

SỞ Y TẾ HÀ GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN MÈO VẠC

BÁO CÁO KẾT QUẢ
ĐỀ TÀI KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

TÊN ĐỀ TÀI

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NUÔI DƯỠNG TRẺ SƠ SINH NON
THÁNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHO ĂN SỚM TẠI
KHOA NHI BỆNH VIỆN ĐA KHOA MÈO VẠC

Tác giả: BS. Đặng Đức Kiên

ĐD. Tráng Thị Goàng

ĐD. Ma Thị Huệ

Đơn vị công tác: Bệnh viện Đa khoa Mèo Vạc

Mèo Vạc, 2020

MỤC LỤC

TÓM TẮT ĐỀ TÀI	1
ĐẶT VẤN ĐỀ	2
CHƯƠNG I: TỔNG QUAN	4
1.1. Định nghĩa	4
1.2. Nguyên nhân	5
1.2.1. Phía mẹ.....	5
1.2.2. Phía con.....	5
1.3. Đánh giá tuổi thai	5
1.3.1. Những dấu hiệu của trẻ đẻ non	5
1.3.2. Xác định tuổi thai.....	6
1.4. Đặc điểm sinh lý.....	8
1.4.1. Hô hấp.....	8
1.4.2. Tuần hoàn và máu.....	9
1.4.3. Điều hoà thân nhiệt.....	10
1.4.5. Chức năng chuyển hoá - nội tiết	11
1.4.6. Khả năng miễn dịch	11
1.5. Chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng	12
1.6. Dinh dưỡng cho trẻ sơ sinh non tháng	13
1.6.1. Nhu cầu của trẻ non tháng, thấp cân.....	13
1.6.2. Phác đồ nuôi dưỡng tiêu hóa tối thiểu	15
1.6.3. Phác đồ nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.....	19
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	25
2.1. Đối tượng nghiên cứu	25

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:.....	25
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:.....	25
2.2. Phương pháp nghiên cứu.	25
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu	25
2.2.2. Phương pháp chọn mẫu	25
2.2.3. Cách thức tiến hành nghiên cứu	25
2.2.4. Nội dung nghiên cứu.....	26
2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	26
2.4. Thu thập thông tin.....	27
2.5. Xử lý số liệu.....	27
2.6. Đạo đức nghiên cứu	27
CHƯƠNG III: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	28
3.1. Đặc điểm chung	28
3.1.1. Giới tính của đối tượng nghiên cứu	28
3.1.2. Dân tộc	28
3.1.3. Nghề nghiệp của mẹ	29
3.1.4. Tuổi của mẹ.....	29
3.2. Đặc điểm lâm sàng.....	30
3.2.1. Tuổi thai	30
3.2.2. Cân nặng	30
3.2.3. Quản lý thai nghén, bệnh lý và tiền sử sản khoa của mẹ.....	31
3.2.4. Nơi sinh.....	32
3.2.5. Cách sinh.....	33
3.2.5. Cách sinh.....	33

3.3. Chăm sóc dinh dưỡng	33
3.3.1. Đường nuôi dưỡng.....	33
3.3.2. Thời gian kết hợp nuôi đường tĩnh mạch	34
3.3.3. Loại sữa.....	34
3.3.4. Thời gian ăn qua sonde	35
3.3.5. Tính chất dịch dạ dày.....	36
3.3.6. Triệu chứng của trẻ sau khi ăn.....	37
3.3.6. Triệu chứng của trẻ sau khi ăn.....	37
3.4. Kết quả.....	37
3.4.1. Tình trạng trẻ khi ra viện	37
3.4.2. Thời gian điều trị	38
3.4.3. Nguyên nhân tử vong.....	38
3.4.4. Liên quan giữa tuổi thai và kết quả điều trị	39
3.4.5. Liên quan giữa cân nặng khi sinh và kết quả điều trị	39
3.4.6. Liên quan giữa loại sữa và kết quả điều trị.....	40
CHƯƠNG IV: BÀN LUẬN	41
4.1. Đặc điểm chung	41
4.1.1. Giới tính	41
4.1.2. Dân tộc	41
4.1.3. Nghề nghiệp của mẹ	41
4.1.4. Tuổi của mẹ.....	41
4.2. Đặc điểm lâm sàng.....	42
4.2.1. Tuổi thai	42
4.2.2. Cân nặng	43

4.2.3. Quản lý thai nghén, bệnh lý và tiền sử sản khoa của mẹ.....	44
4.2.4. Nơi sinh.....	46
4.2.5. Cách sinh.....	46
4.3. Đặc điểm nuôi dưỡng.....	46
4.3.1. Đặc điểm nuôi dưỡng tĩnh mạch.....	46
4.3.2. Đặc điểm nuôi dưỡng đường tiêu hóa	47
4.4. Kết quả điều trị.....	48
KẾT LUẬN.....	51
KIẾN NGHỊ	53
TÀI LIỆU THAM KHẢO	54
PHỤ LỤC.....	56

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Đặc điểm của trẻ theo tuổi thai	4
Bảng 1.2. Xác định tuổi thai (theo Finstron - Thuy Điền)	6
Bảng 1.3. Tổng số điểm tương đương với tuổi thai	8
Bảng 3.1. Tuổi thai của đối tượng nghiên cứu	30
Bảng 3.2. Cân nặng của đối tượng nghiên cứu	30
Bảng 3.3. Quản lý thai nghén, bệnh lý và tiền sử sản khoa của bà mẹ	31
Bảng 3.4. Thứ tự sinh của đối tượng nghiên cứu	32
Bảng 3.5. Nơi sinh của đối tượng nghiên cứu	32
Bảng 3.6. Cách được sinh ra của đối tượng nghiên cứu	33
Bảng 3.7. Đường nuôi dưỡng trẻ sơ sinh non tháng	33
Bảng 3.8. Thời gian kết hợp nuôi đường tĩnh mạch	34
Bảng 3.9. Các loại sữa để nuôi dưỡng trẻ sơ sinh non tháng	34
Bảng 3.10. Thời gian cho trẻ ăn qua sonde dạ dày	35
Bảng 3.11. Tính chất dịch dạ dày	36
Bảng 3.12. Triệu chứng của trẻ sau khi ăn	37
Bảng 3.13. Kết quả điều trị	37
Bảng 3.14. Thời gian điều trị	38
Bảng 3.15. Nguyên nhân tử vong	38
Bảng 3.16. Liên quan giữa tuổi thai và kết quả điều trị	39
Bảng 3.17. Liên quan giữa cân nặng của trẻ và kết quả điều trị	39
Bảng 3.18. Liên quan giữa loại sữa và kết quả điều trị	40

DANH MỤC HÌNH

Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu.....	28
Biểu đồ 3.2. Đặc điểm dân tộc của đối tượng nghiên cứu.....	28
Biểu đồ 3.3. Đặc điểm nghề nghiệp của các bà mẹ	29
Biểu đồ 3.4. Đặc điểm tuổi của các bà mẹ.....	29

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

WHO: World Health Organization
(Tổ chức Y tế Thế Giới)

TB: Trung bình

BT: Bình thường

CPAP: Continuous Positive Airway Pressure
(Thở áp lực dương liên tục)

BUN: Blood Urea Nitrogen
(Lượng nitơ có trong ure máu)

TÓM TẮT ĐỀ TÀI

Đặt vấn đề: Trẻ sinh non cần dinh dưỡng hỗ trợ bằng đường tĩnh mạch và đường ruột. Nếu được nuôi dưỡng hợp lý, có thể rút ngắn thời gian phục hồi cân lúc sinh, cải thiện dung nạp dinh dưỡng, giảm thời gian chu sinh, kích thích trưởng thành hệ tiêu hóa, giảm tần suất ứ mật, giảm thời gian chiếu đèn điều trị. Tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Mèo Vạc, trẻ sơ sinh non tháng chiếm >80% tỷ lệ trẻ sơ sinh nhập viện. Để góp phần nâng cao chất lượng điều trị, chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng tốt hơn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***“Đánh giá kết quả nuôi dưỡng trẻ sơ sinh non tháng bằng phương pháp cho ăn sớm tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Mèo Vạc”*** với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của trẻ sơ sinh non tháng được nuôi dưỡng bằng phương pháp cho ăn sớm tại khoa Nhi, Bệnh viện đa khoa Mèo Vạc.

2. Đánh giá kết quả nuôi dưỡng trẻ sơ sinh non tháng bằng phương pháp cho ăn sớm tại khoa Nhi, Bệnh viện Mèo Vạc.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu 72 trẻ sơ sinh non tháng tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Mèo Vạc từ tháng 1/2019 đến tháng 7/2020. Phương pháp nghiên cứu: mô tả, tiến cứu.

Kết quả: Tỷ lệ trẻ nam:nữ = 1:1. Tuổi thai TB: $32,7 \pm 2,7$ tuần. Cân nặng TB: 1876 ± 467 gam. 43,1% trẻ ban đầu được kết nối nuôi dưỡng tĩnh mạch, thời gian kết hợp nuôi dưỡng tĩnh mạch là $1,8 \pm 0,3$ ngày. 100% trẻ được đặt sonde dạ dày, thời gian lưu sonde TB là $2,5 \pm 3,2$ ngày. 33,3% trẻ được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng sữa mẹ; 51,4% trẻ được ăn kết hợp cả sữa mẹ và sữa bột; 15,3% trẻ phải ăn sữa bột hoàn toàn. Các phản ứng không mong muốn: chướng bụng 15,3%; nôn trớ 1,4%. 18,1% trẻ tử vong với thời gian sống TB: $2,3 \pm 0,3$ ngày, nguyên nhân tử vong 100% do suy hô hấp. 81,9% trẻ sống với thời gian điều trị TB là $8,8 \pm 6,6$ ngày. Trẻ được ăn sữa mẹ tỷ lệ sống cao hơn sữa công thức.

Kết luận: Nuôi dưỡng trẻ sơ sinh non tháng bằng cho ăn đường ruột là phương pháp nuôi dưỡng an toàn; nên cho ăn sớm, liên tục; sữa mẹ là lựa chọn đầu tiên cho trẻ sinh non.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Một thế kỷ trước đây, ngay cả ở châu Âu, trẻ thiếu tháng, nhẹ cân cũng không có cơ hội để sống, cái chết của trẻ nhẹ cân, đẻ non luôn là nỗi đau vô hạn đối với người mẹ và gia đình. Trẻ đẻ non tháng có tỉ lệ tử vong cao, chiếm 80% tổng số tử vong chu sinh.

Từ năm 1900, Boudin ở Pháp là người đầu tiên đã chứng minh rằng trẻ đẻ non có thể cứu sống được với ba điều kiện là: giữ ấm, dinh dưỡng tốt và vệ sinh sạch sẽ. Cho đến nay, ba điều kiện này vẫn là cơ bản và còn có ý nghĩa quan trọng [1].

Trẻ sinh non cần dinh dưỡng hỗ trợ bằng đường tĩnh mạch và đường ruột. Nếu được nuôi dưỡng hợp lý, có thể rút ngắn thời gian phục hồi cân lúc sinh, cải thiện dung nạp dinh dưỡng, giảm thời gian chu sinh, kích thích trưởng thành hệ tiêu hóa, giảm tần suất ứ mật, giảm thời gian chiếu đèn điều trị [1]. Nghiên cứu của R. Kishore Kumar và cộng sự năm 2017 chỉ ra rằng cho ăn đường ruột an toàn hơn dinh dưỡng đường tĩnh mạch; cho ăn sớm, ăn nhanh hoặc liên tục cho kết quả tốt hơn so với cho ăn muộn, chậm hoặc gián đoạn; trẻ sinh non có thể được cho ăn trong khi thở máy hoặc thở áp lực dương liên tục; sữa mẹ là lựa chọn đầu tiên cho trẻ sinh non do tác dụng của nó đối với sự hoàn thiện hệ thống tim mạch, thần kinh, xương và tăng trưởng [2].

Tại Mèo Vạc, đời sống người dân còn nhiều khó khăn, phụ nữ có thai chưa được quan tâm, chăm sóc đúng mực, vẫn phải leo đồi, làm nương, dinh dưỡng kém, ... làm tăng nguy cơ sảy thai, đẻ non. Tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Mèo Vạc, trẻ sơ sinh non tháng chiếm >80% tỷ lệ trẻ sơ sinh nhập viện. Những năm gần đây, nhờ sự quan tâm của lãnh đạo bệnh viện, Đơn nguyên sơ sinh được trang bị thêm nhiều máy móc, thiết bị hiện đại, cùng với sự nỗ lực của tập thể khoa Nhi, nhiều trẻ sơ sinh non tháng nhẹ cân đã được cứu sống. Đóng góp trong thành công đó có vai trò không nhỏ của dinh dưỡng với phương pháp nuôi dưỡng bằng cho ăn sớm. Để góp phần nâng cao chất lượng điều trị, chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng tốt hơn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh**

giá kết quả nuôi dưỡng trẻ sơ sinh non tháng bằng phương pháp cho ăn sớm tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Mèo Vạc” với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của trẻ sơ sinh non tháng được nuôi dưỡng bằng phương pháp cho ăn sớm tại khoa Nhi, Bệnh viện đa khoa Mèo Vạc.

2. Đánh giá kết quả nuôi dưỡng trẻ sơ sinh non tháng bằng phương pháp cho ăn sớm tại khoa Nhi, Bệnh viện Mèo Vạc.

CHƯƠNG I: TỔNG QUAN

1.1. Định nghĩa

Trẻ sơ sinh có thể sống được là tất cả trẻ sinh ra sống, có tuổi thai từ 22 tuần hoặc cân nặng từ 500 gam trở lên [3].

Theo định nghĩa của WHO, trẻ non tháng là những trẻ ra đời trước thời hạn bình thường trong tử cung (trước 37 tuần thai kể từ ngày đầu của chu kỳ kinh cuối). Những trẻ đẻ dưới 20 tuần gọi là sảy thai [1].

Người ta chia ra:

Bảng 1.1. Đặc điểm của trẻ theo tuổi thai [1]

Tuổi thai (tuần)	< 20	21 – 27	28 – 37	38 – 42
Tiền lượng	Sảy thai	Quá non	Đẻ non	Đủ tháng
Cân nặng (gam)	< 500	500 – 999	1000 – 2500	> 2500
Chiều dài (cm)	< 26	26 – 37	38 – 45	> 45
Vòng đầu (cm)	< 25	25 – 27	28 – 31	32 – 35
Vòng ngực (cm)	< 21	22 – 24	25 – 29	30 – 33

Cần phân biệt trẻ non tháng với:

Trẻ thấp cân: là những trẻ có cân nặng lúc đẻ dưới 2500g mặc dù đủ tháng. [3].

Suy dinh dưỡng hay chậm phát triển trong tử cung: là trẻ sơ sinh có cân nặng khi đẻ dưới percentile thứ 10 của biểu đồ phát triển trước đẻ so với tuổi thai. Loại này thường hay phối hợp vừa non tháng vừa suy dinh dưỡng và chậm phát triển trong tử cung. [3].

Sự phát triển khả năng sinh lý của trẻ như điều chỉnh nhiệt độ cơ thể, chức năng hô hấp, tiêu hoá, tuần hoàn, miễn dịch... đều liên quan đến tuổi thai, không

phụ thuộc vào cân nặng lúc đẻ. Những trẻ suy dinh dưỡng thường bú khá, có thể bú mẹ tốt, bữa ăn chia nhiều lần, có thể ăn bằng tách và thìa một cách dễ dàng ngay cả khi cân nặng rất thấp.

1.2. Nguyên nhân

1.2.1. Phía mẹ [1], [4], [5], [6]

- Nhiễm độc thai nghén và cao huyết áp.
- Bất thường về tử cung, thai, rau thai (dị dạng tử cung, rau tiền đạo, đa ối).
- Các bệnh phụ khoa : u nang buồng trứng, u xơ tử cung...
- Nhiễm khuẩn cấp tính : sốt rét, sốt xuất huyết, viêm phổi, viêm gan...
- Nhiễm khuẩn mạn tính như lao, nhiễm trùng sinh dục - tiết niệu hoặc các bệnh về tim, thận, đái đường.
- Các chấn thương ngoại khoa khi có thai: phẫu thuật, tai nạn...
- Kém dinh dưỡng, thiếu máu, chăm sóc tiền sản kém, người mẹ sử dụng ma túy hoặc hút thuốc lá.
- Mẹ đơn thân, làm mẹ trong độ tuổi vị thành niên, khoảng cách với thai kỳ trước ngắn và đông con (trên 4 con)

1.2.2. Phía con

- Đa thai.
- Thai dị dạng.
- Thai kém phát triển trong tử cung [1].

1.3. Đánh giá tuổi thai

1.3.1. Những dấu hiệu của trẻ đẻ non

- Cân nặng < 2500g.
- Chiều dài < 45cm.

- Da: càng dễ non da càng mỏng, đỏ, nhiều mạch máu dưới da rõ, tổ chức mỡ dưới da kém phát triển, trên da có nhiều lông tơ, tổ chức vú và đầu vú chưa phát triển.
- Tóc: ngắn, mềm < 2cm.
- Móng chi mềm, không trùm các ngón.
- Hệ thống xương mềm, đầu to so với tỉ lệ cơ thể (1 /4), các rãnh xương sọ chưa liền, thóp rộng, lồng ngực dẹp, tai mềm, sụn vành tai chưa phát triển.
- Các chi luôn ở trong tư thế duỗi, trương lực cơ mềm, cơ nhẽo.
- Sinh dục ngoài: Trẻ trai tinh hoàn chưa xuống hạ nang, da bìu phù mọng. Trẻ gái môi lớn chưa phát triển, không che kín được môi bé và âm vật, không có hiện tượng biến động sinh dục (hành kinh sinh lý hoặc sưng vú).
- Thần kinh: luôn li bì, ức chế, khóc yếu, các phản xạ nguyên thủy yếu hoặc chưa có.

1.3.2. Xác định tuổi thai

Trước sinh việc xác định tuổi thai dựa vào kỳ kinh cuối, siêu âm tiền sản trong 3 tháng đầu thai kỳ, chiều cao tử cung và các chỉ số nhân trắc thai nhi trên siêu âm (vòng đầu, đường kính lưỡng đỉnh, đường kính trán đỉnh, vòng ngực, chiều dài xương đùi) [12].

Nếu không có số liệu tin cậy về ngày kinh cuối cùng, có thể xác định tuổi thai theo thang điểm New Ballard, theo Finnstrom (1977) [2], [9].

Bảng 1.2. Xác định tuổi thai (theo Finnstrom - Thuy Điện) [2], [9]

Bộ phận	Điểm	Cách đánh giá
Tư thế	1	Nằm duỗi thẳng
	2	Nằm hai chi dưới co
	3	Nằm hai chi dưới co, hai tay co

Nằm sấp trên tay người khám	1	Đầu gấp xuống thân
	2	Đầu cúi xuống, tứ chi co
	3	Đầu ngẩng khoảng 3 giây, hai tay gấp, hai chân nửa co nửa duỗi
Núm vú	1	Là một chấm không nổi trên mặt da
	2	Nhìn thấy rõ, sờ thấy, nhưng không nổi lên mặt da
	3	Nhìn thấy rõ nổi trên mặt da 2 cm
Móng tay	1	Chưa mọc đến đầu ngón
	2	Mọc đến đầu ngón
	3	Mọc trùm quá đầu ngón
Sụn vành tai	1	Mềm dễ biến dạng, ấn bật trở lại hoặc không
	2	Sụn mềm ấn bật trở lại chậm
	3	Sụn vành tai rõ, ấn bật trở lại ngay
	4	Sụn cứng, ấn bật trở lại tốt
Sinh dục ngoài	1	Chưa có tinh hoàn hoặc môi bé to
	2	Tinh hoàn nằm trong ống bẹn
	3	Tinh hoàn nằm trong hạ nang hoặc môi lớn hơi khép
	4	Bìu có nếp nhăn hoặc môi lớn khép kíp
Vạch gan bàn chân	1	Không có
	2	Có vạch ngang ở 1/3 trên lòng bàn chân
	3	Có vạch ngang ở 2/3 trên lòng bàn chân
	4	Có vạch ngang ở trên cả lòng bàn chân

Bảng 1.3. Tổng số điểm tương đương với tuổi thai [2], [9]

Điểm	Tuổi thai
7 - 8	27 - 28 tuần
9 - 10	29 - 30 tuần
11 - 14	31 - 32 tuần
15 - 17	33 - 34 tuần
18 - 20	35 - 36 tuần
21 - 22	37 - 39 tuần
22 - 24	40 - 42 tuần

1.4. Đặc điểm sinh lý

Tất cả trẻ đẻ non đều ít nhiều biểu hiện sự kém trưởng thành các hệ thống trong cơ thể với một đặc tính là thiếu hụt kho dự trữ và chức năng sinh học chưa chín muồi, nó phụ thuộc vào nguyên nhân và mức độ đẻ non. Vì thế khả năng thích nghi với môi trường bên ngoài tử cung của trẻ đẻ non rất khó khăn [1].

1.4.1. Hô hấp

Chức năng hô hấp của trẻ non tháng còn rất yếu, trẻ dễ bị suy hô hấp vì:

- Lồng ngực hẹp, xương sườn mềm dễ biến dạng, cơ liên sườn chưa phát triển, giãn nở kém.
- Phổi chưa trưởng thành, tế bào phế nang còn hình trụ, tổ chức đàn hồi ít, kèm theo thiếu chất surfactant của nhóm tế bào II ở phổi tiết ra (vì sản xuất không đầy đủ), do đó phế nang khó giãn nở nên sự trao đổi oxy càng khó khăn.

Trung tâm hô hấp chưa trưởng thành, do đó trẻ đẻ non tháng thường chậm khóc sau đẻ hoặc khóc yếu, thở không đều kiểu scheyne-stock, thời gian ngừng

thở dài (7 - 10 giây), rối loạn nhịp thở có thể tới 2 - 3 tuần sau đẻ hoặc lâu hơn tùy tuổi thai.

Suy hô hấp là bệnh lý thường gặp và nặng ở trẻ đẻ non, đặc biệt trẻ đẻ rất non. Bệnh đứng vị trí hàng đầu trong các bệnh lý tại khoa sơ sinh [9].

Các nguyên nhân gây suy hô hấp ở trẻ sinh non là:

- Bệnh màng trong thường gặp ở trẻ non tháng < 28 tuần (60 - 80%); 32 - 36 tuần (15 - 30%) do thiếu chất surfactant [11], [15].
- Chậm hấp thu dịch phôi nang.
- Con ngừng thở tiên phát.
- Con ngừng thở thứ phát trong các bệnh sau: xuất huyết não, màng não, viêm màng não mủ, giảm đường máu, giảm calci máu

1.4.2. Tuần hoàn và máu

Diện tim to - tròn, tỉ lệ tim ngực > 0,55, thất phải lớn hơn thất trái vì thể diện tâm đồ có trục phải.

Ổng động mạch và lỗ Botal đóng chậm cho nên có thể phát hiện thấy tiếng thổi tâm thu trong những ngày đầu, sau tự nhiên mất đi nhưng không phải là bệnh lý.

Nhịp tim dao động từ 100 - 200 lần/phút. Vì trung tâm thần kinh chưa hoàn chỉnh, nhịp tim phụ thuộc hô hấp nên cũng không đều.

Mạch mao nhỏ, tổ chức tế bào thành mạch chưa phát triển, dễ vỡ, dễ phù nề do thoát quản, nhất là ở vùng quanh các não thất vì ít tổ chức đệm.

Máu: các tế bào máu và các yếu tố đông máu đều giảm hơn trẻ đủ tháng, có nhiều hồng cầu non ra máu ngoại vi trong vài tuần đầu. Các yếu tố đông máu thiếu hụt như sinh sợi huyết, proconvertin... Đặc biệt prothrombin, giảm < 30%, vì thế trẻ đẻ non dễ bị xuất huyết, nhất là xuất huyết não [1].

1.4.3. Điều hoà thân nhiệt

Khi ra đời, do nhiệt độ bên ngoài thấp hơn trong tử cung, trẻ sơ sinh rất dễ bị mất nhiệt, khả năng điều hoà nhiệt kém, trẻ non tháng thường bị mất nhiệt hơn trẻ đủ tháng vì:

- Trung tâm điều hoà thân nhiệt chưa hoàn chỉnh.
- Non tháng vận động cơ yếu nên kém sinh nhiệt.
- Da mỏng, lớp mỡ dưới da kém phát triển.
- Diện tích da tương đối rộng so với cân nặng nên sự bốc hơi nước kéo theo mất nhiệt ở trẻ rất nhiều (1ml nước bốc hơi mất 0,58Kcal).

Nếu nhiệt độ cơ thể trẻ xuống dưới 35,5°C sẽ gây ra hàng loạt biến chứng ở hệ hô hấp, thần kinh, đặc biệt là gây xuất huyết não và chảy máu phổi. Do đó thao tác lau khô, ủ ấm trẻ ngay sau sinh là một việc làm rất cần thiết, phải được tôn trọng đối với trẻ non tháng. Vì vậy Silverman đề nghị cần đảm bảo độ ẩm môi trường và nhiệt độ bên ngoài tối ưu để hạn chế sự tiêu hao năng lượng, mất nước và tiêu thụ oxy của trẻ [1].

1.4.4. Chức năng tiêu hoá

Hệ tiêu hoá của trẻ non tháng kém phát triển, các men tiêu hoá nói chung chưa hoạt hoá, phản xạ bú yếu hoặc chưa có ở những trẻ quá non, dạ dày nhỏ, nằm ngang, nhu động ruột yếu do đó phải cho trẻ ăn ít một, nhiều lần trong ngày, sự hấp thu thức ăn kém nên trẻ dễ bị nôn trớ, trướng bụng và rối loạn tiêu hoá.

Gan: thùy phải không to hơn thùy trái, chức năng gan chưa trưởng thành, dự trữ glycogen trong gan ít vì glycogen được tích lũy ở gan từ tuần thứ 35 của thai kỳ, gan chưa sản xuất được một số men chuyển hoá như men glucuronyl-transferase, carbonic anhydrase... do đó trẻ đẻ non thường có vàng da đậm, kéo dài, dễ hạ đường huyết, dễ tan máu.

Trẻ hay có các vấn đề bất thường về tiêu hoá như:

- Tiêu hóa kém và trớ: thường gặp ở trẻ dưới 34 tuần.

- Hội chứng ứ đọng môn vị tá tràng: dịch ứ đọng ở dạ dày vàng, xanh, nhiều, hay gặp ở trẻ sơ sinh cân nặng dưới 1500 gam.
- Chướng bụng là vấn đề hay gặp ở trẻ sinh non do nhu động ruột yếu, làm dịch, phân ứ đọng ở các quai ruột.
- Hội chứng nút phân su.
- Viêm ruột hoại tử: thường có biến chứng nặng và có thể dẫn đến tử vong. Tỷ lệ xuất hiện các biểu hiện này là 1-5% tại khoa sơ sinh, bệnh gặp ở trẻ non tháng nhiều gấp 100 lần trẻ đủ tháng [17], [1].

1.4.5. Chức năng chuyển hoá - nội tiết

Chuyển hoá protid và lipid kém vì thiếu các men cần thiết trong khi nhu cầu về protid và lipid lại cao để tăng cân đuổi kịp trẻ đủ tháng và giữ thân nhiệt, do đó trẻ non tháng càng cần sữa mẹ để dễ hấp thụ và chuyển hoá.

Nhu cầu Na^+ , K^+ như trẻ đủ tháng trong khi tỉ lệ nước của trẻ non tháng cao hơn, chức năng lọc và đào thải của thận lại chưa hoàn chỉnh, thải kali rất chậm, giữ nước và muối nhiều nên dễ bị phù.

Các vitamin : nói chung trẻ đẻ non thiếu hầu hết các vitamin, cần bổ sung ngay từ đầu đến hết thời kỳ sơ sinh.

Các tuyến nội tiết hầu hết chưa hoàn chỉnh và hoạt động rất yếu, chỉ có tuyến tụy hoạt động ngay sau khi sinh nhưng chủ yếu chỉ tiết insulin, do đó trẻ non tháng dễ bị hạ đường huyết không chỉ do thiếu dự trữ, cung cấp thiếu, mà còn do tăng tiết insulin trong những trường hợp bệnh lý [1].

1.4.6. Khả năng miễn dịch

Các khả năng bảo vệ cơ thể chống nhiễm khuẩn của trẻ đẻ non chưa phát triển hoặc phát triển không đầy đủ.

Da mỏng, độ toan thấp nên ít có tác dụng kháng khuẩn.

Hệ thống miễn dịch tế bào yếu, khả năng thực bào, diệt khuẩn chưa hoàn thiện.

Lượng globulin miễn dịch dịch thể (IgG) từ mẹ truyền qua rau thai rất ít (vì dễ non).

Khả năng tự tạo miễn dịch yếu.

Vì những lý do trên nên trẻ đẻ non dễ bị nhiễm khuẩn, dẫn đến tỉ lệ tử vong cao [1].

1.5. Chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng

Giữ ấm: trẻ nhỏ cần phải đặt trong môi trường ấm để khỏi bị lạnh:

- Ngay khi lọt lòng, trẻ thấp cân và non tháng cần phải được lau khô, ủ ấm, nằm trong phòng có nhiệt độ 28-35°C. Nếu trẻ dưới 1800g nên cho nằm trong lồng ấp giúp ta quan sát dễ dàng, tiện lợi trong việc chăm sóc như tiêm truyền, cho ăn, lau rửa trẻ tại chỗ và để duy trì nhiệt độ ổn định nhưng phải chú ý lồng ấp phải đảm bảo vệ sinh, vô khuẩn và sử dụng đúng các thông số thích hợp của từng trẻ (nhiệt độ, độ ẩm, oxy...).
- Cần duy trì nhiệt độ lồng kính trong khoảng 33 - 34°C cho trẻ < 2000g, và trong khoảng 34 - 35°C cho trẻ < 1500g.
- Những ngày tiếp theo cần duy trì nhiệt độ trong phòng trẻ ở mức 28-30°C và cần theo dõi nhiệt độ của trẻ hàng ngày để thay đổi nhiệt độ quanh trẻ cho thích hợp.
- Nếu không dùng lồng ấp thì cần phải ủ ấm cho trẻ theo phương pháp chuột túi (đặt áp trẻ vào ngực mẹ để da kề da) hoặc ủ ấm bằng chườm máy, lò sưởi nôi ấm. Cơ thể của trẻ chưa thể tự sản sinh ra nhiệt cần thiết để duy trì nhiệt độ cơ thể, thành phần hoá học của lớp mỡ dưới da trẻ sơ sinh gồm nhiều lớp acid béo no (palmatic và stearic) ít acid béo không no (obic). Do đó nếu để trẻ lạnh, trẻ dễ bị phù cứng bì, trẻ càng dễ bị trầm trọng thêm bệnh lý dễ gặp ở trẻ.

Chăm sóc da và tắm bé: cần phải giữ vệ sinh da, do đó phải tắm rửa hàng ngày bằng nước ấm, xà phòng cho trẻ em, tắm nhanh lau khô bằng khăn mềm, mùa đông nên tắm bé trong lồng ấp và xoa một lớp dầu parafin để giữ độ ẩm cho

da khỏi mất nhiệt. Mặc quần áo mềm, sợi bông nhiều lớp khi cần giữ ấm [1], [16].

Chăm sóc rốn, mắt, miệng như trẻ đủ tháng.

1.6. Dinh dưỡng cho trẻ sơ sinh non tháng

Nhu cầu năng lượng của trẻ đẻ non cao hơn trẻ đủ tháng trong khi bộ máy tiêu hóa của trẻ đẻ non chưa hoàn chỉnh [12].

Cần cho trẻ đẻ non và thấp cân ăn sữa mẹ càng sớm càng tốt vì loại trẻ này có nguy cơ hạ đường máu, hạ thân nhiệt, mất nước, sút cân nhiều hơn trẻ đủ tháng. Điều mâu thuẫn lớn nhất của trẻ là giữa cung và cầu, trẻ không biết bú hoặc bú yếu, chất dự trữ trong cơ thể lại ít, trong khi nhu cầu cơ thể lại cao. Vì vậy, trẻ phải được ăn sớm và đầy đủ, bằng mọi cách ta phải cung cấp cho trẻ khẩu phần calo từ 130-150 calo/ kg/ngày. Trong đó 50% năng lượng từ đường, 40% từ đạm, 10% từ mỡ. Tùy theo tình trạng của từng trẻ, tùy theo cân nặng và tuổi thai mà có cách xử trí thích hợp.

Nếu trẻ sơ sinh non tháng > 34 tuần, cân nặng > 2300g đã có phản xạ bú sẽ cho bú mẹ sớm và cho nằm với mẹ, chăm sóc giống như trẻ đủ tháng.

Nếu trẻ non tháng < 32 tuần, chưa có phản xạ bú phải cho trẻ ăn bằng ống thông dạ dày (8-10 lần/ngày), ống thông tá tràng hoặc đổ thìa, nhỏ giọt sữa mẹ vào miệng trẻ, theo dõi lượng sữa ăn mỗi bữa.

Nếu trẻ quá non, cân nặng dưới 1500g, cần phối hợp nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và ăn nhỏ giọt dạ dày hoặc miệng theo nguyên tắc giảm dần lượng truyền tĩnh mạch (glucose 10% + các chất điện giải) tăng dần, tiến tới cho ăn bằng đường tiêu hoá hoàn toàn [1].

1.6.1. Nhu cầu của trẻ non tháng, thấp cân

Vì nhu cầu năng lượng của trẻ non tháng là 130-140 Kcal/ngày, cao hơn trẻ đủ tháng (100-120 Kcal/ngày) nên khi trẻ ăn không đủ thì cần truyền thêm đường glucose 10% và các chất điện giải [1].

Năng lượng:

- 60-110 Kcal/kg/ngày : 3 ngày đầu.
- 110-140 Kcal/kg/ngày : các ngày tiếp theo.

Nước:

- 80-100 ml/kg/ngày đầu.
- 100-140 ml/kg/ngày trong tuần đầu.
- Tuần thứ hai tăng từ 150-180 ml/kg/ngày.
- Từ tuần sau tăng tối đa 200 ml/kg/ngày.

Protid: 2,5-3 g/kg/ngày, khi tăng cân nhanh, nhu cầu có thể tăng lên 3,5-4 g/kg/ngày.

Lipid: 2-3 g/ngày.

Glucid: 12-15 g/kg/ngày, có thể thêm dextrene maltose.

Vitamin:

- Vitamin A, D : 800-1000 đơn vị/ngày.
- Vitamin C : 50 mg/ngày.
- Vitamin E : 5-10 mg/ngày.
- Vitamin KI : 2-5 mg/lần sau đẻ (tiêm bắp hoặc uống).
- Còn thêm vitamin B1, B6, B12.

Muối khoáng:

- NaCl: 4 mmol/kg/ngày.
- KCl: 2-4 mmol/kg/ngày.
- Calci: 50-100 mg/kg/ngày.
- Phospho : 30-60 mg/kg/ngày.
- Magie : 10-20 mg/kg/ngày.

1.6.2. Phác đồ nuôi dưỡng đường tiêu hóa tối thiểu

Phác đồ nuôi dưỡng đường tiêu hóa tối thiểu Áp dụng tại Trung tâm Chăm sóc và Điều trị Sơ Sinh – Bệnh viện Phụ Sản Trung ương [5]:

1.6.2.1. Mục tiêu

Mục tiêu tổng quát của nuôi dưỡng đường tiêu hóa tối thiểu cho trẻ nhẹ cân, non tháng ăn là đạt được ngưỡng ăn tối đa trong thời gian ngắn nhất, đồng thời duy trì tăng trưởng và dinh dưỡng tối ưu và tránh những hậu quả bất lợi của việc cho ăn nhanh.

1.6.2.2. Chỉ định

- Trẻ non tháng dưới 32 tuần hoặc nhỏ hơn 1800 gam.
- Ngạt, suy hô hấp, thở máy, nhiễm khuẩn huyết, hạ huyết áp, rối loạn glucose, đặt catheter tĩnh mạch rốn không là chống chỉ định đối với nuôi ăn đường tiêu hóa.

1.6.2.3. Chống chỉ định

- Dị tật bẩm sinh đường tiêu hóa: hở thành bụng, thoát vị rốn, teo thực quản, teo ruột non, ruột xoay bất toàn, tắc ruột phân su, thoát vị hoành...
- Các bệnh lý cần phẫu thuật ngay.

1.6.2.4. Phác đồ nuôi dưỡng đường tiêu hóa tối thiểu

- Thời gian bắt đầu:
 - Bắt đầu sớm, ngay trong 24 giờ đầu sau sinh, nhưng cần cân trọng đối với trẻ cực nhẹ cân (<1000 gam), cực non tháng (<28 tuần), hoặc trẻ chậm phát triển so với tuổi thai, các nguyên nhân gây thiếu máu ruột.
- Loại sữa nên dùng:
 - Tốt nhất là sữa mẹ.
 - Tiếp theo là sữa của bà mẹ khác.

- Nếu không có sữa mẹ hoặc sữa của bà mẹ khác mới dùng sữa công thức của trẻ đẻ non.
- Lượng sữa tăng hàng ngày theo cân nặng:

Cân nặng sơ sinh	< 1000 gam	1000 - 1500 gam	1500 - 1800gam
Nuôi ăn tối thiểu	1ml x 4 - 8 bữa trong 3 - 6 ngày	2ml x 8 bữa trong 1 - 3 ngày	Ngày 1: 3ml x 8 bữa
Thể tích tăng thêm	Tăng 10 - 20ml /kg/ngày ~ 1 - 2ml/bữa/24h	Tăng 20 - 30ml /kg/ngày ~ 3 - 4ml/bữa/24h	Tăng 30ml /kg/ngày ~ 5ml/bữa/24h
150 - 180 ml/kg/ngày	Đạt được sau 2 tuần	Đạt được sau 1 - 2 tuần	Đạt được sau 1 tuần

- Lượng sữa tối đa cần đạt được:
 - Trẻ cần đạt được ngưỡng 150 - 180ml/kg/ngày càng sớm càng tốt, tuy nhiên cần tránh tăng lượng sữa quá nhanh gây ra các biến chứng do tăng ăn không đúng cách.
 - Để đạt được ngưỡng 150 - 180ml/kg/ngày: đối với trẻ < 1000g sau 2 tuần, đối với trẻ 1000 - 1500g sau 1 - 2 tuần, đối với trẻ > 1500g thì sau 1 tuần sẽ đạt được.
 - Lượng sữa tăng tối đa đến 200 - 220ml/kg/ngày.
 - Khi trẻ ăn được 130ml/kg/ngày có thể cắt hoàn toàn nuôi dưỡng đường tĩnh mạch tùy vào tình trạng lâm sàng.
- Đánh giá tình trạng dung nạp sữa trên lâm sàng và cách xử trí:

➤ Dịch dạ dày:

- Không kiểm tra dịch dạ dày thường xuyên, chỉ kiểm tra dịch dạ dày trước bữa ăn nếu đang trong giai đoạn nuôi ăn tối thiểu, hoặc ngoài giai đoạn

nuôi ăn tối thiểu nhưng có các triệu chứng như: trớ sữa, bụng chướng, vòng bụng tăng > 2cm, nhu động ruột giảm, đổi màu da bụng, phân máu, triệu chứng toàn thân như con ngừng thở, con tím, tim chậm, li bì.

- Dịch dạ dày màu xanh, hoặc vàng nhưng trong thì không đáng ngại, có thể là do dịch mật, do trào ngược dịch ở tá tràng hoặc đặt sonde dạ dày quá sâu, đó không phải là yếu tố quyết định giảm bớt lượng sữa nuôi ăn tiêu hóa. Tuy nhiên nếu dịch dạ dày có máu, màu đỏ tươi, hoặc đen là dấu hiệu quan trọng để nghĩ đến viêm ruột hoại tử. Cần phải loại trừ máu ở dịch dư dạ dày là máu do tổn thương đường hô hấp trên do thở máy không xâm nhập gây ra.
- Ngưỡng tăng đối với số lượng dịch dư dạ dày: <500 gam: 2ml, 500 - 749 gam: 3ml, 750 - 1000 gam: 4ml, >1000 gam: 5ml; hoặc > 50% số lượng bữa ăn trước (cái nào lớn hơn thì tính cái đó).
- Khi trẻ có số lượng dịch dư dạ dày như trên, bơm ngược trở lại dịch dư đó, tối đa 5ml hoặc 50% lượng thức ăn bữa trước (cái nào lớn hơn thì tính cái đó), tạm nhịn bữa tiếp theo. Nếu tình trạng còn tiếp diễn thì giảm bớt lượng nuôi dưỡng tiêu hóa xuống một nửa, tăng lượng dinh dưỡng tĩnh mạch.

➤ Nôn trớ:

- Khi trẻ có dấu hiệu nôn trớ, nghi ngờ có luồng trào ngược dạ dày thực quản, ta có thể đặt trẻ ở tư thế nghiêng trái, hoặc nằm sấp, đầu cao 30 độ sau ăn để làm giảm nôn.
- Dùng bơm tiêm điện để nuôi dưỡng đường tiêu hóa cho trẻ có dấu hiệu nôn trớ, tăng lượng dịch dư dạ dày, tuy nhiên việc cho ăn chậm sẽ làm mất chất dinh dưỡng của lượng sữa đưa vào, vì thế chỉ nên áp dụng phương pháp này khi trẻ có dấu hiệu giảm dung nạp đường tiêu hóa, khi trẻ dung nạp tốt, phải quay lại cho ăn bằng cách bolus thức ăn như bình thường.

➤ Vòng bụng:

- Đối với trẻ thở máy không xâm nhập, vòng bụng tăng không có giá trị chẩn đoán không dung nạp sữa trên lâm sàng, đặc biệt với trẻ < 1000 gam, cần phải thường xuyên hút bớt lượng khí dư thừa trong dạ dày do thở máy không xâm nhập gây ra.

1.6.2.5. Phác đồ cụ thể

	<1000 gam	1000-1500g	1500-1800g	> 1800g
Ngày 1	1ml x 8 bữa	2ml x 8 bữa	3ml x 8 bữa	7-10ml x 8 bữa
Ngày 2	1ml x 8	2ml x 8	8ml x 8	14-20ml x 8
Ngày 3	1ml x 8	2ml x 8	13ml x 8	21-30ml x 8
Ngày 4	2ml x 8 ^{*1}	5-6ml x 8	18ml x 8	28-40ml x 8
Ngày 5	3-4ml x 8	8-10ml x 8	23ml x 8	35-50ml x 8
Ngày 6	4-6ml x 8	11-14ml x 8	28ml x 8	42-60ml x 8 ^{*5}
Ngày 7	5-8ml x 8	14-18ml x 8	33ml x 8 ^{*4}	45-70ml x 8
Ngày 8	7-10ml x 8	17-22ml x 8	33-38ml x 8	
Ngày 9	9-12ml x 8	20-26ml x 8 ^{*3}		
Ngày 10	11-14ml x 8	23-30ml x 8		
Ngày 11	13-16ml x 8	25-34ml x 8		
Ngày 12	15-18ml x 8	25-38ml x 8		
Ngày 13	17-20ml x 8 ^{*2}			
Ngày 14	19-22ml x 8			

*1: Nếu trẻ vẫn có dấu hiệu không dung nạp sữa, có thể tiếp tục ăn 1ml x 8 bữa đến ngày thứ 6.

*2: Đối với trẻ < 1000g: 13 ngày trẻ đạt mức 150 - 180ml/kg/ngày.

*3: Đối với trẻ 1000 - 1500g: 9 ngày trẻ đạt mức 150 - 180ml/kg/ngày.

*4: Đối với trẻ 1500 - 1800g: 7 ngày trẻ đạt mức 150 - 180ml/kg/ngày.

*5: Đối với trẻ >1800g: 6 ngày trẻ đạt mức 150 - 180ml/kg/ngày.

Chú ý: Lượng sữa tối đa 200 - 220ml/kg/ngày.

1.6.3. Phác đồ nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

Phác đồ nuôi dưỡng đường tĩnh mạch áp dụng tại Trung tâm Chăm sóc và Điều trị Sơ Sinh – Bệnh viện Phụ Sản Trung ương [13]:

1.6.3.1. Mục tiêu

Đối với những trẻ có chống chỉ định nuôi dưỡng đường tiêu hóa hoặc không thể đạt được 60ml/kg/ngày (hoặc 40kcal/kg/ngày), ta cần nuôi dưỡng trẻ qua đường tĩnh mạch để đảm bảo đủ mục tiêu về protein và nhu cầu năng lượng cho trẻ, giúp trẻ có đủ năng lượng để tăng trưởng và phát triển theo biểu đồ tăng trưởng của Fenton, để trẻ bắt kịp đà tăng trưởng như trong bụng mẹ.

1.6.3.2. Chỉ định

- Trẻ có cân nặng < 1500 gam.
- Trẻ \geq 1500 gam nhưng không thể ăn qua đường tiêu hóa đủ 60ml/kg/ngày sau 3 ngày (~40kcal/kg/ngày).
- Trẻ có dị tật bẩm sinh đường tiêu hóa: hở thành bụng, thoát vị rốn, teo thực quản, teo ruột non, ruột xoay bất toàn, tắc ruột phân su, thoát vị hoành...
- Trẻ có đường tiêu hóa đang bị tổn thương nặng: xuất huyết tiêu hóa nặng, viêm ruột hoại tử.

- Trẻ bị rối loạn tiêu hóa nặng: bất dung nạp tiêu hóa nặng, nôn nhiều, bụng trướng nhiều, tiêu chảy kéo dài.
- Trẻ có bệnh lý cần phẫu thuật ngay.

1.6.3.3. Chống chỉ định

- Trẻ cần dừng nuôi dưỡng đường tĩnh mạch khi nuôi dưỡng đường tiêu hóa đạt được 130ml/kg/ngày.

1.6.3.4. Phác đồ nuôi dưỡng đường tĩnh mạch

- Thời gian bắt đầu:
 - Bắt đầu sớm, ngay trong 2 giờ đầu sau sinh.
- Lựa chọn cách nuôi dưỡng đường tĩnh mạch:
 - Đối với những trẻ có tiên lượng cần nuôi dưỡng tĩnh mạch trên 1 tuần, cần phải dùng vận mạch (dopamin), cần đặt catheter tĩnh mạch rốn.
 - Đối với những trẻ cần nuôi dưỡng dưới 1 tuần có thể cân nhắc nuôi dưỡng tĩnh mạch ngoại vi.
 - Đối với những trường hợp cần phẫu thuật ngay cần nuôi dưỡng tĩnh mạch ngoại vi.
 - Khi nuôi dưỡng đường tĩnh mạch bằng đặt catheter tĩnh mạch rốn quá 2 tuần, cần cân nhắc dừng nuôi dưỡng qua catheter tĩnh mạch rốn mà chuyển sang tĩnh mạch ngoại vi hoặc nuôi dưỡng qua longline. Vì thế cần kết hợp với phác đồ nuôi dưỡng đường tiêu hóa tối thiểu để trẻ có thể đạt được lượng sữa nuôi dưỡng đường tiêu hóa 150-180ml/kg/ngày trong 1-2 tuần, để có thể ngừng nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

- Lượng dịch cần tăng hàng ngày theo cân nặng:

Ngày tuổi	Đẻ đủ tháng (ml/kg)	Đẻ non (ml/kg)		
		≥ 1500 gam	1000 - 1500gam	< 1000 gam
1 ngày	60	60	70	70
2 ngày	80	80	90	90
3 ngày	90	100	100	110
4 ngày	110	110	110	120
5 ngày	120	120	120	130
6 ngày	130	130	130	140
7 ngày	130	130	140	150
8 - 14 ngày	130 - 160	130 - 160	140 - 170	150 - 180

- Lượng dịch tối đa cần đạt được
 - Dịch truyền tĩnh mạch (ml) = nhu cầu dịch (ml) - dịch pha thuốc (ml) - dịch dinh dưỡng tiêu hoá (ml) + dịch cơ thể mất khác (ml)
 - Trẻ chiếu đèn, mất nước do sốt, bỏng,... thì sẽ tăng tổng lượng dịch nhu cầu lên 10%; nếu trẻ bị các bệnh hạn chế lượng dịch vào như bệnh lý suy tim, suy thận cấp thiếu niệu, ngạt nặng trong 72 giờ đầu, nên hạn chế lượng dịch, thường tối đa 140ml/kg/ngày.
- Nhu cầu về protein, glucid, lipid, năng lượng và khoáng chất:

Nhu cầu	Khởi đầu (1 - 2 ngày)	Chuyển tiếp (≤ 1 tuần)	Tăng trưởng (> 1 tuần)
Dịch (ml/kg/ngày)	≤ 1500g: 70 - 90 > 1500g: 60 - 80	90 - 125	120 - 180
	<p>Nhu cầu dịch tùy thuộc tình trạng lâm sàng, cân nặng và cung lượng nước tiểu (BT: 1 - 4ml/kg/giờ).</p> <p>Ngạt nặng trong 72h đầu, suy thận cấp thiếu niệu, tăng tiết ADH không thích hợp: hạn chế dịch 60ml/kg/ngày, hậu phẫu ống tiêu hóa: tăng nhu cầu dịch 1,5-3 lần bình thường.</p>		
Năng lượng (kcal/kg/ngày)	40 – 50	60 - 100	100 - 120
	<p>Bệnh phổi cấp nặng, suy thận cấp: 50 - 60 kcal/kg/ngày.</p> <p>Bệnh phổi mạn: 130 - 150 kcal/kg/ngày.</p> <p>Cần thêm 3 - 4,5 kcal để tăng thêm 1g cân nặng.</p>		
Protid (g/kg/ngày)	1,5-2	2-3,5	3,5 - 4 (1 - 1,8kg) 4 - 4,5(<1kg)
	<p>Giai đoạn tăng trưởng: tỷ số protein/năng lượng ≤ 1/25.</p> <p>Duy trì BUN:tăng dị hóa protein nội sinh, xuất huyết tiêu hóa, tăng nhập protein, mất nước, suy thận.</p>		
Lipid (g/kg/ngày)	1	1 - 3	3 – 4
	<p>Giới hạn lipid 0,5-1g/kg/ngày khi trẻ vàng da tăng bilirubin gián tiếp nặng, nhiễm khuẩn huyết có giảm tiêu cầu nặng, suy hô hấp do bệnh phổi chưa ổn định.</p>		
Glucid (g/kg/ngày)	4 – 8	6 - 12	12 - 15
	<p>Dùng insulin nếu glucose máu > 180mg/dL và glucose niệu ≥ 2 + với tốc độ đường 6 mg/kg/phút.</p> <p>Trẻ đẻ non thường có hiện tượng tăng đường máu nên nồng độ glucose của dịch truyền thường thấp, có khi phải truyền dung dịch glucose 5-7,5% cho trẻ đẻ rất non.</p>		

Na (mmol/kg/ngày)	0	2 - 3	3 - 7
K (mmol/kg/ngày)	0	1 - 2	2 - 5
	Cho K khi cung lượng nước tiểu $\geq 1\text{ml/kg/giờ}$		
Ca (mmol/kg/ngày)	0,5 - 1,5	1,5	1,6 - 2,5
P (mmol/kg/ngày)	0	1 - 2	1,6 - 2,5
Magie(mmol/kg/ngày)	0	0	0,3 - 0,4
Kẽm ($\mu\text{mol/kg/ngày}$)	0	3	6

- Theo dõi trong quá trình nuôi dưỡng tĩnh mạch:

Chỉ số	Theo dõi
Cân nặng, phù, mất nước, xuất - nhập, năng lượng, protein	Mỗi ngày
Chiều dài, vòng đầu	Mỗi tuần
Đường huyết	2 - 3 lần/ngày khi thay đổi tốc độ đường và sau đó 2 lần/tuần
Điện giải đồ	2 lần/tuần khi còn thay đổi và sau đó mỗi tuần
Ca/P, phosphatase kiềm, Hct/Hồng cầu lưới, BUN, albumin, triglycerid, chức năng gan	Mỗi 1 - 2 tuần

1.6.3.5. Phác đồ cụ thể

- Dưới đây là phác đồ tham khảo khi nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch mà không kết hợp với nuôi dưỡng đường tiêu hóa tối thiểu.

	Glucid (g/kg)	Glucose (ml) * ¹	Protein (g/kg)	Vami- nolact (ml/kg)	Năng lượng (kcal)	NaCl 10% (ml)	KCl 10% (ml)	Dịch (ml/kg)
Ngày 1	4g/kg	40 G10	1,5	20	22	0	0	60-70
Ngày 2	6g/kg	60 G10	2	30	32	0,6	0	80-90
Ngày 3	8g/kg	80 G10	2,5	35	42	1,2	0,5	100-110
Ngày 4	9g/kg	70 G10 10 G20	3	45	48	1,2	0,5	110-120
Ngày 5	10g/kg	60 G10 20 G20	3,5	50	54	1,5	0,8	120-130
Ngày 6	11g/kg	70 G10 20 G20	3,5	50	58	1,5	0,8	130-140
Ngày 7	12g/kg	80 G10 20 G20	3,5	50	62	1,8	1,1	130-150
Tuần 1-2	12-15g/kg	80 G10 20-30 G20	3,5-4,5	50-70	62-78	1,8-4	1,1-2,7	140-180

G10: Dung dịch Glucose 10%

G20: Dung dịch Glucose 20%

Vaminolact 6,5%

*1: Tham khảo thêm về cách dùng các dung dịch đường 10-20%

Ngày 1 chưa cần Natri, Ngày 2-3 có thể cho Kali khi có nước tiểu

- Sau 1 tuần: bổ sung thêm các vitamin.

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 72 trẻ sơ sinh non tháng điều trị tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Mèo Vạc từ tháng 01/2019 đến tháng 7/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trẻ sơ sinh có tuổi thai từ 25 tuần đến 36 tuần điều trị tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Mèo Vạc.
- Cha mẹ bệnh nhân đồng ý tham gia.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ sơ sinh đủ tháng.
- Trẻ có chống chỉ định dinh dưỡng qua đường tiêu hóa do các bệnh lý bẩm sinh như: hở thành bụng, thoát vị rốn tắc ruột phân su, teo thực quản, teo ruột non, thoát vị hoành...
- Cha mẹ trẻ không đồng ý tham gia.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu không xác suất, lựa chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu từ 01/2019 đến 7/2020.

2.2.3. Cách thức tiến hành nghiên cứu

- Tất cả các bệnh nhi sơ sinh nhập viện được tiếp nhận, đánh giá tuổi thai theo ngày đầu kinh cuối của mẹ (nếu nhớ) hoặc theo thang điểm Finstron.

- Nếu trẻ được đánh giá là sơ sinh non tháng, cho nằm lòng ấp, hỗ trợ hô hấp (thở oxy gọng kính/mash hoặc CPAP tùy từng trường hợp theo chỉ định của bác sĩ), lập hồ sơ theo dõi và lên kế hoạch chăm sóc.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung:
 - Giới tính.
 - Dân tộc.
 - Nghề nghiệp của mẹ.
 - Tuổi của mẹ
- Đặc điểm lâm sàng:
 - Tuổi thai.
 - Cân nặng khi sinh.
 - Tiền sử thai sản của mẹ.
 - Con thứ mấy.
 - Cách đẻ.
 - Nơi đẻ.
- Kết quả nuôi dưỡng:
 - Đường nuôi dưỡng.
 - Chế độ ăn.
 - Các phản ứng sau khi cho ăn.
 - Kết quả nuôi dưỡng.
 - Nguyên nhân tử vong (nếu có).

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

- Địa điểm: khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Mèo Vạc.

- Thời gian: từ tháng 01/2019 đến tháng 7/2020.

2.4. Thu thập thông tin

- Kỹ thuật thu thập thông tin: lập bệnh án mẫu nghiên cứu, thu thập triệu chứng lâm sàng, hồ sơ bệnh án, ghi chép đủ thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Sau đó được nhập vào máy tính để lưu trữ và xử lý số liệu sau này.
- Công cụ thu thập thông tin: bệnh án mẫu.

2.5. Xử lý số liệu

Các số liệu được làm sạch, mã hóa (coding) và nhập vào phần mềm phân tích số liệu SPSS (Statistics Packages for Social Science) phiên bản 20.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân và người nhà được giải thích trước khi thực hiện nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của bệnh nhân và người nhà. Đảm bảo giữ bí mật về các thông tin liên quan đến sức khỏe cũng như các thông tin khác của đối tượng nghiên cứu.

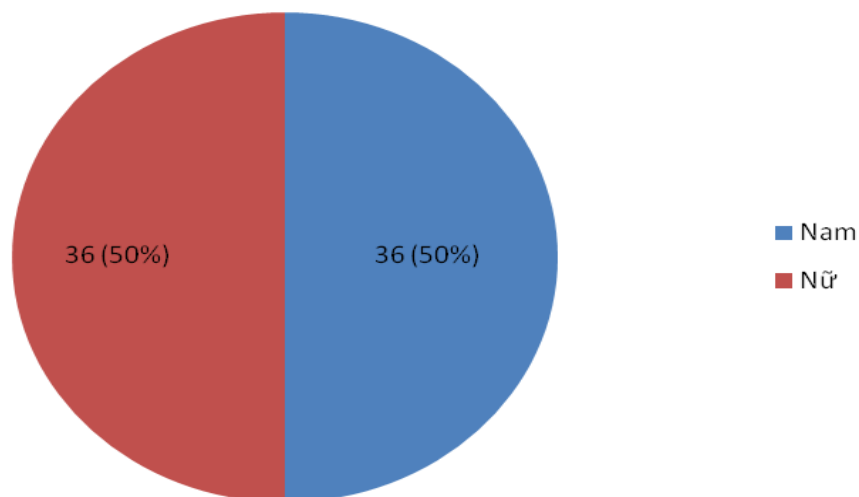
Các thông tin thu được chỉ nhằm mục đích nghiên cứu và phục vụ cho khám chữa bệnh giúp điều trị bệnh nhân tốt hơn.

CHƯƠNG III: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 72 bệnh nhi sơ sinh non tháng, là con của 70 sản phụ (hai sản phụ sinh đôi), thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung

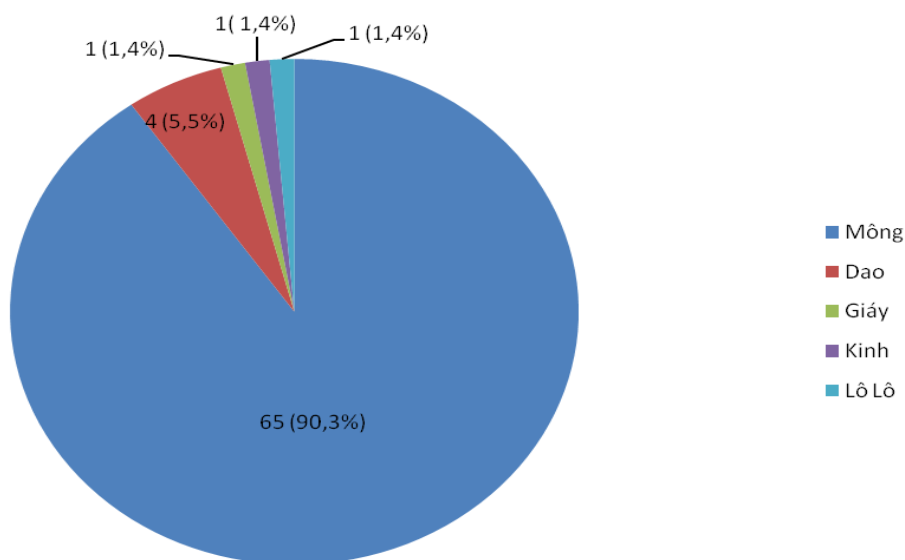
3.1.1. Giới tính của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ nam:nữ = 1:1.

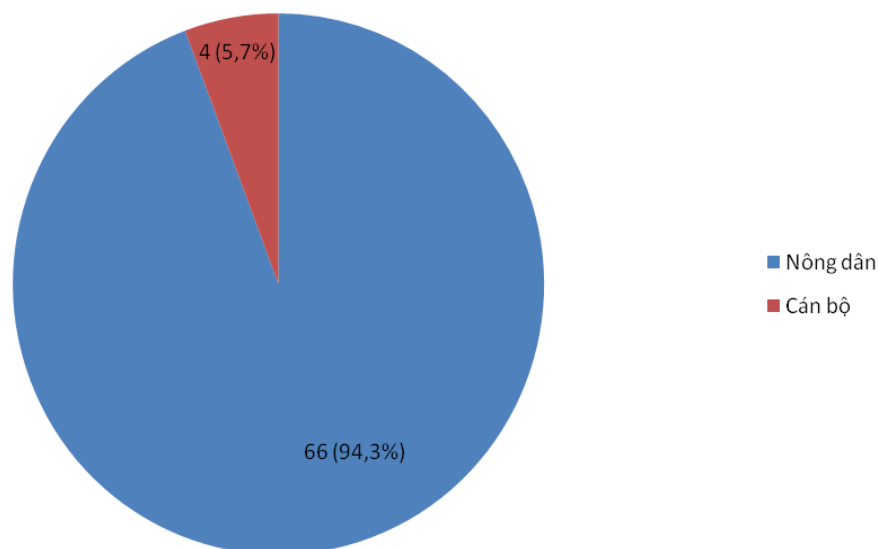
3.1.2. Dân tộc



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm dân tộc của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: 90,3% đối tượng nghiên cứu là người dân tộc Mông.

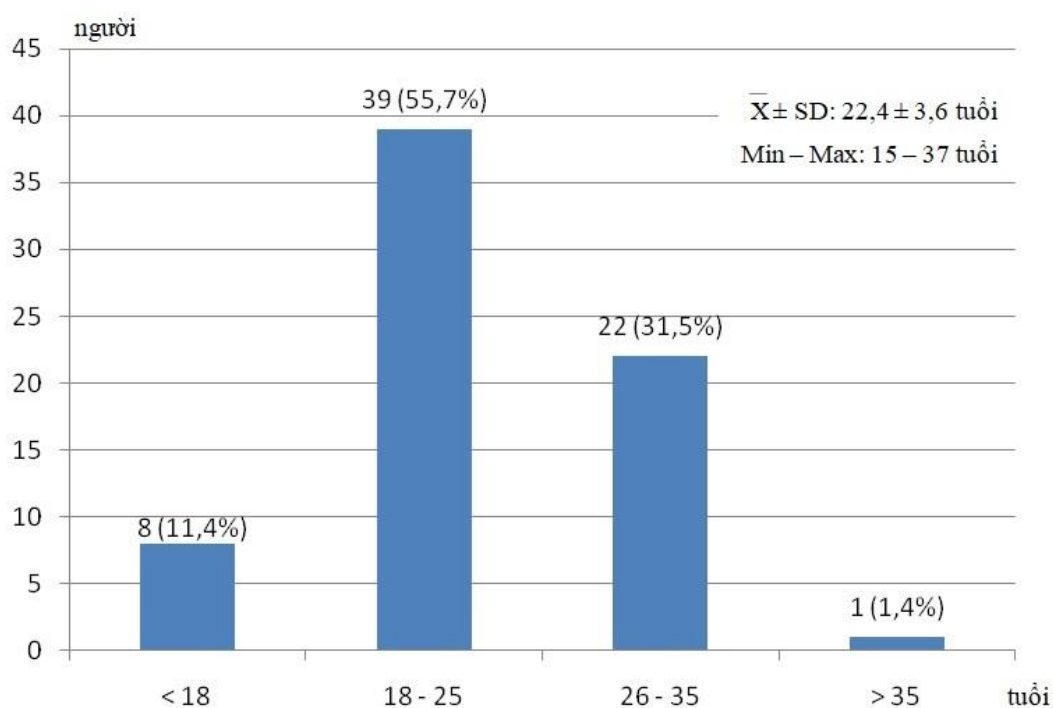
3.1.3. Nghề nghiệp của mẹ



Biểu đồ 3.3. Đặc điểm nghề nghiệp của các bà mẹ

Nhận xét: 94,3% các bà mẹ là nông dân; chỉ có 5,7% là cán bộ, viên chức.

3.1.4. Tuổi của mẹ



Biểu đồ 3.4. Đặc điểm tuổi của các bà mẹ

Nhận xét: Tuổi trung bình của các bà mẹ là $22,4 \pm 3,6$ tuổi, trong đó chủ yếu là nhóm 18 - 25 tuổi, chiếm 55,7%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Tuổi thai

Bảng 3.1. Tuổi thai của đối tượng nghiên cứu

Tuổi thai	n	%
25 – 27 tuần	6	8,3
28 – 30 tuần	16	22,2
31 – 33 tuần	19	26,4
34 – 36 tuần	31	43,1
Tổng	72	100
$\bar{X} \pm SD$	32,7 \pm 2,7 tuần	
Min – Max	25 – 36 tuần	

Nhận xét: Tuổi thai trung bình của đối tượng nghiên cứu là 32,7 \pm 2,7 tuần, trong đó nhóm 34 – 36 chiếm tỷ lệ cao nhất 43,1%.

3.2.2. Cân nặng

Bảng 3.2. Cân nặng của đối tượng nghiên cứu

Cân nặng (gam)	n	%
500 – 1000	4	5,5
1001 – 1500	10	13,9
1501 – 2000	27	37,5
> 2000	31	43,1
Tổng	72	100
$\bar{X} \pm SD$	1876 \pm 467 gam	
Min – Max	700 – 2500 gam	

Nhận xét: Cân nặng trung bình của đối tượng nghiên cứu là 1876 ± 467 gam, trong đó nhóm > 2000 chiếm tỷ lệ cao nhất 43,1%.

3.2.3. Quản lý thai nghén, bệnh lý và tiền sử sản khoa của mẹ

Bảng 3.3. Quản lý thai nghén, bệnh lý và tiền sử sản khoa của bà mẹ

Nội dung	Có		Không		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Quản lý thai nghén	10	14,3	60	85,7	70	100
Song thai	2	2,8	68	97,2	70	100
Tiền sản giật/sản giật	6	8,6	64	91,4	70	100
Bệnh toàn thân cấp tính	18	25,7	52	74,3	70	100
Chấn thương, chấn động	12	17,1	58	92,9	70	100
Rau tiền đạo chảy máu	2	2,8	68	97,2	70	100
Dọa vỡ tử cung/sẹo mổ cũ	2	2,8	68	98,6	70	100
Tiền sử thai lưu	1	1,4	69	98,6	70	100
Tiền sử đẻ non	3	4,3	67	95,7	70	100
Tiền sử sảy thai	0	0	70	100	70	100

Nhận xét: 85,7% bà mẹ không quản lý thai nghén tại bệnh viện hay trạm y tế. Có 2,8% trường hợp song thai; 25,7% bị bệnh lý toàn thân cấp tính (sởi); 17,1% bị chấn thương khi mang thai, dẫn đến sinh non. Có 8,6% bà mẹ bị tiền sản giật/sản giật; 2,8% rau tiền đạo chảy máu; 2,8% dọa vỡ tử cung/sẹo mổ cũ, là các nguyên nhân phải mổ cấp cứu để ưu tiên cứu mẹ dù cho thai chưa đủ tháng.

Bảng 3.4. Thứ tự sinh của đối tượng nghiên cứu

Con thứ	n	%
1	41	57,0
2	18	25,0
3	8	11,1
4	4	5,5
7	1	1,4
Tổng	72	100

Nhận xét: 57% trẻ là con đầu lòng, 25% là con thứ 2; 11,1% là con thứ 3; 5,5% là con thứ 4 và 1,4% là con thứ 7.

3.2.4. Nơi sinh

Bảng 3.5. Nơi sinh của đối tượng nghiên cứu

Nơi đẻ	n	%
Bệnh viện	56	77,8
Ở nhà	16	22,2
Tổng	72	100

Nhận xét: Chỉ có 77,8% trẻ đẻ non được sinh tại bệnh viện, còn 22,2% trẻ được sinh ở nhà sau đó mới đưa đến viện.

3.2.5. Cách sinh

Bảng 3.6. Cách được sinh ra của đối tượng nghiên cứu

Cách đẻ	n	%
Đẻ thường	62	86,1
Đẻ mổ	10	13,9
Tổng	72	100

Nhận xét: Có tới 13,9% trẻ sinh mổ do liên quan đến các bệnh lý cấp cứu sản khoa của mẹ như sản giật, tiền sản giật, rau bong non,...

3.3. Chăm sóc dinh dưỡng

3.3.1. Đường nuôi dưỡng

Bảng 3.7. Đường nuôi dưỡng trẻ sơ sinh non tháng

Đường nuôi dưỡng Tuổi thai	Nuôi tĩnh mạch kết hợp ăn sữa		Chỉ nuôi ăn đường tiêu hóa		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
25 - 27 tuần	6	100	0	0	6	100
28 - 30 tuần	14	87,5	2	12,5	16	100
31 - 33 tuần	7	36,8	12	63,2	19	100
34 - 36 tuần	4	12,9	27	87,1	31	100
Tổng	31	43,1	41	56,9	72	100

Nhận xét: 56,9% trẻ được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tiêu hóa; 43,1% trẻ được nuôi dưỡng bằng cả đường tiêu hóa và tĩnh mạch.

3.3.2. Thời gian kết hợp nuôi đường tĩnh mạch

Bảng 3.8. Thời gian kết hợp nuôi đường tĩnh mạch

Tuổi thai Số ngày	25 - 27 tuần		28 - 30 tuần		31 - 33 tuần		34 - 36 tuần		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	1	16,7	5	35,7	5	71,4	2	50,0	13	41,9
2	2	33,3	4	28,6	2	28,6	2	50,0	10	32,6
3	3	50,0	5	35,7	0	0	0	0	8	25,6
Tổng	6	100	14	100	7	100	4	100	31	100
$\bar{X} \pm SD$ (ngày)	2,3 \pm 0,3		2,0 \pm 0,4		1,3 \pm 0,2		1,5 \pm 0,2		1,8 \pm 0,4	

Nhận xét: Thời gian kết hợp nuôi ăn tĩnh mạch của đối tượng nghiên cứu trung bình $1,8 \pm 0,4$ ngày, tối đa là 3 ngày. Trong đó, 41,9% chỉ kết hợp nuôi đường tĩnh mạch 1 ngày đầu tiên, 32,3% 2 ngày và 25,8% 3 ngày.

3.3.3. Loại sữa

Bảng 3.9. Các loại sữa để nuôi dưỡng trẻ sơ sinh non tháng

Loại sữa Tuổi thai	100% sữa mẹ		100% sữa bột		Kết hợp		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
25 - 27 tuần	0	0	2	33,3	4	66,7	6	100
28 - 30 tuần	0	0	7	43,8	9	56,2	16	100
31 - 33 tuần	3	15,8	1	5,3	15	78,9	19	100
34 - 36 tuần	21	67,8	1	3,2	9	29,0	31	100
Tổng	24	33,3	11	15,3	37	51,4	72	100

Nhận xét: 33,3% trẻ được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng sữa mẹ; 51,4% trẻ được ăn kết hợp cả sữa mẹ và sữa bột; 15,3% trẻ phải ăn sữa bột hoàn toàn.

3.3.4. Thời gian ăn qua sonde

Bảng 3.10. Thời gian cho trẻ ăn qua sonde dạ dày

<div>Tuổi thai</div> <div>Số ngày ăn qua sonde</div>	25 - 27 tuần		28 - 30 tuần		31 - 33 tuần		34 - 36 tuần		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	0	0	4	25,0	2	10,5	21	67,8	27	37,5
2	4	66,7	2	12,5	6	31,6	8	25,8	20	27,8
3	2	33,3	4	25,0	5	26,3	1	3,2	12	16,6
4	0	0	4	25,0	4	21,1	1	3,2	9	12,5
5	0	0	0	0	2	10,5	0	0	2	2,8
6	0	0	1	6,25	0	0	0	0	1	1,4
24	0	0	1	6,25	0	0	0	0	1	1,4
Tổng	6	100	16	100	19	100	31	100	72	100
$\bar{X} \pm SD$ (ngày)	2,3 \pm 0,3		4,1 \pm 3,2		2,9 \pm 1,8		1,4 \pm 0,9		2,5 \pm 3,2	
Min – Max (ngày)	1 – 24									

Nhận xét: 37,5% trẻ chỉ ăn qua sonde trong ngày đầu tiên; 28,7% ăn qua sonde 2 ngày; 16,6% 3 ngày; 12,5% 4 ngày; 2,8% 5 ngày; chỉ có 1,4% ăn phải ăn qua sonde đến ngày thứ 6 và 1,4% ăn qua sonde đến ngày thứ 24.

3.3.5. Tính chất dịch dạ dày

Bảng 3.11. Tính chất dịch dạ dày

<div> <div>Dịch dạ dày</div> <div>Ngày</div> </div>	Còn nhiều sữa chưa tiêu hóa		Còn ít sữa chưa tiêu hóa		Ít dịch trong (tiêu hóa tốt)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	4	5,6	34	47,2	34	47,2	72	100
2	4	8,9	13	28,9	28	62,2	45	100
3	1	4,0	4	16,0	20	80,0	25	100
4	0	0	0	0	13	100	13	100
5	0	0	0	0	4	100	4	100
6	0	0	0	0	2	100	2	100
7	0	0	0	0	1	100	1	100
8 – 23	0	0	0	0	1	100	1	100
24	0	0	0	0	1	100	1	100

Nhận xét: Ngày đầu tiên, có 47,2% trẻ tiêu hóa tốt; 47,2% tiêu hóa được một phần, chỉ còn ít sữa chưa tiêu hóa; 5,6% trẻ tiêu hóa kém, còn nhiều sữa trong dịch dạ dày. Ngày thứ 2, trong 45 trẻ còn sonde dạ dày, 62,2% trẻ tiêu hóa tốt; 28,9% vẫn còn ít sữa và 8,9% tiêu hóa kém. Ngày thứ 3, trong 25 ca còn sonde, 80% tiêu hóa tốt; 16% còn ít sữa chưa tiêu và 4% tiêu hóa kém. Ngày thứ 4, còn 13 trẻ ăn qua sonde, 100% tiêu hóa tốt. Một số trẻ tuy đã tiêu hóa tốt nhưng chúng tôi chưa rút sonde dạ dày ngay mà còn lưu thêm 2 - 3 ngày để tiện cho ăn và theo dõi thêm vì phản xạ bú mút của trẻ còn kém. Đặc biệt có một trẻ phải nuôi ăn qua sonde đến 24 ngày mặc dù trẻ đã có biểu hiện tiêu hóa tốt từ

ngày thứ 4 nhưng vì trẻ quá non, phản xạ bú mút kém nên khi rút sonde ra trẻ không ăn được, chúng tôi phải tiến hành đặt lại sonde để nuôi dưỡng tiếp.

3.3.6. Triệu chứng của trẻ sau khi ăn

Bảng 3.12. Triệu chứng của trẻ sau khi ăn

Triệu chứng	n	%
Nôn trớ	1	1,4
Chướng bụng	11	15,3
Không có triệu chứng gì	61	84,7
Tổng	72	100

Nhận xét: chỉ có 1,4% trẻ có triệu chứng nôn trớ; 15,3% có biểu hiện chướng bụng.

3.3.7. Tình trạng trẻ khi ra viện

Bảng 3.13. Kết quả điều trị

Tình trạng trẻ khi ra viện	n	%
Sống, ổn định	59	81,9
Tử vong, nguy cơ tử vong	13	18,1
Tổng	72	100

Nhận xét: 81,9% trẻ sống ra viện, tình trạng ổn định; 18,1% trẻ xuất viện trong tình trạng nặng, nguy cơ tử vong rất cao.

3.3.8. Thời gian điều trị

Bảng 3.14. Thời gian điều trị

Tình trạng trẻ khi ra viện	$\bar{X} \pm SD$ (ngày)	Min – Max (ngày)
Sống, ổn định (N = 59)	$8,8 \pm 6,6$	3 – 42
Tử vong, nguy cơ tử vong (N = 13)	$2,3 \pm 0,3$	1 – 3
Tổng (N = 72)	$7,8 \pm 6,5$	1 – 42

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là $7,8 \pm 6,5$ ngày; các trẻ tử vong/nguy cơ tử vong cao thời gian sống chỉ từ 1 – 3 ngày (TB: $2,0 \pm 0,8$ ngày); nhóm đối tượng sống ra viện ổn định điều trị từ 3 – 42 ngày (TB: $8,8 \pm 6,6$ ngày).

3.3.9. Nguyên nhân tử vong

Bảng 3.15. Nguyên nhân tử vong

Nguyên nhân	n	%
Suy hô hấp	13	100
Hoại tử ruột	0	0
Thủng tạng rỗng	0	0
Nguyên nhân khác	0	0
Tổng	13	100

Nhận xét: 100% trẻ tử vong vì suy hô hấp.

3.3.10. Liên quan giữa tuổi thai và kết quả điều trị

Bảng 3.16. Liên quan giữa tuổi thai và kết quả điều trị

Kết quả Tuổi thai	Sống		Tử vong		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
25 - 27 tuần	0	0	6	100	6	100
28 - 30 tuần	10	62,5	6	37,5	16	100
31 - 33 tuần	18	94,7	1	5,3	19	100
34 - 36 tuần	31	100	0	0	31	100
Tổng	59	81,9	13	18,1	72	100

Nhận xét: Nhóm trẻ 25 – 27 tuần, tử vong 100%; nhóm 28 – 30 tuần, sống 62,5%, tử vong 37,5%; nhóm 31 – 33 tuần, sống 94,7%, tử vong 5,3%; nhóm 34 – 36 tuần, sống 100%.

3.3.11. Liên quan giữa cân nặng khi sinh và kết quả điều trị

Bảng 3.17. Liên quan giữa cân nặng của trẻ và kết quả điều trị

Kết quả Cân nặng (gam)	Sống		Tử vong		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
500 – 1000	0	0	4	100	4	100
1001 – 1500	4	40,0	6	60,0	10	100
1501 – 2000	24	88,9	3	11,1	27	100
> 2000	31	100	0	0	31	100
Tổng	59	81,9	13	18,1	72	100

Nhận xét: Nhóm trẻ 500 – 1000 gam, tử vong 10%; nhóm 1001 – 1500 gam, sống 40%, tử vong 60%; nhóm 1501 – 2000 gam sống 88,9%, tử vong 11,1%; nhóm > 2000 gam sống 100%.

3.3.12. Liên quan giữa loại sữa và kết quả điều trị

Bảng 3.18. Liên quan giữa loại sữa và kết quả điều trị

Kết quả Loại sữa	Sống		Tử vong		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
100% sữa mẹ	24	100	0	0	24	100
100% sữa bột	3	27,3	8	72,7	11	100
Kết hợp	32	86,5	5	13,5	37	100
Tổng	59	81,9	13	18,1	72	100

Nhận xét: Nhóm trẻ được ăn sữa mẹ hoàn toàn sống 100%; nhóm ăn sữa công thức hoàn toàn sống 27,3%; nhóm ăn kết hợp cả sữa mẹ và sữa công thức sống 86,5%.

CHƯƠNG IV: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Giới tính

Trong 72 trẻ sơ sinh non tháng chúng tôi nghiên cứu, 50% là trẻ nam, 50% trẻ nữ. Tỷ lệ này tương tự các nghiên cứu trước đây: Nguyễn Thanh Thủy và cộng sự [3] nghiên cứu 452 trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ năm 2015 – 2017, có 55,6% trẻ trai, 44,4% trẻ gái; Lê Phương Linh [5] nghiên cứu 190 trẻ sơ sinh cực non và rất non tháng từ năm 2017 đến năm 2018 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỷ lệ nam và nữ bằng nhau, đều là 50%; nghiên cứu của Tannis R Fenton và cộng sự [6] tại 3 thành phố ở Canada và Mỹ từ 2001 đến 2010, 52,4% trong số 977 trẻ rất non và cực non tháng là trẻ trai. Trong nghiên cứu của Ian J Griffin và cộng sự [7] nghiên cứu 25899 trẻ rất non và cực non tháng tại California từ 2005 – 2012 thì tỷ lệ trẻ nam chiếm 49,8%.

4.1.2. Dân tộc

90,3% đối tượng nghiên cứu là người dân tộc Mông; 5,5% người Dao; 1,4% người Giáy; 1,4% người Kinh; 1,4% người Lô Lô. Tỷ lệ này phù hợp với đặc điểm phân bố các dân tộc trên địa bàn huyện Mèo Vạc với hơn 80% là người dân tộc Mông.

4.1.3. Nghề nghiệp của mẹ

Trong 70 bà mẹ của 72 trẻ sơ sinh non tháng, có 94,3% là nông dân, chỉ có 5,7% là cán bộ, viên chức. Tỷ lệ này phù hợp với đặc điểm nghề nghiệp của người dân Mèo Vạc, chủ yếu là nông dân.

4.1.4. Tuổi của mẹ

Các bà mẹ trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi từ 15 đến 37 tuổi, trung bình 22,4 tuổi, trong đó nhiều nhất là nhóm tuổi 18 – 25 tuổi, chiếm 55,7%; thứ 2 là nhóm 26 – 35 tuổi chiếm 31,5%; thứ 3 là nhóm dưới 18 tuổi, chiếm 11,4%; ít nhất là nhóm trên 35 tuổi, chỉ có 1,4%.

Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi rất trẻ, trái ngược với các nghiên cứu khác tuổi mẹ khá cao, tỷ lệ bà mẹ trên 35 tuổi khá nhiều. Cụ thể, nghiên cứu của Lê Phương Linh [5], các bà mẹ từ 17 đến 47 tuổi, trung bình 29,7 tuổi, với 17,4% các mẹ trên 35 tuổi và 27,4% các mẹ từ 30 – 34 tuổi; nghiên cứu của Kris và cộng sự [8], trung bình tuổi mẹ trong nghiên cứu này là 32,9 tuổi, có tới 37,5% mẹ > 35 tuổi, 33,5% mẹ 30 – 34 tuổi. Sự khác biệt này chủ yếu liên quan đến phong tục tập quán và trình độ hiểu biết về sức khỏe sinh sản của người dân tộc Mông tại Mèo Vạc còn rất hạn chế, nhiều em gái không đi học hoặc chỉ học đến cấp 2 là nghỉ học lấy chồng. 11,4% bà mẹ tuổi vị thành niên là con số không nhỏ, cơ quan sinh sản của các em chưa hoàn thiện, là một yếu tố làm tăng nguy cơ đẻ non.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

4.2.1. Tuổi thai

Vì phần lớn các bà mẹ là người dân tộc Mông làm nghề nông, trình độ văn hóa rất thấp, thậm chí không đi học, không có ý thức đi khám, quản lý thai nghén, rất ít bà mẹ nhớ ngày đầu kì kinh cuối, vì vậy tuổi thai trước khi sinh chủ yếu phụ thuộc vào siêu âm và đánh giá lại sau khi trẻ được sinh ra, nên tuổi thai của các đối tượng nghiên cứu chỉ được tính đến tuần tuổi chứ không chính xác cụ thể đến từng ngày như những nghiên cứu khác.

Tuổi thai trung bình của đối tượng nghiên cứu là $32,7 \pm 2,7$ tuần, thấp nhất là 25 tuần, cao nhất là 36 tuần, trong đó nhóm 34 – 36 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất 43,1%; thứ 2 là nhóm 31 – 33 tuần, chiếm 26,4%; nhóm 28 – 30 tuần chiếm 22,2%; ít nhất là nhóm 25 – 27 tuần chiếm 8,3%.

Có sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác là chúng tôi nghiên cứu tất cả các trẻ sơ sinh non tháng (từ 25 – 36 tuần), còn các nghiên cứu khác chủ yếu nghiên cứu tập trung chủ yếu ở trẻ cực non và rất non tháng. Cụ thể, nghiên cứu của Lê Phương Linh [5] tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, trẻ từ 25 tuần đến 31 tuần 6 ngày tuổi, trung bình $29,3 \pm 1,4$ tuần; nghiên cứu của Tannis R Fenton và cộng sự [6] tại Mỹ, Ian J Griffin và

cộng sự [7] tại California đều được thực hiện trên nhóm trẻ từ 22 tuần đến 31 tuần 6 ngày tuổi, tuổi thai trung bình lần lượt là $27,0 \pm 1,9$ và 28,71 tuần tuổi; nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thủy [3] tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, trẻ từ 21 tuần đến 36 tuần tuổi nhưng chỉ lấy các trẻ < 1000 gam, và trẻ dưới 32 tuần chiếm tới 94,2%.

Có thể thấy, tại những nơi có nền kinh tế và y học phát triển, trẻ sơ sinh non tháng trên 32 tuần và trên 1kg gần như có thể đảm bảo nuôi sống đến gần 100%, nên các nghiên cứu chỉ chủ yếu tập trung vào các đối tượng cực non và rất non tháng, cân nặng dưới 1kg. Nhưng tại Mèo Vạc, nền kinh tế còn nghèo nàn, lạc hậu; nền y học mới có những viên gạch nền móng, phương tiện máy móc còn thô sơ, thiếu thôn đủ thứ, công tác khám chữa bệnh còn nhiều khó khăn, hạn chế, bệnh nhân nói chung và các trẻ sơ sinh non tháng cũng có rất nhiều điểm khác so với vùng đồng bằng, trung du. Không chỉ đối với trẻ sơ sinh non tháng, mà với tất cả các bệnh nhân khác, với phương châm, mỗi bệnh nhân cần được sự quan tâm thích đáng chứ không được chỉ quan tâm trường hợp nhẹ mà chủ quan trường hợp nhẹ, chúng tôi luôn cố gắng hết mình vì từng bệnh nhân, cứu được ca nào quý ca đó, phải đi từ cái dễ tới cái khó, từ đó rút kinh nghiệm, cải thiện chất lượng điều trị. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên tất cả trẻ sơ sinh non tháng điều trị tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Mèo Vạc, như một cái nhìn tổng quan cho những bước đi tiếp theo.

4.2.2. Cân nặng

Cân nặng trung bình của đối tượng nghiên cứu là 1876 ± 467 gam, thấp nhất là 700 gam, nặng nhất là 2500 gam, trong đó nhóm > 2000 gam chiếm tỷ lệ cao nhất 43,1%; nhóm 1501 – 2000 gam đứng thứ 2 với 37,5%; thứ 3 là nhóm 1001 – 1500 gam chiếm 13,9%; ít nhất là nhóm 500 – 1000 gam chiếm 5,5%.

Do tuổi thai của đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên quãng rộng hơn, tuổi thai cao hơn (25 – 36 tuần) nên cân nặng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hẳn các nghiên cứu khác như: nghiên cứu của Lê Phương Linh [5] nghiên cứu trẻ từ 25 tuần đến 31 tuần 6 ngày, cân nặng trung

bình 1138,4 gam, thấp nhất 500 gam, cao nhất 1800 gam; các nghiên cứu của Tannis R Fenton [6] tại Mỹ và Ian J Griffin [7] tại California cùng được thực hiện trên nhóm trẻ từ 22 tuần đến 31 tuần 6 ngày, có cân nặng trong khoảng từ 500 – 1500 gam và cân nặng trung bình lần lượt là 947 gam và 1110 gam.

4.2.3. Quản lý thai nghén, bệnh lý và tiền sử sản khoa của mẹ

Về tiền sử sản khoa, có 57% trẻ là con so; cao hơn 43% con dạ (trong đó 25% là con thứ 2; 11,1% là con thứ 3; 5,5% là con thứ 4 và 1,4% là con thứ 7), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự của Kris và cộng sự [8] với 40,3% bà mẹ đã từng sinh con; tuy nhiên tỷ lệ bà mẹ đã từng sinh con thấp hơn nghiên cứu của Lê Phương Linh [5] là 55,3%.

Trong 70 sản phụ, 1,4% có tiền sử thai lưu; 4,3% đẻ non; không trường hợp nào khai có tiền sử sảy thai. Tỷ lệ sản phụ có tiền sử sản khoa nặng nề trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Lê Phương Linh [5] rất nhiều: 11,1% các bà mẹ đã từng đẻ con thiếu tháng và 39% bà mẹ đã từng bị sảy thai.

Có thể sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở tuyến cơ sở, còn Lê Phương Linh thực hiện ở Bệnh viện Phụ Sản Trung ương là tuyến trung ương, đầu ngành về sản khoa của cả nước, vì vậy những sản phụ đã từng có tiền sử sản khoa nặng nề như vậy trong cả nước thường tập trung về tuyến đầu để nhận được chăm sóc y tế tốt nhất, đảm bảo sức khỏe của cả mẹ và con. Đồng thời con số thu được trong nghiên cứu của chúng tôi cũng là một con số hạn chế, bởi vì nhiều sản phụ trước đây không quản lý thai nghén, tự sinh tại nhà, không biết là con đủ tháng hay non, nhiều sản phụ con mất nhưng không biết sinh ra mới mất hay đã lưu từ trước, nên có thể có sai số không nhỏ.

Mặc dù có tới 43% là con dạ, nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 14,3% bà mẹ đến trạm xá/ bệnh viện để khám và quản lý thai nghén. Đây là một bài toán khó đối với y tế huyện, bởi vì trình độ nhận thức của người dân còn rất hạn chế, đường xa leo dốc khó đi, mặc dù y tế thôn bản đã rất cố gắng đi vào từng xóm, gõ cửa từng nhà để vận động, tư vấn, nhưng nhiều người dân vẫn

không hiểu được sự quan trọng của việc quản lý, chăm sóc thai nghén, một phần không có điều kiện, phương tiện để đến cơ sở y tế thăm khám định kỳ. Đây là lý do dẫn đến một trường hợp đau lòng, người mẹ không đi khám thai, bị sản giật ở nhà đến ngày thứ 3 người nhà mới đưa ra viện trong tình trạng hôn mê, mặc dù đã cố gắng hết sức nhưng các nhân viên y tế Bệnh viện Đa khoa Mèo Vạc chỉ cứu được em bé, còn người mẹ mãi mãi ra đi.

Trong 70 bà mẹ, có 8,6% bị tiền sản giật/sản giật; 2,8% bị rau tiền đạo chảy máu; 2,8% có triệu chứng dọa vỡ tử cung trên nền sẹo mổ cũ, đây là những trường hợp bắt buộc phải mổ cấp cứu mặc dù thai chưa đủ tháng để cứu mẹ. Ngoài ra, có 2,8% là song thai; 17,1% bị chấn thương/ chấn động; 25,7% mắc bệnh lý cấp tính dẫn đến đẻ non. Những trường hợp song thai sinh non là yếu tố khách quan khó tránh, nhưng những trường hợp sinh non vì chấn thương/chấn động và mắc bệnh lý cấp tính thực sự là đáng tiếc. Vẫn là bài toán chung của huyện Mèo Vạc, làm sao để nâng cao nhận thức của người dân, làm sao để vận động người dân đi khám thai định kỳ và đến cơ sở y tế kịp thời khi có bệnh. Các sản phụ vẫn lười soi, leo đồi đi làm nương khi bụng to; khi bị bệnh ở nhà cũng không đỡ mới tới viện, điển hình là đợt dịch sởi năm 2019, nhiều sản phụ bị sốt 3 – 4 ngày, đến lúc đau bụng, ra máu mới đến viện; nhiều sản phụ sau sinh nhất định không áp dụng các biện pháp tránh thai, có người mới sinh mổ được 4 – 5 tháng đã có thai trở lại và không đi khám, đến lúc đau không chịu được nữa mới tới viện.

Bệnh lý mẹ trong nghiên cứu của chúng tôi rất khác so với nghiên cứu của Lê Phương Linh [5]: 42,1% mẹ nhiễm khuẩn trước sinh; 23,7% ối vỡ > 18 tiếng; 8,9 % ối xanh bẩn; 47,9% các trường hợp là đa thai; còn lại, tiền sản giật, rau tiền đạo, rau bong non, thai chậm phát triển trong tử cung, ối vỡ non, ối vỡ sớm chiếm 1 – 7%. Nguyên nhân của sự khác biệt như đã nói ở trên, một nơi là tuyến cơ sở, một nơi là tuyến trung ương đầu ngành; các đặc điểm dân cư và điều kiện kinh tế xã hội của nơi thực hiện nghiên cứu trong hai nghiên cứu cũng khác biệt nhau quá lớn.

4.2.4. Nơi sinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 77,8% trẻ được sinh tại bệnh viện và được tiếp nhận điều trị, chăm sóc kịp thời, còn 22,2% trẻ được mẹ tự sinh tại nhà, sau sinh thấy trẻ yếu, có vấn đề mới đưa tới viện, dẫn đến trẻ không được chăm sóc y tế kịp thời, là một yếu tố làm giảm hiệu quả điều trị.

4.2.5. Cách sinh

Có 86,1% trẻ được sinh thường và 13,9% trẻ được sinh mổ trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ trẻ sinh mổ trong nghiên cứu này thấp hơn rất nhiều nghiên cứu của Lê Phương Linh [5] là 72,1% trẻ đẻ mổ; nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thủy [3] 39,9% sinh mổ; nghiên cứu của Kris [8], 60,2% đẻ mổ. Thực sự để có được tỷ lệ sinh mổ thấp như này là nỗ lực rất lớn của tập thể nhân viên y tế khoa Sản, cố gắng giữ thai đến mức lâu nhất có thể, cố gắng để bệnh nhân đẻ thường, hạn chế tối đa mổ đẻ để tránh những hậu quả đáng tiếc có thể xảy ra sau đó, do sản phụ không biết hoặc không đồng ý áp dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình. Và đương nhiên, ở tuyến cơ sở, chúng tôi chịu ít áp lực hơn, bệnh lý của các sản phụ cũng không nhiều và nặng nề bằng ở tuyến trung ương.

4.3. Kết quả nuôi dưỡng

4.3.1. Đặc điểm nuôi dưỡng tĩnh mạch

56,9% trẻ được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tiêu hóa ngay từ đầu; 43,1% trẻ ban đầu được kết nuôi dưỡng bằng cả đường tiêu hóa và tĩnh mạch.

Trong nhóm được kết hợp nuôi dưỡng tĩnh mạch, thời gian kết hợp nuôi dưỡng tĩnh mạch là $1,8 \pm 0,3$ ngày, ít nhất là 1 ngày, nhiều nhất là 3 ngày. Trẻ từ 25 – 27 tuần và 28 – 30 tuần thời gian nuôi dưỡng tĩnh mạch lần lượt $2,3 \pm 0,3$ ngày và $2,0 \pm 0,4$ ngày lâu hơn nhóm 31 – 33 tuần và 34 – 36 tuần là $1,3 \pm 0,2$ ngày và $1,5 \pm 0,2$ ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên giữa nhóm 25 – 27 tuần với nhóm 28 – 30 tuần và giữa nhóm 31 – 33 tuần với nhóm 34 – 36 tuần, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thực sự, trẻ 25 – 27 tuần trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào sống

(Bảng 3.15), thời gian sống rất ngắn, vì thế việc so sánh thời gian kết hợp nuôi dưỡng tĩnh mạch so với nhóm liền kề (28 – 30 tuần) cũng không có ý nghĩa.

So sánh với các nghiên cứu của Lê Phương Linh [5] tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, 100% trẻ được kết hợp nuôi dưỡng tĩnh mạch, thời gian nuôi dưỡng tĩnh mạch trung bình là $11,1 \pm 4,2$ ngày; nghiên cứu của Kris và cộng sự [8] tại Hồng Kông là $17,9 \pm 11,9$ ngày. Thời gian nuôi dưỡng tĩnh mạch của các nghiên cứu trên lâu hơn nghiên cứu của chúng tôi rất nhiều, đơn giản vì các nghiên cứu này chỉ thực hiện trên trẻ sơ sinh cực non và rất non tháng.

4.3.2. Đặc điểm nuôi dưỡng đường tiêu hóa

Các loại sữa để nuôi dưỡng trẻ sơ sinh non tháng trong nghiên cứu của chúng tôi được trình bày ở bảng 3.9. Chỉ có 33,3% trẻ được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng sữa mẹ; 51,4% trẻ được ăn kết hợp cả sữa mẹ và sữa bột; 15,3% trẻ phải ăn sữa bột hoàn toàn. Trong đó, trẻ 25 – 27 tuần và 28 – 30 tuần không có trường hợp nào được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng sữa mẹ, tỷ lệ phải nuôi dưỡng hoàn toàn bằng sữa công thức lần lượt là 33,3% và 43,8%. Nhóm 31 – 33 tuần và 34 – 36 tuần có lần lượt 15,8% và 67,8% trẻ được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng sữa mẹ; mỗi nhóm chỉ có 01 trường hợp phải nuôi dưỡng bằng sữa bột hoàn toàn (là trường hợp mẹ mất ngay sau sinh và mẹ bệnh nặng không vắt được sữa); còn lại các bé được kết hợp nuôi dưỡng thêm cả sữa công thức vì sữa mẹ không đủ. Các loại sữa công thức dùng để nuôi dưỡng trẻ sơ sinh non tháng trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ là sữa công thức thông thường cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ chứ không có sữa non hay sữa năng lượng như các nghiên cứu khác. Đây là một thiệt thòi cho các bé và là một hạn chế của nghiên cứu, bởi vì sinh non, các bà mẹ chưa kịp có sữa, chúng tôi lại không có ngân hàng sữa mẹ, còn sữa non và sữa năng lượng cho trẻ sinh non thì Mèo Vạc không có, người dân cũng không có điều kiện để mua.

100% trẻ sơ sinh non tháng được đặt sonde dạ dày để cho ăn và kiểm tra dịch tiêu hóa. Thời gian ăn qua sonde và tính chất dịch dạ dày được trình bày trong bảng 3.10 và 3.11. Thời gian lưu sonde trung bình là $2,5 \pm 3,2$ ngày, tới

thiếu là 1 ngày, tối đa 24 ngày. Trong ngày đầu tiên, đã có 47,2% trẻ tiêu hóa tốt; ngày thứ 2, có 62,2% trẻ còn sonde dạ dày tiêu hóa tốt; ngày thứ 3, có 80% trẻ còn sonde dạ dày tiêu hóa tốt. Từ ngày thứ 4, 100% trẻ còn sonde dạ dày tiêu hóa tốt thức ăn. Có 4 trẻ không tiêu hóa được sữa (chiếm 5,6%) đã tử vong ngay trong 3 ngày đầu tiên vì suy hô hấp, những trẻ này quá non và có trẻ sinh tại nhà, lúc đưa đến đã tình trạng suy hô hấp đã nặng nề. Thời gian lưu sonde dạ dày trong nghiên cứu của chúng tôi không tương xứng với tính chất dịch dạ dày, không phải trường hợp nào dịch dạ dày kiểm tra trong chúng tôi cũng rút ngay sonde mà còn để thêm 1 – 2 ngày để tiếp tục theo dõi và cho trẻ ăn, vì một số trẻ quá non, phản xạ bú mút kém, chưa thể bú hay đồ thìa được. Điển hình là một trường hợp phải nuôi ăn qua sonde đến 24 ngày vì vài lần rút sonde ra trẻ không tự nuốt được, chúng tôi phải đặt lại sonde để nuôi dưỡng tiếp. Trẻ càng non tháng, thời gian lưu sonde dạ dày càng dài, thời gian ăn qua sonde trung bình của nhóm 28 – 31 tuần là $4,1 \pm 3,2$ ngày; nhóm 31 – 33 tuần là $2,9 \pm 1,8$ ngày; nhóm 34 – 36 tuần là $1,4 \pm 0,9$ ngày. Riêng nhóm 25 – 27 tuần, là nhóm non nhất nhưng thời gian ăn qua sonde chỉ có $2,3 \pm 0,3$ ngày là vì tất cả trẻ đã tử vong trong 3 ngày đầu tiên.

Các phản ứng không mong muốn sau khi cho trẻ ăn bao gồm chướng bụng 15,3%; nôn trớ 1,4% (trường hợp này cả nôn trớ và chướng bụng); 84,7% trẻ không có triệu chứng gì đặc biệt của đường tiêu hóa sau khi ăn. Bởi vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tuổi thai trung bình khá cao: $32,7 \pm 2,7$ tuần, chủ yếu là nhóm 34 – 36 tuần chiếm 43,1%, nên tỷ lệ có các phản ứng mong muốn khá thấp, khả năng tiêu hóa tương tự nhóm trẻ > 1000 gam trong nghiên cứu của Lê Phương Linh [5] tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, trong 3 tuần đầu, trẻ > 1000 gam có 4,6% tiêu hóa kém, 7,5% có nôn trớ, 11,5% chướng bụng.

4.4. Kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 18,1% trẻ tử vong với thời gian sống trung bình $2,3 \pm 0,3$ ngày, tối đa 3 ngày; 81,9% trẻ sống, ổn định ra viện với thời gian điều trị trung bình là $8,8 \pm 6,6$ ngày, ít nhất là 3 ngày, lâu nhất là 42 ngày.

Tỷ lệ sống tỷ lệ thuận với tuổi thai và cân nặng lúc sinh. Trẻ 25 – 27 tuần, cân nặng 500 – 1000 gam, tỷ lệ tử vong là 100%. Trẻ 28 – 30 tuần, tỷ lệ sống 62,5%; trẻ 31 – 33 tuần, sống 94,7%; trẻ 34 – 36, tuần sống 100%. Trẻ nặng 1001 – 1500 gam, tỷ lệ sống 40%; trẻ nặng 1501 – 2000 gam, tỷ lệ sống 88,9%; trẻ nặng > 2000 gam sống 100%.

Có hai nghiên cứu cùng thực tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương nhưng kết quả rất khác nhau và khác kết quả nghiên cứu của chúng tôi: nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thủy: “Bước đầu đánh giá kết quả phương pháp nuôi dưỡng trẻ sinh non nhẹ cân bằng cho ăn sớm tại Trung tâm chăm sóc và điều trị sơ sinh Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2017” [3], tỷ lệ trẻ sống chỉ là 26,6%; còn nghiên cứu của Lê Phương Linh: “Đánh giá hiệu quả nuôi dưỡng đường tiêu hóa ở trẻ cực non và rất non tháng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương” từ 8/2017 đến 7/2019 [5], cho kết quả chỉ có 7,4% trẻ tử vong. Nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương chủ yếu tập trung ở trẻ cực non và rất non, cân nặng dưới 1000 gam, sự hoàn thiện về phác đồ và kết quả ngoạn mục chỉ sau 1 năm thực sự rất đáng nể, nhưng ở đây có những chuyên gia đầu ngành, phương tiện máy móc hiện đại nhất của đất nước. Còn nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sống khá cao 81,9% là vì chủ yếu là đối tượng không quá non, trẻ sống có tuổi thai thấp nhất là 28 tuần, cân nặng 1,3kg, thời gian điều trị 42 ngày, là một nỗ lực rất lớn của tập thể khoa Nhi trong điều kiện hạn chế của cơ sở.

Nguyên nhân tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi 100% là do suy hô hấp, khác kết quả nghiên cứu của Lê Phương Linh [5]: nguyên nhân tử vong 35,7% do viêm phổi, xơ phổi; 35,7% nhiễm trùng sơ sinh; 35,7% xuất huyết não – màng não; 14,3% viêm ruột hoại tử; 7,1% thủng tạng rỗng. Sự khác biệt này phản ánh vấn đề chính trong chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng ở Bệnh Viện Đa khoa Mèo Vạc là hô hấp. Có hai nguyên nhân chính, một là Mèo Vạc chưa có máy thở cho trẻ sơ sinh, phương tiện hỗ trợ hô hấp cao nhất chúng tôi có là CPAP; thứ hai là rất nhiều trường hợp chúng tôi không kịp tiêm thuốc trưởng thành phổi cho thai phụ có nguy cơ vì thai phụ đến thì đẻ ngay, hoặc thậm chí đẻ ở nhà, con không khóc, đưa đến viện trong tình trạng tím tái, thở yếu.

Về mối liên quan giữa loại sữa với kết quả điều trị: nhóm trẻ được ăn sữa mẹ hoàn toàn sống 100%; tỷ lệ này cao hơn nhóm ăn kết hợp cả sữa mẹ và sữa công thức: sống 86,5%; cao hơn hẳn nhóm ăn sữa công thức hoàn toàn: sống 27,3%. Sự khác biệt giữa ba nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này chứng tỏ ưu việt của sữa mẹ, tuy nhiên tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng được ăn sữa mẹ hoàn toàn chỉ có 33,3%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chứng tỏ phương pháp nuôi dưỡng trẻ sơ sinh non tháng bằng cho ăn sớm là an toàn, ưu tiên sử dụng sữa mẹ, đây là một yếu tố quan trọng góp phần vào thành công trong chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng. Đúng như nghiên cứu của R. Kishore Kumar và cộng sự năm 2017 [4] đã chỉ ra rằng cho ăn đường ruột an toàn hơn dinh dưỡng đường tiêm; cho ăn sớm, ăn nhanh hoặc liên tục cho kết quả tốt hơn so với cho ăn muộn, chậm hoặc gián đoạn; trẻ sinh non có thể được cho ăn trong khi thở máy hoặc thở áp lực dương liên tục; sữa mẹ là lựa chọn đầu tiên cho trẻ sinh non do tác dụng của nó đối với sự hoàn thiện hệ thống tim mạch, thần kinh, xương và tăng trưởng.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm của trẻ sơ sinh non tháng:

- Đặc điểm chung của trẻ sơ sinh non tháng: tỷ lệ nam:nữ = 1:1; 90,3% là người dân tộc Mông.
- Tuổi thai trung bình: $32,7 \pm 2,7$ tuần, thấp nhất là 25 tuần, cao nhất là 36 tuần, nhóm 34 – 36 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất 43,1%.
- Cân nặng trung bình: 1876 ± 467 gam, thấp nhất là 700 gam, nặng nhất là 2500 gam, nhóm > 2000 gam chiếm tỷ lệ cao nhất 43,1%.
- 77,8% trẻ được sinh tại bệnh viện; 22,2% trẻ được mẹ tự sinh tại nhà.
- 86,1% trẻ được sinh thường và 13,9% trẻ được sinh mổ.

Đặc điểm của bà mẹ:

- Đặc điểm chung: trung bình $22,4 \pm 3,6$ tuổi; 11,4% bà mẹ tuổi vị thành niên; 94,3% bà mẹ làm nghề nông.
- Tiền sử thai sản: 43% đã từng sinh con; 1,4% có tiền sử thai lưu; 4,3% tiền sử đẻ non.
- Đặc điểm lần mang thai này: 14,3% bà mẹ quản lý thai nghén; 8,6% bị tiền sản giật/sản giật; 2,8% bị rau tiền đạo chảy máu; 2,8% dọa vỡ tử cung/seo mủ cũ; 2,8% song thai; 17,1% bị chấn thương/chấn động; 25,7% mắc bệnh lý cấp tính.

2. Kết quả nuôi dưỡng cho ăn sớm:

- 56,9% trẻ được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tiêu hóa ngay từ đầu; 43,1% trẻ ban đầu được kết nuôi dưỡng tĩnh mạch. Thời gian kết hợp nuôi dưỡng tĩnh mạch là $1,8 \pm 0,3$ ngày.
- 33,3% trẻ được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng sữa mẹ; 51,4% trẻ được ăn kết hợp cả sữa mẹ và sữa bột; 15,3% trẻ phải ăn sữa bột hoàn toàn.

- 100% trẻ được đặt sonde dạ dày. Thời gian lưu sonde trung bình là $2,5 \pm 3,2$ ngày. Trong ngày đầu tiên, đã có 47,2% trẻ tiêu hóa tốt.
- Các phản ứng không mong muốn sau khi cho trẻ ăn bao gồm chướng bụng 15,3%; nôn trớ 1,4%.
- 18,1% trẻ tử vong với thời gian sống trung bình $2,3 \pm 0,3$ ngày, tối đa 3 ngày.
- 81,9% trẻ sống, ổn định ra viện với thời gian điều trị trung bình là $8,8 \pm 6,6$ ngày, ít nhất là 3 ngày, lâu nhất là 42 ngày.
- Tỷ lệ sống tỷ lệ thuận với tuổi thai và cân nặng lúc sinh.
- Nguyên nhân tử vong 100% là do suy hô hấp.
- Trẻ được ăn sữa mẹ tỷ lệ sống cao hơn sữa công thức: nhóm trẻ được ăn sữa mẹ hoàn toàn sống 100%; nhóm ăn kết hợp cả sữa mẹ và sữa công thức sống 86,5%; nhóm ăn sữa công thức hoàn toàn sống 27,3%.

KIẾN NGHỊ

Phương pháp nuôi dưỡng trẻ sơ sinh non tháng bằng cho ăn đường ruột an toàn cho trẻ; cho ăn sớm, liên tục cho kết quả tốt hơn so với cho ăn muộn, gián đoạn; trẻ sinh non có thể được cho ăn trong khi thở máy hoặc thở áp lực dương liên tục; sữa mẹ là loại sữa rẻ nhất và là lựa chọn đầu tiên cho trẻ sinh non do tác dụng của nó đối với sự hoàn thiện hệ thống tim mạch, thần kinh, xương và tăng trưởng. Nhưng có một nghịch lý là trẻ sinh non bà mẹ chưa có sữa hoặc có rất ít. Trong khi việc trữ sữa mẹ bằng tủ đông khá đơn giản và ít tốn kém, sữa mẹ có thể xin từ rất nhiều nguồn khác nhau. Vì vậy, rất cần thiết xây dựng ngân hàng sữa mẹ, không chỉ dành riêng cho trẻ sơ sinh non tháng mà còn dành cho các trẻ sơ sinh đủ tháng và trẻ dưới 6 tháng tuổi mắc các bệnh lý khác nhau.

Mặc dù đã có những thành công bước đầu trong chăm sóc, nuôi dưỡng các trẻ sơ sinh non tháng, nhưng để trẻ có thể sinh trưởng, phát triển tốt, quá trình nuôi dưỡng sau khi xuất viện mới là giai đoạn quyết định. Vì vậy, cần tư vấn kỹ cho bà mẹ và gia đình, đồng thời kết hợp với y tế thôn bản theo dõi thêm trẻ giai đoạn sau xuất viện, đảm bảo trẻ được chăm sóc đúng và dinh dưỡng đầy đủ.

Trong nghiên cứu này, 100% trẻ sơ sinh non tháng tử vong vì suy hô hấp. Đây là vấn đề lớn nhất trong chăm sóc, điều trị trẻ sơ sinh non tháng tại Mèo Vạc. Tập thể nhân viên y tế khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Mèo Vạc đã và đang cố gắng hết sức tuy nhiên phương tiện máy móc còn hạn chế, chưa có máy thở cho trẻ sơ sinh và cả bác sĩ, điều dưỡng cần được đào tạo, tập huấn nhiều hơn về hỗ trợ hô hấp nói riêng, chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng nói chung.

Đồng thời phải tăng cường giáo dục sức khỏe sinh sản trong nhà trường và cộng đồng để hạn chế tảo hôn, hạn chế bà mẹ tuổi vị thành niên, hướng dẫn chăm sóc bà mẹ khi mang thai, hướng dẫn quản lý thai nghén,... để làm giảm tỷ lệ trẻ sinh non.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Nhi, Đại học Y Hà Nội (2006). *Bài giảng Nhi khoa, tập 1*. Nhà xuất bản Y học. Tr. 130 – 138.
2. R. Kishore Kumar et al. (2017). Optimizing Nutrition in Preterm Low Birth Weight Infants – Consensus Summary. *Frontiers in Nutrition*. 20(4).
3. Nguyễn Công Khanh, Nguyễn Thanh Liêm và cộng sự (2006). Sơ sinh non tháng. *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em*. Nhà xuất bản Y học. Tr. 9 – 12.
4. Nguyễn Viết Tiến và cộng sự (2012). Chăm sóc trẻ sơ sinh đẻ non nhẹ cân. *Sản phụ khoa – Bài giảng cho học viên sau đại học*. Nhà xuất bản Y học. Tr. 79 – 86.
5. Phạm Thị Xuân Tú (2015). Trẻ sơ sinh cân nặng thấp. *Bài giảng Nhi Khoa – Sách đào tạo sau đại học*. Nhà xuất bản Y học. Tr. 101 – 116.
6. Nguyễn Viết Tiến và cộng sự (2012). Đẻ non và dọa đẻ non. *Sản Phụ Khoa - Bài giảng cho học viên sau đại học*. Nhà xuất bản Y học. Tr. 87 – 91.
7. Ian J Griffin, Daniel J Tancredi, Enrico Bertino, et al. (2015). Postnatal growth failure in very low birthweight infants born between 2005 and 2012. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 101(1).
8. Kris Yuet Wan Lok, Pui Hing Chau, Heidi Sze Lok Fan, et al. (2017). 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*, 9(5).
9. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, et al. (1991). New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *J Pediatr*, 119(3). P. 417 – 423.

10. Nguyễn Thanh Thủy và cộng sự (2018). *Bước đầu đánh giá kết quả phương pháp nuôi dưỡng trẻ sinh non nhẹ cân bằng cho ăn sớm tại Trung tâm chăm sóc và điều trị sơ sinh Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2017*. Báo cáo hội nghị sản phụ khoa Việt Pháp 2018.
11. Phạm Thị Thanh Tâm (2013). Sơ sinh non tháng. *Phác đồ điều trị Nhi khoa – Bệnh viện Nhi Đồng I*. Nhà xuất bản Y học. Tr.179 – 186.
12. Dự án mẹ – em (2013). *Bảng kiểm dạy/học kỹ năng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học. Tr. 65 – 66.
13. Lê Phương Linh (2018). *Đánh giá hiệu quả nuôi dưỡng đường tiêu hóa ở trẻ cực non và rất non tháng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương*. Luận văn Thạc sỹ Y học.
14. Tannis R Fenton, Roseann Nasser, Misha Eliasziw, et al. (2013). Validating the weight gain of preterm infants between the reference growth curve of the fetus and the term infant, *BMC Pediatr*, 13:92.
15. Stoll BJ, Adams-Chapman I (2011). Prematurity and Intrauterine Growth Retardation. *Nelson textbook of Pediatrics*.
16. Kristine Karlsen (2015). *The STABLE program*.
17. Phạm Thị Xuân Tú (2015). Viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh. *Bài giảng Nhi khoa – Sách đào tạo sau đại học*. Nhà xuất bản Y học. Tr.142 – 147.

PHỤ LỤC
MẪU BỆNH ÁN
ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NUÔI DƯỠNG TRẺ SƠ SINH NON
THÁNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHO ĂN SỚM TẠI KHOA
NHI BỆNH VIỆN ĐA KHOA MÈO VẠC

Mã khám chữa bệnh:.....

I. Hành chính:

Họ tên trẻ:..... Giới:.....

Họ tên mẹ:..... Tuổi:..... Nghề:.....

Địa chỉ:..... Dân tộc:.....

Ngày vào viện:.....

II. Tiền sử:

- PARA:..... Số lượng thai:.....
- Tiền sử sản khoa/bệnh lý của mẹ:
- Tuổi thai:.....tuần. Cân nặng khi sinh:.....kg.
- Dị tật:.....
- Cách đẻ: Đẻ thường ☐ Đẻ mổ ☐ Forceps ☐
- Nơi đẻ: Bệnh viện ☐ Trạm xá ☐ Ở nhà ☐

III. Chăm sóc dinh dưỡng

- Đường nuôi dưỡng: - Tĩnh mạch: từ ngày ... đến ngày ...
- Tiêu hóa: * Ăn qua sonde: từ ngày ... đến ngày ...
* Đồ thìa, tập bú mẹ: từ ngày ...
- Chế độ ăn: Sữa mẹ ☐ Sữa bột ☐ Hỗn hợp ☐

Ngày	Ăn (ml)	Nôn, trớ		Dịch dạ dày		Dịch nuôi tĩnh mạch			Phân
		Có	Không	SL (ml)	Màu	Glucose 10%	NaCl 0,9%	Ringer	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									

20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									

41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									

IV. Kết quả

- Thời gian nằm viện (sống):.....ngày.
- Tình trạng khi ra viện: Sống, ổn định ☐ Tử vong/nguy cơ tử vong ☐
- Nguyên nhân tử vong: Suy hô hấp ☐ Thủng tạng rỗng ☐
 Hoại tử ruột ☐ Nhiễm khuẩn sơ sinh ☐
 Nguyên nhân khác:.....

Mèo Vạc, ngày.....tháng.....năm

Người thu thập thông tin

DANH SÁCH BỆNH NHÂN

STT	Mã KCB	Họ và tên	Địa chỉ	Ghi chú
1	1900000389	Vàng Thị S.	Lũng Phìn, Đồng Văn	
2	1900000899	Vàng Mí N.	Giàng Chu Phìn, Mèo Vạc	
3	1900001388	Vàng Mí S.	Sủng Trà, Mèo Vạc	
4	1900002811	Vàng Mí H.	Lũng Pù, Mèo Vạc	
5	1900004080	Giàng Mí N.	Lũng Chinh, Mèo Vạc	
6	1900006767	Vàng Thị Y.	Sủng Trà, Mèo Vạc	
7	1900006755	Giàng Thị M.	Pải Lũng, Mèo Vạc	
8	1900007081	Mua Thị H.	Niêm Sơn, Mèo Vạc	
9	1900007136	Giàng Thị C.	Sủng Trá, Đồng Văn	
10	1900008088	Sùng Mai N.	Tát Ngà, Mèo Vạc	
11	1900008507	Hồ Thị M.	Khâu Vai, Mèo Vạc	
12	1900009616	Thò Mí C.	Sơn Vĩ, Mèo Vạc	
13	1900010002	Vàng Thị T.	Nậm Ban, Mèo Vạc	
14	1900010492	Phàn Khánh .	Niêm Sơn, Mèo Vạc	
15	1900011929	Vừ Mí H.	Cán Chu Phìn, Mèo Vạc	
16	1900013944	Vàng Thị L.	Tả Lũng, Mèo Vạc	
17	1900016129	Sùng Mí T.	Khâu Vai, Mèo Vạc	
18	1900017159	Thò Mí N.	Pả Vi, Mèo Vạc	

19	1900017679	Ly Mí T.	Sơn Vĩ, Mèo Vạc	
20	1900018871	Và Thị D.	Cán Chu Phìn, Mèo Vạc	
21	1900019587	Sùng Thị M.	Sùng Trái, Đồng Văn	
22	1900019942	Thò Hương G.	Thị trấn Mèo Vạc	
23	1900019949	Lê Minh P.	Thị trấn Mèo Vạc	
24	1900020870	Giàng Thủy T.	Hồ Quáng Phìn, Đồng Văn	
25	1900021439	Vàng Minh K.	Thị trấn Mèo Vạc	
26	1900021729	Vàng Thị L.	Thị trấn Mèo Vạc	
27	1900022781	Lư Thanh T.	Pả Vi, Mèo Vạc	
28	1900023227	Vừ Mí V.	Cán Chu Phìn, Mèo Vạc	
29	1900026747	Giàng Thiên B.	Thị trấn Mèo Vạc	
30	1900027183	Vừ Thị P.	Tả Lũng, Mèo Vạc	
31	1900027593	Hồ Thị M.	Lũng Chinh, Mèo Vạc	
32	1900027674	Mà Xuân D.	Xín Cái, Mèo Vạc	
33	1900029883	Hồ Thị Thu M.	Lũng Pù, Mèo Vạc	
34	1900032357	Giàng Thị S.	Sùng Trà, Mèo Vạc	
35	1900032253	Chảo Mí C.	Lũng Hồ, Yên Minh	
36	1900032578	Giàng Thị B.	Giàng Chu Phìn, Mèo Vạc	
37	1900032271	Sinh Thị M.	Cán Chu Phìn, Mèo Vạc	
38	1900032918	Và Mí H.	Niêm Sơn, Mèo Vạc	

39	1900036289	Sùng Thị K.	Khâu Vai, Mèo Vạc	
40	1900036291	Sùng Mí P.	Khâu Vai, Mèo Vạc	
41	1900037996	Vàng Thị S.	Pả Vi, Mèo Vạc	
42	1900037669	Ly Mí T.	Niêm Tòng, Mèo Vạc	
43	1900037659	Thò Mí T.	Tả Lũng, Mèo Vạc	
44	1900037477	Tráng Văn T.	Niêm Sơn, Mèo Vạc	
45	1900036595	Sùng Mí N.	Hố Quảng Phìn, Đồng Văn	
46	1900038496	Sùng Thị Đ.	Tả Lũng, Mèo Vạc	
47	1900038550	Hờ Thị M.	Khâu Vai, Mèo Vạc	
48	1900038549	Hờ Anh D.	Khâu Vai, Mèo Vạc	
49	1900039179	Hờ Mí S.	Khâu Vai, Mèo Vạc	
50	1900039573	Vàng Thị P.	Pả Vi, Mèo Vạc	
51	1900039516	Thò Thị Y.	Thượng Phùng, Mèo Vạc	
52	1900036489	Sùng Mí N.	Thượng Phùng, Mèo Vạc	
53	1900041153	Thò Thị S.	Sủng Trà, Mèo Vạc	
54	2000000050	Tráng Mạnh H.	Sủng Máng, Mèo Vạc	
55	2000003715	Phàn Thị Ngọc A.	Sủng Máng, Mèo Vạc	
56	2000001824	Trần Thị U.	Lũng pù, Mèo Vạc	
57	2000006225	Phạm Nhật L.	Tát Ngà, Mèo Vạc	
58	2000006226	Phạm Nhật L.	Tát ngà, Mèo Vạc	

59	2000006685	Giàng Mí T.	Niêm Tòng, Mèo Vạc	
60	2000008275	Ly Thị M.	Cán Chu Phìn, Mèo Vạc	
61	2000008334	Ly Mí T.	Sủng Trà, Mèo Vạc	
62	2000008915	Lý Thị Yến C.	Nậm Ban, Mèo Vạc	
63	2000010257	Giàng Thị D.	Sơn Vĩ, Mèo Vạc	
64	2000010729	Sùng Thị L.	Lũng Phìn, Mèo Vạc	
65	2000010942	Thò Thị N.	Cán Chu Phìn, Mèo Vạc	
66	2000011751	Già Mí T.	Tát Ngà, Mèo Vạc	
67	2000014177	Linh Văn T.	Khâu Vai, Mèo Vạc	
68	2000014449	Sùng Thị C.	Giàng Chu Phìn, Mèo Vạc	
69	2000015361	Vàng Hy V.	Lũng pù, Mèo Vạc	
70	2000017473	Sùng Thị D.	Sủng Trà, Mèo Vạc	
71	200017788	Giàng Thị M.	Giàng Chu Phìn, Mèo Vạc	
72	200019332	Vàng Thị Vân A.	Hồ Quáng Phìn, Đồng Văn	

Mèo Vạc, ngày tháng 11 năm 2020

XÁC NHẬN PHÒNG KHTH

LÃNH ĐẠO BVĐK MÈO VẠC