

Đặc điểm lâm sàng và kết quả nuôi dưỡng trẻ rất non tháng tại Trung tâm Sơ sinh - Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2024

Đỗ Thị Phương Anh^{1*}, Ngô Hồng Vân¹, Nguyễn Thị Thu Trang¹
¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

doi: 10.46755/vjog.2025.3.1895

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

Nhận bài (received): 22/10/2025 - Chấp nhận đăng (accepted): 3/11/2025

Tóm tắt

Mục tiêu: (1) Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ rất non tháng tại Trung tâm Sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2024; (2) Đánh giá kết quả nuôi dưỡng trẻ rất non tháng tại Trung tâm Sơ sinh - Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc 285 trẻ rất non tháng từ 28 - 32 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Kết quả: Tuổi thai trung bình của trẻ $30,3 \pm 1,3$ tuần; cân nặng trung bình lúc sinh $1350,0 \pm 317,9$ g. Tỷ lệ trẻ nhẹ cân so với tuổi thai lúc sinh 13,7%. Tỷ lệ trẻ thở máy 19,1%, thở Cpap 79,1% và 51,9% trẻ có bơm surfactant.

Các mốc thời gian trẻ đạt ngưỡng ăn tiêu hóa hoàn toàn, về lại cân nặng lúc sinh, tốc độ tăng cân, chiều dài, vòng đầu đều đạt được như khuyến cáo. Thời gian nằm viện trung bình $33,0 \pm 18,6$ ngày, tuổi của trẻ lúc ra viện $35,2 \pm 2,1$ tuần, cân nặng đạt $1904,7 \pm 378,5$ gram. Tỷ lệ chậm tăng trưởng sau sinh (CTTSS) 21,05%, chủ yếu ở nhóm có cân nặng cực thấp (< 1000 g, chiếm 75%).

Kết luận: Kết quả nuôi dưỡng trẻ rất non tháng 28 - 32 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương đáng khích lệ: trẻ đạt được dinh dưỡng đầy đủ sớm (~ 10 ngày), hồi phục cân nặng sau ~ 2 tuần, tốc độ tăng trưởng gần sát trong bụng mẹ (~ 15 g/kg/ngày), tỷ lệ biến chứng nuôi ăn (viêm ruột hoại tử, không dung nạp) thấp và tỷ lệ sống rất cao.

Từ khóa: trẻ rất non tháng, nhẹ cân so với tuổi thai, nuôi dưỡng đường tiêu hóa, chậm tăng trưởng sau sinh.

Clinical characteristics and nutritional outcomes of very preterm infants at the Neonatal Center - National Hospital of Obstetrics and Gynecology, 2024

Do Thi Phuong Anh^{1*}, Ngo Hong Van¹, Nguyen Thi Thu Trang¹

¹National Hospital of Obstetric and Gynecology

Abstract

Objectives: (1) To describe the clinical and paraclinical characteristics of very preterm infants admitted to the Neonatal Center, National Hospital of Obstetrics and Gynecology, in 2024; (2) To evaluate the nutritional outcomes of these infants during hospitalization.

Subjects and Methods: A prospective longitudinal study was conducted on 285 very preterm infants born at 28–32 weeks' gestation at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Results: The mean gestational age was 30.3 ± 1.3 weeks, and the mean birth weight was 1350.0 ± 317.9 g. The proportion of infants small for gestational age was 13.7%.

The time, full enteral feeding, the mean time to regain birth weight, weight gain rate, increases in length and head all achieved as recommended. The mean hospital stay was 33.0 ± 18.6 days, and at discharge, infants had a mean postmenstrual age of 35.2 ± 2.1 weeks and an average weight of 1904.7 ± 378.5 g. Postnatal growth restriction (PNGR) was observed in 21.05% of cases, predominantly among extremely low birth weight infants (< 1000 g, accounting for 75%).

Conclusions: Nutritional outcomes for very preterm infants (28 - 32 weeks) at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology were encouraging: early attainment of adequate enteral nutrition (~ 10 days), recovery of birth weight within ~ 2 weeks, growth velocity approaching intrauterine standards (~ 15 g/kg/day), low incidence of feeding-related complications (necrotizing enterocolitis, feeding intolerance), and high survival rates.

Keywords: very preterm infants, small for gestational age, enteral nutrition, postnatal growth restriction.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng trẻ sinh non, đặc biệt là trẻ rất non tháng (< 32 tuần), đang trở thành một thách thức lớn với ngành y tế tại nhiều quốc gia. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm trên thế giới có khoảng 15 triệu trẻ sinh non, tỉ lệ này có xu hướng tăng lên, chiếm khoảng 11% tổng số ca sinh [1]. Là nhóm có nguy cơ cao về các biến chứng suy hô hấp, xuất huyết não, viêm ruột hoại tử, nhiễm trùng huyết, chậm tăng trưởng sau sinh, chậm phát triển trí tuệ [2]. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng sự chậm trễ trong việc bắt đầu nuôi ăn qua đường tiêu hóa, thiếu hụt dinh dưỡng là nguyên nhân chủ yếu làm chậm tăng trưởng sau sinh, tăng nguy cơ tử vong ở trẻ sinh non. Một nghiên cứu đa trung tâm tại Ethiopia ghi nhận rằng chỉ cần trì hoãn nuôi ăn đường ruột 4-6 ngày sau sinh làm tăng gấp hơn 5 lần nguy cơ tử vong ở nhóm trẻ này. Bên cạnh đó, việc sử dụng sữa mẹ thuần túy cũng có thể chưa đáp ứng đủ nhu cầu tăng trưởng. Tỉ lệ trẻ rất non tháng bị chậm tăng trưởng khi ra viện cao do không đạt được mức cung cấp dinh dưỡng lý tưởng [3].

Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu toàn diện về nuôi dưỡng và các yếu tố liên quan đến kết quả chậm tăng trưởng lâu sau sinh cho trẻ rất non tháng. Tại Trung tâm Sơ Bệnh viện Phụ sản Trung ương với phác đồ nuôi dưỡng hiện tại thì việc đánh giá kết quả nuôi dưỡng, chậm tăng trưởng sau sinh là cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn cao. Với lý do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu:

(1) *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ rất non tháng tại Trung tâm Sơ sinh - Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2024;*

(2) *Đánh giá kết quả nuôi dưỡng trẻ rất non tháng tại Trung tâm Sơ sinh - Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2024.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trẻ từ 28 - 32 tuần đã ăn được đường tiêu hóa hoàn toàn;

- Không có dị tật đường tiêu hóa, chống chỉ định nuôi ăn tiêu hóa;

- Cha/mẹ đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ tử vong trước khi được nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa hoàn toàn.

2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 7/2024 - 7/2025.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm sơ sinh - Bệnh viện Phụ sản Trung ương trên 285 trẻ rất non tháng thu được kết quả: tỉ lệ trẻ nam/nữ 174/111, trong đó có 13,7 % trẻ sinh ra nhẹ cân so với tuổi thai và 19,1% thở máy, thở Cpap 79,1%, 51,9% bơm surfactant.

- Địa điểm: Trung tâm Sơ sinh - Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: toàn bộ trẻ rất non tháng đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ tại Trung tâm Sơ sinh - Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 7/2024 - tháng 7/2025. Trong thời gian NC, tổng số 285 trẻ sơ sinh rất non tháng đủ tiêu chuẩn.

2.4. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Chọn đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn từ 28 - 32 tuần, đã ăn được hoàn toàn qua đường tiêu hóa, cha (mẹ) đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ trẻ đa dị tật, có chống chỉ định nuôi dưỡng đường tiêu hóa và trẻ tử vong trước khi ăn được qua đường tiêu hóa hoàn toàn. Thời gian thu thập số liệu sau khi được thông qua Hội đồng y đức.

Bước 2: Sử dụng bệnh án nghiên cứu, bộ câu hỏi trong bệnh án nghiên cứu được xây dựng theo mục tiêu của nghiên cứu và thiết kế theo 4 giai đoạn của nghiên cứu.

Bước 3: Đánh giá theo từng giai đoạn.

2.5. Biến số

Nhóm biến số về đặc điểm lâm sàng: tuổi thai, cân nặng, chiều dài, vòng đầu, tình trạng thở, bơm surfactant.

Nhóm biến số của đặc điểm nuôi dưỡng: ngày trẻ ăn được tiêu hóa hoàn toàn, ngày trẻ về lại cân nặng khi sinh, cân nặng tăng trung bình theo ngày; chiều dài, vòng đầu tăng theo tuần, số ngày trẻ nằm viện.

Nhóm biến số về kết quả nuôi dưỡng: tỉ lệ chậm tăng trưởng sau sinh (CTTSS), số cân nặng khi trẻ ra viện, biến chứng (nôn trớ, viêm ruột hoại tử, nhiễm khuẩn, tử vong).

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

2.6. Xử lý số liệu

Số liệu nhập trên phần mềm Redcap, xử lý bằng phần mềm SPSS, phân tích số liệu theo 4 thời điểm T0, T1, T2, T3, xử dụng thuật toán thống kê để tính tỉ lệ, giá trị trung bình, so sánh và kiểm định Student T test.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Phụ sản Trung ương xét duyệt và cha/mẹ trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Mã số Hội đồng Đạo đức: Số 1483/QĐ-PSTW ngày 15/7/2024.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của trẻ (n = 285)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ%
Tuổi thai (tuần)	Trung bình ± ĐLC	30,3 ± 1,3	
	Nhỏ nhất - lớn nhất	28 - 32	
Cân nặng trẻ lúc sinh trung bình (gram)	Trung bình ± ĐLC	1350,0 ± 317,9	
	Cực nhẹ cân < 1000 (g)	24	8,4
Phân loại cân nặng lúc sinh	Rất nhẹ cân 1000 - 1499 (g)	155	54,4
	Nhẹ cân vừa 1500 - 2499 (g)	106	37,2
Dân tộc	Kinh	240	97,6
	Khác	6	2,4

Tuổi thai trung bình của trẻ 30,3 ± 1,3 tuần, cân nặng trung bình lúc sinh của nhóm đối tượng 1350,0 ± 317,9 g, nhóm rất nhẹ cân chiếm 54,4%.

Bảng 2. Đặc điểm nuôi dưỡng ở trẻ phân loại theo tuổi thai (n = 285)

Đặc điểm	Nam	Nữ	Tổng	p
	N = 174	N = 111	N = 285	
Ngày trẻ ăn đạt 130ml/kg/ ngày	6,8 ± 3,1	7,2 ± 5,7	7,0 ± 4,3	0,236
Ngày trẻ về lại cân nặng lúc sinh	13,9 ± 4,0	12,8 ± 4,5	13,5 ± 4,2	0,043
Số ngày trẻ nuôi dưỡng tĩnh mạch (ngày)	6,2 ± 3,6	6,2 ± 4,0	6,2 ± 3,8	0,867
Thời gian nằm viện (ngày)	33,2 ± 18,0	32,7 ± 19,5	33,0 ± 18,6	0,443
Tổng số ngày thở máy (ngày)	8,9 ± 8,0	10,0 ± 9,7	9,3 ± 8,7	0,072
Tốc độ tăng cân (g/kg/ngày)	15,4 ± 9,4	13,4 ± 9,3	14,6 ± 9,7	0,041
Tốc độ tăng chiều dài (cm/tuần)	0,95 ± 0,49	0,97 ± 0,96	0,95 ± 0,72	0,862
Tốc độ tăng vòng đầu (cm/tuần)	0,83 ± 0,29	0,89 ± 0,83	0,86 ± 0,57	0,846
Cân nặng thời điểm trẻ ra viện	1970,7 ± 375,3	1801,1 ± 361,3	1904,7 ± 378,5	< 0,001

Thời điểm trẻ ăn được tiêu hóa hoàn toàn 7,0 ± 4,3 ngày, thời điểm về lại cân nặng 13,5 ± 4,2 ngày (p < 0,05), thời gian nằm viện 33,0 ± 18,6 ngày, tốc độ tăng cân 14,6 ± 9,7 g/kg/ngày (p < 0,05), tốc độ tăng chiều dài - vòng đầu (0,95 ± 0,72; 0,86 ± 0,57 cm/tuần)

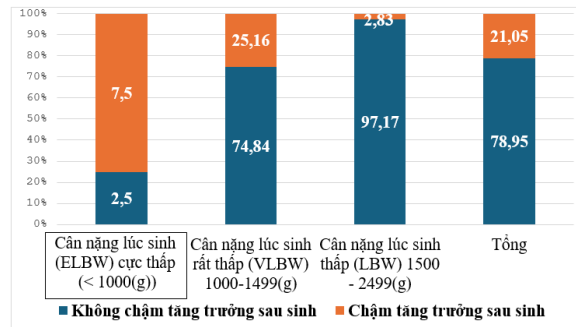
Bảng 3. Đặc điểm thời gian nuôi dưỡng trẻ theo nhóm cân nặng lúc sinh

Đặc điểm	Cực nhẹ cân < 1000 (g)	Rất nhẹ cân 1000 - 1499 (g)	Nhẹ cân vừa 1500 - 2499 (g)	Tổng	p
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC	
Số ngày trẻ nuôi dưỡng tĩnh mạch	9,38 ± 3,33	7,10 ± 3,93	4,24 ± 2,37	6,23 ± 3,76	< 0,001
Thời gian nằm viện (ngày)	56,25 ± 17,55	38,28 ± 17,00	22,11 ± 9,93	33,7 ± 17,9	< 0,001
Tổng số ngày thở máy	16,62 ± 12,47	11,40 ± 9,37	5,44 ± 4,17	9,3 ± 8,6	< 0,001
Tuổi ra viện (tuần thai)	37,5 ± 2,6	35,3 ± 2,2	34,6 ± 1,4	35,2 ± 2,1	< 0,001

*ELBW: cực nhẹ cân, VLBW: rất nhẹ cân, LBW: nhẹ cân vừa.

Thời gian nuôi dưỡng tĩnh mạch trung bình ở nhóm cân nặng cực thấp (<1000g) 9,38 ± 3,33 ngày, cao hơn so với 2 nhóm cân nặng rất thấp (1000 - 1499 g) 7,10 ± 3,93 ngày và nhóm cân nặng thấp (1500 - 2499 g) 4,24 ± 2,37 ngày (p < 0,001). Thời gian nằm viện trung bình giảm dần theo mức tăng cân nặng, từ 56,25 ± 17,55 ngày ở nhóm <

1000 g, xuống $38,28 \pm 17,00$ ngày ở nhóm 1000 - 1499 g và $22,11 \pm 9,93$ ngày và ở nhóm 1500 - 2499 g ($p < 0,001$). Tổng số ngày thở máy trung bình cũng cao nhất ở nhóm < 1000 g với $16,62 \pm 12,47$ ngày, so với $11,40 \pm 9,37$ ngày ở nhóm 1000 - 1499 g và $5,44 \pm 4,17$ ngày ở nhóm 1500 - 2499 g ($p < 0,001$). Tuổi thai tại thời điểm ra viện trung bình $35,2 \pm 2,1$ ngày.



Biểu đồ 1. Phân bố kết quả nuôi dưỡng lúc ra viện theo cân nặng

Tỉ lệ trẻ chậm tăng trưởng sau sinh cao nhất ở nhóm có cân nặng lúc sinh cực thấp (< 1000 g), chiếm 75%. Nhóm cân nặng rất thấp (1000 - 1499 g) có tỉ lệ CTTSS 25,16%, nhóm có cân nặng thấp (1500 - 2499 g) tỉ lệ thấp nhất 2,83%. Tỉ lệ chung 21,05%

Bảng 4. Đặc điểm biến chứng trong thời gian nuôi dưỡng theo tuổi thai

Đặc điểm	Nam	Nữ	Tổng	p
	N = 174	N = 111	N = 285	
Vàng da	55 (31,6%)	29 (26,1%)	84 (29,5%)	0,322
Nôn trớ	17 (9,8%)	17 (15,3%)	34 (11,9%)	0,159
Viêm ruột hoại tử	16 (9,2%)	14 (12,6%)	30 (10,5%)	0,359
Tử vong	2 (1,1%)	6 (5,4%)	8 (2,8%)	0,034

Tỉ lệ biến chứng trong thời gian nuôi dưỡng 29,5% vàng da, 11,9% nôn trớ, 10,5% viêm ruột hoại tử và 2,8% tử vong. Trong các biến chứng, chỉ có tử vong khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với giá trị $p < 0,05$ ($p = 0,034$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Giới tính

Nghiên cứu này được thực hiện trên 285 trẻ rất non tháng, tỉ lệ trẻ nam chiếm 61,1%, cao hơn nghiên cứu của Lê Phương Linh (2018) và Nguyễn Thanh Thủy (2018) cho kết quả tỉ lệ trẻ nam lần lượt 50% và 55,6% [5, 6].

Trong nghiên cứu của Ian J Griffin và cộng sự nghiên cứu 25899 trẻ rất non và cực non tháng tại California từ 2005 - 2012 tỉ lệ trẻ nam 49,8% [7].

4.1.2. Tuổi thai

Nghiên cứu của chúng tôi, trẻ có tuổi thai non nhất 28 tuần và muộn nhất 32 tuần, tuổi thai trung bình $30,3 \pm 1,3$ tuần. Nghiên cứu của Tannis R Fenton và cộng sự [5] tại Mỹ, Ian J Griffin và cộng sự [8] tại California đều cùng được thực hiện trên nhóm trẻ có tuổi thai trung bình của trẻ lần lượt ($27,0 \pm 1,9$ và $28,7$ tuần). Nghiên cứu của tác giả Soon Min Lee (2018) nghiên cứu trên trẻ sinh non ở Hàn Quốc cho độ tuổi trung bình 28,9 tuần [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu trên do tiêu chuẩn lựa chọn của

chúng tôi là chỉ lấy những trẻ từ 28 - 32 tuần.

4.1.3. Cân nặng lúc sinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cân nặng trung bình lúc sinh của đối tượng nghiên cứu $1350,0 \pm 317,9$ g, nhóm trẻ có cân nặng rất nhẹ cân (1000g - 1499 g) chiếm hơn nửa số trẻ tham gia nghiên cứu (54,4%). Kết quả này tương đồng với các báo cáo: Phạm Lê Mỹ Hạnh (2020) ghi nhận tuổi thai trung bình $\sim 27,8$ tuần và cân nặng trung bình 981 g - 1250 g [9]. Kết quả nuôi dưỡng ở nghiên cứu của chúng tôi khi trẻ ra viện, khoảng 36 tuần hiệu chỉnh, tỉ lệ chậm tăng trưởng sau sinh 21,05%. So sánh với nghiên cứu Thổ Nhĩ Kỳ, nhóm 124 trẻ < 34 tuần có 37% bị chậm tăng trưởng sau sinh, và tác giả nhấn mạnh việc tối ưu hóa dinh dưỡng - đặc biệt cung cấp đủ năng lượng, protein - giúp cải thiện phục hồi hô hấp và tăng trưởng [10].

4.1.4. Tình trạng hô hấp của trẻ

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm trẻ 28 - 32 tuần hầu hết đều cần hỗ trợ hô hấp (thở máy, CPAP). Trẻ 28 - 30 tuần hầu như đều phải thở máy và dùng surfactant, còn trẻ 31 - 32 tuần có thể chỉ cần hỗ trợ CPAP hoặc thở oxy. Tỉ lệ trẻ thở máy 19,1%, thở Cpap 79,1% và có

51,9% trẻ bơm surfactant. Báo cáo Medscape: khoảng 50% trẻ 28 tuần bơm surfactant, còn 30 tuần trở lên tỉ lệ < 30%, và kết quả của chúng tôi phù hợp với xu hướng chung [11].

Tóm lại, đặc điểm lâm sàng nổi bật của nhóm rất non tháng tại BV PSTW là tuổi thai ~30 tuần, cân nặng ~1,3 - 1,4 kg, tỉ lệ nhẹ cân so với tuổi thai 13,7%, đa số thở máy và thở Cpap, với tỉ lệ bơm surfactant còn cao 51,9%. Kết quả này tương đồng xu hướng trong và ngoài nước.

4.2. Kết quả nuôi dưỡng

4.2.1. Kết quả nuôi dưỡng trẻ

Kết quả nghiên cứu chúng tôi khi trẻ ra viện, khoảng 36 tuần hiệu chỉnh, tỉ lệ chậm tăng trưởng sau sinh 21,05%. Trẻ bắt đầu được ăn qua sonde trung bình 1,1 ngày, và đạt dinh dưỡng đủ (130 ml/kg/ngày) sau 6,96 ± 4,3 ngày. Thời gian trở lại cân nặng lúc sinh 13,5 ± 4,2 ngày. Mốc 2 tuần, tương đương khuyến cáo: trẻ sơ sinh đủ tháng lấy lại cân nặng sau khoảng 10 ngày, còn trẻ sinh non thường cần 10 - 20 ngày. Trong nghiên cứu hồi cứu tại Ethiopia (2019 - 2022) báo cáo trung bình 18 ngày để trẻ sinh non hồi phục cân nặng, có tới 59% trẻ < 37 tuần về lại cân nặng vào 28 ngày sau sinh. Như vậy, kết quả của chúng tôi thời gian về lại cân nặng (13,5 ± 4,2 ngày) nằm trong khoảng được kỳ vọng, chứng tỏ công tác nuôi dưỡng là khá hiệu quả.

Tốc độ tăng cân trung bình ở nghiên cứu của chúng tôi là 14,6 ± 9,7 (g/kg/ngày). Trẻ nam có tốc độ tăng cân nhanh hơn so với nữ, với tốc độ tăng trung bình ở nam 15,4 ± 9,4 (g/kg/ngày) và ở nữ 13,4 ± 9,3 (g/kg/ngày). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tốc độ tăng cân trung bình đạt ~ mức khuyến cáo (~15 g/kg/ngày) để bắt kịp đà tăng trưởng trong bào thai. Chiều dài, vòng đầu của trẻ trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tăng trung bình lần lượt (0,95 ± 0,72 cm/tuần; 0,86 ± 0,57 cm/tuần). So với nghiên cứu Lê Phương Linh (2018) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, nhóm trẻ cực nhẹ cân (< 1000 g) tăng ~17,9 g/kg/ngày và nhóm rất nhẹ cân (1000 - 1500 g) ~14,6 g/kg/ngày, chiều dài, vòng đầu tăng trung bình 1 cm/tuần (chủ yếu 1000 - 1500 g) - tương đương với tốc độ tăng cân của nhóm chúng tôi [6].

4.2.2. Biến chứng trong quá trình nuôi dưỡng

Viêm ruột hoại tử 10,5%, tỉ lệ nôn trớ 11,9%. Nguyễn Thanh Thủy (2018) ghi nhận viêm ruột hoại tử 4,9% và nôn trớ 13,2% [5].

Tỉ lệ tử vong trong nhóm nghiên cứu 2,8% tử vong trước xuất viện, tỉ lệ sống cao > 95%. Kết quả này tương đương với các nước phát triển: ở Hồng Kông, tỉ lệ sống của trẻ 28 - 32 tuần > 95%, và hầu hết tử vong tập trung ở nhóm cực non < 28 tuần [12].

Tỉ lệ trẻ CTSS 21,05%. Phạm Lê Mỹ Hạnh (2021) tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 cũng ghi nhận tình trạng CTSS vẫn phổ biến ở trẻ 28 - 32 tuần và <1250 g, tuy nhiên cải thiện dinh dưỡng (đặc biệt tăng cường protein) có

thể giảm tỉ lệ này [10]. Như vậy quả nuôi dưỡng nhóm 28 - 32 tuần tại Bệnh viện chúng tôi rất đáng khích lệ.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 285 trẻ rất non tháng (28 - 32 tuần) tại Trung tâm Sơ sinh - Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025, tuổi thai trung bình 30,3 ± 1,3 tuần, 13,7% trẻ sinh ra có nhẹ cân so với tuổi thai. Đa số trẻ sinh non ở tuần thai này đều hỗ trợ thở, 79,1% trẻ có thở CPAP, 19,1% trẻ thở máy, 51,9% trẻ có bơm Surfactant. Thời điểm trẻ đạt ngưỡng ăn tiêu hóa hoàn toàn khoảng 7 - 10 ngày, thời điểm về lại cân nặng lúc sinh ~14 ngày, tốc độ tăng cân ~15 gram/kg/ngày, chiều dài, vòng tăng đầu đều đạt được như khuyến cáo. Thời gian nằm viện trung bình 4 - 6 tuần, ra viện trẻ ~ 36 tuần tuổi, tỉ lệ chậm tăng trưởng sau sinh 21,05%. Một số yếu tố: sinh ra nhẹ cân so với tuổi, chậm đi phân su, nôn trớ, viêm ruột hoại tử có ảnh hưởng đến sự tăng trưởng sau sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Purisch SE, Gyamfi-Bannerman C, editors. Epidemiology of preterm birth. Seminars in perinatology; 2017: Elsevier.
2. Chung EH, Chou J, Brown KA. Neurodevelopmental outcomes of preterm infants: a recent literature review. Translational pediatrics. 2020;9(Suppl 1):S3.
3. Han SM, Hong CR, Knell J, Edwards EM, Morrow KA, Soll RF, Modi BP, Horbar JD, Jaksic T. Trends in incidence and outcomes of necrotizing enterocolitis over the last 12 years: a multicenter cohort analysis. Journal of pediatric surgery. 2020;55(6):998-1001.
4. Fenton TR. A new growth chart for preterm babies: Babson and Benda's chart updated with recent data and a new format. BMC pediatrics. 2003;3(1):1-10.
5. Nguyễn Thanh Thủy, Nguyễn Thị Thanh Tâm, Thái Thị Liên Phương. 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 trẻ sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2017. Tạp chí Phụ sản tập 2018;16(1):97 - 101.
6. Lê Phương Linh, Nguyễn Thị Vân, Lê Minh Trác, Nguyễn Thị Việt Hà. Hiệu quả nuôi dưỡng đường tiêu hóa ở trẻ cực non và rất non tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí nghiên cứu Y học. 2020;131(7):106 - 12.
7. Griffin IJ, Tancredi DJ, Bertino E, Lee HC, Profit J. Postnatal growth failure in very low birthweight infants born between 2005 and 2012. Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition. 2016;101(1):50-5.
8. Lee SM, Kim N, Namgung R, Park M, Park K, Jeon J. Prediction of postnatal growth failure among very low birth weight infants. Scientific reports. 2018;8(1):1-8.
9. Phạm Lê Mỹ Hạnh, Nguyễn Thu Tịnh. Mối liên quan giữa dinh dưỡng với chậm tăng cân của trẻ có cân nặng

lúc sinh dưới 1250 gram tại khoa hồi sức sơ sinh. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh. 2021;25(2):46-52.

10. Corvaglia L, Rotatori R, Ferlini M, Aceti A, Ancora G, Faldella G. The effect of body positioning on gastroesophageal reflux in premature infants: evaluation by combined impedance and pH monitoring. J Pediatr. 2007;151(6):591-6, 6.e1.

11. Ware LB, Matthay MA. The acute respiratory distress syndrome. New England Journal of Medicine. 2000;342(18):1334-49.

12. Lyu Y, Zhu D, Wang Y, Jiang S, Lee SK, Sun J, Li L, Cao Y, Network CN. Current epidemiology and factors contributing to postnatal growth restriction in very preterm infants in China. Early human development. 2022;173:105663.