

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH SUY HÔ HẤP Ở TRẺ MỔ LẤY THAI TẠI PHÒNG SƠ SINH – KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Hoàng Thị Liên Châu, Trần Thị Hoàn, Nguyễn Thị Hoài Thanh, Châu Khắc Tú, Nguyễn Văn Tuấn, Hoàng Thị Bích Ngọc, Nguyễn Thị Mỹ Hương, Nguyễn Thị Hậu

Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Nghiên cứu được thực hiện trên 127 trẻ sơ sinh được chẩn đoán suy hô hấp tại Phòng sơ sinh - Khoa Phụ sản Bệnh viện trung ương Huế từ tháng 04/2012 đến tháng 03/2013 với mục tiêu đánh giá tình hình suy hô hấp ở trẻ mổ lấy thai về một số đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân và thái độ xử trí. Kết quả cho thấy những triệu chứng suy hô hấp thường gặp là nhịp thở nhanh > 60/lp, thở rên, co rút gian sườn, phập phồng cánh mũi, rút lõm hõm ức, giảm rì rào phế nang, ngoài ra suy hô hấp hay gặp ở trẻ nam hơn trẻ nữ. Vết mổ cũ là yếu tố nguy cơ hàng đầu chiếm tỷ lệ khá cao, tiếp theo là bệnh lý sản giật - tiền sản giật và trẻ non tháng. Trẻ suy hô hấp có 2 yếu tố nguy cơ trở lên cũng chiếm tỷ lệ cao 78,7% và phần lớn được cải thiện trong vòng 24 giờ đầu sau sinh.

Abstract

The study was conducted on 127 neonates diagnosed with respiratory distress in neonatology section, OB-GYN Department, Hue Central Hospital from 04/2012 to 03/2013 to assess the situation of respiratory distress for some clinical characteristics, causes and management attitudes. Results showed symptoms of respiratory distress is common tachypnea > 60 tpm, grunting, intercostal retraction, nasal flaring, concave over breastbone hollow, decreased alveolar whispering, in addition to respiratory failure common in male than female. Old incision is the leading risk factors accounted for a high percentage, respectively pre-eclampsia, eclampsia and preterm neonate. Neonates with respiratory failure with 2 or more risk factors meet a higher rate 78.7% and the majority having improvement within the first 24 hours after birth.

1. Đặt vấn đề

Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh chiếm vị trí hàng đầu gây bệnh và tử vong sơ sinh. Không phụ thuộc vào nguyên nhân, tất cả các suy hô hấp ở sơ sinh đều nguy hiểm bởi thiếu oxy, nhiễm toan và rối loạn huyết động học. Do đó, điều quan trọng là chẩn đoán nhanh để thiết lập hướng xử trí phù hợp. Nguyên nhân suy hô hấp sơ sinh thường do phổi non, sanh ngạt, viêm phổi, bệnh lý não, tim... cùng các hậu quả do thiếu oxy như tổn thương não, phổi, nhiễm trùng huyết, suy tim.

Việc khảo sát các trường hợp suy hô hấp sơ sinh về nguyên nhân và những tổn thương do thiếu oxy sẽ góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, hạn chế các tổn thương cơ quan và cải thiện tình hình tử vong. Tại phòng Sơ sinh khoa Phụ sản bệnh viện trung ương Huế tỷ lệ suy hô hấp ở trẻ sơ sinh khá cao. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: “Đánh giá tình hình suy hô hấp ở trẻ mổ lấy thai tại phòng Sơ sinh - Khoa Phụ sản Bệnh viện trung ương Huế về một số đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân và thái độ xử trí.”

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các trẻ sơ sinh được chẩn đoán là suy hô hấp sau mổ lấy thai tại Phòng Sơ sinh – Khoa Phụ sản Bệnh viện trung ương Huế từ

tháng 04/2012 đến tháng 03/2013.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán suy hô hấp ở trẻ sơ sinh: Một trẻ sơ sinh gọi là suy hô hấp khi hiện diện ít nhất một trong những dấu hiệu sau [4]:

- Thở nhanh trên 60 lần/phút hoặc thở chậm dưới 40 lần/phút.
- Thở rên
- Các dấu hiệu gắng sức của đường hô hấp được đánh giá bởi thang điểm Silverman > 1:

Các dấu hiệu	0	1	2
Rên	Không có	Nghe bằng ống nghe	Nghe bằng tai
Co rút khoảng liên sườn	Không có	Nhẹ	Rõ
Cân bằng ngực-bụng	Không có	Nhẹ	Rõ
Lõm hõm ức	Không có	Nhẹ	Rõ
Phập phồng cánh mũi	Không có	Nhẹ	Rõ

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm lâm sàng:

Bảng 3.1. Phân bố theo giới tính

Giới	n	Tỷ lệ %
Nam	76	59,8
Nữ	51	40,2
Tổng số	127	100

Suy hô hấp hay gặp ở trẻ nam hơn trẻ nữ với tỷ lệ là 59,8%.

Bảng 3.2. Cân nặng khi sinh

Cân nặng khi sinh	n	Tỷ lệ %
<1500gr	3	2,4
1500gr-2500gr	48	37,8
>2500gr	76	59,8
Tổng số	127	100

Tỷ lệ suy hô hấp cao hơn ở nhóm cân nặng > 2500gr.

Bảng 3.3. Tần suất xuất hiện các triệu chứng suy hô hấp

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
Tần số thở < 40l/p	3	2,4
Tần số thở > 60l/p	25	37,8
102	19,7	59,8
80,3	127	100
Thở rên	92	72,4
Cơn ngừng thở	22	17,3
Co rút gian sườn	120	94,5
Mất cân bằng ngực bụng	48	37,8
Rút lõm hõm ức	89	70,1
Phập phồng cánh mũi	127	100
Giảm rì rào phế nang	105	82,7

Nhịp thở nhanh > 60l/p, thở rên, co rút gian sườn, phập phồng cánh mũi, rút lõm hõm ức, giảm rì rào phế nang là những triệu chứng hay gặp nhất trong bệnh lý suy hô hấp.

3.2. Đặc điểm về yếu tố nguy cơ:

Bảng 3.4. Tần suất xuất hiện các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	n	Tỷ lệ %
Non tháng	29	22,8
Nhẹ cân	25	19,7
Suy thai phát hiện được	17	13,4
Ngạt	7	5,5
TSG -SG	42	33,1
Vết mổ cũ	58	45,7
Các bệnh lý khác của mẹ	21	16,5

Vết mổ cũ là yếu tố nguy cơ hàng đầu chiếm tỷ lệ khá cao, tiếp theo là bệnh lý sản giật - tiền sản giật và trẻ non tháng.

Bảng 3.5. Phân bố các yếu tố nguy cơ theo số lượng

Số yếu tố nguy cơ	n	Tỷ lệ %
1	27	21,3
2	52	40,9
3	34	26,8
4	14	11,0

Trẻ suy hô hấp có 2 yếu tố nguy cơ trở lên chiếm tỷ lệ khá cao 78,7%.

3.3. Thái độ xử trí:

Tất cả các trẻ suy hô hấp cần hỗ trợ oxy, tỷ lệ trẻ

Bảng 3.6. Thái độ xử trí

Thái độ xử trí	n	Tỷ lệ %
Thở oxy	127	100
Thở CPAP	39	30,7
Thở máy	12	9,5

suy hô hấp phải hỗ trợ CPAP cũng chiếm tỷ lệ khá cao.

Bảng 3.7. Thời gian cải thiện suy hô hấp

Thời gian	n	Tỷ lệ %
Trước 24 tiếng	78	61,4
Sau 24 tiếng	49	38,6
Tổng số	127	100

61,4% trẻ suy hô hấp được cải thiện trong vòng 24 giờ sau sinh.

4. Bàn luận

1. Đặc điểm về giới tính:

Tỷ lệ trẻ nam trong nghiên cứu của chúng tôi là 59,8% cao hơn so với trẻ nữ. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu cho rằng trẻ nam có nhiều nguy cơ mắc bệnh màng trong hơn trẻ nữ [7], [12]. Naeye và cộng sự ghi nhận có sự trưởng thành sớm hơn về mặt mô học của phổi thai nhi nữ so với thai nhi nam ở cùng tuổi thai. Sự tăng sớm hơn của tỷ lệ lecithin/sphingomyelin và nồng độ cortisol trong nước ối của thai nhi nữ chứng tỏ sự trưởng thành tương đối sớm hơn của thai nữ, và vì thế nguy cơ mắc bệnh màng trong cũng thấp hơn [9], [3]. Ngoài ra sự kém trưởng thành của phổi thai nhi nam được giải thích là do tác dụng của nội tiết tố nam làm chậm phát triển về mặt sinh hóa phospholipid của surfactant ở phổi [11].

2. Đặc điểm về cân nặng lúc sinh:

Nhóm trẻ cân nặng >2500gr chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu chúng tôi. Mặc dù suy hô hấp là bệnh lý hay gặp ở trẻ sơ sinh non tháng, nhẹ cân do bệnh lý màng trong, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ giới hạn ở trẻ sinh mổ với nhiều chỉ định khác nhau nên tỷ lệ trẻ cân nặng > 2500gr chiếm 59,8%.

3. Tần suất xuất hiện các triệu chứng suy hô hấp:

Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng suy hô hấp biểu hiện rõ nét với rối loạn nhịp thở và phập phồng cánh mũi (100%), thở nhanh >60 lần/phút (80,3%). Co rút gian sườn, giảm rì rào phế nang và thở rên là những triệu chứng thường gặp, chiếm tỷ lệ lần lượt là 94,5%, 82,7% và 72,4%. Các triệu chứng lâm sàng này thường hay gặp trong hội chứng kém hấp thu do chậm hấp thu dịch phổi được tiết ra bởi tế bào biểu mô phổi trong tử cung và được tái hấp thu trong quá trình chuyển dạ và ngay lập tức sau đẻ. Chậm hấp thu dịch phế nang thường được thấy ở trẻ đẻ non, trẻ được mổ đẻ, mẹ đang dùng thuốc

ức chế beta hoặc dùng quá nhiều dịch, mẹ bị hen cũng là một yếu tố nguy cơ. Suy hô hấp ít nặng, phụ thuộc oxy và cải thiện trong vài giờ [4].

4. Đặc điểm về yếu tố nguy cơ:

Tỷ lệ suy hô hấp ở trẻ mổ lấy thai do mẹ vết mổ cũ là 45,7%. Hiện nay xu thế mổ lấy thai chủ động ở sản phụ có vết mổ cũ ngày càng tăng. Theo nhiều tác giả thì đây là yếu tố nguy cơ của bệnh màng trong. Fedrick và Buther cho rằng ở cùng một tuổi thai, tỷ lệ mắc bệnh màng trong sẽ cao hơn ở trẻ được sinh bằng mổ đẻ khi chưa có chuyển dạ so với trẻ sinh bằng đường âm đạo hay khi đã có chuyển dạ [10]. Roch - Kleiner M. và cộng sự cũng thấy rằng suy hô hấp nặng do bệnh màng trong có thể xảy ra ở trẻ gần đủ tháng sau mổ lấy thai, đặc biệt trong trường hợp mổ lấy thai trước khi bắt đầu chuyển dạ [8].

Bệnh lý tiền sản giật - sản giật và non tháng là hai yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 33,1% và 22,8%. Trong bệnh lý tiền sản giật nặng và sản giật thường phải chấm dứt thai kỳ sớm trước khi thai đủ tháng để cứu mẹ nên làm tăng tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng đẻ non là yếu tố nguy cơ hàng đầu của bệnh màng trong liên quan đến sự trưởng thành của hệ thống surfactant. Surfactant được tổng hợp bởi tế bào phổi loại II từ tuần lễ thứ 23 của thai kỳ, tuy nhiên mức trưởng thành của nó chỉ có được sau tuần lễ thứ 35 [1], [5]. Usher và cộng sự quan sát thấy tỷ lệ mắc bệnh màng trong là 60% ở tuổi thai 29 tuần nhưng gần như bằng 0 ở tuổi thai 39 tuần [2], [6].

Tóm lại có nhiều yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh màng trong, là một trong những nguyên nhân hay gặp gây suy hô hấp, nhưng nguy cơ hàng đầu trong nghiên cứu của chúng tôi là mổ lấy thai mẹ có vết mổ cũ. Tỷ lệ suy hô hấp ở nhóm này cao hơn ở nhóm non tháng được giải thích do những tiến bộ trong chăm sóc và chẩn đoán tiền sản ở khoa chúng tôi nên ở nhóm có nguy cơ cao như bệnh lý tiền sản giật - sản giật, non tháng, kém phát triển

đều được điều trị trưởng thành phổi bằng betamethason trước khi can thiệp sản khoa nên đã làm giảm đáng kể tỷ lệ suy hô hấp ở nhóm này.

Kết quả ở bảng 3.5 cho thấy trẻ suy hô hấp chiếm tỷ lệ cao (78,7%) ở nhóm phổi hợp từ 2 yếu tố nguy cơ trở lên.

5. Thái độ xử trí:

Tất cả các trường hợp trẻ sơ sinh suy hô hấp đều được hỗ trợ bằng oxy qua mặt nạ trong những giờ đầu tiên, sau đó 30,7% trẻ phải hô hấp hỗ trợ bằng CPAP, chỉ có 9,5% bệnh tiến triển nặng phải thở máy và thuộc nhóm này chủ yếu là trẻ non tháng. Mặc dù tỷ lệ suy hô hấp cao ở nhóm mẹ mổ lấy thai chủ động nhưng 61,4% tình trạng suy hô hấp được cải thiện trong vòng 24 giờ đầu.

5. Kết luận

Trong giai đoạn mới chào đời trẻ sơ sinh trải qua một giai đoạn thích nghi quan trọng trong cuộc sống đầu tiên, đặt biệt là sự thích nghi hô hấp. Qua nghiên cứu 127 trường hợp suy hô hấp sơ sinh ở trẻ mổ lấy thai chúng tôi nhận thấy bệnh thường xảy ra ở trẻ mổ lấy thai mẹ có vết mổ cũ, bệnh lý tiền sản giật - sản giật và non tháng. Việc phát hiện sớm dựa vào dấu hiệu rối loạn nhịp thở, co rút gian sườn, thở rên và giảm rì rào phế nang. Đa số được cải thiện trong vòng 24 giờ đầu sau sinh. Tuy nhiên việc nghiên cứu còn hạn chế như số lượng chưa nhiều, chưa làm các xét nghiệm quan trọng cho tất cả các trường hợp suy hô hấp như khí máu động mạch, X quang phổi tại giường, giải phẫu bệnh ... nên chưa đánh giá đầy đủ và chính xác các nguyên nhân cũng như các tổn thương do suy hô hấp gây ra. Trong tương lai, suy hô hấp cấp trẻ sơ sinh cần được nghiên cứu có hệ thống và đầy đủ hơn, cũng như trang bị nhiều phương tiện hồi sức sơ sinh hiện đại hơn, có sự kết hợp chặt chẽ giữa bác sỹ sản khoa và bác sỹ sơ sinh ngay từ những phút đầu tiên của cuộc đời sẽ góp phần chăm sóc tốt nhất cho thế hệ tương lai của đất nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Giáo trình Hồi sức và chăm sóc sơ sinh nâng cao (2009), Nhà xuất bản Đại học Huế.
2. Huỳnh Thị Duy Hương (1996), "Hội chứng suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh", Bài giảng Nhi Khoa tập I, tr. 225 - 295.
3. Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (2009), « Chăm sóc sơ sinh », tr. 209-259.
4. Lê Thị Công Hoa (2013), "Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh", Giáo trình đào tạo sau đại học - Trung tâm đào tạo Bệnh viện trung ương Huế.
5. Tạ Văn Trâm (2000), "Đánh giá hiệu quả điều trị suy hô hấp bằng CPAP ở trẻ em".
6. Y học chứng cứ điều trị nhi khoa 2000, BV Nhi Đồng I.
7. Gonzalez de Dios (2001), Factor predictive of neurological sequenlae in term newborn infants with perinatal asphyxia, Rev. Neuro, pp. 1 - 15.
8. John P.Cloherly, Eric C. Eichenwald, Anne R. Hansen, Ann R. (2012), Manual of Neonatal Care, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 125-129.
9. Malavi K.Witte (1998), Acute respiratory failure, Pediatric intensive care pp.95 - 97.
10. Neonatology: Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs (2004), Neonatal seizures, McGraw-Hill Companies, pp. 85-92.
11. Nelson Textbook of Pediatrics (2004), Respiratory tract Disorders, SAUNDERS, pp. 573-588.
12. Vademecum neonatal (2009), pp. 81-95.