

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀNG DA TRẺ SƠ SINH NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

NGUYỄN THỊ MAI - *Bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La*
NGUYỄN VĂN SƠN - *Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*
NGUYỄN VIỆT HÙNG - *Cục Quản lý KCB*

TÓM TẮT

Bên cạnh những hội chứng lớn như Suy hô hấp sơ sinh, Nhiễm trùng sơ sinh thì Vàng da sơ sinh là một hội chứng thường gặp trong thực hành nhi khoa hàng ngày. Bệnh nhân cần được chẩn đoán và điều trị đúng để tránh cho trẻ bị đe dọa tính mạng hoặc sống với di chứng thần kinh nặng nề. Để tìm hiểu đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng sơ sinh non tháng vàng da tăng bilirubin tự do. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 310 trẻ sơ sinh non tháng vàng da điều trị tại khoa nhi bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên theo phương pháp mô tả cắt ngang. Kết quả cho thấy đa số vàng da xuất hiện 49-72 giờ sau sinh, vàng da được phát hiện khi trẻ vàng đến vùng 3, vùng 4, vẫn còn những trẻ được phát hiện vàng da muộn khi đã có biểu hiện triệu chứng tổn thương não, có mối tương quan thuận giữa mức độ vàng da trên lâm sàng và bilirubin máu tự do. Vàng da chủ yếu xảy ra ở trẻ có mẹ mang nhóm máu O, con mang nhóm máu B, trẻ càng non cân nặng càng thấp có mức bilirubin máu càng thấp, trẻ có biểu hiện tổn thương não khi bilirubin toàn phần trung bình 261.75 ± 100.8 , bilirubin GT trung bình 247.72 ± 95.79 . Có 37.1% không có yếu tố đối kháng nhóm máu mẹ con hệ ABO, 99.6% trẻ vàng da có suy hô hấp sau đẻ, 40.4% trẻ vàng da chưa tìm thấy nguyên nhân, 22.6% có yếu tố đối kháng nhóm máu mẹ con hệ ABO, 17.1% mẹ vỡ ối trên 6 giờ, chỉ có 6.5% có mẹ dùng thuốc kích sinh (Oxytocin). Còn 13.3% trẻ vàng da được đánh giá mức độ vàng da trên lâm sàng không tương xứng với mức bilirubin ở cùng một thời điểm. Ở nhóm trẻ dưới 35 tuần có tần số giảm protein máu cũng như albumin nhiều hơn nhóm trẻ từ 35 tuần đến dưới 37 tuần.

Từ khóa: vàng da sơ sinh.

SUMMARY

Besides the major syndromes such as neonatal respiratory distress, neonatal infections, the newborn jaundice is a common syndrome in pediatric practice daily. Patients should be diagnosed and treated properly to avoid children with life-threatening or life with severe neurological sequelae. To explore the clinical characteristics subclinical premature newborn jaundice

hyperbilirubinemia freedom. We conducted a study on 310 preterm newborn jaundice treated at pediatric hospitals in the state central cross-sectional descriptive methods. The results showed that the majority of jaundice appear 49-72 hours after birth, jaundice is detected when the golden child 3, the 4, still young jaundice is detected late when symptoms had damage brain injury, with a positive correlation between the degree of clinical jaundice and hyperbilirubinemia freedom. Jaundice occurs mainly in children whose mothers take O blood group, blood type B child bearing, children as young as lower weight, lower blood bilirubin levels, children show signs of brain damage when bilirubin average 261.75 ± 100.8 , indirect bilirubin average 247.72 ± 95.79 . 37.1% have no countervailing factors mother ABO blood group, 99.6% of children with jaundice after birth with respiratory distress, jaundice 40.4% of children had not found the cause, 22.6% had blood group factor antagonists mother ABO, down 17.1% mom amniotic leak in 6 hours, only 6.5% have used drugs birth mother (oxytocin). And 13.3% of children were jaundiced assessment of clinical jaundice with a bilirubin is not proportionate at the same time. In infants less than 35 weeks may reduce the frequency of blood proteins albumin and more children aged 35 weeks to less than 37 weeks.

Keywords: newborn Jaundice.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Vàng da ở trẻ sơ sinh (VDSS) là hiện tượng sinh lý xảy ra ở phần lớn trẻ sơ sinh liên quan tới đặc điểm về chuyển hóa bilirubin trong cơ thể trẻ ở những ngày đầu sau sinh. Vàng da được xem là bình thường khi ở trẻ đủ tháng có bilirubin $<14,8$ mg% và ở trẻ thiếu tháng <10 mg%, với điều kiện: trẻ bú tốt, nước tiểu vàng, ỉa phân vàng 2-3 lần/ngày. Tại Khoa nhi BVĐKTƯ-TN trong 5 năm 2001-2005 VDTBILTĐ30% ở trẻ đủ tháng và 36.75% trẻ đẻ non [8] và Đào Minh Tuyết nghiên cứu năm 2009 tỷ lệ vàng da tăng Bilirubin TD ở trẻ đẻ non là 67,9% trong tổng số sơ sinh vàng da. Theo Nguyễn Thị Xuân Hương và cộng sự trong 3 năm từ 2008 – 2010 tại Khoa nhi BVĐKTƯ-TN tỷ lệ trẻ sơ sinh

non tháng là 53,6% trong đó có 20,3% bị vàng da [7], nghiên cứu ở bệnh viện nhi TƯ (2005) của Khu Thị Khánh Dung Vàng da tăng bilirubin TD ở trẻ đẻ non chiếm 63,57% trong tổng số sơ sinh vàng da, Nguyễn Quỳnh Nga trẻ đẻ non vàng da bệnh lý chiếm 67,8%. Vàng da nhân não là một trong sáu nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ sơ sinh [2],[12] ở BVĐKTU Thái Nguyên năm 2009 có 38,8% trẻ sơ sinh vào viện vì vàng da tăng bilirubin tự do, trong đó có 3,1% trẻ phải điều trị thay máu và 9,2% trẻ tử vong hoặc diễn biến nặng xin về[8] Vàng da sơ sinh bệnh lý tuy thường gặp nhưng dễ bị bỏ qua, một số trường hợp khi phát hiện đã quá muộn vì có thể diễn biến từ vàng da tăng bilirubin tự do nặng sang giai đoạn vàng nhân não thường xảy ra rất nhanh và phức tạp có khi chỉ trong vòng vài giờ [3], [4]. Việc nghiên cứu vàng da bệnh lý sơ sinh non tháng là hết sức cần thiết. Nhằm góp phần nâng cao hiệu quả điều trị hạn chế biến chứng vàng da nhân và tỷ lệ tử vong sơ sinh chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến vàng da ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên” với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng của vàng da do tăng bilirubin tự do ở trẻ sơ sinh non tháng tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên năm 2012.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ sơ sinh non tháng (dưới 37 tuần) bằng hoặc dưới 28 ngày tuổi bị vàng da do tăng Bilirubin gián tiếp, bilirubin toàn phần trong máu trên 7mg%.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng.

Bảng 1: Thời điểm xuất hiện vàng da

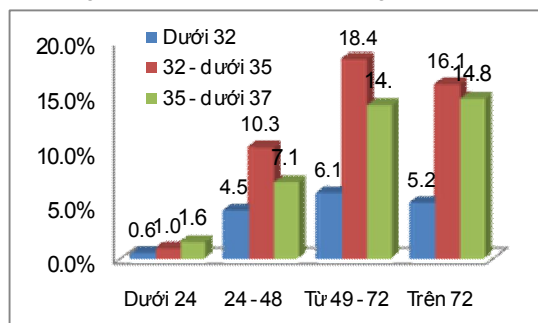
Thời điểm xuất hiện vàng da (Giờ)	N	Tỷ lệ %
Dưới 24	10	3.2
Từ 24 đến 48	68	21.9
Từ 49 đến 72	120	38.7
Trên 72	112	36.1
Không rõ thời điểm	0	0
Tổng	310	100

Nhận xét: Phần lớn trẻ xuất hiện vàng da từ 49 đến 72 giờ chiếm tỷ lệ 38,7%.

Bảng 2: Thời điểm xuất hiện vàng da theo cân nặng:

Cân nặng (gram)	Thời điểm xuất hiện vàng da (giờ)				p
	< 24 N (%)	Từ 24-48 N (%)	Từ 49-72 N (%)	>72 N (%)	
Dưới 1500	0 (0)	119 (3.5)	10 (3.2)	8 (2.6)	0.15
Từ 1500 đến dưới 2000	6 (1.9)	22 (7.1)	51 (16.5)	38 (12.3)	
Từ 2000 đến dưới 2500	4 (1.3)	35 (11.3)	59 (19)	66 (21.3)	
Tổng N	10 (3.2)	68 (21.9)	120 (38.7)	112 (36.1)	

Nhận xét: Kết quả bảng 2 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$) giữa các nhóm cân nặng về thời điểm xuất hiện vàng da.



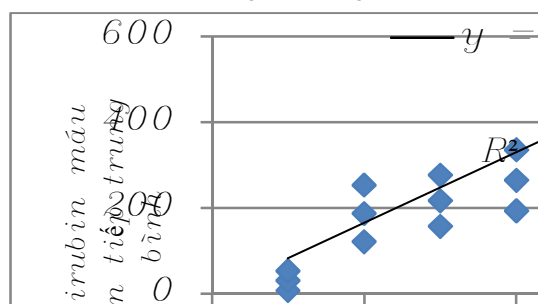
Biểu đồ 1: Thời điểm xuất hiện vàng da theo tuổi

Nhận xét: Kết quả biểu đồ 1 cho thấy đa số trẻ vàng da xuất hiện ở thời điểm 49 đến 72 giờ, nhiều nhất là ở trẻ 32 đến dưới 35 tuần, ít nhất ở trẻ dưới 32 tuần.

Bảng 3. Nồng độ bilirubin trung bình theo vùng vàng da khi được phát hiện (theo Kramer)

Vùng	n	%	Bilirubin trung bình ($\mu\text{mol/l}$)		
			Toàn phần	Gián tiếp	Trực tiếp
1	3	1	40.2± 25.9	31±22.3	8.83±4.14
2	41	13.2	207.56± 58.6	187.64± 65.93	21.21± 30.66
3	204	65.8	233.7± 58.52	217.31± 59.69	14.22±11.97
4	59	19	279.64± 72.93	264.93± 71.13	14.58± 5.82
5	3	1	511.47±64.89	486±71.08	25.27± 7.65
Tổng	310	100	239.81± 72.76	223.25±73.76	15.27±15.15
P			<0.05	<0.05	>0.05

Nhận xét: Kết quả bảng 3 cho thấy đa số vàng da được phát hiện khi vàng vùng 3 chiếm 65,8% tương đương mức bilirubin TP trung bình 233,7±58,52. Một số rất ít phát hiện ở vùng 1 và vùng 5 chiếm 1%.



Biểu đồ 2. Tương quan giữa vùng vàng da và bilirubin máu gián tiếp

Nhận xét: Có sự tương quan thuận mức độ vừa giữa vùng vàng da trên lâm sàng và nồng độ bilirubin máu gián tiếp trung bình ($r=0.426$).

Bảng 4. Biểu hiện thần kinh và mức bilirubin tương ứng:

Triệu chứng		n	%	bilTPT B (mmol/l)	bilGTT B (mmol/l)	P	
Biểu hiện thần kinh (có vàng da nhân)	Có	Li bì	3	1	264.13 ±107.8	205± 1.057	0.002
		Rối loạn nhịp thở	5	1.6	212.78 ±38.3	199.38 ± 28.7	
		Giảm phản ứng bú	10	3.2	215.15 ±38.3	203.33 ± 54.73	
		Cơn tím Tái	2	0.6	272.95 ±78	257.9± 83	
		Tăng trương lực cơ nhẹ	2	0.6	351.5± 65.8	333.1± 59.68	
		Li bì và giảm Phản ứng bú	1	0.3	180.3	174.6	
		Li bì và cơn tím tái	1	0.3	183.3	169.7	
		Giảm phản ứng bú và RLNT	1	0.3	412.1	398.8	
		Giảm phản ứng bú và cơn tím tái	2	0.6	374.4± 1.074	352.15 ± 90.72	
		RLNT và cơn tím tái	3	1	205.03 ±75.86	194.53 ± 72.58	
		Giảm PƯ bú, tăng TL cơ, cơn tím tái	1	0.3	475.2	431.3	
Li bì, mất PƯ bú, RINT, cơn tím tái, Tăng TI cơ nhẹ	1	0.3	504.4	483.3			
		32	10.3	261.75 ±100.8	247.12 ± 95.79		

Nhận xét: Có 32 (10.3%) trẻ có biểu hiện triệu chứng thần kinh, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P=0.002 <0.05) giữa các nhóm có triệu chứng tổn thương thần kinh về mức độ bilirubin TP trung bình và bilirubinGT trung bình.

Bảng 5. Tương xứng giữa vùng vàng da và mức độ bilirubin:

Sự tương xứng vùng VD và bil cùng thời điểm		n	%	Điều trị vàng da		P
				Có N(%)	KhôngN(%)	
Không tương xứng	Vùng vàng da >mức bil	21	6.8	16(5.2)	5(1.6)	0.338
	Vùng vàng da <mức bil	20	6.5	18(5.8)	2(0.6)	
Tương xứng		269	86.8	234(75.5)	35(11.3)	

Nhận xét: Trong 310 trẻ vàng da có 41(13.3%) trẻ không tương xứng giữa vùng vàng da và xét nghiệm bilirubin ở cùng thời điểm.

Bảng 6: Tần xuất các nguyên nhân hay yếu tố bệnh lý gây vàng da theo tuổi:

Tuổi thai (tuần)	< 32	32-<35	35-<37	(%)
Các yếu tố chính	N (%)	N (%)	N (%)	
Không có yếu tố đối kháng NM ABO mẹ - con	21 (6.8)	62 (20)	32 (10.3)	115 (37.1)
Có yếu tố đối kháng NM ABO mẹ - con	9 (2.9)	32 (10.4)	29 (9.3)	70 (22.6)
Không rõ nguyên nhân (chưa làm được xn nhóm máu mẹ con)	21 (6.8)	48 (15.5)	56 (18.1)	125 (40.4)
Trẻ có suy hô hấp sau đẻ	39 (18.7)	105 (50.3)	64 (30.6)	208 (99.6)
Mẹ dùng thuốc oxytocin	0 (0)	10 (3.2)	10 (3.2)	20 (6.5)
Mẹ vỡ rốn ối trên 6 giờ	8 (2.6)	29 (9.4)	16 (5.2)	53 (17.1)

Nhận xét: Kết quả bảng 6 cho thấy tần xuất vàng da vì yếu tố chính ở trẻ từ 32 đến dưới 35 tuần là cao nhất, ở trẻ dưới 32 tuần là thấp nhất. Trẻ vàng da có suy hô hấp sau đẻ có tần xuất cao nhất (99.6%), tiếp theo là trẻ vàng da chưa tìm thấy nguyên nhân (40.4%), không có yếu tố đối kháng mẹ con hệ ABO (37.1%), có yếu tố đối kháng nhóm máu mẹ con hệ ABO (22.6%), mẹ vỡ rốn ối trên 6 giờ (17.1%), cuối cùng là mẹ dùng thuốc kích sinh (Oxytocin) 6.5%.

2. Đặc điểm cận lâm sàng.

Bảng 7. Đặc điểm nhóm máu con hệ ABO:

Nhóm Máu hệ ABO của con	N	Tỷ lệ %
B	86	45.74
A	41	21.81
AB	8	4.25
O	53	28.2
	188	100

Nhận xét: Phần lớn trẻ vàng da non tháng có nhóm máu B (45.74%), ít nhất là trẻ có nhóm máu AB chiếm 4.25%.

Bảng 8. Đặc điểm nhóm máu mẹ hệ ABO:

Nhóm Máu hệ ABO của mẹ	N	Tỷ lệ %
B	77	29.27
A	59	22.43
AB	14	5.32
O	113	42.97
	263	100

Nhận xét: Phần lớn mẹ của trẻ non tháng vàng da có nhóm máu O chiếm 42.97%, ít nhất là mẹ có nhóm máu AB.

Bảng 9: Mức độ bilirubin trung bình lúc trước điều trị vàng da của trẻ theo cân nặng.

Trọng lượng(gram)	n	Mức độ bilirubin trung bình(mmol/l)		
		TP	TT	GT
< 1500	29	208.44± 67.086	12.665± 4.069	195.77± 65.415
1500 - <2000	117	239.14± 65.069	16.2368± 16.1	212.92± 66.771
2000 - <2500	164	252.25± 76.495	15.041± 15.66	235.47± 77.76
	310	239.81± 72.76	15.27± 15.16	223.25± 73.77
P		< 0.05	> 0.05	< 0.05

Nhận xét: Kết quả bảng 9 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0.05$) về mức độ bilirubin giữa các nhóm cân nặng. Cân nặng càng cao thì bilirubin càng lớn.

Bảng 10: Mức độ bilirubin trung bình lúc trước điều trị vàng da theo tuổi thai:

Tuổi thai (tuần)	n	Mức độ bilirubin trung bình (mmol/l)		
		TP	GT	TT
< 32	51	215.89± 65.17	202.3± 63.35	13.58± 4.4
32 - <35	142	237.41± 74.16	221.3± 75.12	15.83± 18.21
35 - <37	117	253.14± 71.75	234.74± 74.68	15.33± 18.21
	310	239.81± 72.76	223.25± 73.77	15.27± 15.16
P		< 0.05	> 0.05	< 0.05

Nhận xét: Kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0.05$) về mức độ bilirubin giữa nhóm dưới 32 tuần tuổi và nhóm từ 35 đến dưới 37 tuần tuổi. Tuổi thai càng cao thì bilirubin càng lớn.

Bảng 11: Phân bố cận lâm sàng theo tuổi thai:

Tuổi thai (tuần) Đặc điểm	Dưới 32		Từ 32-35		Từ 35 - <37		P
	n	%	n	%	n	%	
Nồng độ Hb <14g/dl	16	5.2	39	12.6	24	7.7	0.253
Đường huyết <400mg/l	17	5.5	65	21	48	15.5	0.294
Protein TP huyết <48(g/l)	29	9.4	43	13.9	18	5.8	0.0
BilirubinGT (TB) (mmol/l)	51	202.3± 63.35	142	221.3± 75.12	117	234± 74.67	0.029
Albumin huyết <30g/l	27	8.7	41	13.2	24	7.7	0.0
PT <70%	42	13.5	99	31.9	85	27.4	0.219

Nhận xét: kết quả của bảng 11 cho thấy tần xuất vàng da có protein TP dưới 48 g/l, albumin huyết dưới 30g/l, mức bilirubinGT trung bình ở các tuổi thai là khác nhau.

BÀN LUẬN

1. Bàn luận về đặc điểm lâm sàng

- Thời điểm xuất hiện vàng da trung bình theo tuổi: Đa phần trẻ xuất hiện vàng da ở thời điểm 49 đến 72 giờ chiếm 38.7%, thời điểm xuất hiện vàng da sớm trước 49 giờ đa phần trẻ có bệnh nhiễm khuẩn kèm theo trước khi vàng da và trẻ có suy hô hấp kèm theo kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh, Trần Thị Hải Vân [9],[11]. Thời điểm vàng da ở cả 3 nhóm tuổi đẻ non là tương đương nhau

- Nồng độ bilirubin trung bình theo mức độ vàng da trên lâm sàng: Đa số trẻ vàng da được phát hiện khi vàng ở vùng 3 chiếm 65.8%, vùng 4 (19%), một số rất ít được phát hiện ở vùng 1(1%), vùng 5(1%) (bảng 3). Nồng độ bilirubin ở lần xét nghiệm đầu tiên cho thấy đa phần ở mức độ thấp (bilirubin < 250 μ mol/l) và vừa (bilirubin 250 đến dưới 340 μ mol/l) kết quả này cũng phù hợp nghiên cứu của Đào Minh Tuyết 2009 [8],

Nguyễn Bích Hoàng 2008[6]. So với nghiên cứu của Phạm Đỗ Ngọc Diệp [2] nồng độ bilirubin của chúng tôi thấp hơn, điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi trên trẻ sơ sinh non tháng đa phần được nằm theo dõi tại viện được phát hiện sớm.

- Có mối tương quan thuận giữa mức độ vàng da trên lâm sàng và nồng độ bilirubin máu (biểu đồ 2), điều này cũng tương tự như sơ đồ của Kramer. Tuy nhiên bilirubin máu trung bình tương ứng theo từng vùng vàng da trên lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn ở nhóm trẻ vàng da vùng 2 có nồng độ bilirubinGT trung bình (187.64± 65.93 μ mol/l), ở nhóm trẻ vàng da vùng 5 trong nghiên cứu của chúng tôi đến (486±71.08 μ mol/l). Do trẻ đẻ non thường có nồng độ albumin thấp, lại hay có suy hô hấp và một số trẻ đến muộn với mức bilirubin quá cao. Cần theo dõi điều trị chiếu đèn sớm cho những trẻ đẻ non có vàng da vùng 2, 3 tránh bỏ sót dẫn đến hậu quả đáng tiếc ảnh hưởng đến tương lai của trẻ.

-Biểu hiện triệu chứng thần kinh: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 32/310 (10.3%) trẻ có biểu hiện triệu chứng tổn thương thần kinh, đa phần là biểu hiện giảm phản ứng bú có 15/32 trường hợp chiếm 46.87% ngoài ra còn biểu hiện rối loạn nhịp thở 10/32, li bì 6/32, tăng trương lực cơ nhẹ 3/32, cơn tím tái 8/32, mất phản xạ bú 1/32, tăng trương lực cơ 1/32. Có khi biểu hiện triệu chứng tổn thương thần kinh ngay khi bilirubin máu toàn phần trung bình 280 μ mol/l (15mg/dl).

Điều này rất có ý nghĩa để tư vấn cho các bà mẹ và gia đình, cán bộ y tế trong việc theo dõi điều trị chiếu đèn sớm cho những trẻ đẻ non có vàng da tránh chậm trễ dẫn đến hậu quả đáng tiếc ảnh hưởng đến tương lai của trẻ.

- Sự tương xứng giữa vùng vàng da khi bắt đầu phát hiện với mức độ bilirubin. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 86.8% là có sự tương xứng giữa vùng da xét nghiệm bilirubin khi bắt đầu đánh giá vàng da, 13.3% là không tương xứng giữa vùng vàng da trên lâm sàng và mức độ bilirubin ở cùng một thời điểm bắt đầu vàng da. Có lẽ do màu da của sơ sinh non tháng đỏ hơn trẻ đủ tháng sự đánh giá mức độ vàng da trẻ đẻ non trên lâm sàng cũng khó chính xác hơn, hơn nữa việc đánh giá bằng mắt thường rất chủ quan và dễ sai lệch. Mặc dù sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($P > 0.05$) giữa nhóm có tương xứng và không tương xứng giữa mức độ vàng da và bilirubin trong việc điều trị vàng da. Nhưng đây cũng là vấn đề phải chú ý ở trẻ sơ sinh non tháng cố gắng các cơ sở y tế phải làm được xét nghiệm bilirubin cho trẻ, các đèn chiếu vàng da là phương tiện không thể thiếu để điều trị trẻ vàng da bệnh lý cũng như những trẻ vàng da nặng cũng cần được trang bị, hệ thống bác sỹ và điều dưỡng cũng cần phải được đào tạo liên tục để có kinh nghiệm phát hiện, điều trị.

-Xét về tần xuất các yếu tố bệnh lý có thể là nguyên nhân gây tăng bilirubin máu ở 310 trẻ bị vàng da chúng tôi thấy đại bộ phận 227/310 có điều kiện thuận lợi (con bị suy hô hấp có 208/310 trẻ, trẻ có mẹ dùng thuốc oxytocin 20/310, trẻ có mẹ vỡ ối trên 6 giờ 53/310, 115/310 (37.1%) trẻ có vàng da không có

yếu tố đối kháng nhóm máu mẹ con hệ ABO, kết quả này về cơ bản cũng phù hợp với thống kê về nguyên nhân vàng da của một số tác giả khác [1,12].

2. Đặc điểm cận lâm sàng.

- Tỷ lệ nhóm máu con: Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa làm được nhiều xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân huyết tán khác cũng như chưa làm được hiệu giá kháng thể để khẳng định có bất đồng nhóm máu mẹ con hệ ABO thật sự không, nhưng kết quả của chúng tôi cho thấy đa phần trẻ vàng da mang nhóm máu B (86/188 45.74%), 113/263 (43%) trẻ vàng da có mẹ mang nhóm máu O.

- Mức độ bilirubin trung bình lúc trước điều trị theo cân nặng và tuổi thai: Lượng bilirubin toàn phần và gián tiếp tăng ở mức độ thấp và vừa, tuổi thai càng nhỏ, cân nặng càng thấp thì lượng bilirubin toàn phần và gián tiếp càng thấp sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($P < 0.05$). Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Ngọc Hân năm 2011 tại bệnh viện Việt Nam – Cu Ba, Đồng Hới [5], nhưng ngược với ghi nhận của y văn (Vàng da tăng bilirubin ở trẻ sơ sinh tỷ lệ nghịch với tuổi thai), điều này có lẽ là do trẻ đẻ non được theo dõi ngay sau đẻ tại phòng dưỡng nhi nên được phát hiện vàng da sớm nên mức bilirubin còn thấp

- Sự phân bố cận lâm sàng theo tuổi thai: Theo kết quả bảng 11, cho thấy chủ yếu trẻ vàng da của chúng tôi là không có Protein toàn phần dưới 48 g/l (220/310 chiếm 71%), không có Albumin huyết dưới 30 g/l (218/310 chiếm 70.3%). Protein toàn phần dưới 48 g/l tập chung chủ yếu ở nhóm tuổi dưới 32 tuần chiếm 32,2% và từ 32 đến dưới 35 tuần (47.8%), còn nhóm từ 35 đến dưới 37 tuần thì chiếm tỷ lệ ít hơn (20%). Albumin huyết dưới 30 g/l ở nhóm trẻ dưới 32 tuần chiếm (29.3%) và từ 32 đến dưới 35 tuần (44.6%), còn nhóm từ 35 đến dưới 37 tuần thì chiếm tỷ lệ ít hơn (26.1%). Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê $p < 0.05$, điều này cũng đúng với ghi nhận của y văn (trẻ càng non thì lượng albumin càng giảm) do trẻ càng non bộ máy tiêu hóa chưa hoàn chỉnh dự trữ albumin hạn chế, hấp thu và tiêu hóa kém.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần trẻ vàng da không có giảm Hb dưới 14g/dl cũng không có sự khác biệt về nồng độ Hb trong các nhóm tuổi thai non tháng vàng da, điều này có thể do đa phần trẻ vàng da của chúng tôi được xét nghiệm ngay trong ngày đầu sau sinh nên nồng độ Hb còn cao đặc thù của trẻ trong tuần đầu sau sinh

- Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy đa phần trẻ vàng da không có xét nghiệm đường huyết dưới 400 mg/dl (dưới 2,2 mmol/l). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần xuất mắc vàng da giữa các nhóm tuổi thai ($p > 0.05$). Kết quả này tương ứng với một số tác giả khác [1, 10].

- Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy đa phần trẻ vàng da có xét nghiệm Prothrombin (PT) $< 70\%$ (226/310 chiếm 72.9%).

KẾT LUẬN

1. Về lâm sàng đa số bệnh nhi vàng da được phát hiện khi vàng đến vùng 3, chủ yếu vàng davào thời

điểm 49 đến 72 giờ 38.7%, chỉ có 3.2% vàng da xuất hiện dưới 24 giờ, vàng da xuất hiện nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 32 đến dưới 35 tuần chiếm 45.8%, ít nhất ở nhóm tuổi dưới 32 tuần 16.5%. Có 10.3% trẻ có biểu hiện triệu chứng tổn thương cơ tổn thương não, tương ứng với mức bilirubin gián tiếp trung bình 247.12±95.79 μ mol/l, khi bilirubin tăng 483.3 μ mol/l thì trẻ có tổn thương não thực sự (Tăng trương lực cơ rối loạn nhịp thở). Có 13.3% là đánh giá mức độ vàng da trên lâm sàng không tương xứng với mức độ tăng bilirubin theo Kramer. Trong 310 trẻ có 185 cặp được xét nghiệm nhóm máu mẹ con có 70 cặp (chiếm 37.8%) có yếu tố đối kháng nhóm máu mẹ con hệ ABO, không có cặp nào có bất đồng nhóm máu mẹ con thuộc hệ Rh(D).

2. Về cận lâm sàng có 188 trẻ được làm xét nghiệm nhóm máu có 86 trẻ là nhóm máu B (45.74%). Có 263 trẻ vàng da có mẹ được xét nghiệm nhóm máu có 113 (36.5%) mẹ mang nhóm máu O. Đa phần trẻ vàng da có mức độ bilirubin tăng ở mức thấp và vừa có liên quan thuận đến tuổi thai. Có sự tương quan thuận giữa vùng vàng da và bilirubin máu gián tiếp. Tỷ lệ giảm protein máu, giảm albumin máu ở các mức tuổi thai là khác nhau.

KHUYẾN NGHỊ

- Cần có các lớp tập huấn định kỳ kiến thức về vàng da sơ sinh cho các nữ hộ sinh và lý tưởng hơn là cho các bà mẹ đang mang thai ở các cơ sở khác nhau

- Cần chiếu đèn sớm dự phòng cho tất cả bệnh nhi non tháng mà có vàng da

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Liên Anh (2002), “Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và bước đầu đánh giá kết quả thay máu cho trẻ sơ sinh vàng da tăng Bilirubin gián tiếp trong máu”, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa II, Hà Nội.

2. Phạm Đỗ Ngọc Diệp (2003), “Đánh giá hiệu quả điều trị vàng da tăng Bilirubin tự do ở trẻ sơ sinh bằng chiếu đèn halogen tại khoa sơ sinh bệnh viện Saint – Paul”, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa II, Hà Nội.

3. Khu Thị Khánh Dung, Nguyễn Kim Nga và cs (2007), “Vàng da tăng bilirubin gián tiếp ở trẻ sơ sinh, đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, một số yếu tố liên quan và kết quả can thiệp”, Tạp chí Nhi khoa Việt Nam, tập 15 (số 1), Bộ Y tế, tr. 32 – 40.

4. Bùi Thị Thủy Dương (2008), “Nghiên cứu hiệu quả điều trị vàng da tăng bilirubin gián tiếp bằng đèn Rạng đồng ánh sáng xanh ở trẻ sơ sinh đủ tháng tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Nhi Trung ương”, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.

5. Phạm Thị Ngọc Hân (2010), “Nghiên cứu tình hình vàng da tăng Bilirubin tự do ở trẻ sơ sinh được điều trị tại BV Việt Nam – Cu Ba Đồng Hới”, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 385, Tổng hội Y học Việt Nam, tr. 239 – 244.

6. Nguyễn Bích Hoàng (2011), “Thực trạng vàng da tăng bilirubin TD và hiệu quả điều trị chiếu đèn LED tại khoa nhi BVĐKTU Thái Nguyên”, Hội thảo nhi khoa tháng 5/2011, Hội nhi khoa Thái Nguyên, tr.59

7. Nguyễn Thị Xuân Hương và cộng sự (2012), “Tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại khoa Nhi bệnh viện ĐDKTW Thái Nguyên trong 3 năm (2008 – 2010)”, Tạp chí Y học thực hành (số 3/2012), tr 9.

8. Nguyễn Ngọc Siêm, Lâm Thị Mỹ (2005), "Giá trị của phương pháp đo bilirubin qua da ở trẻ sơ sinh vàng da tăng bilirubin gián tiếp", *Tạp chí nghiên cứu khoa học*, tập 38 (số 5), Bộ y tế - Đại học Y Hà Nội, tr. 24 - 27.

9. Nguyễn Thị Thanh và cs (2006), "Tình hình vàng da tăng bilirubin tự do tại khoa sơ sinh bệnh viện Trẻ em Hải Phòng", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2, tập 336, tr.28 - 32.

10. Đào Minh Tuyết (2009), "Đánh giá kết quả điều trị vàng da tăng bilirubin tự do bằng liệu pháp ánh sáng tại khoa Nhi bệnh viện Đa khoa trung ương Thái Nguyên", luận văn thạc sỹ y học, Thái Nguyên.

11. Ngô Minh Xuân và cs(2008), "Hiệu quả của dàn đèn Photobed hai mặt tự chế trong điều trị vàng da sơ sinh do tăng Bilirubin gián tiếp tại khoa Sơ sinh bệnh viện Từ Dũ", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh* số 12, tr.126 - 129.

12. E. Burgos, S. K. Schmitt, D. K. Stevenson, C. S. Phibbs (2008), "Readmission for neonatal jaundice in California, 1991 - 2000", *trends and implications. Pediatrics*. 121(4), p. 864 - 869.