẻ non tháng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương tuổi thai từ 25 đến 32 tuần, được nuôi dưỡng bằng ống thông dạ dày khi đạt ≥ 130 ml/kg/ngày.

Kết quả: Tuổi thai trung bình 30,1 tuần, cân nặng trung bình ban đầu $1362,4 \pm 297$ (g), chiều dài $38,2 \pm 4,3$ (cm). Thời gian bắt đầu cho ăn bằng ống thông dạ dày $1,1 \pm 0,3$ ngày tuổi, thời gian trở lại cân nặng ban đầu $16,8 \pm 4,8$ ngày. Cân nặng tăng trung bình $14,7 \pm 5,8$ g/kg/ngày. Tỷ lệ trẻ chậm tăng trưởng sau sinh tại thời điểm xuất viện hoặc ghép mẹ 65,6%. Biến chứng viêm ruột hoại tử (5,8%), chỉ có 1 trẻ tử vong (0,5%). Các yếu tố liên quan tới tỷ lệ trẻ chậm tăng trưởng sau sinh là đa thai (OR = 1,5; 95% KTC: 0,3 - 0,9); mẹ bị tiền sản giật (OR = 4,2; 95% KTC: 1,2 - 15,0); trẻ gái (OR = 2,1; 95% KTC: 1,1 - 3,9); cân nặng lúc sinh < 1000 gram (OR = 9,4; 95% KTC: 1,2 - 76,4), tuổi thai lúc sinh < 30 tuần (OR = 1,7; 95% KTC: 0,9 - 3,2).

Kết luận: Nuôi dưỡng trẻ đẻ non bằng ống thông dạ dày tại Trung tâm sơ sinh của bệnh viện Phụ sản Trung ương là một phương pháp an toàn, hiệu quả, ít biến chứng và giúp trẻ sớm trở lại cân nặng lúc sinh.

Từ khóa: trẻ đẻ non, ống thông dạ dày, nuôi dưỡng sớm bằng đường tiêu hóa.

Characteristics and the nutritional outcomes of preterm infants nourished by nasogastric tube feeding at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology during 2020 - 2021

Do Thi Phuong Anh¹, Le Minh Trac¹, Pham Phuong Lan¹, Duong Lan Dung¹

¹ National Hospital of Obstetrics and Gynecology

Abstract

Objectives: To describe characteristics of preterm infants; To evaluate the results of nasogastric tube feeding and some related factors.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional study on 189 live infants born at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology with gestational age from 25 weeks to 32 weeks, Infants were nourished by nasogastric tube feeding when reaching ≥ 130 ml/kg/day.

Results: The babies had an average gestational age of 30.1 weeks, average initial weight of 1362.4 ± 297 (g), average length of 38.2 ± 4.3 (cm). The majority of infants who received tube feeding were from 1.1 ± 0.3 days old and took an average of 16.8 ± 4.8 days to return to birth weight. Weight increased on average 14.7 ± 5.9 g/kg/day. The rate of children with growth retardation after birth at the time of hospital discharge was 65.6%. The most common complication was necrotizing enterocolitis (5.8%), only 1 child died on discharge (0.5%). Relating factors the rate of children with growth retardation after birth were multiple pregnancies (OR = 1.5; 95% CI: 0.3 - 0.9); mother had preeclampsia (OR = 4.2; 95% CI: 1.2 - 15.0); boys (OR = 2.1; 95% CI: 1.1 - 3.9); birth weight < 1000 grams (OR = 9.4; 95% CI: 1.2 - 76.4).

Conclusions: Feeding premature babies with a nasogastric tube at the Neonatal Center of the National Hospital of Obstetrics and Gynecology was a safe, effective, low-complicated method and helps the baby to return to birth weight soon.

Key words: preterm infant, nasogastric tube, nourished by tube feeding.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ non tháng là trẻ ra đời trước thời hạn bình thường trong tử cung, có tuổi thai dưới 37 tuần (theo định nghĩa của WHO). Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) hàng năm trên thế giới có khoảng 15 triệu trẻ đẻ non chào đời. Mặc dù y học đã có nhiều tiến bộ nhưng theo một nghiên cứu từ 184 quốc gia thì tỉ lệ sinh non vẫn không giảm và giao động từ 5% - 18% tổng trẻ sinh ra [1]. Chăm sóc và điều trị cho trẻ sơ sinh non tháng đặc biệt là trẻ cực non và rất non tháng rất quan trọng trong những tuần đầu sau đẻ, đòi hỏi nhiều công sức và kết hợp của nhiều lĩnh vực khác nhau như hồi sức sơ sinh, hô hấp, dinh dưỡng, chống nhiễm khuẩn, thần kinh ...

Nuôi dưỡng trẻ non tháng trong những tuần đầu đời rất khó vì nhu cầu năng lượng cao trong khi hệ thống tiêu hóa chưa phát triển đầy đủ. Trước đây việc cung cấp dinh dưỡng cho trẻ non tháng chủ yếu là qua đường tĩnh mạch. Hiện nay có nhiều nghiên cứu cho thấy nuôi ăn qua đường tiêu hóa sớm giúp cho bộ máy tiêu hóa hoạt động tốt, giảm nguy cơ viêm ruột hoại tử, tăng cường sự trưởng thành của đường tiêu hóa cũng như hệ miễn dịch cho trẻ [1]. Những nghiên cứu cũng cho thấy nuôi dưỡng đường tiêu hóa mang lại nhiều ưu điểm hơn so với nuôi dưỡng đường tĩnh mạch toàn phần vì tránh được các biến chứng liên quan đến đặt catheter tĩnh mạch rốn, lưu ven tĩnh mạch lâu ngày, nhiễm khuẩn huyết và các phản ứng phụ của tình trạng nhịn ăn kéo dài [2], [3]. Ở Việt Nam, hiện chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm trẻ sơ sinh non tháng tại Trung tâm Sơ sinh - Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong hai năm 2020-2021,

2. Đánh giá kết quả chăm sóc nuôi dưỡng trẻ non tháng ăn bằng ống thông dạ dày và một số yếu tố liên quan.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tất cả trẻ sơ sinh có tuổi thai từ 25 tuần đến 32 tuần được chăm sóc tại Trung tâm Chăm sóc và điều trị sơ sinh - Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn.

- Tất cả trẻ sinh ra còn sống tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương có tuổi thai từ 25 tuần đến 32 tuần, không có di tật đường tiêu hóa do các bệnh lý bẩm sinh như: khe hở thành bụng, tắc ruột, teo thực quản, thoát vị rốn, teo ruột non, tắc tá tràng, thoát vị hoành... được nuôi dưỡng theo qui trình cho trẻ sinh non và nuôi dưỡng ăn bằng ống thông dạ dày đạt ≥ 130 ml/kg/ngày.

- Cha mẹ bệnh nhi đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 01/11/2020 - 30/06/2021. Tại Trung tâm Sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang,

theo dõi trẻ từ khi sinh đến khi ghép mẹ hoặc ra viện.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Áp dụng theo công thức ước tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1 - P)}{d^2}$$

- Tỉ lệ chậm tăng trưởng sau sinh khi tuổi thai 34 - 36 tuần hiệu chỉnh trong nghiên cứu của Lê Phương Linh là 60% do đó ta chọn $p = 0,6$ và chọn $d = 0,1$.

- Thay vào công thức ta có cỡ mẫu tối thiểu là $n = 93$ trẻ.

- Thực tế nghiên cứu đã lấy được 189 trẻ.

2.4. Cách tiến hành nghiên cứu

- Lựa chọn lần lượt trẻ có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Trẻ được nuôi theo phác đồ "Khuyến cáo điều trị dinh dưỡng trẻ sinh non, nhẹ cân" của Hội Nhi khoa Việt Nam kết hợp với phác đồ 'Guideline for Feeding very low birth weight infants' của nhóm nghiên cứu Đại học McMaster, Canada (2015) [4], [6].

- Tiến hành lấy số liệu ngay khi trẻ mới sinh và các xét nghiệm cơ bản trong tuần đầu sau sinh.

- Thu nhận trẻ sống cho đến khi được nuôi ăn qua đường tiêu hóa ≥ 130 ml/kg/ngày mới đưa vào nghiên cứu và theo dõi theo từng giai đoạn W0 (thời điểm trẻ sinh ra), W1 (thời điểm trẻ được nuôi dưỡng qua sonde dạ dày đạt ≥ 130 ml/kg/ngày), W2 (thời điểm trẻ về lại cân nặng lúc sinh) và W3 (thời điểm ghép mẹ hoặc ra viện).

2.5. Biến số

- Nhóm biến số về đặc điểm trẻ đẻ non sau sinh: tuổi thai (tuần), cân nặng, chiều dài, vòng đầu khi sinh, tình trạng thở.

- Nhóm biến số về đặc điểm nuôi dưỡng trẻ: Ngày tuổi trẻ bắt đầu được nuôi ăn tiêu hóa, thời gian trẻ về lại được cân nặng khi sinh, thời gian trẻ ăn đạt ≥ 130 ml/kg/ngày, số cân nặng tăng trung bình hàng ngày, số ngày trẻ nằm viện, chiều dài, vòng đầu tăng theo ngày.

- Nhóm biến số kết quả nuôi dưỡng trẻ: tỷ lệ chậm tăng trưởng sau sinh (CTTSS), số cân nặng lúc trẻ ra viện, biến chứng (viêm ruột hoại tử, thủng ruột, nhiễm khuẩn sơ sinh), tỷ lệ tử vong.

- Tỷ lệ trẻ được định nghĩa là chậm tăng trưởng sau sinh (CTTSS) sử dụng biểu đồ tăng trưởng Fenton trong đó [4]: Không bị CTTSS: 10-90 bách phân vị. CTTSS: < 10 bách phân vị

2.6. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu trên bằng phần mềm xử lý số liệu SPSS 20. Phân tích số liệu tại các thời điểm khi sinh và các giai đoạn theo tuần - week: W0, W1, W2, W3, sử dụng thuật toán thống kê để tính tỷ lệ, giá trị trung bình, so sánh và kiểm định Student T test.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức của Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Sơ sinh - Bệnh viện Phụ sản Trung ương trên 189 trẻ sơ sinh non tháng thu được kết quả: tỷ lệ trẻ nam/nữ là 1,2 (106/83), trong đó có 43,4% trẻ thở máy.

Bảng 1. Đặc điểm trẻ non tháng khi sinh (n = 189)

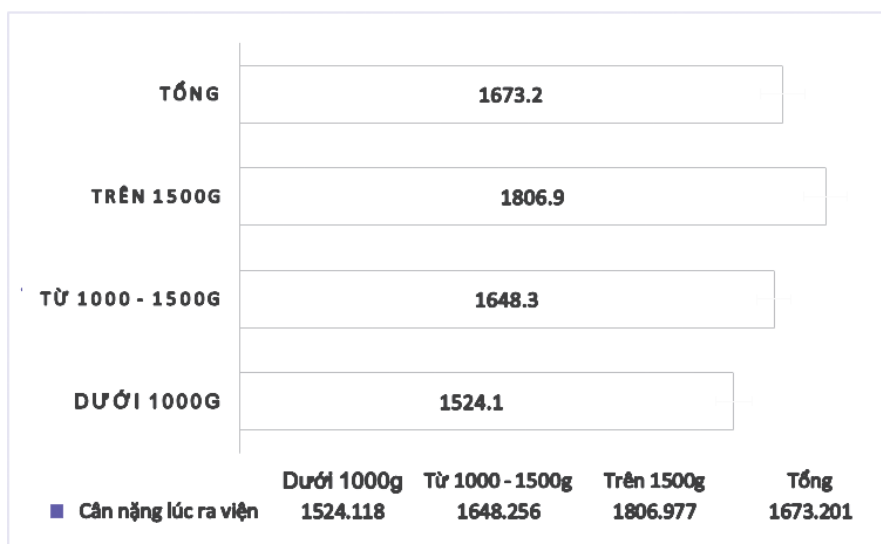
Đặc điểm	< 28 tuần	28 - 30 tuần	31 - 32 tuần	Tổng
	(n = 12)	(n = 65)	(n = 112)	(n = 189)
Tuổi thai	26,7 ± 0,5	29,1 ± 0,7	31,5 ± 0,5	30,1 ± 1,6
Cân nặng khi sinh (gam)	933,3 ± 155,7	1192,3 ± 176,1	1507,1 ± 266,7	1362,4 ± 297
Chiều dài khi sinh (cm)	32,8 ± 2,0	35,6 ± 3,5	30,2 ± 3,6	38,2 ± 4,3
Vòng đầu khi sinh (cm)	21,2 ± 2,9	23,3 ± 3,2	27,6 ± 3,0	25,7 ± 3,8

Cân nặng trung bình khi sinh 1362 ± 297 (g), nặng nhất 2000 (g) và nhẹ nhất 600 (g). Trẻ có tuổi thai từ 31 - 32 tuần chiếm 59,3%, tuổi thai dưới 28 tuần 6,4%. Chiều dài, vòng đầu khi sinh lần lượt là 38,2 cm và 25,7 cm.

Bảng 2. Đặc điểm nuôi dưỡng trẻ non tháng (n = 189)

Đặc điểm	< 28 tuần	28 - 30 tuần	31 - 32 tuần	Tổng	p
	(n = 12)	(n = 65)	(n = 112)	(n = 189)	
Ngày bắt đầu ăn bằng đường tiêu hóa	1,5 ± 0,5	1,2 ± 0,4	1,0 ± 0,3	1,1 ± 0,3	< 0,001
Ngày ăn đạt 130 ml/kg/ngày	14,5 ± 3,0	11,3 ± 3,2	8,5 ± 3,3	9,8 ± 3,7	< 0,001
Ngày về lại cân nặng ban đầu	23,3 ± 3,1	18,7 ± 3,9	14,5 ± 4,3	16,8 ± 4,8	< 0,001
Số ngày nằm viện trung bình (ngày)	65,4 ± 11,7	46,3 ± 10,6	28,9 ± 13,9	37,2 ± 16,8	< 0,001
Cân nặng tăng/ngày (gam)	17,9 ± 8,4	14,6 ± 5,6	13,8 ± 5,0	14,7 ± 5,8	0,44
Chiều dài tăng (cm/tuần)	1,1 ± 0,2	1,0 ± 0,2	1,0 ± 0,2	1,0 ± 0,15	0,38
Vòng đầu tăng (cm/tuần)	0,7 ± 0,1	0,8 ± 0,16	0,8 ± 0,15	0,8 ± 0,15	0,94

Trung bình trẻ mất 9,8 ± 3,7 ngày để ăn được mức ≥ 130 ml/kg/ngày và thời gian về lại cân nặng 16,8 ± 4,8 ngày. Trong đó nhóm trẻ dưới 28 tuần thời gian trẻ ăn được ≥ 130 ml/kg/ngày và ngày về lại cân nặng ban đầu mất nhiều thời gian nhất lần lượt là 14,5 và 23,3 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Tăng cân: nhóm trẻ < 28 tuần 17,9 ± 8,4 g/kg/ngày, nhóm 28 - 30 tuần 14,6 ± 5,6 g/kg/ngày và nhóm 31 - 32 tuần 13,8 ± 5,0 g/kg/ngày.

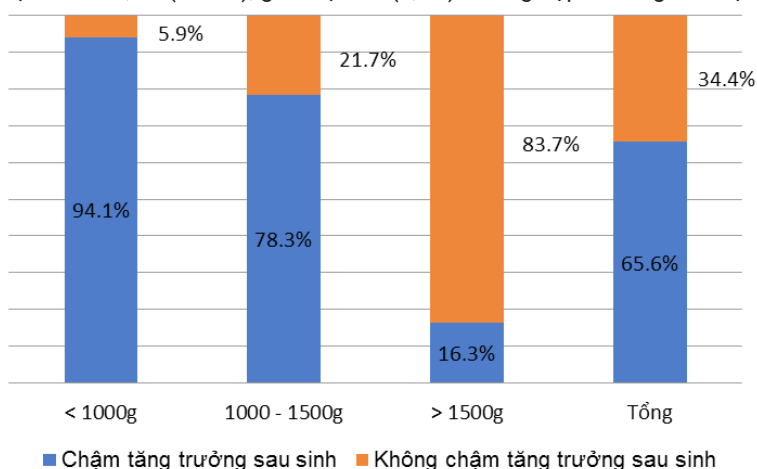


Biểu đồ 1. Cân nặng trung bình khi trẻ được xuất viện phân loại theo nhóm cân nặng khi sinh. Cân nặng trung bình lúc trẻ ghép mẹ hoặc được ra viện là 1673,2 ± 137 g.

Bảng 3. Tỷ lệ biến chứng, tử vong của trẻ trong nghiên cứu (n = 189)

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ%
Thủng ruột	1	0,5
Viêm ruột	11	5,8
Nhiễm khuẩn sơ sinh	4	2,1
Tử vong	1	0,5

Biến chứng viêm ruột chiếm 5,8% (n = 11), ghi nhận 01 (0,5%) trường hợp tử vong do hoại tử ruột.

**Biểu đồ 2.** Kết quả nuôi dưỡng trẻ non tháng phân loại theo nhóm cân nặng khi sinh.

Tỷ lệ trẻ có cân nặng không phù hợp với tuổi thai (chậm tăng trưởng sau sinh) là 65,6%. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả nuôi dưỡng trẻ non tháng

Đặc điểm mẹ/trẻ	Không CTSS	CTSS	OR(95% CI)	p	
Bệnh tật của mẹ	Tiền sản giật	3 (4,6%)	21 (16,9%)	4,2 (1,2 - 15,0)	0,016
	Thai chậm phát triển trong tử cung	1 (1,5%)	8 (6,4%)	4,4 (0,5 - 36,7)	0,132
	Rau tiền đạo	3 (4,6%)	7 (5,6%)	1,2 (0,3 - 4,9)	0,764
	Mẹ nhiễm khuẩn	4 (6,1%)	16 (12,9%)	2,2 (0,7 - 7,1)	0,152
	Ối vỡ sớm/ối vỡ non	30 (46,1)	50(40,3)	1,26 (0,7 - 2,3)	0,44
Số lượng thai	Đơn thai	36 (55,4%)	87 (70,2%)	1	0,043
	Đa thai	29 (44,6%)	37 (29,8%)	1,5 (0,3 - 0,9)	
Giới tính trẻ	Nam	44 (67,7%)	62 (50,0%)	1	0,02
	Nữ	21 (32,3%)	62 (50,0%)	2,1 (1,1 - 3,9)	
Cân nặng lúc sinh	$\geq 1000g$	64 (98,4%)	108 (87,1%)	1	0,009
	$< 1000g$	1 (1,6%)	16 (12,9%)	9,4 (1,2 - 76,4)	
Tuổi thai lúc sinh	≥ 30 tuần	44 (67,7%)	68(54,8%)	1	0,008
	< 30 tuần	21(32,3%)	56(45,2%)	1,7 (0,9 - 3,2)	

Nhóm trẻ cân nặng thấp $< 1000g$ có nguy cơ CTSS cao hơn với nhóm trẻ có cân nặng $> 1000g$. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Với trẻ trai, trẻ có tuổi thai lúc sinh < 30 tuần có tỷ lệ CTSS cao hơn ($p < 0,05$). Mẹ bị tiền sản giật, đa thai tỷ lệ CTSS cao hơn với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Theo kết quả Bảng 1, chiều dài và vòng đầu khi sinh trung bình của các trẻ tham gia nghiên cứu lần lượt là: $38,2 \pm 4,3$ cm và $25,7 \pm 3,9$ cm, tương tự với nghiên cứu của Kris Yuet Wan Lok tại Hồng Kông năm 2017 với chiều dài và vòng đầu trung bình khi sinh của trẻ lần lượt

đạt 38,3 cm và $26,7 \pm 1,7$ cm ($n = 176$) [5]. Nghiên cứu của Kris được thực hiện có cỡ mẫu nhỏ hơn và nhóm trẻ tham gia nghiên cứu có cân nặng khi sinh trong khoảng từ 1000 - 1500 g, còn trong nghiên cứu này chúng tôi thực hiện trên cỡ mẫu 189 trẻ và nhóm trẻ tham gia nghiên cứu có khoảng cân nặng khi sinh rộng hơn nhiều (từ 600 - 2000 g). Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tác giả Mỹ Hạnh (2021) với chiều dài và vòng đầu trung bình là 34,5 (cm) và 25 (cm), do họ lấy trẻ có cân nặng dưới 1250 g và cỡ mẫu nhỏ ($n = 78$) [5].

Chiều dài tăng 1,0 - 1,3 cm/tuần và vòng đầu tăng trung bình 0,8 - 1,0 cm/tuần, như vậy nhóm trẻ chúng tôi nuôi dưỡng đều có các chỉ số tăng trưởng tốt, nằm trong khoảng khuyến cáo về chăm sóc trẻ đẻ non của Hội Nhi khoa Việt Nam, đó là chiều dài và vòng đầu trung bình nên tăng trong khoảng 0,9 cm/tuần [5]. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của tác giả Lê Phương Linh, cho thấy trung bình trẻ đều có chiều dài và vòng đầu tăng $\geq 0,9$ cm/tuần [6]. Kết quả cũng giống như nghiên cứu của Phan Lê Mỹ Hạnh với trung bình vòng đầu tăng 0,9 cm/tuần, chiều dài tăng được 1 cm/tuần [7]. Tác giả Nguyễn Duy Tân (2018) cho thấy tốc độ tăng trưởng trong quá trình nằm viện như tăng cân $9,3 \pm 5,9$ (g); phát triển vòng đầu $0,48 \pm 0,13$ (cm/tuần); chiều dài $0,64 \pm 0,2$ (cm/tuần) đều thấp hơn theo khuyến cáo của Hội Nhi khoa Hoa Kỳ [8].

Hiện nay, trên thế giới có nhiều nghiên cứu cho thấy nuôi ăn qua đường tiêu hóa sớm giúp cho bộ máy tiêu hóa hoạt động tốt, giảm nguy cơ viêm ruột hoại tử, tăng cường sự trưởng thành của đường tiêu hóa cũng như hệ miễn dịch cho trẻ. Theo bảng 3, tỷ lệ trẻ bị viêm ruột hoại tử trong nghiên cứu chúng tôi là 5,8%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Lê Phương Linh khi chỉ ghi nhận 1,1% trẻ bị viêm ruột [6]. Tuy nhiên, tương tự với nghiên cứu của Griffin ghi nhận 3,5% trẻ bị viêm ruột hoại tử, trong đó có 0,9% trẻ phải can thiệp phẫu thuật. Tác giả Hacer (2020) ghi nhận 10,8% số trẻ có viêm ruột hoại tử [9]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận 1 trường hợp phải phẫu thuật do viêm ruột hoại tử (0,5%). Tuy nhiên nghiên cứu ghi nhận 1 trường hợp tử vong do viêm ruột, còn lại tất cả đều ra viện. Tỷ lệ tử vong của trẻ của tác giả Lê Phương Linh cao hơn chúng tôi là 7,4%, do nhiều nguyên nhân khác nhau như viêm ruột hoại tử, do thủng tạng rỗng, xuất huyết não - màng não, viêm phổi/xơ phổi, nhiễm trùng sơ sinh [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi theo biểu đồ 2 chỉ ra rằng, ở thời điểm trẻ được ghép mẹ hoặc xuất viện khi trẻ được 34 - 36 tuần, tỷ lệ trẻ CTTSS trong nghiên cứu chúng tôi còn cao (65,6%). Tác giả Son Min Lee và cộng sự (2018) đã phân tích tỷ lệ mắc CTTSS ở trẻ sơ sinh nhẹ cân và đánh giá các yếu tố nguy cơ của CTTSS dựa trên dữ liệu của 2799 trẻ thu được từ cơ sở dữ liệu của mạng lưới sơ sinh Hàn Quốc từ năm 2013 đến năm 2014, tỷ lệ trẻ bị CTTSS lúc 38 tuần là 45,5% [10]. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của Ian J Griffin trong 25.899 trẻ rất

non tháng và cực non tháng tại California từ 2005 - 2012 thì đưa ra những kết quả khá chênh lệch. Cụ thể là ở thời điểm 38 tuần, nhóm trẻ cực nhẹ cân có CTTSS so với tuổi thai chiếm từ 57,8 - 73,2% và ở nhóm trẻ rất nhẹ cân là 43,4 - 53,8%. Nghiên cứu của Kris tại Hồng Kông, thời điểm ra viện có 51,2% nhóm trẻ rất nhẹ cân có CTTSS [5]. Sự khác biệt giữa kết quả của các tác giả so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi là do các tác giả đánh giá trẻ khi đạt 38 - 40 tuần thai hiệu chỉnh. Cách đánh giá CTTSS giữa các nghiên cứu khác nhau, chúng tôi đánh giá CTTSS trẻ có cân nặng nhỏ hơn bách phân vị thứ 10 theo biểu đồ tăng trưởng Fenton, còn các nghiên cứu khác dùng chỉ số Z-score > -2 [4].

5. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng của trẻ sơ sinh rất non tháng

Tuổi thai trung bình 30,1 tuần, cân nặng ban đầu $1362,4 \pm 297$ g, chiều dài $38,2 \pm 4,3$ cm.

Kết quả nuôi dưỡng trẻ rất non tháng

- Thời gian trẻ ăn ≥ 130 ml/kg/ngày $9,8 \pm 3,7$ ngày (nhóm trẻ < 28 tuần là 14,5 ngày). Thời gian về lại cân nặng ban đầu $16,8 \pm 4,8$ ngày (nhóm < 28 tuần 23,3 ngày).

- Tốc độ tăng cân nhóm cực nhẹ cân $17,9 \pm 8,4$ g/kg/ngày, rất nhẹ cân $14,6 \pm 5,6$ g/kg/ngày và nhẹ cân vừa $13,8 \pm 5,0$ g/kg/ngày, sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa. Tỷ lệ trẻ chậm tăng trưởng sau sinh tại thời điểm 34 - 36 tuần là 65,6%.

- Trong tổng số 189 trẻ, tỷ lệ viêm ruột hoại tử chiếm 5,8%, có 1 trường hợp tử vong.

Các yếu tố liên quan tới tỷ lệ trẻ chậm tăng trưởng sau sinh

- Đa thai, mẹ bị tiền sản giật, trẻ gái, cân nặng lúc sinh < 1000 gram, tuổi thai lúc sinh < 30 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. who.int. Preterm birth. World Health Organization [updated 2018 February 19]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
2. Phạm Diệp Thùy Dương, Huỳnh Thị Duy Hương. Chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng và nhẹ cân: NXB Y học; 2016.
3. Nguyễn Việt Tiến. Đẻ non và dọa đẻ non: NXB Y học; 2012.
4. Fenton TR. A new growth chart for preterm babies: Babson and Benda's chart updated with recent data and a new format. BMC pediatrics. 2003;3(1):1-10.
5. Lok KYW, Chau PH, Fan HSL, 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. Nutrients. 2017;9(5):520.
6. Lê Phương Linh, Nguyễn Thị Vân, Lê Minh Trác, cs. Hiệu quả nuôi dưỡng đường tiêu hóa ở trẻ cực non và rất non tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2020;131(7):106 - 12.
7. Phạm Lê Mỹ Hạnh, Nguyễn Thu Tịnh. Mối liên quan

giữa dinh dưỡng với chậm tăng cân của trẻ có cân nặng lúc sinh dưới 1250 gram tại Khoa Hồi sức sơ sinh. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2021;25(2):46-52.

8. Dutta S, Singh B, Chessell L, et al. Guidelines for Feeding Very Low Birth Weight Infants. *Nutrients*. 2015;7(1):423-42.

9. Yapicioglu Yildizdas H, Simsek H, Ece U, et al. Effect of short-term morbidities, risk factors and rate of growth failure in very low birth weight preterms at discharge. *Journal of Tropical Pediatrics*. 2020;66(1):95-102.

10. Lee SM, Kim N, Namgung R, et al. Prediction of postnatal growth failure among very low birth weight infants. *Scientific reports*. 2018;8(1):1-8.