

tuổi dậy thì.^{9,10}

Một số tác giả lại ủng hộ quan điểm không điều trị HXDT ở trẻ. Tuy nhiên trong các nghiên cứu có nhóm chứng cho thấy, việc điều trị khàn giọng do HXDT làm cải thiện rất nhiều chất lượng cuộc sống của trẻ. Chúng tôi không tìm thấy bài báo nào điều trị corticoid cho trẻ bị HXDT.

V. KẾT LUẬN

Kết quả tổng quan nghiên cứu cho thấy trị liệu giọng và điều trị sớm viêm mũi họng là phương pháp đầu tay trong việc điều trị HXDT ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mudd P, Noelke C. Vocal fold nodules in children. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018 Dec;26(6):426-430.
- Lee JM, Roy N, Park A, Muntz H, Meier J, Skirko J, Smith M. Personality in Children With Vocal Fold Nodules: A Multitrait Analysis. *J Speech Lang Hear Res*. 2021 Oct 4;64(10):3742-3758.
- Aoki T, Takeyama T, Sakamoto Y, Shimada A, Kondo E, Nakano S, Fukuda J, Azuma T, Sato G, Kitamura Y, Hosokawa K, Udaka J, Takeda N. Effects of vocal nodules on acoustic characteristics of voice in children: an acoustic analysis of voice. *J Med Invest*. 2021;68(3.4):276-279.
- Martins RHG, Gramuglia ACJ. Laryngeal Web as a Possible Cause for Nonabsorption of Vocal Nodules in Boys After Puberty. *J Voice*. 2019 Jul;33(4):561-563.
- De Bodt MS, Ketelslagers K, Peeters T, Wuyts FL, Mertens F, Pattyn J, Heylen L, Peeters A, Boudewyns A, Van de Heyning P. Evolution of vocal fold nodules from childhood to adolescence. *J Voice*. 2007 Mar;21(2):151-6.
- Hartnick C, Ballif C, De Guzman V, Sataloff R, Campisi P, Kerschner J, Shembel A, Reda D, Shi H, Sheryka Zacny E, Bunting G. Indirect vs Direct Voice Therapy for Children With Vocal Nodules: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018 Feb 1;144(2):156-163.
- Bilal N, Selcuk T, Sarica S, Alkan A, Orhan İ, Doganer A, Sagiroglu S, Kilic MA. Voice Acoustic Analysis of Pediatric Vocal Nodule Patients Using Ratios Calculated With Biomedical Image Segmentation. *J Voice*. 2019 Mar; 33(2):195-203.
- Sonbay Yilmaz ND, Afyoncu C, Ensari N, Yildiz M, Gür OE. The Effect of the Mother's Participation in Therapy on Children with Vocal Fold Nodules. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2021 Nov;130(11):1263-1267.
- Adriaansen A, Meerschman I, Van Lierde K, D'haeseleer E. Effects of voice therapy in children with vocal fold nodules: A systematic review. *Int J Lang Commun Disord*. 2022 Jun 27. doi: 10.1111/1460-6984.12754. Epub ahead of print. PMID: 35758272.
- Mansuri B, Tohidast SA, Soltaninejad N, Kamali M, Ghelichi L, Azimi H. Nonmedical Treatments of Vocal Fold Nodules: A Systematic Review. *J Voice*. 2018 Sep;32(5):609-620. doi: 10.1016/j.ivoice.2017.08.023. Epub 2017 Oct 12. PMID: 29032130.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TRẺ SƠ SINH BỆNH NẶNG CÓ TỔN THƯƠNG THẬN CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH THUẬN

Lê Huy Thạch¹, Nguyễn Thị Hường¹, Lê Quốc Thắng¹,
Phạm Thanh Hải¹, Nguyễn Tiến Đạt¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương thận cấp là nguyên nhân phổ biến gây bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh. **Mục tiêu:** Mô tả lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến tổn thương thận cấp ở trẻ sơ sinh bệnh nặng. **Phương pháp:** Nghiên cứu theo dõi dọc. **Kết quả:** Lâm sàng phổ biến nhất là vô niệu (72,7%), hôn mê (36,4%), phù (27,3%), rối loạn nhịp tim (18,2%), co giật (9,1%). Tỷ lệ rối loạn chức năng hô hấp, huyết học và tim mạch lần lượt là 90,9%, 54,5% và 36,4%. Nhiễm trùng sơ sinh là nguyên nhân phổ

biến của tổn thương thận cấp ở trẻ sơ sinh bệnh nặng (90,9%). Xét nghiệm: Tỷ lệ hạ Na⁺, Ca⁺⁺ và tăng K⁺ lần lượt là 9,1%, 36,4% và 27,3%. Trung vị nồng độ creatinin 180,3 μ mol/l. Siêu âm tim: còn ống động mạch 18,2%, suy chức năng tim 9,1, 27,3% các bất thường khác. Có mối liên quan giữa cách thức sinh; tuổi thai đến tổn thương thận cấp ở trẻ sơ sinh bệnh nặng (p < 0,05). **Kết luận:** Tổn thương thận cấp làm tăng tỷ lệ tử vong. Do đó, nên ngăn ngừa tổn thương thận cấp ở trẻ sơ sinh bằng cách dự đoán và chẩn đoán nhanh ở những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn.

Từ khóa: Tổn thương thận cấp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận.

SUMMARY

STUDY CHARACTERISTICS ACUTE KIDNEY INJURY IN CRITICALLY ILL NEWBORN AT GENERAL HOSPITAL NINH THUAN PROVINCE

¹Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Thạch

Email: lh.thach67@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.11.2022

Ngày phân biện khoa học: 20.12.2022

Ngày duyệt bài: 9.01.2023

Introduction: Acute kidney injury is a common contributor to morbidity and mortality in newborns. **Objective:** Describe clinical, subclinical and some factors related to acute kidney injury in critically ill neonatal. **Methods:** Longitudinal study. **Results:** The most common clinical manifestations were anuria (72.7%), coma (36.4%), edema (27.3%), arrhythmia (18.2%), convulsions (9.1%). The rates of respiratory, hematological and cardiovascular dysfunction were 90.9%, 54.5% and 36.4%, respectively. Neonatal infection was the most common cause of acute kidney injury in critically ill neonates (90.9%). Tests: The rates of lowering Na⁺, Ca⁺⁺ and increasing K⁺ were 9.1%, 36.4% and 27.3%, respectively. Median creatinine concentration 180.3 μ mol/l. Echocardiography: patent ductus arteriosus 18.2%, heart failure 9.1, 27.3% other abnormalities. There was relationship between mode of delivery; gestational age to neonatal acute kidney injury critically ill ($p < 0.05$). **Conclusion:** Acute kidney injury increases mortality. It is thus recommended to prevent acute kidney injury by predicting and rapid diagnosis of in patients with potential risk factors.

Keywords: Acute kidney injury, General hospital Ninh Thuan province

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thận cấp (TTTC) là hội chứng với nhiều mức độ thay đổi, diễn tiến qua nhiều giai đoạn, đặc trưng bằng giảm cấp tính mức độ lọc cầu thận, được biểu hiện bởi sự gia tăng nồng độ creatinine huyết thanh. Tổn thương thận cấp là một tình trạng phổ biến ở trẻ sơ sinh (SS) bị bệnh nặng ở đơn vị hồi sức sơ sinh, và nó được coi là một yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng tỷ lệ tử vong, thời gian nằm viện và chi phí chăm sóc sức khỏe. Theo nghiên cứu của Pantoja-Gómez O. C và cộng sự (2022), tử vong chiếm 16,1%⁽¹⁾. Và 32-70% được báo cáo trong các nghiên cứu với trẻ sinh non^(2, 3, 4).

Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh thuận hàng năm tiếp nhận rất nhiều trường hợp sơ sinh bệnh nặng từ tuyến huyện chuyển về, trong số đó cũng có rất nhiều trường hợp nồng độ creatinine tăng cao, vì vậy để củng cố và nâng cao chất lượng chăm sóc sơ sinh bệnh nặng có TTTC, góp phần nâng cao công tác điều trị, đào tạo cán bộ và phối hợp Sản-Nhi thông qua nghiên cứu là việc làm hết sức cần thiết. Xuất phát từ thực tế

đó, chúng tôi đã tiến hành thực hiện đề tài: "Nghiên cứu trẻ sơ sinh bệnh nặng có tổn thương thận cấp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận" với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ SS bệnh nặng có tổn thương thận cấp.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tổn thương thận cấp ở trẻ sơ sinh bệnh nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhi sơ sinh nhập viện điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh. Sơ sinh có 1 hoặc nhiều hơn trong 11 dấu hiệu phân loại bệnh nặng theo tiêu chuẩn IMCI cho trẻ 0-2 tháng tuổi gồm: Bò bú hoặc bú kém; Co giật; Thở nhanh > 60 lần /phút; Rút lõm lồng ngực nặng; Sốt (nhiệt độ nách $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$); Hạ thân nhiệt (nhiệt độ nách $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$); Tây đỏ vùng quanh rốn; Nhiều mụn mủ hoặc mụn mủ nhiễm khuẩn nặng trên da; Chỉ cử động khi bị kích thích và không cử động sau đó hoặc không cử động một chút nào; Vàng da xuất hiện trước 48h tuổi; Vàng da ở lòng bàn tay và gan bàn chân ở bất cứ tuổi nào.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các sơ sinh không làm được các xét nghiệm creatinin máu;
- Không thu thập được các dữ kiện tiền sử, lâm sàng, cận lâm sàng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc.

2.3. Cách chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện liên tiếp, thu thập số liệu trên phiếu điều tra bằng phương thức phỏng vấn trực tiếp người mẹ theo bộ câu hỏi sẵn, khám lâm sàng trẻ sơ sinh, ghi nhận các kết quả cận lâm sàng, điều trị cũng như các thông tin khác qua tham khảo hồ sơ bệnh án.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu. Các số liệu được mã hóa và được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng phép kiểm χ^2 và Exact Fisher để kiểm định, có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị

3.1.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

| Đặc điểm | Có TTTC | | Không TTTC | | Tổng | | p | |
|----------|-----------|---|------------|----|-------|----|------|-------|
| | N=11 | % | N=134 | % | N=145 | % | | |
| Giới | Trai | 2 | 18,2 | 71 | 53,0 | 73 | 50,3 | <0,05 |
| | Gái | 9 | 81,8 | 63 | 47,0 | 72 | 49,7 | |
| Địa dư | Nông thôn | 3 | 27,3 | 30 | 22,4 | 33 | 22,8 | >0,05 |

| | | | | | | |
|-----------|---|------|----|------|----|------|
| Thành thị | 3 | 27,3 | 67 | 50,0 | 70 | 48,3 |
| Miền núi | 5 | 45,5 | 37 | 27,6 | 42 | 29,0 |

Mẫu nghiên cứu gồm có 145 bệnh nhi sơ sinh. Trong đó, tỷ lệ trẻ SS có TTTC là 7,6% (11/145), có sự khác biệt về tỷ lệ TTTC theo giới ($p < 0,05$).

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của tổn thương thận cấp

| Triệu chứng | Có TTTC | | Không TTTC | | Tổng | | p |
|-------------------|---------|------|------------|-----|-------|-----|--------|
| | N=11 | % | N=134 | % | N=145 | % | |
| Phù | 3 | 27,3 | 1 | 0,7 | 4 | 2,8 | <0,001 |
| Vô niệu | 8 | 72,7 | 1 | 0,7 | 9 | 6,2 | <0,001 |
| Co giật | 1 | 9,1 | 3 | 2,2 | 4 | 2,8 | >0,05 |
| Rối loạn nhịp tim | 2 | 18,2 | 0 | 0,0 | 2 | 1,4 | 0,01 |
| Hôn mê | 4 | 36,4 | 5 | 3,7 | 9 | 6,2 | <0,001 |

Triệu chứng có tỷ lệ cao nhất là vô niệu 72,7% và một số triệu chứng khác thấp hơn như phù (27,3%), hôn mê (36,4%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các triệu chứng như phù, vô niệu, rối loạn nhịp tim, hôn mê giữa 2 nhóm có và không có TTTC ($p < 0,05$).

Bảng 3. Rối loạn chức năng cơ quan

| Đặc điểm | Có TTTC | | Không TTTC | | Tổng | | p |
|----------------|---------|------|------------|------|-------|------|-------|
| | n=11 | % | n=134 | % | n=145 | % | |
| RLCN hô hấp | 10 | 90,9 | 95 | 70,9 | 105 | 72,4 | >0,05 |
| RLCN tim mạch | 4 | 36,4 | 19 | 14,2 | 23 | 15,9 | 0,05 |
| RLCN gan | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 | 1 | 0,7 | >0,05 |
| RLCN huyết học | 6 | 54,5 | 38 | 28,4 | 44 | 30,3 | 0,1 |

Rối loạn chức năng (RLCN) có tỷ lệ cao nhất là hô hấp (90,9%), tiếp đến là huyết học (54,5%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 4. Bệnh lý nền

| Bệnh lý nền | Có TTTC | | Không TTTC | | Tổng | | p |
|----------------------------------|---------|------|------------|------|-------|------|-------|
| | n=11 | % | n=134 | % | n=145 | % | |
| Nhiễm trùng sơ sinh | 10 | 90,9 | 127 | 94,8 | 137 | 94,5 | >0,05 |
| Tim bẩm sinh | 3 | 27,3 | 16 | 11,9 | 19 | 13,1 | >0,05 |
| Bệnh lí hô hấp | 9 | 81,8 | 96 | 71,6 | 105 | 72,4 | >0,05 |
| Ngạt | 4 | 36,4 | 23 | 17,2 | 27 | 18,6 | >0,05 |
| Bất thường bẩm sinh hệ tiết niệu | 1 | 9,1 | 2 | 1,5 | 3 | 2,1 | >0,05 |
| Bệnh nguyên khác | 9 | 81,8 | 80 | 59,7 | 89 | 61,4 | >0,05 |

Bệnh lý nền trẻ có TTTC có tỷ lệ cao nhất là nhiễm trùng sơ sinh (90,9%), tiếp đến là hô hấp (81,8%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa bệnh lý nền ở 2 nhóm có và không có TTTC ($p > 0,05$).

3.1.3. Kết quả cận lâm sàng

Bảng 5. Đặc điểm rối loạn điện giải và creatinin

| Xét nghiệm | Có TTTC | | Không TTTC | | p | |
|--------------------|---|-------------|---------------|-------------|---------------|----------|
| | n=11 | % | n=134 | % | | |
| Na ⁺ | Hạ | 1 | 9,1 | 0 | 0,0 | >0,05* |
| | Trung vị (25 th - 75 th) | 144 | (141 - 145) | 145 | (143 - 147) | 0,4** |
| Ca ⁺⁺ | Hạ | 4 | 36,4 | 18 | 13,4 | 0,1 |
| | Trung vị (25 th - 75 th) | 1,28 | (1,16 - 1,34) | 1,3 | (1,23 - 1,37) | 0,3** |
| K ⁺ | Tăng | 3 | 27,3 | 19 | 14,2 | >0,05 |
| | Trung vị (25 th - 75 th) | 4,8 | (4,3 - 5,8) | 5,0 | (4,6 - 5,5) | 0,7** |
| Creatinin (μmol/l) | Trung vị | 180,3 | | 51,4 | | <0,001** |
| | 25 th - 75 th | 142,3 - 380 | | 39,6 - 67,4 | | |

* Kiểm định Fisher's Exact Test, ** Kiểm định Mann-Whitney

Hạ Na⁺, Ca⁺⁺ và tăng K⁺ ở trẻ SS có TTTC lần lượt là 9,1%, 36,4% và 27,3%. Trung vị creatinin ở nhóm TTTC là 180,3 μmol/l, cao hơn so với nhóm không có TTTC ($p < 0,05$).

Bảng 6. Đặc điểm siêu âm tim

| Siêu âm tim | Có TTTC | | Không TTTC | | Tổng | | p |
|------------------|---------|------|------------|------|-------|------|-------|
| | n=11 | % | n=134 | % | n=145 | % | |
| Còn ổn định mạch | 2 | 18,2 | 35 | 26,1 | 37 | 25,5 | >0,05 |

| | | | | | | | |
|-------------------|---|------|----|------|----|------|-------|
| Suy chức năng tim | 1 | 9,1 | 3 | 2,2 | 4 | 2,8 | >0,05 |
| Bất thường khác | 3 | 27,3 | 41 | 30,6 | 44 | 30,3 | >0,05 |

Còn ống động mạch chiếm 18,2%, suy chức năng tim 9,1, 27,3% các bất thường khác.

3.1.4. Kết quả điều trị

Bảng 7. Kết quả điều trị

| Kết quả điều trị | Có TTTC | | Không TTTC | | Tổng | | p |
|------------------|---------|------|------------|------|-------|------|-------|
| | n=11 | % | n=134 | % | n=145 | % | |
| Tử vong | 0 | 0,0 | 3 | 2,2 | 3 | 2,1 | >0,05 |
| Ra viện | 6 | 54,5 | 108 | 80,6 | 114 | 78,6 | |
| Nặng xin về | 5 | 45,5 | 19 | 14,2 | 24 | 16,6 | |
| Chuyển viện | 0 | 0,0 | 4 | 3,0 | 4 | 2,8 | |

45,5% nặng xin về, không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tổn thương thận cấp ở trẻ sơ sinh

Bảng 8. Liên quan giữa quá trình chuyển dạ

| Quá trình chuyển dạ | Có TTTC | | Không TTTC | | Tổng | | p | |
|--------------------------------|---------|----|------------|-----|-------|-----|-------|-------|
| | n=11 | % | n=134 | % | n=145 | % | | |
| Thời gian ối vỡ (h) (Trung vị) | 3 | | 3 | | 3 | | >0,05 | |
| Ối vỡ sớm | Có | 2 | 18,2 | 78 | 58,2 | 80 | 55,2 | >0,05 |
| | Không | 9 | 81,8 | 56 | 41,8 | 65 | 44,8 | |
| Màu sắc nước ối | Trong | 10 | 90,9 | 110 | 82,1 | 120 | 82,8 | >0,05 |
| | Xanh | 1 | 9,1 | 22 | 16,4 | 23 | 15,9 | |
| | Đỏ | 0 | 0,0 | 2 | 1,5 | 2 | 1,4 | |
| Cách thức sinh | Thường | 8 | 72,7 | 73 | 54,5 | 81 | 55,9 | <0,01 |
| | Mổ | 2 | 18,2 | 61 | 45,5 | 63 | 43,4 | |
| | TT | 1 | 9,1 | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 | |
| Ngôi thai | Đầu | 9 | 81,8 | 120 | 89,86 | 129 | 89,0 | >0,05 |
| | Khác | 2 | 18,2 | 14 | 10,4 | 16 | 11,0 | |

Có mối liên quan giữa cách thức sinh đến TTTC ở trẻ sơ sinh bệnh nặng ($p < 0,05$).

Bảng 9. Liên quan giữa đặc điểm lâm sàng lúc sanh của bé

| Đặc điểm | Có TTTC | | Không TTTC | | Tổng | | p | |
|--------------------------------------|-----------|---|------------|----|-------|----|-------|-------|
| | n=11 | % | n=134 | % | n=145 | % | | |
| Trọng lượng lúc sinh (gr) (Trung vị) | 2400 | | 2000 | | 2000 | | >0,05 | |
| Tuổi thai | Non tháng | 2 | 18,2 | 88 | 65,7 | 90 | 62,1 | 0,01 |
| | Đủ tháng | 9 | 81,8 | 45 | 33,6 | 54 | 37,2 | |
| | Già tháng | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 | 1 | 0,7 | |
| Thiếu dưỡng | Có | 5 | 45,5 | 59 | 44,0 | 64 | 44,1 | >0,05 |
| | Không | 6 | 54,5 | 75 | 56,0 | 81 | 55,9 | |

Có mối liên quan giữa tuổi thai đến tổn thương thận cấp ở trẻ SS bệnh nặng ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị

4.1.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.

Mẫu nghiên cứu gồm có 145 bệnh nhi sơ sinh, bé trai chiếm 50,3% và bé gái 49,7%. Tỷ lệ trẻ SS bệnh nặng có TTTC là 7,6%, trong đó, bé gái có tỷ lệ TTTC (81,8%) cao hơn rất nhiều so với bé trai (18,2%), có sự khác biệt về tỷ lệ TTTC theo giới ($p < 0,05$). Phù hợp với Momtaz H. E và cộng sự (2014), 87,8% bé gái có TTTC và 12,2% là bé trai⁽⁵⁾.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng. Triệu chứng của TTTC ở trẻ sơ sinh có tỷ lệ cao nhất là vô niệu 72,7% và một số triệu chứng khác có tỷ lệ

thấp hơn như phù (27,3%), hôn mê (36,4%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về tỷ lệ giữa các triệu chứng như phù, vô niệu, rối loạn nhịp tim, hôn mê giữa 2 nhóm có và không có TTTC. Nghiên cứu của Pantoja-Gómez O. C cho thấy tình trạng lâm sàng trẻ SS có TTTC phổ biến nhất là nhiễm trùng huyết (93,5%), hội chứng suy hô hấp (82,8%), còn ống động mạch (78,5%), viêm phổi (71%), ngạt chu sinh (65,6%), sốc (51,6%), mất cân bằng điện giải (49,5%), hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh (33,3%), nhiễm toan chuyển hóa (31,2%) và viêm ruột hoại tử thấp nhất (8,6%)⁽¹⁾. Momtaz H. E, phù chiếm 14,2%⁽⁵⁾, thấp hơn chúng tôi (27,3%) nhưng co giật (38,7%) lại cao hơn (9,1%).

Về các rối loạn chức năng cơ quan, kết quả cho thấy ở trẻ SS có TTTC, rối loạn chức năng (RLCN) có tỷ lệ cao nhất là hô hấp (90,9%), tiếp đến là huyết học (54,5%), khác biệt không có ý nghĩa giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Ngoài ra, một trong những nguyên nhân dẫn đến tử vong SS trong TTTC là các bệnh lý nền, kết quả cho thấy bệnh lý nền trẻ có TTTC có tỷ lệ cao nhất là NTSS chiếm 90,9%, tiếp đến là bệnh lý hô hấp 81,8%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa bệnh lý nền ở 2 nhóm có và không có TTTC ($p > 0,05$). Pantoja-Gómez O. C, nhiễm trùng huyết chiếm đến 93,5%, viêm phổi (71%), ngưng chu sinh (65,6%)⁽¹⁾, kết quả này cũng phù hợp so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4.1.3. Kết quả cận lâm sàng. Tỷ lệ hạ Na^+ , Ca^{++} và tăng K^+ ở trẻ SS có TTTC lần lượt là 9,1%, 36,4% và 27,3%. Pantoja-Gómez O. C, mất cân bằng điện giải chiếm 49,5%⁽¹⁾. Đối với xét nghiệm sinh hóa, trung vị nồng độ creatinin ở nhóm có TTTC là 180,3 $\mu\text{mol/l}$, cao hơn so với nhóm không có TTTC ($p < 0,05$). Điều này là hoàn toàn phù hợp, bởi vì chẩn đoán TTTC sơ sinh dựa trên tăng creatinin huyết thanh. Bất chấp tất cả những hạn chế của việc sử dụng nồng độ creatinin huyết thanh để xác định TTTC ở trẻ sơ sinh, nó vẫn là dấu hiệu được sử dụng rộng rãi nhất. Nồng độ creatinine thay đổi ở trẻ sơ sinh khỏe mạnh ngay cả trong những ngày đầu tiên đến tuần sau sinh. Nồng độ creatinin huyết thanh ở trẻ sơ sinh ban đầu phản ánh creatinin của mẹ và mất vài ngày để đạt được trạng thái cân bằng. Do đó, creatinin huyết thanh của trẻ sơ sinh giảm trong những tuần đầu sau sinh, với tốc độ giảm phụ thuộc vào tuổi thai lúc sinh⁽⁶⁾. Kết quả siêu âm tim cho thấy còn ống động mạch chiếm 18,2%, suy chức năng tim là 9,1 và có 27,3% các bất thường khác. Kết quả của Momtaz H. E (2014), còn ống động mạch chiếm 8,1%⁽⁵⁾.

4.1.4. Kết quả điều trị. Sơ sinh bệnh nặng có TTTC thường có tỷ lệ tử vong cao, nghiên cứu của chúng tôi có đến 45,5% trẻ TTTC nặng xin về. Pantoja-Gómez O. C (2022), tử vong chiếm 16,1%⁽¹⁾. Và 32-70% được báo cáo trong các nghiên cứu với trẻ sinh non^(2, 3, 4).

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tổn thương thận cấp ở trẻ sơ sinh. Có nghiên cứu đã chứng minh TTTC ở trẻ SS có liên quan đến tiền sử của mẹ, Phạm Võ Phương Thảo (2017), cho thấy mẹ bị tiền sản giật là một yếu tố nguy cơ TTTC ở trẻ SS bệnh nặng ($p < 0,01$)⁽⁷⁾. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan nào giữa tiền sử của mẹ đến tổn

thương thận cấp ở trẻ sơ sinh ($p > 0,05$). Sự khác biệt ở đây có thể do nhóm trẻ SS không TTTC trong nghiên cứu của chúng tôi có bệnh cảnh lâm sàng nặng, thật sự như vậy, kết quả bảng 7 cho thấy nhóm không TTTC có tỷ lệ tử vong là 2,2%, nặng xin về đến 14,2%. Ngoài ra, các bà mẹ của trẻ bị TTTC được dùng nhiều thuốc hơn trong thời kỳ mang thai và sinh nở (chủ yếu là thuốc kháng sinh và thuốc chống viêm không steroid), kết quả của chúng tôi nhóm TTTC không có trường hợp nào mẹ dùng thuốc trước sinh (0,0%). Tương tự với chúng tôi, Cataldi L (2005), cũng cho thấy không có mối liên quan ($p > 0,05$) giữa tuổi của mẹ, tiền sản giật⁽⁸⁾.

Mối liên quan trong quá trình chuyển dạ, kết quả cho thấy ối vỡ sớm không có mối liên quan có ý nghĩa đến TTTC ở trẻ SS, tương tự với Cataldi L và công sự (2005)⁽⁸⁾. Kết quả chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa cách thức đẻ đến tổn thương thận cấp ở trẻ sơ sinh ($p < 0,05$). Trong khi đó, Cataldi L lại cho rằng không có mối liên quan giữa sinh mổ với TTTC ở trẻ sơ sinh⁽⁸⁾. Ngoài ra, khi chúng tôi phân tích mối liên quan giữa đặc điểm của bé lúc sinh với TTTC, thấy rằng có mối liên quan giữa tuổi thai đến TTTC ở trẻ sơ sinh ($p < 0,05$). Nickavar A (2017), có mối liên quan có ý nghĩa ($p < 0,001$) giữa tuổi thai với TTTC ở trẻ sơ sinh, trung bình cân nặng trẻ TTTC là 2005 g⁽⁹⁾, thấp hơn nhóm TTTC của chúng tôi (2400 g).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ TTTC ở trẻ SS bệnh nặng trong mẫu nghiên cứu là 7,6%. Triệu chứng phổ biến nhất là vô niệu (72,7%), hôn mê (36,4%), phù (27,3%), rối loạn nhịp tim (18,2%) và co giật (9,1%). Có mối liên quan có ý nghĩa giữa cách thức sinh; tuổi thai đến tổn thương thận cấp ở trẻ sơ sinh ($p < 0,05$). Tổn thương thận cấp có tỷ lệ tử vong cao, do đó nên ngăn ngừa tổn thương thận cấp ở trẻ sơ sinh bằng cách dự đoán và chẩn đoán nhanh ở những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pantoja-Gómez O. C, et al (2022). Clinical Course of Neonatal Acute Kidney Injury: Multi-Center Prospective Cohort Study. BMC pediatrics, 22(1), 1-7.
2. Nagaraj N, et al (2016). A Study of Acute Kidney Injury in Hospitalized Preterm Neonates in Nicu. Journal of Neonatal-Perinatal Medicine, 9(4), 417-421.
3. Timovska S. N, et al (2015). Acute Kidney Injury in Newborns. Prilozi, 36(3), 83-89.
4. Viswanathan S, et al (2012). Risk Factors Associated with Acute Kidney Injury in Extremely Low Birth Weight (Elbw) Infants. Pediatric

- Nephrology, 27(2), 303-311.
5. **Momtaz H. E, et al** (2014). The Main Etiologies of Acute Kidney Injury in the Newborns Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Neonatology*, 3(2), 99-102.
 6. **Nada A, et al** (2017). Acute Kidney Injury in the Fetus and Neonate. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 22(2), 90-97.
 7. **Phạm Võ Phương Thảo** (2017), Nghiên Cứu Đặc Điểm Tôn Thương Thận Cấp Ở Trẻ Sơ Sinh Bệnh Nặng, Luận văn Thạc sĩ của bác sĩ nội trú, Đại học Y dược Huế.
 8. **Cataldi L, et al** (2005). Potential Risk Factors for the Development of Acute Renal Failure in Preterm Newborn Infants: A Case-Control Study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 90, 514-519.
 9. **Nickavar A, et al** (2017). Predictive Factors for Acute Renal Failure in Neonates with Septicemia. *Archives of Pediatric Infectious Diseases*, 5(4), e61627.

THỰC TRẠNG SUY DINH DƯỠNG Ở TRẺ TỪ 6 - 24 THÁNG TUỔI TẠI XÃ NĂM NĐIR, HUYỆN KRÔNG NÔ, TỈNH ĐẮK NÔNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN, NĂM 2021

Phạm Thị Chung¹, Lê Thị Vũ Huyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả tỷ lệ SDD của trẻ từ 6-24 tháng tuổi tại xã Năm Ndir, huyện Krông Nô, tỉnh Đắk Nông và một số yếu tố liên quan, năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 300 cặp mẹ con được tiến hành nghiên cứu bằng nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Tỷ lệ SDD thể thấp còi chiếm tỷ lệ cao nhất trong mẫu nghiên cứu (23,3%) tiếp đến là SDD thể nhẹ cân (18,3%) cuối cùng là SDD thể gầy còm (10%). Các yếu tố liên quan có thể kể đến: Các bà mẹ người dân tộc thiểu số, kinh tế hộ gia đình, số con trong gia đình, gia đình thiếu gạo ăn, tình trạng sức khỏe của trẻ (bị tiêu chảy, ho sốt trong hai tuần qua)

SUMMARY

MALNUTRITION STATUS IN CHILDREN FROM 6-24 MONTH IN NĂM NDIR COMMUNE, KRÔNG NÔ DISTRICT, ĐẮK NÔNG PROVINCE AND SOME ASSOCIATED FACTOR, IN 2021

Objectives: describe the malnutrition rate of children aged 6-24 months in Nam Ndir commune, Krong No district, Dak Nong province and some related factors, in 2021. **Subjects and research methods:** 300 pairs Mother and child were studied by cross-sectional descriptive study with analysis. **Results:** The rate of stunting malnutrition accounted for the highest proportion in the study sample (23.3%), followed by underweight malnutrition (18.3%) and Wasting malnutrition (10%). Relevant factors can be mentioned: ethnic minority mothers, household economy, number of children in the family, family lack of rice, children's health status (diarrhea, cough, fever) in the last two weeks).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) ở trẻ em dưới 5 tuổi đặc biệt là trẻ từ 6-24 tháng tuổi ở Việt Nam còn cao hơn so với các nước khác trong khu vực, khu vực miền núi cao hơn đồng bằng, nông thôn cao hơn thành thị. Nghiên cứu của La Hón và Nguyễn Thanh Hà của trường Đại học Y tế công cộng về "Suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ 6-24 tháng tuổi tại xã Tuần Túc, huyện Thanh Trì, tỉnh Sóc Trăng năm 2017" cũng cho kết quả: tỷ lệ SDD nhẹ cân, thấp còi và gầy còm ở trẻ 6 -24 tháng tuổi lần lượt là 13,2%, 27,2% và 7,4%¹. Nghiên cứu của Đoàn Thị Anh Tuyết năm 2011 cũng cho thấy tỷ lệ SDD của trẻ dưới 2 tuổi tại 2 huyện miền núi Hướng Hóa, Đakrông tỉnh Quảng Trị rất cao ở cả 3 thể: nhẹ cân 36,2%, thấp còi 46,5% và gầy còm 10,5%²

Xã Năm NĐir là một trong những xã khó khăn của huyện Krông Nô, tỉnh Đắk nông có tỉ lệ người đồng bào dân tộc thiểu số cao nhất của huyện. Tỷ lệ SDD ở đây ra sao, yếu tố nào liên quan đến tình trạng SDD cho trẻ em ở địa phương có ý nghĩa rất quan trọng giúp chính quyền địa phương có cơ sở hoạch định được các chính sách để chăm sóc sức khỏe trẻ em ở địa phương đặc biệt là trẻ từ 6- 24 tháng tuổi. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Thực trạng suy dinh dưỡng ở trẻ từ 6 - 24 tháng tuổi tại xã Năm NĐir, huyện Krông Nô, tỉnh Đắk Nông và một số yếu tố liên quan, năm 2021" với 2 mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ từ 6 - 24 tháng tuổi tại xã Năm NĐir, huyện Krông Nô, tỉnh Đắk Nông, năm 2021.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng ở trẻ từ 6 - 24 tháng tuổi tại xã Năm NĐir, huyện Krông Nô, tỉnh Đắk Nông, năm 2021

¹Trung tâm Y tế huyện Krông Nô

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Vũ Huyền

Email: lethivuhuyen1974@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 3.01.2023