

ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY TỬ VONG SƠ SINH TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN ĐKTT AN GIANG 2010 - 2011

*Dương Thanh Long, Trương Thị Mỹ Tiên, Huỳnh Thị Cẩm Nhung,
Lê Thị Thu Nguyệt, Khoa Nhi Bệnh viện An giang*

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Xác định các yếu tố gây tử vong sơ sinh tại Khoa Nhi BV ĐKTT An Giang.

Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu cắt ngang.

Địa điểm: khoa Nhi bệnh viện ĐKTT An giang.

Đối tượng nghiên cứu: các trẻ ≤ 28 ngày tuổi nhập tại trại Cấp cứu khoa Nhi BV ĐKTT An Giang từ 9/10/10 đến 8/2010, thỏa tiêu chí nhận bệnh.

Kết quả: Có 207 trẻ đủ chuẩn tham gia nghiên cứu trong tổng số 528 sơ sinh nhập khoa Nhi cấp cứu trong năm 2010 – 2011. Trong đó nam chiếm 58,9% (122), nữ là 41,1% (85). Tuổi nhập viện trung bình 4,5 ngày (1 – 27 ngày; trung vị 1). Trong đó non tháng chiếm 44,9% (93), đủ tháng chiếm 49,8%(103); 11 ca(5%) không xác định tuổi thai.

Có 46 ca tử vong và nặng xin về (22,2%): tử vong non tháng 29%(27).

Các yếu tố gây tử vong sơ sinh:

+Nhóm tiền sản: 1.số lần khám thai < 3 lần có nguy cơ tử vong gấp 4 lần [OR: 4,1 (1,4 - 12,5), KTC 95%]; 2.cân nặng lúc sanh(CNLS}<1500g có nguy cơ tử vong gấp 7 lần [OR:7,1 (2,2 – 22,9), KTC 95%]; p≤0,01.

+Nhóm lâm sàng: 1.cân nặng lúc nhập viện{CNNV) <1500g có nguy cơ tử vong gấp 4,5 lần [OR:4,5 (2,6 – 16,5),KTC 95%]; 2.SpO2 <80% làm tăng nguy cơ tử vong lên 6 lần [OR:6,4 (2,6 – 15,9), KTC 95%]; p≤0,01.

+Nhóm cận lâm sàng: xét nghiệm TQ - TCK kéo dài sẽ làm tăng nguy cơ tử vong lên gần 14 lần [OR:13,7 (4,7 – 40,3),KTC 95%]; p≤0,01 .

Các bệnh thường gây tử vong sơ sinh: bệnh màng trong 50%(23), viêm phổi hít 19,6%(9), nhiễm khuẩn huyết 13%(6), ngạt sơ sinh 8,7%(4), các bệnh khác 8,7%(4).

ABSTRACT:

Objective: To identify the factors of neonatal mortality in the Pediatric ward of An Giang general hospital.

Study design: prospective cross sectional study.

Object: All neonate hospitalized to the Pediatric ward of An Giang general hospital from september, 2010 to august, 2011.

Results: 207 newborn children recruited to the study. There were 122 boys (58,9%) and 85 girls(41,1%); 93(44,9%) premature infants, 103(49,8%) full-term infants, 11(5%) cases with unknown of gestational age. The average age was 4,5 days (1 - 27days, median 1). There were 27 (29%) premature infants died. The risk factors for neonatal mortality: routine antenatal care less than 3 times [OR: 4,1 (1,4 - 12,5), 95% CI]; low birth weight less than 1500g [OR:7,1 (2,2 – 22,9), 95% CI]; weight's baby when admitted to the pediatric ward less than 1500g [OR:4,5 (2,6 – 16,5), 95% CI]; SpO2 <80% [OR:6,4 (2,6 – 15,9), 95% CI]; prolonged TQ -TCK [OR:13,7 (4,7 – 40,3), 95% CI]. The common causes of mortality were hyaline membrane disease 50% (23), aspiration pneumonia 19,6% (9), neonatal sepsis 13% (6), neonatal asphyxia 8,7% (4), and others 8,7%(4).

Conclusion: Routine antenatal care, low birth weight less than 1500g, SpO2 <80%, prolonged TQ –TCK were risk factors for neonatal mortality.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong gần 20 năm qua, tỉ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi thế giới ngày càng cải thiện, Các nước Châu Á–Thái Bình Dương đã thành công trong việc giảm 2/3 tỉ lệ tử vong trẻ em (năm 1990 2,2 triệu trẻ tử vong – 2010 dưới 0,7 triệu trẻ), tuy nhiên tử vong sơ sinh còn ở mức cao. Tỉ lệ tử vong sơ sinh và tỉ lệ trẻ chết chu sinh cao nhất ở Châu Phi vùng cận Sahara, kế đó là Châu Á và Mỹ Latinh . Tại Việt Nam tử vong trẻ sơ sinh đã giảm từ 12,2 (năm 2002) xuống còn 7,0 (năm 2007) trên 1000 trẻ đẻ sống, tuy nhiên tử vong sơ sinh giữa các khu vực khác nhau. Ở khu vực miền núi tử vong trẻ sơ sinh cao hơn hơn 2 - 2,5 lần so với các khu vực khác. Tỉ suất tử vong sơ sinh (NMR) chung toàn quốc là 7,0 trên 1000 trẻ đẻ sống (TĐS) (5,0-9,0). NMR cao nhất ở miền núi là 10,0 trên 1000 TĐS, ở đồng bằng là 5,0 trên 1000 TĐS và ở thành thị thấp nhất là 4,0 trên 1000 TĐS.

Nguyên nhân tử vong sơ sinh: đẻ non/nhẹ cân (38,1%), ngạt do sinh (24,9%), nhiễm khuẩn huyết (15,8%), các dị tật bẩm sinh (8,8%) (tim bẩm sinh, dị tật đường tiêu hóa...)

[1] . Tại bệnh viện An giang mỗi năm có khoảng 600 - 700 trẻ sơ sinh nhập viện điều trị tại phòng hồi sức cấp cứu Nhi và tỉ lệ tử vong và nặng xin về khoảng 13 -14 % [2].

Đứng trước tình hình tử vong sơ sinh tại Bệnh viện An Giang còn cao, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Đánh giá các yếu tố nguy cơ gây tử vong sơ sinh tại khoa Nhi Bệnh viện An Giang, từ đó có cơ sở và các biện pháp làm giảm tỉ lệ tử vong sơ sinh.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

A. Mục tiêu chung: Xác định các yếu tố gây tử vong sơ sinh từ đó đề ra các biện pháp nhằm giảm tỉ lệ tử vong sơ sinh tại Khoa Nhi BV ĐKTT An Giang.

B. Mục tiêu chuyên biệt:

1. Xác định tỉ lệ tử vong chung sơ sinh
2. Xác định tỉ lệ tử vong của sơ sinh non tháng.
3. Xác định yếu tố dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh cảnh liên quan đến tử vong.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

*Thiết kế nghiên cứu: Tiền cứu cắt ngang.

*Cỡ mẫu: lấy trọn từ 9/2010 đến 8/2011.

*Tiêu chí chọn bệnh: Tất cả các trẻ ≤ 28 ngày tuổi nhập tại trại Cấp cứu khoa Nhi BV ĐKTT An Giang từ 9/1010 đến 8/2010.

*Tiêu chí loại trừ: sơ sinh vàng da đơn thuần cần chiếu đèn , trường hợp chuyển tuyến trên và những trẻ > 28 ngày tuổi. Tất cả trẻ sơ sinh tử vong trước khi nhập, và người nhà không đồng ý điều trị tiếp.

*Một số định nghĩa:

+Sơ sinh non tháng: tuổi thai < 37 tuần dựa vào ngày của kỳ kinh cuối hoặc dựa vào siêu âm.

+Sơ sinh đủ tháng: 37 tuần đến 41 tuần.

+Sơ sinh già tháng: lớn hơn 41 tuần.

+Cân nặng lúc sanh (CNLS) rất thấp: dưới 1500 g.

+CNLS cực thấp: dưới 1000 g [3].

*Ngạt trung bình khi Apgar: 4 – 5 điểm.

*Ngạt nặng khi Apgar: 0 – 3 điểm.[3]

*Tình trạng kinh tế:

+Hộ nghèo khi mức thu nhập bình quân đầu người 400.000đ.[4].

*Xác định chẩn đoán bệnh theo bảng phân loại quốc tế lần thứ 10 về bệnh tật (ICD 10)

*Các biến thuộc nhóm trước sinh: Nơi ở của mẹ, trình độ học vấn cha và mẹ, giới và nơi sinh của trẻ, tiền căn thai sản (PARA).

*Các biến thuộc nhóm lúc sinh: Cách đẻ (sinh thường, can thiệp, phẫu thuật), sinh ngạt, sinh non tháng, nước ối (hôi, bình thường), cân nặng lúc sinh, nơi được chuyển đến.

*Các biến cận lâm sàng khi nhập viện: công thức máu; tiểu cầu; đường huyết; TQ, TCK, Fibrinogen; ion đồ; cấy máu; XQ tim phổi thẳng.

*Các biến hỗ trợ điều trị: thời gian thở oxy, NCPAP, bóp bóng nội khí quản, thở máy.

*Biến kết cục: Sống gồm các trẻ khỏi bệnh khi xuất viện; Tử vong gồm các trẻ chết tại phòng HSCC và trẻ bệnh nặng xin về.

Xử lý thống kê: Dùng phần mềm SPSS 17.0 để xử lý thống kê, so sánh sự khác biệt giữa 2 nhóm sơ sinh tử vong và khỏi bệnh: Dùng phép kiểm T student cho các biến số liên tục có phân phối chuẩn, dùng hiệu chỉnh Levene's test cho các biến có phương sai không đồng nhất. Dùng phép kiểm chi bình phương cho các biến định lượng hoặc Fisher exact nếu giá trị mong đợi trong ô <5. Dùng phân tích hồi qui logistic đơn biến tính tỉ số odds và khoảng tin cậy 95%. Các biến có ý nghĩa trong phân tích hồi qui đơn biến được đưa vào mô hình phân tích hồi qui đa biến để xác định các yếu tố lâm sàng độc lập có ý nghĩa tiên lượng gây tử vong sơ sinh. Xác định mức có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

KẾT QUẢ:

Có 207 trẻ đủ chuẩn tham gia nghiên cứu trong tổng số 528 sơ sinh nhập khoa Nhi cấp cứu trong năm 2010 – 2011. Trong đó nam chiếm 58,9% (122), nữ là 41,1% (85). Tuổi nhập viện trung bình 4,5 ngày (1 – 27 ngày; trung vị 1). Trong đó non tháng chiếm 44,9% (93), đủ tháng chiếm 49,8%(103); 11 ca(5%) không xác định tuổi thai.

Có 46 ca tử vong và nặng xin về (22,2%): tử vong non tháng 29%(27).

Các bệnh gây tử vong sơ sinh: bệnh màng trong 50%(23), viêm phổi hít 19,6%(9), nhiễm khuẩn huyết 13%(6), ngạt sơ sinh 8,7%(4), các bệnh khác 8,7%(4).

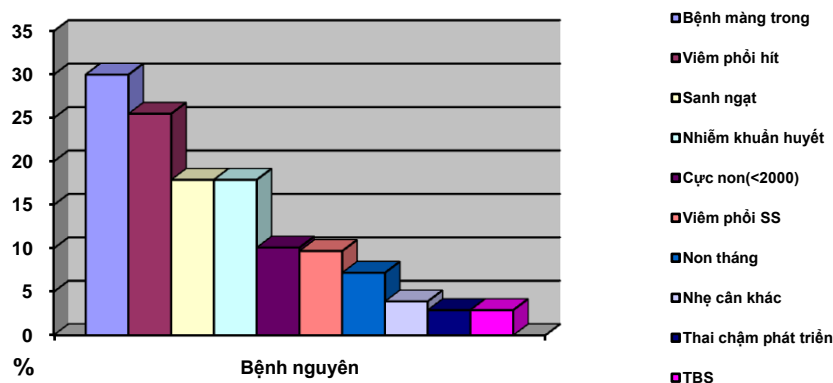
Các bệnh thường gặp của sơ sinh trong nghiên cứu này:

Bảng 1: Các bệnh thường gặp ở sơ sinh trong cấp cứu Nhi

Bệnh	ICD10	Tỉ lệ %	Số ca
1.Bệnh màng trong	p22	30%	62
2.Viêm phổi hít	p24	25.6%	53
3.Sanh ngạt	p21	17.9%	37
4.Nhiễm khuẩn huyết	p36	17.9%	37
5.Cực non(<2000)	p07.2	10.1%	21
6.Viêm phổi sơ sinh	p23.6	9.7%	20
7.Non tháng	p07.3	7.2%	15
8.Nhẹ cân khác	p07.1	3.9%	8
9.Thai chậm phát triển	p05.9	2.9%	6
10.Tim bẩm sinh(TBS)	p29.8	2.9%	6

Các bệnh khác: Sơ sinh cực kỳ nhẹ cân 2,4% (5); Rối loạn tiêu hoá 2,4% (5); nhiễm trùng rốn 1,9% (4), nhiễm trùng da, liệt ruột, xuất huyết giảm tiểu cầu...

Mười bệnh sơ sinh thường gặp trong cấp cứu nhi



Bảng 2: Các yếu tố gây tử vong sơ sinh(phân tích đơn biến):

Bảng 2.1: Các yếu tố tiền sanh

Yếu tố (biến)	Số ca (%)	Odds Ratio (KTC 95% ^{**})	P
Học vấn mẹ Cấp 1 & mù Cấp 2 & 3	114/207(55,1) 92/207(44,9)	1,03 (0,8 – 1,4) 0,96(0,7 – 1,4)	0,82 $\chi^2(0,05;1)$
Học vấn cha Cấp 1 & mù Cấp 2 & 3	115/205(56,1) 90/205(43,9)	1,17(0,9 – 1,5) 0,81(0,5 – 1,2)	0,28 $\chi^2(1,16;1)$
Số con sống ≤ 2 con > 3 con	191/207(92,3) 16/207(7,7)	0,96(0,9 – 1,1) 1,59(0,6 – 4,3)	0,37 $\chi^2(0,82;1)$
Gia đình có thuốc lá Có thuốc lá Không thuốc lá	147/207(71) 60/207(29)	1,31(1,1 – 1,5) 0,39(0,2 – 0,8)	<0,01 $\chi^2(7,3;1)$
Khám thai < 3 lần ≥ 3 lần	104/207(50,2) 103/207(49,8)	2,19(1,8 – 2,7) 0,22(0,1 – 0,5)	<0,01 $\chi^2(31,89;1)$
Nơi sanh Bệnh viện Nơi khác*	187/207(90,3) 20/207(9,7)	0,83(0,7 – 1) 3,5(1,6 – 7,9)	<0,01 $\chi^2(9,88;1)$
Mẹ tăng cân thai kỳ < 10kg ≥ 10kg	118/171(69) 53/171(31)	1,42(1,2 – 1,7) 0,22(0,1 – 0,8)	< 0,01 $\chi^2(7,78;1)$
CNLS < 1500g ≥ 1500g	32/207(15,5) 175/207(84,5)	4,5(2,4 – 8,3) 0,67(0,5 – 0,8)	<0,01 $\chi^2(25,36;1)$

Bảng 2.2 Các yếu tố lâm sàng

CNNV <1500g ≥ 1500g	31/207(15) 176/207(85)	4,85(2,6 – 9,1) 0,66(0,5 – 0,8)	<0,01 $\chi^2(27,1;1)$
Khó thở NV Có Không	144/207(69,6) 63/207(30,4)	1,64(1,5 – 1,9)	<0,01 $\chi^2(25,88;1)$
SpO2 < 80% ≥ 80%	31/207(15) 176/207(85)	5,54(2,9 – 10,6) 0,63(0,5 – 0,8)	<0,01 $\chi^2(32,2;1)$
Nội khí quản Có đặt Không đặt	49/206(23,8) 157/206(76,2)	15,9(8,4 – 30,3) 0,12(0,1 – 0,3)	<0,01 $\chi^2(134,61;1)$
Thở máy Có Không	28/49(57,1) 21/49(42,9)	0,68(0,4 – 1,1) 2,14(0,6 – 7,6)	0,17 $\chi^2(1,92;1)$
Bệnh màng trong Có Không	62/207(30) 145/207(70)	2,21(1,5 – 3,3) 0,63(0,5 – 0,9)	<0,01 $\chi^2(13,92;1)$

Bảng 2.3 Các yếu tố cận lâm sàng

Tiểu cầu < 100.000/mm ³ ≥ 100.000/mm ³	184/205(89,8) 21/205(10,2)	4,88(2,2 – 10,8) 0,77(0,6 – 0,9)	<0,01 $\chi^2(17,67;1)$
Đường huyết < 4mmol/L ≥ 4mmol/L	84/205(41) 121/205(59)	1,64(1,2 – 2,3) 0,64(0,4 – 0,9)	<0,01 $\chi^2(7,6;1)$
Natri máu < 130mmol/L ≥ 130mmol/L	26/205(12,7) 179/205(87,3)	4,99(2,5 – 10,1) 0,71(0,6 -0,9)	<0,01 $\chi^2(23,29;1)$
CRP_{DL} < 5mg/L ≥ 5mg/L	176/204(86,3) 28/204(13,7)	0,78(0,6 – 0,9) 3,15(1,6 – 6,1)	<0,01 $\chi^2(11,86;1)$
TQ-TCK Kéo dài Bình thường	29/196(14,8) 167/196(85,2)	9,63(4,6 – 20,2) 0,53(0,4 – 0,7)	<0,01 $\chi^2(52,55;1)$
Thở NCPAP < 48g ≥ 48g	23/70(32,9) 47/70(67,1)	3,43(1,6 – 7,2) 0,51(0,3 – 0,8)	<0,01 $\chi^2(12,48;1)$

Ghi chú: Nơi khác* (trạm y tế, nhà hộ sinh tư, sanh rớt); CNLS: cân nặng lúc sanh; CNNV: cân nặng lúc nhập viện); KTC 95%** : khoảng tin cậy 95%.

Các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong sơ sinh qua phân tích bằng kiểm Chi – square, KTC 95% - $p < 0,05$: gia đình có hút thuốc lá [1,31(1,1 – 1,5)]; số lần khám thai < 3 lần [2,19 (1,8 – 2,7)]; nơi sanh (trạm y tế, hộ sinh tư, sanh rớt) [3,5(1,6 – 7,9)]; mẹ tăng cân < 10kg lúc mang thai [1,42(1,2 – 1,7)]; CNLS < 1500g [4,5(2,4 – 8,3)]; CNNV < 1500g [4,9(2,6 – 9,1)]; triệu chứng khó thở lúc nhập viện [1,64(1,5 – 1,9)]; SpO₂ < 80% lúc nhập viện [5,5(2,9 – 10,6)]; tiểu cầu < 100.000/mm³ [4,8(2,2 – 10,8)]; đường huyết < 4mmol/L [1,6(1,2 – 2,3)]; natri máu < 130 mEq/L [5(2,5 – 10,1)]; CRP định lượng > 5mg/L [3,2(1,6 – 6,1)]; TQ – TCK kéo dài [9,63(4,6 – 20,2)]; thời gian thở NCPAP < 48 giờ [3,43(1,6 – 7,2)]; có đặt nội khí quản [15,9(8,4 – 30,3)]; bệnh màng trong [2,2(1,5 – 3,3)].

Các yếu tố nguy cơ trên làm tăng nguy cơ tử vong sơ sinh từ 1,3 → 15,9 lần, trong đó SpO₂ < 80% làm tăng nguy cơ tử vong sơ sinh gấp 5,5 lần, natri máu < 130 mEq/L tăng nguy cơ gấp 5 lần và có hỗ trợ hô hấp bằng nội khí quản tăng nguy cơ gấp # 16 lần.

Chúng tôi tạm chia làm 3 nhóm yếu tố để phân tích thống kê từng nhóm (bảng 3)

Bảng 3: Các nhóm yếu tố nguy cơ liên quan tử vong sơ sinh

Các yếu tố		N(%)	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
			OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	P
Nhóm tiền sản ^a	Khám thai < 3	104/207(50,2)	2,2(1,8 – 2,7)	<0,01	4,1 (1,4 – 12,5)	0,01
	Nơi sanh khác	20/207(9,7)	3,5(1,6 – 7,9)	<0,01	0,2(0,6 – 0,7)	0,02
	CNLS < 1500g	32/207(15,5)	4,5(2,4 – 8,3)	<0,01	7,1(2,2 – 22,9)	<0,01
Nhóm LS ^b	CNNV < 1500g	31/207(15)	4,9(2,6 – 9,1)	<0,01	4,5(2,6 – 16,5)	<0,01
	SpO ₂ < 80%	31/207(15)	5,5(2,9 – 10,6)	<0,01	6,4(2,6 – 15,9)	<0,01
Nhóm CLS ^c	Na < 130mEq	26/205(12,7)	5(2,5 – 10,1)	<0,01	0,1(0,05 – 0,4)	<0,01
	TQ-TCK dài	29/196(14,8)	9,6(4,6 – 20,2)	<0,01	13,7(4,7 – 40,3)	<0,01

Ghi chú: Nhóm tiền sản^a (khám thai, nơi sanh khác-trạm y tế, hộ sinh tư, sanh rớt-, tăng cân mang thai, CNLS, thu nhập, gia đình có thuốc lá); Nhóm LS^b (CNNV, khó thở, SpO₂); Nhóm CLS^c (tiểu cầu dưới 100.000/mm³, Natri máu dưới 130 mEq/L, đường huyết dưới 4mmol/L, CRP_{DL} trên 5mg/L, TQ – TCK kéo dài).

Trong phân tích đa biến - nhóm các yếu tố tiền sản có: khám thai < 3 lần [4,1 (1,4 – 12,5)]; CNLS < 1500g [7,1(2,2 – 22,9)] làm tăng nguy cơ tử vong lần lượt 4 và 7 lần, $p \leq 0,01$ - nhóm lâm sàng có CNNV < 1500g [4,5(2,6 – 16,5)]; SpO₂ < 80% [6,4(2,6 – 15,9)] làm tăng nguy cơ tử vong lên 4,5 và 6 lần với $p \leq 0,01$. - nhóm CLS có TQ - TCK dài làm tăng nguy cơ tử vong lên gần 14 lần [13,7(4,7 – 40,3)]

BÀN LUẬN:

Trong thập kỷ qua, nhờ đầu tư y tế chăm sóc bà mẹ và trẻ em của các nước thành viên WHO tăng nên hàng năm số trẻ sơ sinh được cứu sống tăng 1,7%. Số trẻ sơ sinh tử vong đã giảm từ 4,6 triệu trường hợp năm 1990 xuống 3,3 triệu trẻ năm 2009. Tuy nhiên, số trẻ sơ sinh dưới 4 tuần tuổi tử vong trong tổng số trẻ em tử vong dưới 5 tuổi lại tăng từ 39% (năm 1990) lên 41% (năm 2009) và xu hướng này vẫn tiếp tục tăng[5]. Ba nguyên nhân gây tử vong sơ sinh hàng đầu ở các nước đang phát triển là sanh non (29%), ngạt (23%), nhiễm khuẩn huyết và viêm phổi (25%). Tại Việt Nam, tử vong trẻ sơ sinh đã giảm từ 12,2 ca (năm 2002) xuống còn 7,0 ca (năm 2007) trên 1000 ca trẻ được sinh sống. Theo kết quả nghiên cứu do Bộ Y tế vừa tiến hành, tỷ suất tử vong sơ sinh chung của Việt Nam là 17,5% với mức dao động giữa các vùng từ 6,1%-31,6% và nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sơ sinh là đẻ non/nhẹ cân [6]. Tại An Giang, nguyên nhân tử vong sơ sinh cũng tương tự như các các địa phương khác tại các tỉnh phía Nam Việt nam [7], trong nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân tử vong hàng đầu là bệnh màng trong 50%(23) kế đến viêm phổi hít 19,6%(9), nhiễm khuẩn huyết 13%(6), ngạt sơ sinh 8,7%(4), các bệnh khác 8,7%(4). Tỷ lệ tử vong sơ sinh do bệnh màng trong chiếm 50% có thể do chúng tôi thiếu phương tiện điều trị hỗ trợ đặc hiệu cho bệnh này là surfactant và máy thở sơ sinh, cũng như đội ngũ chuyên khoa sơ sinh chuyên sâu còn thiếu và chưa đồng bộ, kết quả này cũng tương tự nguyên cứu của Pakistan vào năm 2008 [8]. Nhiễm khuẩn huyết chiếm tỉ lệ 13%(6) trong số này đa số do *Staphylococcus coagulase(-)*, *Enterobacter spp* là tác nhân gây nhiễm trùng bệnh viện, kháng thuốc cao, làm tăng tử vong [9]. Đây cũng là vấn đề khó khăn cho bệnh viện liên quan đến quá tải cũng như việc chăm sóc sơ sinh chưa đảm bảo vô trùng.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi có các yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ tử vong sơ sinh (bảng 2) tuy nhiên khi phân tích đa biến thì yếu tố khám thai dưới 3 lần trong thai kỳ làm tăng tỉ lệ tử vong với OR=4,1. KTC 95%(1,4 – 12,5) với p=0,01. Yếu tố CNLS dưới 1500g có OR=7,1. KTC 95%(2,2 – 22,9) với p<0,01. Về phương diện lâm sàng chúng tôi ghi nhận CNNV <

1500g làm tăng nguy cơ tử vong sơ sinh gấp 4,5 lần với KTC 95% (2,6 – 16,5), $p < 0.01$, có lẽ trong mẫu chúng tôi độ tuổi sơ sinh nhập viện phân tán rộng 1 – 27 ngày tuổi với trung vị = 1 nên CNNV và CNLS khá tương đồng nên cần có thêm những nghiên cứu sau với tuổi sơ sinh lúc nhập viện có phân phối chuẩn hơn. Chúng tôi ghi nhận SpO_2 lúc nhập viện dưới 80% làm tăng nguy cơ tử vong với $OR=6,4$; KTC 95%(2,6 – 15,9) $p < 0,01$, điều này gián tiếp nói lên hô hấp sơ sinh quan trọng cần được hồi sức kịp thời và đúng lúc.

Về yếu tố cận lâm sàng, chúng tôi thấy chức năng đông máu nội ngoại sinh (PT, aPTT) kéo dài làm tăng nguy cơ tử vong sơ sinh gấp 13,7 lần với KTC 95% (4,7 – 40,3) với $p < 0,01$ đây là yếu tố giúp chúng ta tiên lượng khả năng tử vong của sơ sinh.

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu này còn một số hạn chế về tính phân phối không chuẩn của mẫu, thiếu các yếu tố khác cũng có giá trị tiên đoán tử vong như khí máu động mạch. Ngoài ra còn thiếu các yếu tố về xã hội, môi trường, đó là các yếu tố ít nhiều ảnh hưởng đến tiền sản của phụ nữ. Mặt khác mẫu nghiên cứu này chỉ tập trung chủ yếu tại Khoa Nhi và một phần của Khoa Sản bệnh viện An Giang và một số bệnh viện huyện nên chưa đại diện cho cả tỉnh An Giang.

KẾT LUẬN

Tỉ lệ tử vong sơ sinh tại khoa Nhi bệnh viện ĐKTT An Giang trong năm 2010 - 2011 là 22,2%(46). Trong đó các yếu tố nguy cơ làm tăng tử vong sơ sinh như thiếu khám thai, cân nặng lúc sanh cũng như cân nặng lúc nhập viện thấp dưới 1500g. Các yếu tố như: SpO_2 thấp dưới 80%, PT, aPTT kéo dài giúp chúng tôi phần nào tiên lượng khả năng tử vong sơ sinh. Mặt khác việc được trang bị máy giúp thở, thuốc (Surfactant) cũng như nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị sẽ giúp cải thiện tử vong sơ sinh trong thời gian tới.

Qua nghiên cứu này chúng tôi kiến nghị việc tăng cường chăm sóc sức khỏe sanh đẻ để giảm sanh non nhẹ cân, tăng cường khám thai cho sản phụ, nâng cao thể trọng khi mang thai là việc làm cần có chiều sâu cần toàn xã hội chung tay. Song song đó phải nâng cao điều trị

chuyên sâu sơ sinh, cần trang bị máy thở sơ sinh, thuốc surfactant điều trị bệnh màng trong, đào tạo đội ngũ y tế chuyên sâu sơ sinh cũng như xây dựng đủ phòng ốc cho bệnh viện tránh quá tải là những việc làm giúp giảm tử vong sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Điều tra tử vong mẹ, tử vong sơ sinh ở Việt Nam giai đoạn 2006-2007.(*Viện Chiến lược và Chính sách Y tế 25-72011*).
2. Bệnh viện An giang. Thống kê bệnh mắc và tử vong năm 2005 - 2009 của Bệnh viện An giang.
3. Chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ sơ sinh - Bài giảng Nhi khoa tập 2. BSCK2. Huỳnh Thị Duy Hương, nhà xuất bản Y học, năm 2006, trang 253.
4. Quy định về chuẩn hộ nghèo, hộ cận nghèo áp dụng cho giai đoạn 2011 – 2015. http://www.mof.gov.vn/portal/page/portal/mof_vn/1539781?pers_id=2177092&item_id=35535443&p_details=1 (truy cập ngày 23/9/2010)
5. Newborn deaths decrease, WHO calls for more action to save children – WHO 2011.
6. Điều tra tử vong mẹ, tử vong sơ sinh ở Việt Nam giai đoạn 2006 – 2007 Viện Chiến Lược và Chính Sách Y Tế - 25/07/2011.
7. Tăng Chí Thượng, Võ Đức Trí, Cam Ngọc Phượng, Lê Minh Thượng, Phạm Thị Thanh Tâm và cs. Nguyên nhân và các yếu tố ảnh hưởng tử vong sơ sinh tại 6 tỉnh phía Nam Việt Nam. Nghiên cứu Y học TPHCM, tập 10 số 4, 2006.
8. Jehan I, Harris H, Salat S, Zeb A, Mobeen N, Pasha O, McClure EM, Moore J, Wright LL, Goldenberg RL. Neonatal mortality, risk factors and causes: a prospective population-based cohort study in urban Pakistan. Bull World Health Organ. 2009 Feb;87(2):130-8.
9. Lê Thái Thiên Trinh, Dương Thanh Long, Trương Thị Mỹ Tiên, Lương Mỹ Hương, Lâm thị Minh Thư, Lê thị Thu Nguyệt và Nguyễn Ngọc Rạng. Các Yếu Tố Nguy Cơ gây tử vong sơ sinh tại BV An Giang. Kỷ yếu HNKH ngày 5 tháng 11 năm 2009, trang 6 , BV ĐKTT An Giang.