

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Văn Tuấn.** Loãng xương thầm lặng nguy hiểm ở Việt Nam chỉ có 1%-5% bệnh nhân loãng xương được điều trị, 2019.
- Nguyễn Thị Thanh Mai, Nguyễn Văn Tuấn, Hồ Phạm Thục Lan.** Tác động của FRAX đến tỷ lệ điều trị loãng xương trong cộng đồng. Tạp chí Hội Loãng xương TP. Hồ Chí Minh và Hội Loãng xương Hà Nội - Hội nghị khoa học thường niên và Kỷ niệm 10 năm ngày thành lập Hội. 2016: 39.
- Dương Đình Toàn, Đàm Thị Thanh Tâm.** Khảo sát mật độ xương ở người trên 40 tuổi dựa trên chỉ số T-score. Tạp Chí Y học Cộng đồng. 2022, 63(4).
- World Health Organization.** Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: report of a WHO study group, World Health Organization, 1994.
- Vũ Phương Dung.** Thực trạng loãng xương và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi đến khám bệnh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. Luận văn thạc sĩ, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2021.
- Lê Thị Hằng, Nguyễn Thị Phương Thủy.** Loãng xương nguyên phát ở phụ nữ sau mãn kinh. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 520 (1A): 227-231.
- Trần Bùi Hoài Vọng, Trần Thừa Nguyên, Trần Quang Nhật, Trần Nhật Quang.** Khảo sát tỷ lệ loãng xương của phụ nữ tại bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí nội tiết & đái tháo đường. 2022; 51: 81-85. DOI: 10.47122/vjde.2022.51.11.
- Boschitsch E.P., Durchschlag E. and Dimai H.P.** Age-related prevalence of osteoporosis and fragility fractures: realworld data from an Austrian Menopause and Osteoporosis Clinic", Climacteric. 2017; 20 (2): 157-163.
- Nader Salari, Hooman Ghasemi, Loghman Mohammadi và các cộng sự.** The global prevalence of osteoporosis in the world: a comprehensive systematic review and metaanalysis", Journal of Orthopaedic Surgery and Research. 2021; 16 (1): 609.
- Hoàng Thị Bích, Trần Thị Tô Châu, Hoàng Phương Nam.** Một số yếu tố liên quan đến mật độ xương ở người cao tuổi tại bệnh viện Lão khoa. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2021; 507(1): 288-292. doi:10.51298/vmj.v507i1.1380

ĐẶC ĐIỂM HỖ TRỢ DINH DƯỠNG VÀ KẾT CỤC TĂNG TRƯỞNG Ở TRẺ SƠ SINH ĐƯỢC HỒI SỨC SAU PHẪU THUẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Nguyễn Thị Ngân Hà¹, Nguyễn Đức Toàn^{1,2}, Phạm Thị Thanh Tâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hỗ trợ dinh dưỡng sau phẫu thuật tiêu hóa ở trẻ sơ sinh rất cần thiết để giảm biến chứng sau phẫu thuật cũng như thời gian nằm viện. Chậm tăng trưởng sau phẫu thuật được ghi nhận qua nhiều nghiên cứu. **Mục tiêu:** Khảo sát các đặc điểm hỗ trợ dinh dưỡng và xác định kết cục tăng trưởng ở trẻ sơ sinh được hồi sức sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang từ 2/2024 đến 7/2024 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Kết quả:** Có 61 trẻ sơ sinh thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian thực hiện nghiên cứu. Ở thời điểm xuất khoa, số trẻ chậm tăng trưởng ngoài tử cung chiếm tỉ lệ cao với 42 bệnh nhi (68,9%). Trong khi ở thời điểm lúc sinh, nhóm nhẹ cân so với tuổi thai chỉ chiếm 16 ca (26,2%). Trong tổng số 61 ca, có 6 bệnh nhân (9,8%) tử vong. **Kết luận:** Tỉ lệ chậm tăng trưởng ngoài tử cung ở thời điểm xuất khoa của trẻ sơ sinh được hồi sức sau phẫu thuật đường tiêu hóa còn rất cao với 42 bệnh nhi (68,9%). Từ đó thấy rằng dinh dưỡng ở nhóm đối tượng này cần được quan tâm sâu sắc. Cần có chiến lược điều trị và đánh giá dinh dưỡng

thích hợp để giảm tỉ lệ chậm tăng trưởng ngoài tử cung. Ngoài ra, cần xác định các yếu tố nguy cơ để phát triển các chiến lược điều trị cũng như tiên lượng cho nhóm đối tượng này.

Từ khóa: hỗ trợ dinh dưỡng, kết cục tăng trưởng, sơ sinh, hậu phẫu đường tiêu hóa

SUMMARY

NUTRITIONAL SUPPORT AND GROWTH OUTCOMES OF NEONATES WITH POST-GASTROINTESTINAL SURGERY AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Growth retardation after surgery has been reported in many studies. Knowing the characteristics of nutritional support and growth outcomes in neonates with intensive care after gastrointestinal surgery is crucial in clinical practice. **Objectives:** Survey on nutritional support characteristics and determine growth outcomes in neonates with intensive care after gastrointestinal surgery at Children's Hospital 1. **Methods:** Cross-sectional study from February 2024 to July 2024 at Children's Hospital 1. **Results:** A total of 61 neonates met the inclusion criteria during the study period. At the time of discharge, the incidence of extrauterine growth retardation (EUGR) was high, with 42 infants (68.9%) affected. At birth, the small-for-gestational-age (SGA) group accounted for only 16 cases (26.2%). Among the 61 cases studied, 6 patients (9.8%) died. **Conclusion:** The incidence of extrauterine growth retardation at discharge among

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngân Hà

Email: nganhanguyen296@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.11.2024

Ngày duyệt bài: 5.12.2024

neonates who underwent resuscitation after gastrointestinal surgery remains high, affecting 42 infants (68.9%). This underscores the critical need for careful attention to nutrition in this population. Appropriate nutritional assessment and therapeutic strategies are required to reduce the rate of extrauterine growth retardation. Moreover, risk factors need to be identified to develop treatment strategies and improve prognosis ability in this group.

Keywords: nutritional support, growth outcomes, newborns, and post-gastrointestinal surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở đối tượng trẻ sơ sinh hậu phẫu, đặc biệt hậu phẫu đường tiêu hóa, nguy cơ về mặt dinh dưỡng càng đáng kể do trẻ có thể cần giai đoạn nhịn ăn, phải hỗ trợ dinh dưỡng tĩnh mạch, kèm theo đó là tăng nguy cơ bị các biến chứng của phẫu thuật, stress hậu phẫu cũng như các biến chứng của dinh dưỡng tĩnh mạch. Đối với bệnh lý mắc phải cần phẫu thuật đường tiêu hóa mà viêm ruột hoại tử là nguyên nhân thường gặp nhất, dựa trên nghiên cứu hệ thống và phân tích tổng hợp của Alsaied và cộng sự [1], tần suất ước tính viêm ruột hoại tử vào khoảng 7% ở trẻ cực nhẹ cân. Tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để đánh giá cách

thức hỗ trợ cũng như kết cục về dinh dưỡng ở trẻ sơ sinh hậu phẫu tiêu hóa. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát các đặc điểm hỗ trợ dinh dưỡng và xác định kết cục tăng trưởng ở trẻ sơ sinh được hồi sức sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào: tất cả trẻ sơ sinh được hồi sức sau phẫu thuật đường tiêu hóa và được hỗ trợ dinh dưỡng tại khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 1.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.
Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 2/2024 đến tháng 7/2024 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, lấy trọn mẫu được 61 trẻ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 61 bệnh nhân sơ sinh được hỗ trợ dinh dưỡng và hồi sức sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 2/2024 đến 7/2023 và ghi nhận được kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của trẻ sơ sinh được hồi sức sau phẫu thuật tiêu hóa

Đặc điểm chung (N = 61)		Số ca (%) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị)
Giới	Nam	36 (59,0%)
	Nữ	25 (41,0%)
Phân loại tuổi thai	Cực non (<28w)	2 (3,3%)
	Rất non (28 - <32w)	5 (8,2%)
	Non vừa (32 - <34w)	9 (14,7%)
	Non muộn (34 - <37w)	17 (27,9%)
	Đủ tháng ($\geq 37w$)	28 (45,9%)
Phân loại CNLS	Cực nhẹ cân (<1000gr)	2 (3,3%)
	Rất nhẹ cân (<1500gr)	7 (11,5%)
	Nhẹ cân (<2500gr)	24 (39,3%)
	Bình thường (2500 - 3999gr)	28 (45,9%)
CNLS theo tuổi thai	Nhẹ cân so với tuổi thai (SGA) (<10 th hay <-2SD)	16 (26,2%)
	Phù hợp so với tuổi thai (AGA)	44 (72,3%)
	Lớn cân so với tuổi thai (LGA) (>90 th hay >2SD)	1 (1,6%)
Bất thường tiền sản	Tiêu hóa	13 (21,3%)
	Tim mạch	5 (8,2%)
	Khác	9 (14,8%)
	Không có	34 (55,7%)
Chế độ ăn 24h trước PT	Sữa mẹ	8 (13,3%)
	Sữa công thức	4 (6,7%)
	Sữa mẹ kết hợp sữa CT	1 (1,7%)
	Nhịn	47 (78,3%)
Bệnh nguyên phẫu thuật	Teo thực quản	19 (31,2%)
	Hở thành bụng	8 (13,1%)
	Teo ruột non	8 (13,1%)
	Thoát vị hoành	8 (13,1%)
	Xoắn ruột	6 (9,8%)

	Viêm ruột hoại tử	5 (8,2%)
	Khác	7 (11,5%)
Phương pháp phẫu thuật	Cắt nối ruột	23 (37,7%)
	Cắt và mở ruột ra da	10 (16,4%)
	Mở ruột ra da	6 (9,8%)
	Phẫu thuật Ladd	2 (3,3%)
	Khác	20 (32,8%)
	Số thì phẫu thuật	Phẫu thuật 1 thì
	Phẫu thuật 2 thì	3 (6,8%)
Biến chứng liên quan cuộc PT	Liên quan vết mổ	9 (14,8%)
	Khác	1 (1,6%)
	Không biến chứng	51 (83,6%)
Bệnh lý kèm khác	Có	24 (39,3%)
	Không	37 (60,7%)
Bệnh lý đi kèm (N=24)	Tim bẩm sinh	12 (50,5%)
	Khác	12 (50,5%)
Tuổi thai (tuần)		36,1 (33,9 – 36,4)
Cân nặng lúc sinh (gram)		2400,0 (1800,0 – 3000,0)
CNLS theo Fenton (Percentile)		25,0 (8,0 – 55,0)
CNLS theo Fenton (SD)		-0,7 (-1,4 – 0,1)
Ngày tuổi khi nhập khoa (ngày)		2,0 (1,0 – 4,0)
Cân nặng nhập khoa (gram)		2300,0 (1800,0 – 2800,0)
Chiều dài nhập khoa (cm)		45,0 (42,0 – 48,0)
Vòng đầu nhập khoa (cm)		31,5 (29,5 – 33)
Ngày tuổi khi phẫu thuật (ngày)		5,0 (4,0 – 7,0)

Nhận xét: - Ngày tuổi nhập khoa trung vị 2,0 ngày (1,0 – 4,0 ngày). Ngày tuổi khi phẫu thuật trung vị 5,0 ngày (4,0 – 7,0 ngày).

- Đa số trẻ nhìn trước phẫu thuật – 47 bệnh nhi (78,3%), sau đó là nhóm uống sữa mẹ có 8 bệnh nhi (13,3%), nhóm uống sữa công thức có 4 bệnh nhi (6,7%), nhóm kết hợp sữa mẹ và sữa

công thức có 1 bệnh nhi (7,1%).

- Nguyên nhân phẫu thuật phổ biến nhất theo thứ tự teo thực quản 19 ca (31,2%), hở thành bụng, teo ruột non, thoát vị hoành có số lượng bằng nhau là 8 ca (13,1%), xoắn ruột 6 ca (9,8%), viêm ruột hoại tử 5 ca (8,2%), các nguyên nhân khác chiếm 7 ca (11,5%)

Bảng 2. Đặc điểm hỗ trợ dinh dưỡng ở trẻ sơ sinh được hồi sức sau phẫu thuật tiêu hóa

Đặc điểm chung (N = 61)		Số ca (%) hoặc trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Sử dụng vận mạch sau phẫu thuật	Có	20 (32,8%)
	Không	41 (67,2%)
Có đạt mục tiêu acid amin cung cấp sau phẫu thuật	Có	36 (59,0%)
	Không	25 (41,0%)
Trẻ có đạt năng lượng mục tiêu sau phẫu thuật	Có	29 (47,5%)
	Không	32 (52,5%)
Trẻ được bắt đầu dinh dưỡng đường tiêu hóa sau phẫu thuật tại khoa	Có	53 (86,9%)
	Không	8 (13,1%)
Loại sữa khi bắt đầu dinh dưỡng tiêu hóa sau phẫu thuật (N = 53)	Sữa thủy phân	22 (41,5%)
	Sữa CT đủ tháng	20 (37,7%)
	Sữa CT non tháng	11 (20,8%)
Trẻ đạt dinh dưỡng tiêu hóa toàn phần sau phẫu thuật tại khoa	Có	9 (14,8%)
	Không	52 (85,2%)
Tổng thời gian dinh dưỡng tĩnh mạch sau phẫu thuật (ngày)		10,0 (7,0 – 17,0)
Tổng thời gian dinh dưỡng tĩnh mạch toàn phần sau phẫu thuật (ngày)		6,0 (4,0 – 9,0)
Lượng acid amin cung cấp trong 24h đầu sau phẫu thuật (g/kg/ngày)		2,0 (1,7 – 2,5)

Thời điểm bắt đầu cho lipid sau phẫu thuật (ngày)	2,0 (1,0 – 3,0)
Thời điểm bắt đầu cho vi chất sau phẫu thuật (ngày)	3,0 (1,0 – 4,0)
Tổng số ngày cho vi chất sau phẫu thuật (ngày)	8,0 (5,0 – 15,0)
Tổng năng lượng cung cấp 24h đầu sau phẫu thuật (kcal/kg/ngày)	51,1 (40,0 – 63,3)
Thời gian từ lúc phẫu thuật đến bắt đầu dinh dưỡng tiêu hóa (ngày)	7,0 (5,0 – 9,0)
Lượng sữa khởi đầu (ml/kg/ngày)	12,4 (9,2 – 15,4)
Tốc độ tăng sữa ngày 2 (ml/kg/ngày)	14,8 (11,3 – 18,7)

Nhận xét:

- Tổng thời gian trẻ cần dinh dưỡng tĩnh mạch sau phẫu thuật tại khoa là 10 ngày (7 – 17 ngày). Trong đó, tổng thời gian dinh dưỡng tĩnh mạch toàn phần là 6 ngày (4 – 9 ngày). Trong 61 trẻ, có 53 trẻ (86,9%) được bắt đầu dinh dưỡng tiêu hóa trong thời gian điều trị tại khoa.

Và chỉ có 9 trẻ (14,8%) đạt dinh dưỡng tiêu hóa toàn phần.

- Lượng acid amin cung cấp qua dinh dưỡng tĩnh mạch trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật là 2,0 g/kg/ngày (1,7 – 2,5 g/kg/ngày)

- Thời điểm đến khi trẻ được bắt đầu dinh dưỡng đường tiêu hóa là 7 ngày (5 – 9 ngày).

Bảng 3. Kết cục tăng trưởng của trẻ sơ sinh được hồi sức sau phẫu thuật tiêu hóa

Đặc điểm chung		Số ca (%) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị)
Rối loạn điện giải	Có	44 (72,1%)
	Không	17 (27,9%)
Rối loạn đường huyết	Tăng đường huyết	8 (13,1%)
	Hạ đường huyết	0 (0,0%)
	Không rối loạn	53 (86,9%)
Toan chuyển hóa trên K ₂ MĐM	Có	42 (68,9%)
	Không	19 (31,1%)
	Không	52 (85,2%)
EUGR thời điểm xuất khoa	Có	42 (68,9%)
	Không	19 (31,1%)
Tử vong	Có	6 (9,8%)
	Không	55 (90,2%)
Nguyên nhân tử vong (N = 5)	Liên quan nhiễm trùng	5 (83,3%)
	Suy thận	1 (16,7%)
Trẻ cần phẫu thuật lần 2	Có	5 (8,2%)
	Không	56 (91,8%)
Tử vong sau phẫu thuật lần 2 (N = 5)	Có	1 (20,0%)
	Không	4 (80,0%)
AST cao nhất (U/L)	66,4 (42,6 – 94,8)	
ALT cao nhất (U/L)	14,8 (7,9 – 24,9)	
Urea máu cao nhất (mmol/L)	5,7 (4,3 – 8,1)	
BUN máu cao nhất (mg/dL)	15,9 (12,3 – 22,7)	
Albumin máu thấp nhất (g/dL) (N = 15)	2,0 (1,7 – 2,4)	
Đường huyết mao mạch thấp nhất (md/dL)	88,0 (71,0 – 97,0)	
Đường huyết mao mạch cao nhất (mg/dL)	126,0 (116,0 – 132,0)	
Ngày tuổi xuất khoa (ngày)	14,0 (10,0 – 22,0)	
Cân nặng xuất khoa (gram)	2450,0 (1900,0 – 2875,0)	
Cân nặng xuất khoa theo Fenton (percentile)	6,0 (1,0 – 14,0)	
Cân nặng xuất khoa theo Fenton (SD)	-1,6 (-2,5 – 1,1)	
Chiều dài xuất khoa (cm)	46,5 (43,0 – 49,5)	
Chiều dài xuất khoa theo Fenton (percentile)	9,0 (2,0 – 34,0)	
Chiều dài xuất khoa theo Fenton (SD)	-1,4 (-2,1 – 0,4)	
Vòng đầu xuất khoa (cm)	33,0 (31,0 – 34,5)	
Vòng đầu xuất khoa theo Fenton (percentile)	19,0 (8,0 – 49,0)	
Vòng đầu xuất khoa theo Fenton (SD)	-0,9 (-1,4 – 0,0)	

Tốc độ tăng cân (g/ngày)	8,5 (0,0 – 16,1)
Tốc độ tăng chiều dài (cm/tuần)	0,7 (0,5 – 0,8)
Tốc độ tăng vòng đầu (cm/tuần)	0,7 (0,5 – 0,9)
Tổng số ngày điều trị tại khoa (ngày)	12,0 (9,0 – 20,0)
Tổng số ngày điều trị tại khoa sau phẫu thuật	10,0 (7,0 – 18,0)
Thời gian đến đạt dinh dưỡng tiêu hóa toàn phần sau phẫu thuật (ngày) (N = 9)	15,0 (11,0 – 18,0)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm hỗ trợ dinh dưỡng ở trẻ sơ sinh được hồi sức sau phẫu thuật tiêu hóa.

Trẻ sinh non thường cần 120 – 140 kcal/kg/ngày để đạt tăng cân tối ưu vào khoảng 14 – 20 g/kg/ngày (tương đương hay vượt tốc độ tăng trưởng bào thai). Với dinh dưỡng tĩnh mạch toàn phần, do không cần tiêu thụ năng lượng cho hoạt động tiêu hóa, năng lượng cần cung cấp có thể giảm xuống khoảng 85 – 95 kcal/kg/ngày. Tỷ lệ protein/năng lượng cần phù hợp không chỉ để tăng cân tối ưu mà còn hướng đến mục tiêu tỷ lệ thành phần cơ thể (mỡ, cơ) tối ưu [2]. Ở nghiên cứu của Reynolds và cộng sự thực hiện năm 2008 [7], thực hiện với đối tượng là trẻ sơ sinh bị hở thành bụng được tiến hành phẫu thuật trong 24 giờ đầu sau sinh và giai đoạn hậu phẫu được chia thành 2 nhóm, cung cấp lượng protein ban đầu liều thấp (1,5g/kg/ngày) hay liều cao (2,5 g/kg/ngày). Kết quả có sự khác biệt đáng kể về cân bằng protein giữa 2 nhóm (sử dụng phương pháp xét nghiệm cân bằng nitơ hay phương pháp đồng vị ổn định của leucine), và không có bằng chứng độc tính của hỗ trợ protein liều cao (với các xét nghiệm BUN, creatinine, nồng độ ammonia).

Kết cục tăng trưởng của trẻ sơ sinh được hồi sức sau phẫu thuật tiêu hóa. Cân nặng - Trẻ sơ sinh non và đủ tháng đều trải qua sụt cân sau sinh (khoảng 10%, có thể cao hơn ở trẻ non tháng) do mất dịch tự do ngoại bào. Trẻ non tháng tăng 1,4 cm/tuần, trẻ đủ tháng tăng 0,7 cm/tuần. Vòng đầu-phản ánh sự tăng trưởng não bộ và tương quan với phát triển tâm thần kinh về lâu dài. Tốc độ tăng vòng đầu trung bình trẻ sinh non khoảng 0,9 cm/tuần, trẻ đủ tháng là 0,33 cm/tuần. Trẻ non tháng có thể có tốc độ tăng vòng đầu nhanh hơn bình thường để bắt kịp, tuy nhiên, tốc độ vượt quá 1,25 cm/tuần có thể là bất thường và cần đánh giá bệnh lý não úng thủy hay xuất huyết não thất. Tốc độ tăng vòng đầu chậm có thể phản ánh dinh dưỡng chưa đủ hay bệnh lý, và có thể liên quan đến chậm phát triển tâm vận [3]. Hee-In-Jo và cộng sự đã thực hiện 1 nghiên cứu tại Hàn Quốc [5], tại khoa Hồi sức sơ sinh để tìm hiểu mối tương quan giữa hỗ trợ dinh dưỡng và tốc độ tăng

trưởng sau phẫu thuật đường tiêu hóa ở trẻ sơ sinh, với mẫu gồm 45 trẻ sơ sinh từ năm 2012 đến năm 2016. Nghiên cứu ghi nhận tốc độ tăng trưởng khi xuất viện thấp hơn đáng kể tốc độ tăng trưởng mong chờ, nhưng Z-score về tăng trưởng lúc 1 tuổi đạt trên – 2SD, cho thấy không có chậm tăng trưởng, gợi ý rằng hỗ trợ dinh dưỡng có thể khác biệt ở từng trẻ, và có thể theo dõi sát cũng như duy trì được hỗ trợ dinh dưỡng phù hợp cho trẻ. Vào năm 2018, Prasad cùng cộng sự [4] đã công bố 1 nghiên cứu đánh giá khả năng cho ăn đường tiêu hóa sớm trên nhóm 260 trẻ sơ sinh hậu phẫu đường tiêu hóa, phân thành 2 nhóm là nhóm A (79 trẻ được hỗ trợ dinh dưỡng tiêu hóa sớm sau phẫu thuật) và nhóm B (181 trẻ nhịn ăn trong giai đoạn đầu hậu phẫu), hồi cứu trong giai đoạn 2007 – 2016. Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tử vong, nhiễm trùng vị trí phẫu thuật ở nhóm B cao hơn nhóm A ($p < 0,05$). Thời gian nằm viện nhóm A ngắn hơn nhóm B. CRP cũng như điểm số suy tạng Neo-PIRO thấp hơn ở nhóm A.

Yifan Sun cùng cộng sự [8] đã công bố một nghiên cứu phân tích đơn biến và đa biến hồi quy vào năm 2023, để phân tích kết cục phẫu thuật cũng như chậm tăng trưởng ngoài tử cung ở trẻ sơ sinh non tháng được điều trị viêm ruột hoại tử bằng phương pháp phẫu thuật. Hồi cứu trong khoảng thời gian từ tháng 5 năm 2014 đến tháng 12 năm 2021, với cỡ mẫu thu được là 52 trẻ. Ghi nhận tỷ lệ tử vong sau điều trị phẫu thuật đối với NEC ở trẻ non tháng là 14 trên 52 trẻ (26,9%). Trong nhóm trẻ còn sống, 21 trên 38 trẻ (55,3%) được ghi nhận chậm tăng trưởng sau sinh ở thời điểm trẻ dinh dưỡng tiêu hóa hoàn toàn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ chậm tăng trưởng ngoài tử cung ở thời điểm xuất khoa của trẻ sơ sinh được hồi sức sau phẫu thuật đường tiêu hóa còn rất cao với 42 bệnh nhi (68,9%). Từ đó thấy rằng dinh dưỡng ở nhóm đối tượng này cần được quan tâm sâu sắc. Cần có chiến lược điều trị và đánh giá dinh dưỡng thích hợp để giảm tỷ lệ chậm tăng trưởng ngoài tử cung. Ngoài ra, cần xác định các yếu tố nguy cơ để phát triển các chiến lược điều trị cũng như tiên lượng cho nhóm đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alsaied, N. Islam, and L. Thalib**, "Global incidence of Necrotizing Enterocolitis: a systematic review and Meta-analysis," *BMC Pediatr*, 20(1), 2020, p344.
2. **D. M. Me. Christine A. Gleason MTS**, "Enteral Nutrition," in *Avery's diseases of the newborn*, 11th ed., Elsevier, chap 59, 2023.
3. **Gomella TL**, "Nutritional management.," in *Gomella's Neonatology*, Mc Graw Hill education, 2020, ch. 11.
4. **G. R. Prasad, J. V. S. Rao, A. Aziz, T. M. Rashmi, and S. Ahmed**, "Early Enteral Nutrition in Neonates Following Abdominal Surgery," *J Neonatal Surg*, 7(2), 2018, p. 21.
5. **H.-I. Jo, J.-Y. Sul, and J.-B. Park**, "Effect of Nutritional Support on Postoperative Growth Velocity of Neonates in Neonatal Intensive Care Unit," *Advances in Pediatric Surgery*, 24(2), 2018, pp. 51–59.
6. **Organization WH**. Preterm birth. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=There%20are%20sub%2Dcategories%20of,\(32%20to%2037%20weeks](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=There%20are%20sub%2Dcategories%20of,(32%20to%2037%20weeks)
7. **R. M. Reynolds, K. D. Bass, and P. J. Thureen**, "Achieving positive protein balance in the immediate postoperative period in neonates undergoing abdominal surgery," *J Pediatr*, 152(1), 2008, pp. 63–67.
8. **Y. Sun, Z. Gao, W. Hong, X. Gong, and C. Cai**, "Analysis of Postoperative Outcomes and Extrauterine Growth Retardation in Preterm Infants with Necrotizing Enterocolitis: A Retrospective Study," *Am J Perinatol*, 41 (S 01), 2024, pp. E1190–E1196.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SINH THIẾT CỘT SỐNG QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Đỗ Võ Công Nguyên¹, Võ Thành Toàn¹, Trần Trung Kiên¹,
Đặng Phan Vĩnh Toàn¹, Nguyễn Chí Thành¹

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 31 trường hợp bệnh nhân sinh thiết xương cột sống tại khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Thống Nhất – TP Hồ Chí Minh từ tháng 7/ 2023 đến tháng 7/ 2024. **Kết quả:** Độ tuổi thường gặp trên 60 tuổi, nữ chiếm đa số (61%), vị trí sinh thiết chủ yếu: cột sống thắt lưng (77.42%). Vị trí sinh thiết: xuyên cuống sống (32.26%), thân đốt sống (61.29%), phần mềm cạnh sống (6.45%), sử dụng kim sinh thiết xương (64.52%), kim sinh thiết mô mềm (29.03%) và sử dụng kết hợp 2 loại kim (6.45%), kết quả mô bệnh học: di căn cột sống (41.94%), lao (22.58%), mô viêm hoại tử (19.35%), u lympho (6.45%), mô lành, xuất huyết (6.45%). 96.77% lấy mẫu bệnh phẩm thoả đáng để chẩn đoán mô bệnh học, biến chứng sau thủ thuật: tụ máu tại chỗ (3.23%), đau cột sống kéo dài (3.23%), chưa thấy trường hợp nào có các biến chứng nghiêm trọng khác. **Từ khóa:** Sinh thiết, tổn thương cột sống, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

PRELIMINARY RESULTS OF PERCUTANEOUS SPINE BIOPSY UNDER CT GUIDANCE AT THONG NHAT HOSPITAL

Subjects and methods: 31 cases of spinal bone biopsy were conducted at the Radiology Department, Thong Nhat Hospital – Ho Chi Minh City, from July

2023 to July 2024. **Results:** The common age group was over 60 years, with females making up the majority (61%). The primary biopsy site was the lumbar spine (77.42%). The biopsy locations included: transpedicular (32.26%), vertebral body (61.29%), and paraspinous soft tissue (6.45%). Bone biopsy needles were used in 64.52% of cases, soft tissue biopsy needles in 29.03%, and a combination of both in 6.45%. The histopathological results were: spinal metastasis (41.94%), tuberculosis (22.58%), necrotic inflammatory tissue (19.35%), lymphoma (6.45%), benign tissue with hemorrhage (6.45%). Adequate biopsy specimens were obtained for histopathological diagnosis in 96.77% of cases. Post-procedure complications included local hematoma (3.23%) and prolonged spinal pain (3.23%), with no other significant complications observed. **Keywords:** Biopsy, spinal lesion, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh lý cột sống như u, nhiễm trùng, chấn thương và các rối loạn thoái hóa là những thách thức lớn đối với cả bệnh nhân và các bác sĩ lâm sàng. Chẩn đoán chính xác các tổn thương cột sống đóng vai trò quan trọng trong việc đưa ra hướng điều trị hiệu quả. Trong các phương pháp chẩn đoán, sinh thiết là một kỹ thuật quan trọng nhằm lấy mẫu mô để xác định bản chất của tổn thương, từ đó đưa ra hướng điều trị phù hợp. Sinh thiết cột sống có thể được thực hiện bằng cách mở hoặc qua da dưới hướng dẫn của các phương tiện hình ảnh như C-arm (1), CTScan (2), Siêu âm (3), MRI (4).

Sinh thiết cột sống qua da dưới hướng dẫn

¹Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.11.2024

Ngày duyệt bài: 3.12.2024