

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ
ĐIỀU TRỊ BỆNH MÀNG TRONG Ở TRẺ SƠ SINH NON THÁNG
TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ NĂM 2021-2022**

Châu Huệ Mân, Phan Quỳnh Như, Ngô Thanh Thảo, Phạm Thị Ngọc Hiền,
Nguyễn Tường Oanh, Phan Việt Hưng, Trần Đức Long, Trần Công Lý*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: 1753010335@student.ctump.edu.vn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh màng trong là bệnh phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất ở trẻ sinh non. Việc điều trị hiệu quả đòi hỏi cần phải phối hợp giữa surfactant, hỗ trợ hô hấp và điều trị những rối loạn kèm theo khi có chỉ định. **Mục tiêu:** 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở những bệnh nhi bị bệnh màng trong. 2) Mô tả kết quả điều trị và xác định một số yếu tố liên quan với kết quả điều trị bệnh màng trong tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 80 trẻ sơ sinh đẻ non mắc bệnh màng trong tại khoa Sơ sinh, Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** Giới tính nam chiếm 52%, tuổi thai trung bình $32,1 \pm 2,3$ tuần, cân nặng trung bình 1824 ± 442 g. Có 45% trẻ suy hô hấp mức độ nặng. Bệnh màng trong độ III-IV chiếm 46%. Kết quả điều trị sau 7 ngày tỉ lệ thành công 53,8%, thất bại 46,2%. Trẻ <32 tuần, <1500 g, xuất hiện cơn ngưng thở kéo dài, mức độ suy hô hấp nặng, bệnh màng trong độ III-IV, kèm nhiễm trùng sơ sinh sớm là những yếu tố làm tăng tỉ lệ thất bại điều trị, tăng tỉ lệ tử vong ($p < 0,05$), kéo dài thời gian hỗ trợ hô hấp và nằm viện. **Kết luận:** Trẻ <32 tuần, <1500g, xuất hiện cơn ngưng thở kéo dài, mức độ suy hô hấp nặng, bệnh màng trong độ III-IV, kèm nhiễm trùng sơ sinh sớm là những yếu tố tiên lượng nặng. Liệu pháp surfactant có hiệu quả trong điều trị bệnh màng trong làm giảm thời gian hỗ trợ hô hấp, giảm biến chứng loạn sản phế quản phổi và tỉ lệ tử vong cho trẻ mắc bệnh màng trong.

Từ khóa: Bệnh màng trong, surfactant, hỗ trợ hô hấp.

ABSTRACT

**STUDY ON CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS
AND TREATMENT OF HYALINE MEMBRANE DISEASE
IN PREMATURE INFANTS
AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL IN 2021-2022**

Chau Hue Man, Phan Quynh Nhu, Ngo Thanh Thao, Pham Thi Ngoc Hien,
Nguyen Tuong Oanh, Phan Viet Hung, Tran Duc Long, Tran Cong Ly*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Hyaline Membrane Disease was the most common disease and the leading cause of death in premature infants. Treatment requires a combination of surfactant, respiratory support and treatment of associated disorders when indicated. **Objectives:** 1) To describe some related factors, clinical and paraclinical characteristics in pediatric patients with Hyaline Membrane Disease. 2) To describe the results of treatment for Hyaline Membrane Disease at Can Tho Children's Hospital **Material and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 80 premature infants with Hyaline Membrane Disease at the Neonatal Department, Can Tho Children's Hospital from June 2021 to June 2022. **Results:** male sex accounted for 52%, mean gestational age 32.1 ± 2.3 weeks, birth weight 1824 ± 442 g. There was 45% of children with severe respiratory failure. Hyaline Membrane Disease grade III-IV accounted for 46%. After 7 days of treatment, the success rate was 53.8%, the failure rate was 46.2%. Newborn with gestational age <32 weeks and birth weight <1500g, occurrence of prolonged

apnea, severe respiratory failure, grade III-IV Hyaline Membrane Disease and early neonatal infection were factors that increase the rate of treatment failure, increase the rate mortality ($p < 0.05$), length of time on respiratory support and hospital stay. **Conclusion:** Newborn with gestational age < 32 weeks and birth weight < 1500 g, occurrence of prolonged apnea, severe respiratory failure, grade III-IV Hyaline Membrane Disease and early neonatal infection are bad prognosis factors. Surfactant therapy is an effective treatment for Hyaline Membrane Disease that helps shorten the time on respiratory support, decrease Bronchopulmonary Dysplasia rate and mortality rates.

Keywords: Hyaline membrane disease, surfactant, respiratory support.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh màng trong (BMT) hay hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh là nguyên nhân thường gặp nhất gây nên tình trạng bệnh lý và tử vong cho trẻ sơ sinh non tháng, chiếm 40% tổng số trường hợp tử vong chung ở trẻ sơ sinh [10]. Bệnh xảy ra do thiếu hụt surfactant ở phổi chưa trưởng thành nên tuổi thai càng nhỏ thì tần suất mắc phải và mức độ nặng càng cao. Bệnh được chẩn đoán dựa vào bệnh cảnh lâm sàng là một trẻ sơ sinh non tháng có triệu chứng suy hô hấp khởi phát sớm trong vòng vài phút hay vài giờ sau sinh kết hợp với hình ảnh đặc trưng trên X-quang ngực thẳng [8].

Để điều trị BMT hiệu quả cần phối hợp bằng nhiều liệu pháp tùy theo mức độ nặng của trẻ, bao gồm: surfactant, hỗ trợ hô hấp cũng như điều trị những rối loạn kèm theo của trẻ khi có chỉ định. Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu trong nước chủ yếu mô tả một phương pháp điều trị nhất định như NCPAP của tác giả Võ Thị Xuân Hương (2018), thử máy của tác giả Bùi Khánh Duy (2020), liệu pháp thay thế surfactant của tác giả Phạm Văn Anh (2021) mà ít có những nghiên cứu về điều trị BMT nói chung [1],[3],[6]. Vì vậy, để có một cái nhìn tổng quát hơn về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như điều trị bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh non tháng chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh non tháng ở Bệnh viện Nhi Đồng Thành phố Cần Thơ 2021-2022”, với 2 mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ; (2) Mô tả kết quả điều trị và xác định một số yếu tố liên quan tới kết quả điều trị ở trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả trẻ sơ sinh non tháng được chẩn đoán bệnh màng trong nhập Khoa sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Đồng thành phố Cần Thơ từ tháng 06/2021 – 06/2022.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Trẻ sơ sinh non tháng (< 37 tuần) kèm theo 2 tiêu chuẩn:

+ Triệu chứng lâm sàng thỏa một trong các dấu hiệu sau: Nhịp thở nhanh > 60 lần/phút hoặc thở chậm < 30 lần/phút hoặc có cơn ngừng thở kéo dài > 20 giây. Chỉ số Silverman ≥ 3 điểm. Tím tái khi thở khí trời, $SpO_2 < 90\%$.

+ Đặc điểm cận lâm sàng: X-quang có tổn thương độ 1 đến độ 4 trong BMT.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc có những bệnh lý kèm theo: tim bẩm sinh phức tạp, ngạt nặng, nhiễm trùng bào thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô Tả cắt ngang có phân tích.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Nghiên cứu chúng tôi được tính dựa vào công thức ước lượng tỉ lệ một quần thể với $p=0,946$ và $d=0,05$, kết quả số mẫu tối thiểu nghiên cứu chúng tôi cần thu thập là 79 mẫu. Chọn mẫu thuận tiện phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu. Thực tế chúng tôi thu được 80 mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm lâm sàng (lừ đừ, tím, cơn ngưng thở nặng >20s, mức độ suy hô hấp theo Silverman), cận lâm sàng (X-quang). Kết quả điều trị sau 7 ngày vào viện, với 2 giá trị: thành công (trẻ ngưng hỗ trợ hô hấp hoặc chuyển xuống hình thức hỗ trợ hô hấp thấp hơn), thất bại (trẻ giữ nguyên hoặc chuyển lên hình thức hỗ trợ hô hấp cao hơn hoặc tử vong). Kết cục điều trị với 2 giá trị khỏi bệnh và tử vong/xin về. Và các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Nhập và xử lý số liệu với phần mềm SPSS 26.0. So sánh 2 tỉ lệ với fisher's exact test, so sánh 2 trung bình với independent-sample T test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ bệnh màng trong

Tỉ lệ trẻ nam chiếm 52,5%, trẻ nữ chiếm 47,5%. Cân nặng tập trung nhiều nhất ở 1500-2500g với tần số gặp là 58 bé (72,5%), còn lại <1000g chiếm 1,3% (n=1), 1000- <1500g là 18,7% (n=15), cuối cùng ≥ 2500 gram với tỉ lệ 7,5% (n=6). Tỉ lệ trẻ sinh mổ chiếm nhiều hơn trẻ sinh thường với tỉ lệ sinh mổ và sinh thường lần lượt là 58,8% (n=47) và 41,2% (n=33). Bên cạnh đó trẻ mắc bệnh màng trong rơi vào độ tuổi từ 28- <32 tuần là nhiều nhất 35% (n=28) và chiếm ít nhất là <28 tuần với tỉ lệ 1,3%, còn lại là 32- <34 tuần và 34- <37 tuần lần lượt 33,7% và 30%. Tỷ lệ các bà mẹ được dự phòng bằng corticoid trước sinh chiếm 21,2% (n=17).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ bệnh màng trong (n=80)

Các triệu chứng		Tần số	Các triệu chứng		Tần số
Lừ đừ	Không	25 (31,2%)	Tím	Không	38 (47,5%)
	Có	55 (68,8%)		Có	42 (52,5%)
Con ngưng thở nặng >20s	Không	69 (86,2%)	Mức độ suy hô hấp	SHH nặng	36 (45%)
	Có	11 (13,8%)		SHH nhẹ	44 (55%)
Nhiễm trùng sơ sinh sớm	Không	38 (47,5%)	X quang	Độ 1	4(5%)
	Có	42 (52,5%)		Độ 2	39(48,8%)
Hạ đường huyết	Không	57(72,2%)		Độ 3	29(36,2%)
	Có	22(27,8%)		Độ 4	8(10%)
Nhịp thở (lần/phút)	Nhanh	42(52,5%)	Công thức máu	Bình thường	53(63,6%)
	Bình thường	34(42,5%)		Thiếu máu	9(11,3%)
	Chậm	4(5%)		Đa hồng cầu	18(22,5%)

Nhận xét: Trẻ có biểu hiện lừ đừ chiếm tỉ lệ cao 68,8%, tím chiếm 52,5%. Phần lớn trẻ nhập viện không có biểu hiện cơn ngưng thở nặng >20s chiếm 86,2%. Trẻ có SHH nặng chiếm 45%. Trẻ có nhiễm trùng sơ sinh sớm (NTSSS) chiếm 52,5%. Tỉ lệ trẻ vào viện có nhịp thở nhanh chiếm 52,5%. Trẻ vào viện có nhịp thở chậm chỉ chiếm tỉ lệ nhỏ là 5%. BMT gặp nhiều nhất là độ 2 với 48,8%, thấp nhất là độ 1 với 5%. Trẻ nhập viện có công thức máu bình thường

chiếm 63,6%, 11,3% số trẻ nhập viện có công thức máu cho kết quả thiếu máu. 27,8% trẻ nhập viện có hạ đường huyết. Trẻ nhập viện không có hạ đường huyết chiếm tỉ lệ cao 72,2%.

3.2. Kết quả điều trị bệnh màng trong

Bảng 2. Đặc điểm sử dụng surfactant điều trị bệnh màng trong (n=80)

Sử dụng Surfactant	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Số liều/ bé
Không có chỉ định	42	52,5%	
Có chỉ định - gia đình không đồng ý sử dụng	28	35%	
Có chỉ định và gia đình đồng ý sử dụng	Trong 2h đầu	2	2,5%
	2-12h đầu	8	10%

Nhận xét: Số trẻ có chỉ định chiếm 47,5% nhưng chỉ có 12,5% trẻ bệnh màng trong sử dụng surfactant.

Bảng 3. Phương pháp hỗ trợ hô hấp sau 24 giờ điều trị (n=80)

Lúc vào khoa	Sau 24 giờ điều trị				Tổng cộng
	Oxy	NCPAP	Thở máy	HFO	
Oxy	9 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (11,2%)
NCPAP	0 (0%)	38 (90,4%)	2 (4,8%)	2 (4,8%)	42 (52,5%)
Thở máy	0 (0%)	0 (0%)	25 (63,3%)	4 (13,7%)	29 (36,3%)
Tổng cộng	9 (11,2%)	38 (47,5%)	27 (33,8%)	6 (7,5%)	80 (100%)

Nhận xét: Trong 24 giờ đầu, tất cả các bé đều được hỗ trợ hô hấp. Phần lớn các bé giữ nguyên phương pháp hỗ trợ hô hấp (HTHH) khi vào khoa. Bên cạnh đó một số bé thất bại với phương pháp HTHH hiện tại và chuyển lên phương pháp cao hơn. Tỉ lệ thất bại với NCPAP và thở máy trong 24 giờ đầu lần lượt là 9,6% và 13,7%.

Bảng 4. Phương pháp hỗ trợ hô hấp sau 7 ngày điều trị (n=80)

Lúc vào khoa	Sau 7 ngày điều trị					Tổng
	Khí trời	Oxy	NCPAP	Thở máy	HFO	
Oxy	8 (88,9%)	0 (0%)	1 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (100%)
NCPAP	16 (31%)	2 (4,8%)	21 (50%)	1 (2,4%)	2 (4,8%)	42 (100%)
Thở máy	5 (17,3%)	1 (3,4%)	11 (37,9%)	6 (20,7%)	6 (20,7%)	29 (100%)
Tổng	29 (36,2%)	3 (3,8%)	33 (41,2%)	7 (8,8%)	8 (10%)	80 (100%)

Nhận xét: Trẻ thở oxy qua cannula lúc vào viện có 11,1% thất bại với oxy chuyển sang NCPAP, phần còn lại đều đã ngưng HTHH. Trẻ thở NCPAP ban đầu có 31% đã ngưng HTHH, 4,8% hạ phương pháp HTHH thành oxy qua cannula, 7,2% đặt NKQ thở máy/HFO. Trẻ thở máy ban đầu có 17,3% ngưng HTHH, 41,1% cai máy chuyển sang thở cannula /NCPAP, 20,7% chuyển sang thở HFO.

Bảng 5. Kết quả sau 7 ngày điều trị bệnh màng trong và kết cục khi xuất viện (n=80)

		Tần số	Thời gian HTHH (ngày)	Thời gian nằm viện (ngày)
Sau 7 ngày điều trị	Thành công	43 (53,8%)	12,18±11,65	27±13,84
	Thất bại	37 (46,2%)	22,46±17,11	37,3±14,56
Kết cục	Khỏi bệnh	74 (92,5%)	15,44±11,44	31,69±14,02
	Tử vong/ xin về	6 (7,5%)	35,33±32,28	

Nhận xét: Sau 7 ngày điều trị, có 53,8% trẻ được điều trị thành công. Và kết cục cuối cùng, có 92,5% khỏi bệnh và được xuất viện, 7,5% trẻ tử vong/ xin về.

Bảng 6. Liên quan giữa sử dụng surfactant và kết quả điều trị (n=38)

Kết quả và biến chứng		Có chỉ định surfactant		p*
		Có sử dụng	Không có sử dụng	
Kết quả điều trị	Thành công	6 (60%)	10 (35,7%)	0,058
	Thất bại	4 (40%)	18 (64,3%)	
Kết cục	Tử vong	0 (0%)	6 (21,4%)	0,002
	Sống	10 (100%)	22 (78,6%)	
Thời gian	Hỗ trợ hô hấp	15,7 ± 7	29,2 ± 18,5	0,032**
	Nằm viện	39,4 ± 14,1	40,3 ± 16,1	0,859**
Loạn sản phế quản phổi	Không	10 (100%)	21 (75%)	0,001
	Có	0 (0%)	7 (25%)	
Viêm phổi	Không	4 (40%)	2 (7,1%)	0,002
	Có	6 (60%)	26 (92,9%)	
Nhiễm trùng huyết	Không	8 (80%)	12 (42,9%)	0,078
	Có	2 (20%)	16 (57,1%)	
Viêm ruột hoại tử	Không	6 (60%)	17 (60,7%)	0,588
	Có	4 (40%)	11 (39,3%)	

* Fisher's exact test

*Independent-sample t test

Nhận xét: Ở nhóm có sử dụng surfactant có tỉ lệ tử vong, loạn sản phế quản phổi, viêm phổi, thời gian hỗ trợ hô hấp thấp hơn nhóm không sử dụng surfactant, sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Không có sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ biến chứng viêm ruột hoại tử ở 2 nhóm(p=0,588).

Bảng 7. Liên quan giữa thất bại điều trị với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ (n=80)

Đặc điểm		Kết cục điều trị		p*
		Thành công	Thất bại	
Tuổi thai	<32 tuần	11 (44,8%)	18 (55,2%)	0,038
	≥32 tuần	32 (66,7%)	19 (33,3%)	
Cân nặng lúc sinh	<1500 g	5 (29,4%)	12 (70,6%)	0,03
	≥1500 g	38 (60,3%)	25 (39,7%)	
Tím	Không	28 (71,8%)	11 (28,2%)	0,002
	Có	15 (36,6%)	26 (63,4%)	
Con ngưng thở nặng	Không	42 (60,9%)	27 (39,1%)	0,001
	Có	1 (9,1%)	10 (90,9%)	
Mức độ SHH	Nhẹ	29 (65,9%)	15 (34,1%)	0,024
	Nặng	14 (38,9%)	22 (61,1%)	
Nhiễm trùng sơ sinh sớm	Không	26 (68,4%)	12 (31,6%)	0,015
	Có	17 (40,5%)	25 (49,5%)	
Xquang	Độ 1-2	29 (67,4%)	14 (32,1%)	0,013
	Độ 3-4	14 (55,3%)	23 (45,7%)	

* Fisher's exact test

Nhận xét: Trẻ < 32 tuần, <1500g, vào viện có con ngưng thở nặng, tím, mức độ suy hô hấp nặng, bệnh màng trong độ 3-4, kèm nhiễm trùng sơ sinh sớm có tỉ lệ thất bại cao hơn (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ mắc bệnh màng trong

Theo nghiên cứu ta thấy trẻ nam chiếm ưu thế hơn trẻ nữ với tỉ lệ là 52,5%. Kết quả này giống với nghiên cứu của Nguyễn Việt Đồng (2019) tỉ lệ trẻ nam mắc bệnh màng trong là 62,1% [2]. Tuổi thai mắc bệnh màng trong nhiều nhất là rất non 28- <32 tuần chiếm 35%, kế đến là non tháng 32- <34 tuần với 33,7%. Tỉ lệ không dự phòng corticoid trước sanh cao chiếm 78,8%, kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Bùi Khánh Duy (80,3%) và tác giả Huỳnh Kim Trang (85,8%), nghiên cứu của chúng tôi đa số các bà mẹ sống ở nông thôn việc chăm sóc và theo dõi sinh non còn hạn chế và khi các bà mẹ chuyển dạ sinh non nhập viện thì không đủ thời gian để tiêm phòng corticoid [3],[9]. Kết quả có 72,7% trẻ nhẹ cân 1500- <2500gram trong nhóm nghiên cứu. Kết quả này gần tương tự với kết quả nghiên cứu Huỳnh Kim Trang (2017) với kết quả là 71,1%. Tỉ lệ sinh thường là 41,3%; sinh mổ là 58,7%. Kết quả này giống với với kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Anh với tỉ lệ sinh thường là 42,1%, sinh mổ là 57,9% [1].

Từ bảng 2 ghi nhận các triệu chứng suy hô hấp lệt tím (52,5%), cơn ngưng thở (13,8%). Còn theo tác giả Bùi Khánh Duy ghi nhận triệu chứng tím (80,3%) [3]. Do nghiên cứu của chúng tôi tập trung ở nhóm sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong nói chung (gồm thở oxy, NCPAP, thở máy và HFO) nên có khuynh hướng các triệu chứng nặng chiếm tỷ lệ thấp hơn so với nghiên cứu của Bùi Khánh Duy tập trung chủ yếu trên nhóm sinh non có thở máy. Trẻ có triệu chứng lừ đừ chiếm 68,8%. Kết quả này tương tự như kết quả của tác giả Xuân Hương (2018) có tỉ lệ trẻ lừ đừ là 73,9% [6]. Nhiễm trùng sơ sinh sớm chiếm tỷ lệ cao 52,5%, nghiên cứu của chúng tôi cũng giống với nghiên cứu của tác giả Bùi Khánh Duy với tỉ lệ NTSSS khá cao là 44,7%. Từ bảng 2, trẻ có phân loại SHH nhẹ chiếm tỉ lệ 55%, SHH nặng chiếm 45%. Kết quả này tương đối gần giống với kết quả nghiên cứu của Huỳnh Kim Trang với tỉ lệ SHH nhẹ là 51,9%, SHH nặng là 48,1% [9]. Còn ở nghiên cứu của tác giả Xuân Hương ghi nhận tỉ lệ trẻ SHH nhẹ chiếm 79%, SHH nặng chiếm 21%. Lý do tỉ lệ SHH nhẹ ở nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có thể do đối tượng nghiên cứu chủ yếu của Xuân Hương là tuổi thai từ 33 đến dưới 37 tuần, trong khi nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu từ 28 đến 33 tuần nên tỉ lệ SHH nhẹ trong nghiên cứu của chúng tôi sẽ thấp hơn Xuân Hương do tỉ lệ mắc SHH sẽ tỉ lệ nghịch với tuổi thai. Trẻ có nhịp thở nhanh chiếm tỉ lệ 54,5%, kết quả này gần giống với kết quả nghiên cứu của Bùi Khánh Duy (2020) với 55,3%, nghiên cứu của Huỳnh Kim Trang (2017) với 51,9% và nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc (2014) với 57,3% [3],[9],[7]. Phân độ tổn thương BMT trên phim Xquang độ 2-3 chiếm tỉ lệ cao nhất với 85% kết quả này gần giống với nghiên cứu của Huỳnh Kim Trang tỉ lệ phân độ tổn thương BMT trên phim Xquang độ 2-3 chiếm 74,5% [9]. Chỉ số công thức máu đa số nằm trong giới hạn bình thường (63,6%), chỉ số đa hồng cầu (22,5%), thiếu máu (11,3%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Bùi Khánh Duy thiếu máu (17,1%), đa hồng cầu (14,5%) [4]. Chúng tôi ghi nhận 27,8% trẻ nhập viện có hạ đường huyết, trẻ nhập viện không có hạ đường huyết chiếm tỉ lệ cao 72,2%. Kết quả tương tự nghiên cứu của tác giả Bùi Khánh Duy, tỉ lệ hạ đường huyết là 22,4% [3]. Kết quả này có thể do công tác chuyển viện an toàn, phòng tránh và xử trí hạ đường huyết khi chuyển viện của tuyến dưới được thực hiện tốt.

4.2. Kết quả điều trị bệnh màng trong

Trong 80 trẻ bệnh màng trong nhập viện có 12,5% sử dụng surfactant (26,3% số trẻ có chỉ định), số liệu này thấp hơn của tác giả Nguyễn Trung Hậu (26,6%) vì tác giả chủ yếu lấy mẫu trong năm 2019-2020 trong khi nhóm chúng tôi thực hiện nghiên cứu khi dịch COVID-19 đang diễn tiến phức tạp, phần lớn bệnh nhân đến từ vùng nông thôn, kinh tế vốn không quá khá giả nay lại bị ảnh hưởng nặng nề bởi dịch [5].

Chúng tôi chọn đánh giá kết quả sau 7 ngày vì theo y văn BMT diễn tiến nặng trong 24-48 giờ đầu và nếu được giúp thở tốt bệnh sẽ khởi trong vòng một tuần [8]. Tỷ lệ thành công của chúng tôi chiếm 53,8%, thất bại 46,2%. Tỷ lệ tử vong là 7,5%, cao hơn nghiên cứu Huỳnh Kim Trang (4,4%) và tương đương với nghiên cứu ở những trẻ cần thở máy của Bùi Khánh Duy (7,9%), vì giao thông bị kiểm soát chặt chẽ trong dịch COVID-19 nên chỉ có những ca rất nặng ở tuyến dưới được chuyển lên, dẫn đến làm tăng tỷ lệ tử vong ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi. Biến chứng thường gặp nhất tại phổi là viêm phổi (66,3%), kế đến là loạn sản phế quản phổi (8,8%), xuất huyết phổi (7,5%). Biến chứng ngoài phổi thường gặp nhất là viêm ruột hoại tử (32,5%), kế đến là nhiễm trùng huyết (28%), xuất huyết não (7,5%).

Từ kết quả Bảng 7 cho thấy việc sử dụng surfactant cải thiện tình trạng suy hô hấp của trẻ đáng kể so với nhóm có chỉ định nhưng chưa được gia đình đồng ý sử dụng (tỷ lệ điều trị thành công là 60% so với 35,7%), tuy nhiên sự chênh lệch này chưa có ý nghĩa thống kê ($p=0,058$). Bên cạnh đó nhóm có dùng surfactant có thời gian hỗ trợ hô hấp, tỷ lệ tử vong, tỷ lệ biến chứng viêm phổi và loạn sản phế quản phổi – biến chứng liên hệ mật thiết với thời gian hỗ trợ hô hấp, thấp hơn so với nhóm không sử dụng surfactant ($p<0,05$). Với biến chứng gắn liền với trẻ đẻ non như viêm ruột hoại tử thì sự chênh lệch giữa nhóm có sử dụng và nhóm không sử dụng không có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm tuổi thai <32 tuần thấp hơn (44,8% so với 66,7%) nhóm trẻ ≥ 32 tuần, thời gian HTHH kéo dài gấp 2,27 lần ($p>0,05$). Trẻ <1500g cũng cho kết quả điều trị thành công thấp hơn (29,4% so với 60,3%) nhóm trẻ >1500g ($p<0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Văn Anh và Bùi Khánh Duy [1],[3]. Tỷ lệ điều trị thành công ở trẻ có cơn ngưng thở kéo dài >20s thấp hơn 51,8% so với nhóm không có triệu chứng này ($p=0,001$). Trẻ có tím tỷ lệ thành công thấp hơn 35,2% so với trẻ không tím ($p=0,002$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Võ Thị Xuân Hương cho kết quả chênh lệch lần lượt là 52,2% và 32,2% [6]. Trẻ được đánh giá suy hô hấp mức độ nặng theo Silverman và bệnh màng trong độ 3-4 theo Xquang cho kết quả điều trị thành công thấp hơn với $p<0,05$. Ngoài ra chúng tôi cũng ghi nhận trẻ có kèm nhiễm trùng sơ sinh sớm có tỷ lệ điều trị thành công thấp hơn ($p<0,05$). Ở nghiên cứu của tác giả Võ Trung Hậu cũng ghi nhận tình trạng tăng tỷ lệ thất bại ở trẻ bệnh màng trong có kèm nhiễm trùng sơ sinh sớm ($p<0,05$) [5].

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ nam chiếm 52%, tuổi thai trung bình $32,1\pm 2,3$ tuần, cân nặng trung bình 1824 ± 442 g. Trẻ vào viện có triệu chứng lừ đừ chiếm 68,8%, tím 52,5%, cơn ngưng thở nặng trên 20s 13,8%, suy hô hấp mức độ nặng 45%, kèm theo nhiễm trùng sơ sinh sớm 52,5%. Bệnh màng trong độ 3-4 chiếm 46%. Các bé vào viện đều được hỗ trợ hô hấp, có 47,5% bé có chỉ định surfactant tuy nhiên do người nhà không đồng ý nên chỉ có 26,3% bé trong số đó có sử dụng. Sau 7 ngày điều trị, có 53,8% trẻ được điều trị

thành công. Và kết cục cuối cùng, có 92,5% khỏi bệnh và được xuất viện, 7,5% trẻ tử vong/xin về. Nhóm trẻ có sử dụng surfactant có tỉ lệ tử vong, biến chứng loạn sản phế quản phổi, viêm phổi, thời gian hỗ trợ hô hấp thấp hơn ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Văn Anh và Nguyễn Đình Tuyền (2021), "Đánh giá kết quả điều trị bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh non tháng bằng liệu pháp Surfactant tại Bệnh viện Sản- Nhi tỉnh Quảng Ngãi", *Tạp chí Y học Việt Nam*, tr. 502(2).
2. Nguyễn Viết Đồng (2019), "Nghiên cứu điều trị bệnh màng trong ở trẻ đẻ non bằng liệu pháp Surfactant tại Khoa Nhi – Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh", *Tạp chí Nhi khoa*, 12(2), tr. 26-30.
3. Bùi Khánh Duy (2020), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả điều trị bệnh màng trong bằng thông khí nhân tạo ở trẻ sơ sinh non tháng tại bệnh viện nhi đồng Cần Thơ*, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. Hứa Thị Thu Hằng (2009), *Đánh giá kết quả điều trị suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh non tháng bằng thở áp lực dương liên tục qua mũi tại Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên*, Luận văn Thạc sĩ y học, trường đại học Y Dược Thái Nguyên.
5. Nguyễn Trung Hậu (2021), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh màng trong bằng bom surfactant kỹ thuật LISA ở trẻ sơ sinh đẻ non tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ*.
6. Võ Thị Xuân Hương (2018), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị suy hô hấp cấp bằng phương pháp thở áp lực dương liên tục qua mũi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2016-2018*, Luận văn chuyên ngành Nhi Khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
7. Phạm Thị Ngọc (2014), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và các yếu tố liên quan đến hội chứng suy hô hấp trẻ sơ sinh tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ.
8. Nguyễn Thu Tịnh (2020), "Suy hô hấp sơ sinh", *Nhi khoa*, NXB. Đại học TP. Hồ Chí Minh, tr. 160-191.
9. Huỳnh Kim Trang (2017), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị suy hô hấp cấp do bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2016-2017*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
10. B. Minuye Birihane, W. Alebachew Bayih, A. Yeshambel Alemu, *et al.* (2021), "The burden of hyaline membrane disease, mortality and its determinant factors among preterm neonates admitted at Debre Tabor General Hospital, North Central Ethiopia: A retrospective follow up study", *PLoS One*, 16(3), pp. e0249365.

(Ngày nhận bài 13/9/2022 - Ngày duyệt đăng 03/11/2022)
