



NGUY CƠ THƯỜNG GẶP Ở TRẺ SANH NON

BS. Nguyễn Việt Trường
Bệnh viện Nhi Đồng 2

Đại cương

Sanh non được định nghĩa là tuổi thai lúc sanh dưới 37 tuần (< 259 ngày). Sinh non là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong cho trẻ nữ nhi ở cả nước phát triển và đang phát triển.

Bốn tiến trình dẫn đến sanh non: hoạt hóa vùng hạ đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận; viêm nhiễm, nhiễm trùng; xuất huyết màng ối; căng dẫn tử cung (trong trường hợp đa thai hay đa ối).

Biến chứng hô hấp và tim mạch xảy ra trong giai đoạn sơ sinh, trong khi đó, biến chứng tâm thần kinh thường xảy ra sau khi trẻ đã xuất khỏi đơn vị chăm sóc tăng cường sơ sinh (neonatal intensive care unit – NICU).

Phân loại theo tuổi thai:

- 34 – 37 tuần: sanh non muộn
- 32 – 34 tuần: non
- 25 – 32 tuần: rất non
- < 25 tuần: cực non

Phân loại theo cân nặng:

- < 2500g: nhẹ cân (LBW)
- < 1500g: rất nhẹ cân (VLBW)
- < 1000g: cực nhẹ cân (ELBW)

Sanh non và nhẹ cân chiếm 35% (128,000 trẻ/năm) nguyên nhân tử vong sơ sinh tại Việt Nam. Tỷ lệ tử vong phụ thuộc vào mức độ non tháng, chủng tộc, cơ địa người mẹ, khả năng chăm sóc sơ sinh, bất thường bẩm sinh.

Chăm sóc tiền sản

Cha mẹ cần được thông tin đầy đủ về khám sức khỏe và theo dõi thai, cần biết các yếu tố nguy cơ sanh non.

Các yếu tố nguy cơ sanh non:

- **Đa thai:** 2-3% trẻ sinh sống (17% dưới 37 tuần, 32% dưới 32 tuần)
- **Nhiễm trùng:** theo WHO, điều trị nhiễm trùng tiểu không triệu chứng làm giảm tần suất sanh non và sanh nhẹ cân

- **Yếu tố gen**
- **Đặc điểm nhân chủng học:** Tuổi mẹ, chủng tộc và tình trạng kinh tế, hôn nhân sẽ ảnh hưởng đến nguy cơ sinh non
- **Lối sống:** thói quen vận động, quan hệ tình dục không là yếu tố nguy cơ sinh non, chế độ dinh dưỡng, cân nặng và sự tăng cân trong thai kỳ, hút thuốc lá, nghiện, stress
- **Yếu tố cổ tử cung và tử cung:** cổ tử cung ngắn, phẫu thuật khoét chóp để điều trị u tân sinh biểu mô, bất thường tử cung (tử cung 1 sừng, tử cung đôi, u mềm cơ trơn)
- **Thiếu máu:** tại thời điểm 12 tuần, hemoglobin < 9,5 g% làm tăng nguy cơ sinh non. Thiếu máu ở tam cá nguyệt thứ 3 thì không liên quan nguy cơ sinh non.
- **Yếu tố thai nhi:** chậm tăng trưởng, bất thường bẩm sinh, bé trai

Đơn vị chăm sóc tăng cường sơ sinh

Các vấn đề thường gặp:

- Suy hô hấp: 44%
- Còn ống động mạch cần điều trị: 29%
- Loạn sản phế quản phổi: 22%
- Nhiễm trùng ruột: 22%
- Xuất huyết não thất độ III, IV: 12%
- Viêm ruột hoại tử (NEC - necrotizing enterocolitis): 7%

Tại phòng sanh, nếu xử trí hợp lý có thể làm giảm biến chứng sớm. Thí dụ, chỉ định dự phòng surfactant cho trẻ rất non tại phòng sanh có thể làm giảm nguy cơ suy



hô hấp cấp và các biến chứng phổi khác như tràn khí màng phổi hay khí phế thũng mô kẽ.

Hầu hết trẻ VLBW cần hồi sức tại phòng sanh. Theo thống kê của NICHD Neonatal Research Network (National Institute of Child Health and Human Development) trong 2 năm 1995 và 1996:

- 69% trẻ cần đặt nội khí quản
- 7%: cần điều trị hồi sức
- Trẻ 501 – 750g: apgar < 3 tại 5 phút là 27%
- 1251 – 1500g: apgar < 3 tại 5 phút là 3%

Hạ thân nhiệt: do diện tích da lớn mà cơ thể không tạo đủ nhiệt, gây rối loạn chuyển hóa như hạ đường huyết và toan hóa máu. Nhiệt độ lúc nhập viện có liên quan tới tỉ lệ tử vong và nhiễm trùng ruột. Tuy nhiên không liên quan nguy cơ viêm ruột hoại tử, xuất huyết não và thời gian thông khí cơ học.

Xử trí

Tại phòng sanh: duy trì nhiệt độ phòng tối thiểu 25°C, lau khô trẻ ngay sau khi sanh, cởi bỏ khăn mềm ướt, sưởi ấm trẻ với đèn sưởi, đội nón, mặc áo, ủ ấm, túi polyurethane, cho tiếp xúc da – da với mẹ hoặc người thân trong gia đình.

Tại NICU: trẻ nằm lồng ấp, giường sưởi ấm, thoa thuốc làm mềm da như thuốc mỡ, dầu hạt hướng dương giúp ngăn mất nước và nhiệt.

Biến chứng hô hấp: Hội chứng suy hô hấp (respiratory distress syndrome –RDS) do thiếu surfactant. Tuổi thai càng nhỏ, nguy cơ càng cao.

Loạn sản phế quản phổi: bệnh phổi mạn tính, thường gặp ở trẻ VLBW, được định nghĩa là sự lệ thuộc oxy lúc 36 tuần tuổi.

Cơn ngưng thở: 25% trẻ sanh non.

Trẻ cần theo dõi liên tục nhịp tim và hô hấp ngay sau sanh. Theo dõi sự oxy hóa tránh hạ hay tăng oxy máu.

Biến chứng tim mạch:

Còn ống động mạch (Patent ductus arteriosus–PDA): thường gặp ở khoảng 30% trẻ VLBW. Triệu chứng tùy thuộc vào kích thước của shunt và đáp ứng của phổi và tim. Triệu chứng đa dạng gồm ngưng thở, suy hô hấp, suy tim.

Hạ huyết áp ngay sau sanh thường do xuất huyết não thất. Điều này ảnh hưởng đến sự phát triển thần kinh sau này.

- Trong 1 nghiên cứu hồi cứu trẻ 23 đến 25 tuần tuổi thai có huyết áp thấp (huyết áp trung bình 3 lần đo khoảng 25 mmHg trong 72 giờ đầu tiên) so với trẻ có huyết áp bình thường thấy phát triển thần kinh kém hơn so với nhóm chứng lúc 18 đến 22 tháng tuổi. Nhóm hạ huyết áp không điều trị gì có tỉ lệ bại não, điếc cao hơn và thang điểm Bayley thấp hơn so với nhóm có điều trị.
- Nguyên nhân: do ngạt chu sinh hay PDA có thay đổi huyết động, nhiễm trùng, hạ oxy máu, các thụ thể và hệ thống điều hòa huyết áp chưa trưởng thành.
- Điều trị: dung dịch điện giải (normal saline) hay dung dịch keo (huyết tương tươi đông lạnh hay albumine), tăng sức co bóp cơ tim thì Dopamine khởi đầu tốt hơn là Dobutamine. Nếu một mình Dopamine không hiệu quả có thể thêm Dobutamine và Epinephrine. Sử dụng Milrinone sớm (3 giờ đầu là 0,75 mcg/kg/phút sau đó duy trì 0,2 mcg/kg/phút cho đủ 18 giờ). Không có sự khác biệt so với nhóm không sử dụng. Glucocorticoid đường toàn thân dùng trong trường hợp hạ huyết áp bất trị.

Xuất huyết não: Tần suất khoảng 12% ở trẻ VLBW. Nhằm tránh biến chứng này cần phải hồi sức nhanh và hiệu quả, tránh rối loạn huyết động, tránh các tình trạng làm tổn thương não như thiếu oxy máu, tăng oxy máu, tăng hay giảm CO₂ máu.

Rối loạn đường huyết: nên theo dõi thường quy sau sanh 1 – 2 giờ.

Viêm ruột hoại tử: 2 – 10% trẻ VLBW.

Nhiễm trùng: khởi phát muộn sau 3 ngày tuổi. Tần

suất 21% trẻ VLBW. Tác nhân: gram dương chiếm 70%, Staphylococcus coagulase (-) chiếm 48%, nấm chiếm 9%.

Bệnh võng mạc trẻ non tháng: do rối loạn tăng sinh mạch máu vùng võng mạc.

Theo dõi

Chăm sóc sơ sinh ngày càng tốt làm cải thiện sự sống cũng như cải thiện hậu quả phát triển tâm thần kinh.

Trẻ sau khi xuất viện phải được tái khám đều đặn, giữ liên lạc với gia đình bệnh nhân, giúp trẻ hòa nhập với gia đình, trường học và cộng đồng và giao tiếp được với nhân viên y tế. Phải có chỉ dẫn để theo dõi bệnh nhân về chức năng nghe, nhìn và phát triển tâm thần kinh.

Khả năng nghe phải được kiểm tra trước khi xuất viện khỏi NICU. Lúc trẻ đạt 5 – 6 tháng tuổi hiệu chỉnh, phải được kiểm tra lại. Nếu bất thường phải được đo thính lực. Nếu trẻ mất chức năng nghe, cần phải hội chẩn thính học gia, bác sĩ tai mũi họng và chuyên gia ngôn ngữ học nhằm tìm phương án điều trị.

Thị lực: trẻ sanh non có nguy cơ bệnh lý võng mạc (retinopathy of prematurity –ROP). Cần tầm soát cho trẻ < 30 tuần hoặc trẻ > 1500 g hay trên 30 tuần mà có nhiều nguy cơ. Tầm soát lúc 4 – 6 tuần sau sanh, Tái khám mỗi 1 – 3 tuần cho đến khi các mạch máu võng mạc trưởng thành. Lúc 9-12 tháng, cần kiểm tra các tật về mắt như tật lác mắt, cận thị, loạn thị.

Bất thường nhận thức và vận động: nhằm có chương trình can thiệp và giáo dục đặc biệt. Trẻ nhỏ dùng thang điểm Baley, trẻ lớn dùng chỉ số IQ.

Các dấu hiệu của bại não: giảm trương lực cơ, co cứng, tư thế bất thường. Cần được khám và theo dõi bởi chuyên gia thần kinh.

Chậm học hỏi và ngôn ngữ dựa theo tuổi thai, tuổi hiệu chỉnh.

Tài liệu tham khảo

Charles J Lockwood, 2009, Pathogenesis of preterm birth, www.uptodate.com

George T Mandy, 2009, Short-term complications of the premature infant, www.uptodate.com

George T Mandy 2009, Long term complications of the premature infant, www.uptodate.com

Julian N Robinson, 2009, Risk factors for preterm labor and delivery, www.uptodate.com

Priscilla Joe, 66 – 84.

Hoàng Trọng Kim, 2006, Hồi sức trẻ sanh non, Hồi sức cấp cứu trẻ sơ sinh, xuất bản lần thứ 5, nhà xuất bản Y học, trang 8.1 – 8.16.

Tăng Chí Thượng, 2009, Sơ sinh non tháng, Phác đồ điều trị nhi khoa, xuất bản lần thứ 5, trang 143 – 145.



Quan điểm về y học dựa trên bằng chứng (Evidence-based Medicine, viết tắt là EBM) ngày càng phổ biến trên thế giới và đã trở thành phương pháp luận cơ bản trong học tập và cập nhật kiến thức hàng ngày của bác sĩ thực hành lâm sàng.

Trong thời gian qua, HOSREM đã tổ chức các khóa học và biên soạn các tài liệu giới thiệu các quan điểm về EBM cho hội viên. Để tiếp tục phổ biến EBM đến hội viên và nhân viên y tế trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản, HOSREM chủ trương tập hợp các chuyên gia và các bác sĩ có kiến thức và kinh nghiệm về EBM để biên soạn một loạt sách với tựa đề **“Sản Phụ khoa – từ Bằng chứng đến Thực hành”**, đề cập đến các kiến thức cập nhật trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản, trên quan điểm y học dựa trên bằng chứng.

Quyển sách đầu tiên được chính thức ra mắt vào tháng 7/2010, tập hợp các bài viết xoay quanh ba chuyên khoa lớn: Sản – Phụ – Vô sinh. Thông tin liên quan vui lòng truy cập website HOSREM: www.hosrem.org.vn (mục Tài liệu tham khảo).