

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH MÀNG TRONG

NGUYỄN VĂN TUẤN
NGUYỄN GIA KHÁNH, LÊ PHÚC PHÁT

TÓM TẮT

Qua 111 trường hợp suy hô hấp được chẩn đoán xác định bệnh màng trong bởi mô bệnh học, đã điều trị tại khoa Sơ sinh của Viện Nhi Quốc gia từ tháng 01/1994 đến tháng 12/2000, chúng tôi đã rút ra những quan sát sau đây:

- Bệnh màng trong là bệnh suy hô hấp hay gặp ở trẻ sơ sinh.
- Hình ảnh lâm sàng hiếm khi đặc trưng cho chẩn đoán.
- X-quang phổi có hình ảnh đặc hiệu về bệnh.
- Xét nghiệm sinh hoá chỉ ra tình trạng hạ oxy máu, tăng thân khí máu và toan máu.
- Tuổi thai liên quan chặt chẽ với giới tính.

Từ khoá: suy hô hấp, bệnh màng trong.

SUMMARY

After 111 cases of the respiratory distress syndrome that were judged to have hyaline membranes by histological examination treated at the department of neonate of National pediatric Institute from January 1994 to December 2000, the writer has extracted the following observations:

- HMD is a disease often in the respiratory distress syndrome of the newborn.
- The clinic aspect is rater typical for the diagnostic.
- X-ray of the lung has a specific feature.
- Biochemical aspect shows a hypoxemic, hypercapnic and acidotic state.
- A most interesting result is obtained if the gestation distribution is broken down by sex.

Keywords: respiratory distress syndrome, newborn.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp rất hay gặp ở trẻ sơ sinh đặc biệt là trẻ sơ sinh thiếu tháng. Nguyên nhân gây suy hô hấp rất nhiều và thường khó giải quyết. Trong đó bệnh màng trong là nguyên nhân thông thường nhất của suy hô hấp trẻ đẻ non trong những ngày đầu sau đẻ, chiếm 1 - 2% trẻ mới sinh và thường đồng nghĩa với tử vong trước thời đại có thông khí cơ học [10], [11].

Hàng năm ở Pháp có 5000 trường hợp, ở Mỹ có 25000 trường hợp bệnh màng trong, mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị trong hai thập niên vừa qua, tỷ lệ tử vong bệnh màng trong vẫn chiếm 20% [9], [2]. Tỷ lệ bệnh màng trong thay đổi tùy từng nước: Thụy Sĩ và Thụy Điển chiếm 0,39-1,3% trên tổng số trẻ đẻ ra còn sống sót và nếu tính riêng cho trẻ đẻ non dưới 37 tuần thì tỷ lệ này lên đến 4,5-7,5% vào năm 1970-1980 [3], Mỹ chiếm 0,63% vào năm 1992 [7], [8] và nếu tính riêng trẻ dưới 2500g thì tỷ lệ này là 14% vào năm 1975 và 5,6% cho năm 1991 [6].

Trong 20 năm qua, có xấp xỉ 50% trẻ bị bệnh màng trong tử vong. Những năm gần đây, những phương pháp điều trị đặc hiệu cùng với chẩn đoán sớm đã làm giảm tỷ lệ tử vong một cách đáng kể. Hiện nay 80 - 90% trẻ mắc bệnh này sống sót [5]. Theo Schaffer và Avery thì đứng hàng đầu danh sách tử vong của suy hô hấp sơ sinh là bệnh màng trong. Theo P.M Farrel - R.Wood, ở Anh tỷ lệ tử vong do suy hô hấp cấp ở trẻ đẻ non là 20% mà mới tính riêng bệnh màng trong. Theo J.Mildred, M.D.Stahlmann, bệnh màng trong là nguyên nhân phổ biến nhất gây suy hô hấp và chiếm 30% tử vong ở sơ sinh, 50% ở trẻ đẻ non.

Ở Việt Nam bệnh màng trong cũng là một trong những nguyên nhân gây suy hô hấp trẻ sơ sinh chiếm tỷ lệ tử vong cao, những tài liệu nghiên cứu bệnh màng trong còn ít, số lượng bệnh nhân phát hiện trên lâm sàng cũng quá ít. Vì vậy việc tìm hiểu lâm sàng và cận lâm sàng là cần thiết để rút ra một kinh nghiệm trong chẩn đoán góp phần hạ thấp tỷ lệ bệnh tật và tử vong của bệnh màng trong nói riêng và trẻ sơ sinh nói chung, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "**Nhận xét đặc điểm lâm sàng bệnh màng trong**", nhằm mục tiêu tìm hiểu đặc điểm lâm sàng bệnh màng trong.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

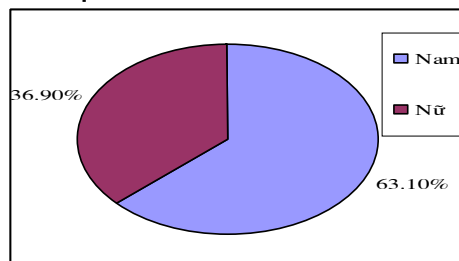
Chúng tôi nghiên cứu dựa trên cơ sở hồi cứu tất cả bệnh án của bệnh màng trong trẻ sơ sinh đã tử vong và được làm giải phẫu bệnh để chẩn đoán xác định bệnh màng trong. Các bệnh án này đều thuộc Khoa Sơ sinh viện Nhi Thụy Điển từ tháng 01 năm 1994 đến tháng 12 năm 2000, tất cả là 111 bệnh án.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Dựa trên 111 bệnh nhân chẩn đoán bệnh màng trong chúng tôi tìm hiểu:

- Đặc điểm chung
- Lâm sàng
- Cận lâm sàng

3. Kết quả.



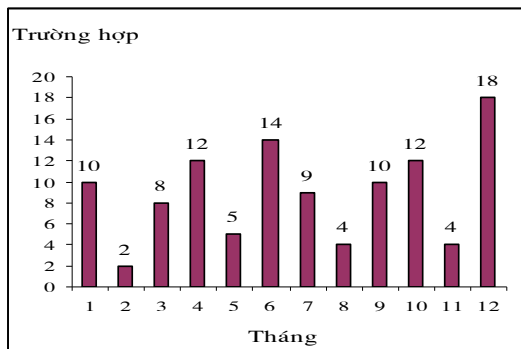
Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh theo giới

Nhận xét:
 - Nam chiếm 63,1%, nữ chiếm 36,9%.
 - Nam gặp nhiều hơn nữ tỷ lệ 1,7: 1. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm cân nặng:

Cân nặng(gr)	Số lượng	Tỷ lệ %
900 - 1000	4	3,6
1001 - 1500	45	40,5
1501 - 2000	45	40,5
2001 - 2500	17	15,4
Tổng	111	100

Nhận xét: Trẻ thấp cân nhất là 900gr, trẻ nặng cân nhất là 2500gr. Phần lớn trẻ có cân nặng từ 1001 - 2000gr chiếm 81%. Cân nặng trung bình là 1650gr.



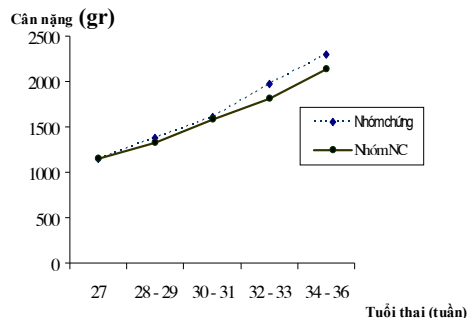
Biểu đồ 2. Phân bố bệnh theo tháng

Nhận xét: Kết quả cho thấy bệnh rải rác đều trong năm.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo thân nhiệt:

Thân nhiệt	<35°	35°-37°8	≥37°8
Số lượng	58	52	1
Tỷ lệ %	52,2	47,7	0,1

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có hạ nhiệt độ chiếm 52,2%. Nhiệt độ thấp nhất 34°, cao nhất 39°4, trung bình 35°5.



Biểu đồ 3. So sánh cân nặng trung bình theo tuổi thai của bệnh nhân trong với nhóm chứng

Nhóm chứng được lấy theo số liệu của Đỗ Thị Đức Mai (2001): Nghiên cứu một số chỉ số nhân trắc của trẻ em sơ sinh theo tuổi thai. Luận văn BS. Chuyên khoa cấp II tr 29.

Kết quả này cho thấy cân nặng của trẻ bị bệnh màng trong thấp hơn cân nặng của nhóm chứng.

Bảng 3. Sự liên quan giữa giới và tuổi thai

Tuổi thai (Tuần)	Nam	Nữ	%
27	1	1	1: 1
28 - 30	16	14	1,14: 1
31-33	21	14	1,5: 1
34-35	31	10	3,1: 1
>35	2	1	2: 1

Nhận xét: Tuổi thai càng nhỏ thì tỷ lệ nam nữ gần bằng nhau khi tuổi thai tăng thì tỷ lệ nữ giảm nhanh hơn nam.

Bảng 4. Thời gian xuất hiện suy hô hấp sau khi đẻ

Thời gian(giờ)	Số lượng	Tỷ lệ %
0-3	60	54,1
4-6	32	28,8
7-12	12	10,8
>12	7	6,3
Tổng	111	100

Nhận xét: -Thời gian xuất hiện suy hô hấp trước 3 giờ sau khi đẻ là hay gặp nhất chiếm 54,1%.

-Thời gian xuất hiện suy hô hấp trước 6 giờ sau khi đẻ chiếm 82,9%.

Bảng 5. Sự liên quan giữa thời gian xuất hiện suy hô hấp và cân nặng:

Cân nặng Thời gian	<1000	1001-1500	1501-2000	>2000	Tổng	Tỷ lệ %
0-3 giờ	3	29	23	5	60	54,1
4-6	1	10	16	5	32	28,8
7-12		4	4	4	12	10,8
>12		2	2	3	7	6,3
Tổng	4	45	45	17	111	100
Thời gian trung bình	1,8 giờ	4,66	6,3	8,3	5,8	

Nhận xét: -Thời gian xuất hiện suy hô hấp trung bình là 5,8 giờ.

-Cân nặng trẻ càng thấp thì thời gian xuất hiện suy hô hấp càng sớm, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 6. Đặc điểm lâm sàng suy hô hấp bệnh nhân trong:

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Ri rào phế nang giảm	97	87,4
Tím	96	86,5
Thở rên	92	82,9
Cơ ngừng thở	86	77,5
Nghe ran ở phổi	15	13,5
Cơ kéo cơ hô hấp	14	12,6
Cánh mũi phập phồng	1	0,9

Nhận xét: Bốn triệu chứng hay gặp nhất là ri rào phế nang giảm (87,4%), tím (86,5%), thở rên (82,9%) và cơ ngừng thở (77,5%).

Bảng 7. Đặc điểm khí máu

Xét nghiệm	Số lượng	Trung bình
pH máu	26	7,12 ± 1,52
PaCO ₂	25	54,08 ± 22,89
SaO ₂	24	43,8 ± 19,17
BE	26	- 12,81 ± - 1,20
TCO ₂	21	22,70 ± 13,68
PaO ₂	24	29,33 ± 11,97
HCO ₃	24	22,78 ± 19,5

Nhận xét: Kết quả cho thấy tình trạng nhiễm toan nặng pH = 7,12 ± 1,52, trường hợp thấp nhất có pH = 6,59. Song song với tình trạng nhiễm toan thì độ bão hoà oxygen cũng rất thấp SaO₂ = 43,8%, áp lực riêng phần của oxy động mạch cũng thấp PaO₂ = 29,33.

BÀN LUẬN

-Giới: Sự gia tăng nguy cơ mắc bệnh màng trong ở nam cao hơn nữ là do dưới tác dụng của nội tiết tố nam làm cho chậm sự phát triển hoàn chỉnh về mặt sinh hóa phospholipides của surfactant ở phổi [1].

-Cân nặng: Trọng lượng sơ sinh lúc đẻ hay gặp nhất là dưới 2000g chiếm 84,6%, trong đó hai nhóm cân nặng: 1001 – 1500g và 1501 – 2000g là hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 40,5% ngang bằng nhau.

- Thời gian: Bệnh rải rác đều trong 12 tháng.

- Thân nhiệt: Chúng tôi chưa tìm thấy tài liệu nào đề cập đến vấn đề hạ nhiệt độ trong bệnh màng trong, có chăng đó là hậu quả cuối cùng của hầu hết bệnh nặng. Tuy nhiên trong nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh hạ nhiệt độ tương đối cao lên đến 52,2%. Điều này có thể liên quan đến vấn đề vận chuyển trẻ và điều kiện giữ ấm trẻ của chúng ta chưa được tốt. Kết quả chúng tôi cho thấy vận chuyển trẻ sơ sinh thiếu tháng chủ yếu là xe ô tô chiếm 64,8%.

- Liên quan cân nặng theo tuổi thai

Trẻ sơ sinh bệnh màng trong đều có cân nặng trung bình thấp hơn so những trẻ cùng tuổi thai. Tuổi thai càng nhỏ thì cân nặng sơ sinh càng thấp, có sự tỷ lệ thuận giữa trọng lượng thai và tuổi thai khi đẻ non [4].

- Liên quan giới tính theo tuổi thai trẻ mắc bệnh

Khi tuổi thai càng non tháng thì tỷ lệ nam nữ mắc bệnh màng trong gần như ngang nhau, nhưng khi tuổi thai càng cao thì nguy cơ mắc bệnh màng trong nam cao hơn nữ.

-Thời gian xuất hiện suy hô hấp sau sinh

Chúng ta thấy thời gian xuất hiện suy hô hấp của bệnh màng trong hay gặp nhất là trước 3 giờ kể từ lúc sinh chiếm 54,1. Nếu tính thời gian xuất hiện suy hô hấp đến 6 giờ sau sinh thì tỷ lệ này cao hơn lên đến 82,9%.

- Sự liên quan giữa thời gian xuất hiện suy hô hấp và cân nặng

Thời gian xuất hiện suy hô hấp trung bình sau sinh là 5,8 giờ. Điều thú vị là những trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong có cân nặng càng thấp thì thời gian xuất hiện suy hô hấp sau sinh càng sớm. Những đứa trẻ cân nặng dưới 1000g thì hầu như suy hô hấp ngay sau sinh.

- Đặc điểm lâm sàng hô hấp

- Dấu hiệu khám lâm sàng hay gặp nhất là nghe thấy rì rào phế nang giảm chiếm 87,4%.

- Tím tái chiếm 86,5%. Dấu hiệu này xảy ra tương đối sớm và thường gặp.

-Thở rên chiếm 82,9%.Ran ẩm gặp rất ít chỉ 13,5%. Đây là những điều giúp ta phân nào phân biệt trước trẻ đẻ non suy hô hấp do viêm phổi hay bệnh màng trong. Dù rằng việc chẩn đoán bệnh màng trong nếu chỉ dựa đơn thuần vào lâm sàng thì không chắc chắn nhưng nếu dựa các triệu chứng tím, thở rên, khám phổi thấy rì rào phế nang giảm mà không có ran ẩm thì phần nào cho phép chúng ta nghĩ đến bệnh màng trong.

- Đặc điểm khí máu

Khi chẩn đoán bệnh mới bắt đầu thì pH thường ở giữa 7 và 7,2 nhưng khi bệnh đã tiến triển nhiều giờ, pH có thể giảm xuống dưới 7.

PaO₂ (29,33 ± 11,97), PaCO₂ (54,08 ± 22,89).

KẾT LUẬN

- Bệnh màng trong gặp ở nam nhiều hơn nữ (1,7: 1), càng rõ hơn khi tuổi thai càng cao.

- Tuổi thai bệnh màng trong hay gặp nhất là 28 – 31 tuần (63,9%).

- Tỷ lệ trẻ sơ sinh hạ nhiệt độ trong nghiên cứu tương đối cao chiếm 52,2%, có liên quan mật thiết với phương tiện vận chuyển trẻ.

- Cân nặng trẻ càng thấp thì càng sớm xuất hiện suy hô hấp và sớm tử vong.

- Dấu hiệu lâm sàng thì không đặc hiệu cho bệnh màng trong, vì vậy việc chẩn đoán sớm bằng lâm sàng còn khó khăn. Tuy nhiên, chúng tôi hay gặp 4 triệu chứng sau:

+ Tím tái chiếm 86,5 %.

+ Thở rên chiếm 82,9%.

+ Cơ ngừng thở chiếm 77,5%.

+ Rì rào phế nang giảm chiếm 87,4%.

- Tình trạng nhiễm toan ở trẻ mắc bệnh màng trong là rất sớm và rất nặng, pH trung bình là 7,12.

- Độ bão hòa ô xy trong máu là rất thấp đạt 29,33%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Berman S., Tanasijevic M., Alvarez J., et al. (1996), "Racial differences in the predictive value of the TDx fetal lung maturity assay", Am J Obstet Gynecol, 176, pp. 1018-22.

2. Halliday H.L.(1990), "Treatment of respiratory distress syndrome with surfactant", ITCM, pp. 75-9.

3. Hjalmarson O. (1991), "Epidemiology of neonatal disorders of respiration", Int J of Technology Assessment in Health Care, 7suppl 1, pp. 9-15.

4. Mirjami S., Merja K., Erkki Savilahti(2001), "Prematurity at birth reduces the long-term risk of atopy", Journal of Allergy and Clinical Immunology, Volume 107(2), Feb.

5. Rudolph A.M., Hoffman J.I.E., Rudolph C.D.(1996), "Hyaline membrane disease", Rudolph's pediatrics 20th Edition, pp. 1598-1605.

6. Watterberg K., Demers L., Scott S., et al. (1996), "Chorioamnionitis and early lung inflammation in infants in whom bronchopulmonary dysplasia develops", *Pediatrics*, 97, pp. 210-5.
7. Wegman M. (1992), "Annual summary of vital statistics 1991", *Pediatrics*, 92, pp. 835-45.
8. Wegman M. (1992), "Annual summary of vital statistics-1992", *Pediatric*, 92, pp. 743-54.
9. Dehan M., J.L. Micheli. (2000), "Le poumon du prématuré", *Le poumon du nouveau-né*, chapitre 15.
10. Mbuila C., Mathe I.C., Costil J. (1994), "Facteurs pronostiques de la maladie des membranes hyalines", *Ann pédiatr (Paris)*, n° 7, pp. 407-410.
11. Moriette G. (1990), "La dysplasie bronchopulmonaire", *Arch Fr Pédiatr*, 47, pp.555-7.