ĐẶC ĐIỂM SUY HÔ HẤP CẤP Ở TRẺ SƠ SINH NON THÁNG TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

HỨA THU HẰNG - *Trường Cao đẳng Y tế Sơn La*
PHẠM TRUNG KIÊN - *Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp là tình trạng bệnh lý rất hay gặp và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ sơ sinh non tháng. Trên thế giới tỉ lệ tử vong do suy hô hấp chiếm 80% tử vong ở trẻ sơ sinh, trong đó chủ yếu là trẻ sơ sinh non tháng [8]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của các tác giả cho thấy tỉ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh non tháng là trên 60%, trong đó tử vong do suy hô hấp chiếm 12-16,9%. Khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên, hàng năm nhận bệnh nhân sơ sinh từ các tỉnh trong khu vực và các bệnh viện đa khoa trong tỉnh chuyển đến, trong đó trẻ sơ sinh non tháng chiếm 59,7% tổng số trẻ sơ sinh vào viện, tỉ lệ suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tháng là 65,0%; tỉ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh non tháng là 24,0%; trong đó tử vong do suy hô hấp là 8,1% [3]; Từ năm 2006, khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên đã áp dụng phương pháp thở CPAP bằng máy SKE - CPAP, tỉ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh non tháng đã giảm đáng kể. Để góp phần hạ thấp tỉ lệ tử vong do suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tháng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tháng tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

- Đối tượng nghiên cứu: trẻ sơ sinh non tháng vào điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên với chẩn đoán suy hô hấp.
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 4 năm 2008 đến tháng 4 năm 2009.
- Địa điểm nghiên cứu: khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu.
- Chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: trẻ sơ sinh tuổi thai dưới 37 tuần, cân nặng từ 1000g - 2500g. Chẩn đoán suy hô hấp dựa vào chỉ số Silverman: 4 - 8 điểm; SpO_2 dưới 90% [2].

- Thu thập số liệu: đánh giá tuổi thai bằng bảng đánh giá tuổi thai, thăm khám phát hiện các triệu chứng lâm sàng. Xét nghiệm sinh hoá, huyết học tại khoa Xét nghiệm, chụp Xquang tim phổi tại khoa Xquang Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên.
- Phương pháp xử lý số liệu : xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học theo chương trình Epi-info 6.04

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo cân nặng và giới

Giới / Cân nặng (g)	Nam		Nữ		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
1.000-1499	23	17,7	9	6,9	32	24,6
1500-1999	30	23,0	22	17,0	52	40,0
2.000-2499	29	22,3	17	13,1	46	35,4
Tổng	82	63,0	48	37,0	130	100
p	<0,05					

Nhận xét: kết quả bảng 1 cho thấy tỉ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ ở tất cả các mức cân nặng khác nhau.

Bảng 2. Cân nặng và ngày tuổi của bệnh nhân

Tuổi / Cân nặng (g)	Trước 24 giờ		Từ 24-28 giờ		Sau 48 giờ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	N	%
1000- 1499	29	22,3	1	0,8	1	0,8	31	23,9
1500-1999	49	37,7	2	1,5	2	1,5	53	40,7
2000-2499	44	33,8	1	0,8	1	0,8	46	35,4
Tổng cộng	122	93,8	4	3,1	4	3,1	130	100

Nhận xét: bệnh nhân vào viện ngay ngày đầu sau đẻ là 122/130, chiếm 93,8%.

Bảng 3. Nơi sinh theo nhóm cân nặng của trẻ:

Nơi sinh / Cân nặng (g)	Trạm Y tế	BV huyện	BV tỉnh	BVĐKTƯTN
1.000- 1.499	4	9	1	17
1.500-1.999	7	13	2	31
2.000-2.499	3	7	1	35
Tổng cộng	14	29	4	83

Nhận xét: tỉ lệ bệnh nhân sinh tại BVĐKTƯTN là 83/130 (63,8%) trong khi đó chỉ có 14 trẻ sinh tại trạm y tế xã chiếm 10,7%.

Bảng 4. Triệu chứng lâm sàng theo cân nặng của trẻ

Cân nặng (g) / Tr.chứng LS	1.000-1.499		1.500-1.999		2.000-2.499		Tổng cộng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tím hoặc nhợt nhạt	63	48,5	35	26,9	25	19,2	123	94,6
Thở rên	13	10,0	24	18,5	24	18,5	61	46,9
Ngừng thở	14	10,8	21	16,1	9	6,9	44	33,8
Trương lực cơ giảm	3	2,3	9	6,9	18	13,8	30	23,0
Đùn bọt cua	8	6,2	10	7,7	11	8,5	29	22,3

Nhận xét: triệu chứng gặp nhiều nhất là tím sau đến thở rên, ngừng thở, những triệu chứng ít gặp hơn là giảm trương lực cơ và sùi bọt cua.

Bảng 5. Triệu chứng cận lâm sàng theo cân nặng của trẻ

Cân nặng(g) / Các chỉ số	1.000-1.499	1.500-1.999	2.000-2.499	p
SpO_2	80,7 ± 10,0	84,0 ± 4,0	81,2 ± 11,4	>0,05
Hồng cầu	4,1 ± 0,5	4,4 ± 0,69	4,4 ± 0,73	
Huyết sắc tố	154,1 ± 47,4	161,7 ± 50,0	152,9 ± 23,5	
Hematocrite	45,1 ± 8,5	47,4 ± 7,0	48,1 ± 7,15	
Blirubin gián tiếp	189,2 ± 124,7	184,0 ± 84,5	195,7 ± 61,9	
Protein toàn phần	50,0 ± 6,7	54,1 ± 6,2	57,2 ± 10,9	<0,05

Nhận xét: qua kết quả bảng 5 cho thấy SpO_2 ở các mức cân nặng đều thấp, các chỉ số huyết học đều ở mức bình thường, tuy nhiên lượng protein toàn phần thấp và có sự khác biệt giữa các nhóm cân nặng.

BÀN LUẬN

Qua phân tích kết quả nghiên cứu trên 130 bệnh nhân sơ sinh bị suy hô hấp cấp, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ bệnh nhân nam cao hơn tỉ lệ bệnh nhân nữ, kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của các tác giả khác trong những năm gần đây, đây có thể do sự mất cân nặng giới khá phổ biến tại các địa phương hiện nay. Theo Nguyễn Trọng Nơi tỉ lệ nam/nữ là 1,73/1; Nguyễn Thành Út thấy tỉ lệ nam/nữ là 50/22 [4],[5]. Tỉ lệ bệnh nhân có cân nặng dưới 2000g chiếm 64,6%, điều này cho thấy suy hô hấp rất hay gặp ở trẻ sơ sinh có cân nặng thấp, trong nghiên cứu này chúng tôi không chọn vào nghiên cứu những trẻ có cân nặng dưới 1000g vì những trẻ này thường suy hô hấp rất nặng do tổ chức phổi còn non và chảy máu phổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian bệnh nhân vào viện ngay trong ngày đầu là 93,8%. Theo chúng tôi tỉ lệ này rất cao và có liên quan với nơi sinh của trẻ, trong nghiên cứu của chúng tôi 63,8% bệnh nhân sinh tại khoa sản của Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên, khi trẻ bị suy hô hấp là được chuyển ngay sang khoa nhi, chỉ có một số ít trẻ vào viện muộn đó là những bệnh nhân được chuyển từ các bệnh viện khác đến. Bệnh nhân được chuyển sang phòng sơ sinh ngay cho thấy việc kết hợp giữa khoa sản và khoa nhi, việc này rất có lợi cho việc chăm sóc và điều trị suy hô hấp sơ sinh. Bệnh nhân đến sớm là yếu tố tiên lượng tốt vì sẽ tránh được nguy cơ thiếu oxy kéo dài dễ dẫn đến những biến chứng và di chứng sau này cũng như giảm nguy cơ tử vong sớm do suy hô hấp cấp [7]. Trong số bệnh nhân của chúng tôi có 29 bệnh nhân sinh tại bệnh viện huyện, những trẻ này thường suy hô hấp nặng và đến muộn sau khi đã được điều trị tại tuyến dưới. Khác với kết quả nghiên cứu của Khu Thị Khánh Dung và CS tại Bệnh viện Nhi trung ương, tại đây bệnh nhân chủ yếu từ tuyến dưới chuyển đến, tình trạng suy hô hấp nặng nề hơn và đã được xử trí tại tuyến dưới [1]. Triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất là tím và nhợt nhạt (94,6%) sau đến là thở rên, chiếm 46,9% các trường hợp và không thấy sự khác biệt giữa các lứa tuổi. Chúng tôi cũng gặp 33,8% bệnh nhân có dấu hiệu ngừng thở, những trẻ có dấu hiệu ngừng thở thường là những trẻ suy hô hấp nặng (suy hô hấp độ 3). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thành Út thấy 55,6% bệnh nhân ngừng thở, 18,0% trẻ thở rên, 97,0% tím tái [6]. Dấu hiệu ngừng thở ở những trẻ cân nặng dưới 2.000g cao hơn trẻ trên 2.000gam, kết quả này tương tự như nghiên cứu

của Malawi K. và CS [8]. Rất tiếc là tại bệnh viện chưa làm được xét nghiệm Astrup nên không đánh giá được tình trạng rối loạn thăng bằng toan kiềm của bệnh nhân.

Kết quả bảng 5 cho thấy các chỉ số huyết học của trẻ suy hô hấp cấp không có nhiều biến đổi, các chỉ số vẫn nằm trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt giữa các lứa tuổi của trẻ, nhưng các chỉ số sinh hoá có thay đổi, đặc biệt là lượng protein toàn phần thấp hơn bình thường và thấp nhất ở những trẻ cân nặng dưới 1500gam.

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ (67,0% so với 37,0%). Tỉ lệ trẻ có cân nặng 1000-1500g: 24,6%; 1500-2000g: 40,0%; 2000-2500g: 35,4%. 93,8% bệnh nhân vào viện ngay ngày đầu sau đẻ.

- Triệu chứng hay gặp nhất là tím và nhợt nhạt (94,6%), thở rên (46,9%), ngừng thở (33,8%), đùn bọt cua (22,3%), giảm trương lực cơ (23,0%). Các chỉ số sinh hoá, huyết học đều ở mức giới hạn, nhưng protein toàn phần ở các mức cân nặng đều thấp.

SUMMARY

Object: A cross-sectional study was conducted to determine characteristics of respiratory failure in premature infants at Thainguyen Central General Hospital from April 2008 to April 2009.

Results: There were 130 premature patients with respiratory failure admitted to the hospital in 12 months. The percentage of boys were much higher than girls, 76.0% and 37.0%, respectively. 64,6% of patients had the body weight under 2000 grams. Almost patients were hospitalized in first day after delivery (93.8%). Among them, 10.7% of patients were delivered at communal health station. The common symptoms were cyanosis (94.6%), grunting (46.9%), and brief stop in breathing (33.8%), foam heat (22.3%) and hypotonia (23.0%). Biochemical and hematological results were in normal range except for low total protein level.

Conclusion: Respiratory distress is common disease in premature who has weight under 2,000g. Almost the patients were hospitalized in first day after birth. Grunting and stop breathing are common symptoms.

Keywords: Thainguyen Central General Hospital, Respiratory distress.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khu Thị Khánh Dung, Nguyễn Thu Hà và CS (2007) “Nghiên cứu ứng dụng hệ thống CPAP tự tạo tại khoa sơ sinh bệnh viện Nhi TW” - Hội thảo khoa học chuyên đề: Một số kinh nghiệm trong điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh.

2. Nguyễn Công Khanh, Trần Quỵ (2001), “Suy hô hấp sơ sinh”, Cấp cứu nhi khoa, NXB Y học, Hà Nội, 302 - 07.

3. Khổng Thị Ngọc Mai, Nguyễn Bích Hoàng (2006) “Một số nhận xét kết quả sử dụng máy thở SKE-CPAP trong điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tháng” - Hội thảo khoa học chuyên đề: Một số kinh nghiệm trong điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh.

4. Nguyễn Trọng Nơi (2008), "áp lực và nồng độ oxy khí hít vào của chế độ thở NCPAP trong điều trị suy hô hấp cấp sơ sinh", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 57, 4, 123-28.

5. Đỗ Hồng Sơn (2002) “Nghiên cứu thở áp lực dương liên tục qua mũi trong điều trị suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh đẻ non”, Luận văn thạc sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. Nguyễn Thành út (2002), "Đặc điểm suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh tại BVĐK Tiền Giang năm 2002", WWW.Ykhoa.net.

7. Gonzalez de Dios (2001), "Factor predictive of neurological sequenlae in term newborn infants with perinatal asphyxia", Rev. Neuro, 1 - 15.

8. Malavi K.Witte (1998), "Acute respiratory failure", Pediatric intensive care, 95 - 97.