

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH MÀNG TRONG Ở TRẺ SƠ SINH NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2022-2023

Giáp Thị Tuyết^{1*}, Nguyễn Thành Trung²,
Nguyễn Thị Ngọc Thủy³

TÓM TẮT

Tóm tắt: Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập thông tin từ 78 trẻ sơ sinh non tháng được chẩn đoán mắc bệnh màng trong tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023.

Kết quả: Bệnh thường gặp ở trẻ nam (56,4%), tuổi thai trung bình $32,08 \pm 2,27$ tuần, cân nặng lúc sinh $<2500g$ (88,9%). Tỷ lệ trẻ sinh ra từ bà mẹ có dự phòng Corticoid trước sinh là 38,5%. Dấu hiệu bất thường hay gặp bao gồm tím (100%) thở rên (89,7%), thở nhanh (82,1%), phập phồng cánh mũi (82,1%). Tổn thương trên phim X-quang ngực thẳng độ III chiếm tỷ lệ cao là 53,8%. Đa số trẻ có chỉ định bơm Sufactant (75,6%), tỷ lệ trẻ được bơm Sufactant sớm trong 6h đầu sau sinh là 87,5%. Tỷ lệ sống 78,2%, tỷ lệ tử vong 21,8%. Điều trị surfactant cho trẻ sơ sinh non tháng đạt hiệu quả đáng kể và cần tiếp tục thực hiện để cứu sống trẻ sơ sinh non tháng.

Từ khóa: Bệnh màng trong, Sơ sinh non tháng, Suy hô hấp, Sufactant, Thái Nguyên

STUDY ON CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OF HYALINE MEMBRANE DISEASE IN PREMATURE INFANTS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2022-2023

ABSTRACT

Objective: This study describe the clinical, paraclinical characteristics and treatment of hyaline membrane disease in preterm neonate at Thai Nguyen National Hospital in 2023.

1. Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên
2. Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên
3. Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

*Tác giả liên hệ: Giáp Thị Tuyết

Email: giapthituyet1305@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/10/2023

Ngày phản biện: 07/10/2023

Ngày duyệt bài: 10/10/2023

Method: The study used a cross-sectional descriptive study design, collected information from 78 premature neonates diagnosed with Hyaline membrane disease at Thai Nguyen National Hospital from July 2022 to July 2023.

Results: The disease is common in male children (56,4%), the mean gestational age was $32,08 \pm 2,27$ weeks, and birth weight $<2500g$ (88,9%). The proportion of children born to mothers with prenatal corticosteroid prophylaxis is 38,5%. Common abnormal signs include are cyanosis (100%), groaning (89,7%), tachypnea (82,1%), and nasal flapping (82,1%). Damage on chest X-rays of grades III account for a high rate of 53,8%. The majority of children were prescribed Sufactant injection (75,6%), the rate of children receiving Sufactant injection early in the first 6 hours after birth was 87,5%. Survival rate 78,2%, death rate 21,8%. The treatment of hyaline membrane disease using surfactant for preterm neonates showed positive results and should be implemented to save premature infant lives.

Key words: Hyaline membrane disease, Premature neonates, Respiratory distress, Sufactant, Thai Nguyen.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tất cả các trẻ đẻ non ít nhiều đều có biểu hiện thiếu sót về sự trưởng thành của các hệ thống trong cơ thể, trong đó hệ hô hấp có một vai trò rất quan trọng và biểu hiện ngay sau khi sinh. Tỷ lệ trẻ đẻ non hàng năm ngày càng tăng cao, năm 2010, trên toàn thế giới có khoảng 15 triệu trẻ sinh non, chiếm 11,1% tổng số ca sinh sống trên toàn thế giới [1]. Đi kèm với đó là những tình trạng bệnh lý sơ sinh cũng gia tăng theo, đặc biệt là các bệnh liên quan đến bộ máy hô hấp. Bệnh màng trong (Hyaline membrane disease – HMD - BMT) hay còn gọi là hội chứng suy hô hấp (Respiratory distress syndrome - RDS) là một bệnh thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh non tháng do phổi chưa trưởng thành. Bệnh thường xuất hiện trong những giờ đầu tiên sau đẻ với những biểu hiện của hội chứng suy hô hấp cấp. Bệnh thường tiến triển nặng dần lên trong vòng 24h có thể tử vong nếu không điều trị kịp thời. Bệnh được chẩn

đoán dựa vào bệnh cảnh lâm sàng là một trẻ sơ sinh non tháng có triệu chứng suy hô hấp (SHH) khởi phát sớm trong vòng vài phút hay vài giờ sau sinh kết hợp với hình ảnh đặc trưng trên X-quang ngực thẳng. Năm 1980 Fujiwara lần đầu tiên điều trị thành công bằng Surfactant từ phổi bò. Ở Việt Nam Cũng đã có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của liệu pháp surfactant và phương pháp INSURE trong điều trị BMT của các tác giả Khu Thị Khánh Dung [2], Phạm Nguyễn Tố Như [3],... và cho kết quả khả quan. Các phương thức điều trị, bao gồm corticosteroid trước khi sinh, điều trị Sufactant và hỗ trợ hô hấp nâng cao cho trẻ sơ sinh, đã cải thiện kết quả cho những bệnh nhân bị ảnh hưởng bởi RDS, nhưng nó vẫn tiếp tục là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở trẻ non tháng. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Vũ Thị Chín và cộng sự (2023), tỷ lệ trẻ sơ sinh có suy hô hấp mắc BMT là 33,8% [4]. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn cùng cộng sự tại BV Nhi Trung ương từ tháng 1/1994 đến tháng 12/2000 đã có 111 trường hợp tử vong do BMT qua nghiên cứu giải phẫu bệnh [5]. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Xuân Hương và cộng sự tại khoa Nhi Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ năm 2008 - 2010 cho thấy tỉ lệ tử vong do RDS là 40,28% [6]. Hàng năm, Khoa Sơ sinh – Cấp cứu Nhi - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã tiếp nhận điều trị số lượng rất lớn trẻ đẻ non có tình trạng suy hô hấp, trong đó có tỉ lệ trẻ sơ sinh non tháng có hội chứng suy hô hấp do bệnh màng trong chiếm tỷ lệ khá cao. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ban đầu ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2022-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 93 trẻ được chẩn đoán bệnh màng trong tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Trẻ sơ sinh non tháng vào khoa Nhi sơ sinh – cấp cứu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên được chẩn đoán xác định mắc bệnh màng trong thỏa mãn:

- Lâm sàng: Trẻ có biểu hiện SHH cấp xuất hiện ngay sau đẻ hoặc vài giờ sau đẻ: thở nhanh từ 60 lần/phút trở lên, co kéo cơ hô hấp, thở rên, tím tái,

cơn ngừng thở, phập phồng cánh mũi, nghe phổi thấy rì rào phế nang giảm hoặc mất.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm tại khoa Sơ sinh – Cấp cứu Nhi Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023.

- Đánh giá mức độ suy hô hấp bằng chỉ số Silverman.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Bảng 1. Bảng điểm Silverman phân loại mức độ suy hô hấp

Chỉ số đánh giá	0	1	2
Di động ngực bụng	Cùng chiều	Ngực < bụng	Ngược chiều
Co kéo cơ liên sườn	Không	+	++
Rút lõm hố ức	Không	+	++
Phập phồng cánh mũi	Không	+	++
Thở rên	Không	Qua ống nghe	Nghe bằng tai

- X-quang phổi:

+ Giai đoạn 1: Hình ảnh ứ khí trong các nhánh khí quản, phế quản lớn.

+ Giai đoạn 2: Hình ảnh đám các nốt mờ rải rác hai bên phế trường.

+ Giai đoạn 3: Hình ảnh mờ không đồng đều kiểu hạt và mạng lưới rải rác 2 phế trường kèm ứ khí các nhánh phế quản, nhưng còn phân định rõ ranh giới của tim.

+ Giai đoạn 4: Phổi mờ đều không còn phân định được ranh giới của tim (phổi trắng).

- Có sự đồng ý tham gia nghiên cứu của bố, mẹ hay người giám hộ trẻ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ < 22 tuần

- Trẻ ≥ 37 tuần.

- Những bệnh án không có đầy đủ số liệu thu thập.

Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu sau:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu tối thiểu

α : mức ý nghĩa thống kê (chọn $\alpha = 0,05$)

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$: Hệ số giới hạn tin cậy

d: độ chính xác mong muốn (chọn $d = 0,08$)

$p = 0,865$ (tỷ lệ tiêu chứng tím là 86,5% theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn) [5].

Thay số vào công thức ta có: $n = 70,01$

Như vậy cỡ mẫu nghiên cứu lấy tối thiểu là 70 bệnh nhân. Thực tế chúng tôi chọn được 78 trẻ và gia đình tham gia nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện.

Biến số, chỉ số trong nghiên cứu

+ Thông tin chung: Tuổi thai, giới tính, cân nặng của trẻ, tiền sử sản khoa...

+ Đặc điểm lâm sàng: Thời điểm suy hô hấp, tím, thở rên, ngừng thở, nhịp thở, rút lõm lồng ngực nặng, nhịp tim, điểm Silverman...

+ Đặc điểm cận lâm sàng: X-quang, khí máu động mạch.

+ Kết quả điều trị: Sống, tử vong

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023 chúng tôi thu thập được 78 trẻ mắc Bệnh màng trong điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu được trình bày tại bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=78)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	44	56,4
	Nữ	34	43,6
Tuổi thai	28-32 tuần	39	50,0
	33-36 tuần	39	50,0
Tuổi thai trung bình		32,08 ± 2,27	
Cân nặng lúc sinh	<1000g	05	6,4
	1000 – 1499g	13	16,7
	1500 – 2499g	51	65,4
	≥ 2500g	09	11,5
Cân nặng trung bình		1723,08 ± 469,85	
Cách sinh	Sinh thường	31	39,7
	Mổ lấy thai	47	60,3
Mẹ tiêm Corticoid trước sinh	Không tiêm	48	61,5
	Có tiêm	30	38,5

Phương pháp thu thập số liệu

- Số liệu được thu thập thông tin qua ghi chép từ hồ sơ bệnh án gốc, phỏng vấn trực tiếp mẹ hoặc người nuôi dưỡng bệnh nhi theo mẫu bệnh án thống nhất. Phỏng vấn mẹ hoặc người nuôi dưỡng trẻ được thực hiện bởi học viên.

- Khám lâm sàng và thực hiện thủ thuật được thực hiện bởi học viên và các bác sĩ điều trị.

- Cận lâm sàng: X-quang phổi được chỉ định lúc nhập viện và chụp tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và do bác sĩ chuyên khoa Chẩn đoán hình ảnh đọc kết quả. Xét nghiệm khí máu động mạch được làm tại thời điểm nhập viện.

Xử lý là phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 25.0 để nhập và xử lý số liệu, tính tần số, tỷ lệ phần trăm, kiểm định χ^2 , có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi quyết định số 882/HĐĐĐ – BVTWTN ngày 19 tháng 9 năm 2022, Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam là 56,4%, cao hơn trẻ nữ là 43,6%. Tuổi thai trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $32,08 \pm 2,27$ tuần. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng thấp chiếm đa số 88,5%. Tỷ lệ trẻ được sinh từ bà mẹ có tiêm Corticoid trước sinh (38,5%) thấp hơn nhóm không tiêm (61,5%).

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng bệnh màng trong

Đặc điểm		Từ 28-32 tuần (n=39)		Từ 32-36 tuần (n= 39)		Tổng số (n = 78)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Thời gian xuất hiện SHH	< 1h	39	100	35	89,7	74	94,9
	> 1h	0	0,0	04	10,3	04	5,1
Li bì		10	25,6	04	10,3	14	17,9
Tím		39	100	39	100	78	100
Thở nhanh		29	74,4	35	89,7	64	82,1
Phập phồng cánh mũi		30	76,9	34	87,2	64	82,1
Thở rên		38	97,4	32	82,1	70	89,7
Cơ ngừng thở bệnh lý		20	51,3	13	33,3	33	42,3
Rút lõm lồng ngực nặng		29	74,4	16	41	45	57,7
Hạ thân nhiệt		06	15,4	04	10,3	10	12,8
Mức độ SHH	Nhẹ	06	15,4	22	56,4	28	35,9
	Nặng	33	84,6	17	43,6	50	64,1

Tỷ lệ trẻ xuất hiện SHH trong 1 giờ đầu sau sinh chiếm đa số ở cả 2 nhóm tuổi thai.

100% trẻ có tím khi nhập viện, tỷ lệ xuất hiện thở nhanh 82,1%, phập phồng cánh mũi 82,1%, thở rên 89,7%, rút lõm lồng ngực nặng chiếm 57,7%. Có 17,9% trẻ có tình trạng li bì khi nhập viện, tỷ lệ trẻ có suy hô hấp nặng chiếm 64,1%.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng, khí máu động mạch bệnh màng trong.

Đặc điểm		Từ 28-32 tuần (n=39)		Từ 33-36 tuần (n= 39)		Tổng số (n = 78)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Xquang ngực thẳng	Độ I	0	0,0	03	7,7	3	3,8
	Độ II	06	15,4	12	30,8	18	23,1
	Độ III	20	51,3	22	56,4	42	53,8
	Độ IV	13	33,3	02	5,1	15	19,2
pH khí máu	<7,35	22	88,0	17	63,0	39	75
	≥ 7,35	03	12,0	10	37,0	13	25
pCO ₂ khí máu (mmHg)	< 35	01	4,0	04	14,3	5	9,4
	35 - 45	08	32,0	16	57,1	24	45,3
	> 45	16	64,0	08	28,6	24	45,3

Tỷ lệ tổn thương BMT trên phim Xquang ngực thẳng độ III chiếm tỷ lệ cao ở 2 nhóm tuổi thai (lần lượt là 51,3% và 56,4%), tỷ lệ độ IV ở nhóm tuổi 28-32 tuần là 33,3% cao hơn nhóm >32 tuần. Tỷ lệ trẻ có pH <7,35 chiếm tỷ lệ khá cao (75%), sau đó là PCO₂ >45mmHg (45,3%).

Bảng 5. Đặc điểm điều trị Sufactant

Đặc điểm		Từ 28-32 tuần (n=39)		Từ 33-36 tuần (n= 39)		Tổng số (n = 78)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Bơm Sufactant	Có	34	87,2	25	64,1	59	75,6
	Không	05	12,8	14	35,9	19	24,4
Hỗ trợ hô hấp ban đầu	Thở oxy	01	2,6	04	10,3	05	6,4
	Thở CPAP	24	61,5	30	76,9	54	69,2
	Thở máy	14	35,9	05	12,8	19	24,4
Thời gian bơm Sufactant	≤6h	30	88,2	22	88,0	52	88,1
	>6h	04	11,8	03	12	07	11,9

Có 75,6% trẻ mắc bệnh màng trong có chỉ định bơm Sufactant. Tỷ lệ bệnh nhân được thở CPAP trước khi bơm Sufactant chiếm tỷ lệ cao nhất là 69,2%. Đa số trẻ mắc bệnh màng trong được bơm Sufactant sớm trước 6 giờ đầu sau sinh (88,1%).

Bảng 6. Mối liên quan giữa kết quả điều trị và cân nặng và tuổi thai

Đặc điểm		Sống		Tử vong		p
		SL	%	SL	%	
Tuổi thai (tuần)	28 - 32	24	61,5	15	38,5	p< 0,05
	33 - 36	37	94,9	02	5,1	
Cân nặng lúc sinh (gram)	< 1000	0	0,0	05	100	p<0,05
	1000 - 1499	09	69,2	04	30,8	
	1500 - 2499	44	86,3	07	13,7	
	≥ 2500	08	88,9	01	11,1	
Mức độ SHH	Nhẹ	28	100	0	0,0	p<0,05
	Nặng	33	66,0	17	34,0	
Tiêm trưởng thành phổi trước sinh	Có	28	93,3	02	6,7	p<0,05
	Không	33	68,8	15	31,3	
Tổng		61	78,2	17	21,8	

Tỷ lệ tử vong ở nhóm tuổi thai ≤ 32 tuần, cân nặng lúc sinh <1500g cao hơn so với nhóm còn lại. Trẻ lúc nhập viện có mức độ SHH nặng có tỷ lệ tử vong là 34% cao hơn nhóm có mức độ SHH nhẹ. Những trẻ sinh ra từ mẹ không được tiêm mũi trưởng thành phổi trước sinh có tỷ lệ tử vong cao hơn so với nhóm có mẹ được tiêm dự phòng trước sinh. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

Qua số liệu bảng 2 cho thấy phần lớn thời điểm xuất hiện SHH ngay trong giờ đầu sau sinh (94,9%), kết quả này tương tự nghiên cứu của Đoàn Văn Thành (2022) [7]. Dấu hiệu lâm sàng gặp nhiều nhất là tím (100%), thở rên (89,7%), thở nhanh (82,1%), phập phồng cánh mũi (82,1%). Các nghiên cứu của các

tác giả Phạm Hoàng Văn (2020), Nguyễn Thị Hoa (2022) cũng cho kết quả tương tự [8], [9]. Đánh giá theo thang điểm Silverman cho thấy trẻ suy hô hấp nặng chiếm 61,3%, nhóm tuổi thai 28-31 tuần có tỷ lệ suy hô hấp nặng cao nhất 93,9%. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị

Đàn (2017) [10]. Các nghiên cứu đều cho thấy tuổi thai càng nhỏ thì mức độ SHH càng nặng và sớm. Vì vậy khi xác định được tuổi thai của bệnh nhân có thể tiên lượng được nguy cơ xuất hiện SHH sau sinh để có kế hoạch chăm sóc, theo dõi và điều trị sau khi sinh.

Từ kết quả bảng 3 cho thấy tỷ lệ bệnh màng trong độ III trên X-quang chiếm tỷ lệ cao nhất 53,8%, độ II chiếm 23,1%, độ IV chiếm 19,2%. Kết quả này gần giống với nghiên cứu của Phạm Hoàng Văn (2020) [8]. Còn ở nghiên cứu của tác giả Đoàn Văn Thành (2022) ghi nhận tỷ lệ thương tổn trên X-quang phổi độ IV chiếm tỷ lệ cao nhất 35,6%, độ III chiếm 29,8%[7]. Lý do tỷ lệ BMT độ IV của chúng tôi thấp hơn có thể do đối tượng nghiên cứu của Đặng Thị Hoài Nam chủ yếu là dưới 32 tuần [11].

Tỷ lệ trẻ có pH <7,35 chiếm tỷ lệ khá cao (75%), sau đó là PCO₂ >45mmHg (45,3%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hoàng Thị Dung (2021), tỷ lệ pH<7,35 chiếm 61,6%, pCO₂ >45mmHg là 40,4% [12], và cũng tương tự như nghiên cứu của Đặng Thị Hoài Nam (2021) tại Bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng [11].

Qua số liệu bảng 5 ghi nhận 75,6% trẻ mắc bệnh màng trong có chỉ định bơm Sufactant. Tỷ lệ bệnh nhân được thở CPAP trước khi bơm Sufactant chiếm tỷ lệ cao nhất là 69,2%. Đa số trẻ mắc bệnh màng trong được bơm Sufactant sớm trước 6 giờ đầu sau sinh (88,1%) Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng sử dụng Sufactant càng sớm thì hiệu quả càng cao. Liệu pháp Sufactant đóng một vai trò thiết yếu trong việc quản lý BMT vì nó làm giảm tràn khí màng phổi và cải thiện khả năng sống sót. Theo nghiên cứu của Khu Thị Khánh Dung (2010), điều trị Sufactan sớm làm giảm thời gian thở máy và thở oxy của bệnh nhân BMT [2].

Từ kết quả bảng nghiên cứu 6 của chúng tôi tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng điều trị sống chiếm đa số, tuổi thai nhỏ và cân nặng lúc sinh thấp có tỷ lệ tử vong cao. Nhóm trẻ có tuổi thai từ 28-32 tuần, cân nặng lúc sinh <1000g có tỷ lệ tử vong cao hơn ($p<0,05$). Vì vậy tuổi thai và cân nặng lúc sinh thấp làm tăng tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với nghiên cứu của Phạm Hoàng Văn (2020) [8]. Trẻ được đánh giá mức độ SHH nặng theo Silverman có tỷ lệ tử vong

cao hơn với $p<0,05$, nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với nghiên cứu của tác giả Châu Huệ Mẫn (2023), tỷ lệ điều trị thất bại là 61,1% ($p<0,05$) [13]. Điều này cho thấy việc đánh giá lâm sàng mức độ suy hô hấp của trẻ có thể tiên lượng cho kết quả điều trị. Những trẻ được sinh ra từ mẹ có tiêm corticoid trước sinh có tỷ lệ sống 93,3% cao hơn nhóm có mẹ không tiêm là 68,8% với $p < 0,05$. Vì vậy việc bà mẹ dự phòng corticoid trước sinh giúp tăng tỷ lệ sống sót cho trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 78 trẻ sơ sinh mắc bệnh màng trong cho thấy bệnh thường gặp ở trẻ nam (56,4%), tuổi thai trung bình $32,08 \pm 2,27$ tuần, cân nặng lúc sinh <2500g (88,9%). Tỷ lệ trẻ sinh ra từ bà mẹ có dự phòng Corticoid trước sinh là 38,5% Bệnh thường xuất hiện ngay trong một giờ đầu sau sinh. Dấu hiệu bất thường hay gặp bao gồm tím (100%) thở rên (89,7%), thở nhanh (82,1%), phập phồng cánh mũi (82,1%). Tổn thương trên phim X-quang ngực thẳng độ III chiếm tỷ lệ cao là 53,8%. Đa số trẻ có chỉ định bơm Sufactant (75,6%), tỷ lệ trẻ được bơm Sufactant sớm trong 6h đầu sau sinh là 87,5%. Tỷ lệ sống 78,2%, tỷ lệ tử vong 21,8%, tuổi thai nhỏ, cân nặng lúc sinh thấp, mức độ SHH nặng khi nhập viện và mẹ không được dự phòng Corticoid trước sinh có mối liên quan tới kết quả điều trị bệnh màng trong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hannah B., Simon C., Mikkel Z.O, et al, (2012), "National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications", Lancet. 379(9832), pp. 2162-72
2. Khu Thị Khánh Dung, Hoàng Thị Thanh Mai (2010), "Bước đầu đánh giá hiệu quả của surfactant điều trị bệnh màng trong ở trẻ đẻ non tại Khoa Sơ Sinh Bệnh Viện Nhi Trung Ương", Tạp chí Y học Việt Nam. 1, tr. 96-100.
3. Phạm Nguyễn Tố Như (2010), "Mô tả kết quả điều trị bệnh màng trong ở trẻ sinh non bằng surfactant qua kỹ thuật INSURE", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 14, tr. 155-161
4. Vũ Thị Chín, Nguyễn Thị Quỳnh Nga (2023),

- “Nguyên nhân và kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An”, Tạp chí Y học Việt Nam. 527(1B), tr. 240-244.
5. **Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Gia Khánh, Lê Phúc Phát, (2010)**, “Nhận xét đặc điểm lâm sàng bệnh màng trong”, Tạp chí Y học thực hành. 709(3), tr. 1-7.
 6. **Nguyễn Thị Xuân Hương, Hoàng Thị Huệ, Phạm Trung Kiên và cộng sự, (2011)**, “Tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại khoa nhi Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên trong 3 năm (2008 - 2010)”, Tạp chí Khoa học và Công nghệ. 98, tr. 200-205.
 7. **Đoàn Văn Thành, Đặng Văn Chức, Phạm Thế Ngọc, Trần Quốc Trình, Đặng Phương Linh, và cộng sự (2022)**. “Lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân gây suy hô hấp tại phổi ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng năm 2021”. Tạp chí Y học Việt Nam, 515 (6) số đặc biệt, tr. 255-261.
 8. **Phạm Hoàng Văn, Nguyễn Ngọc Rạng, Võ Thị Khánh Nguyệt và cộng sự, (2020)**, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh màng trong bằng bơm surfactant ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh Viện Sản Nhi An Giang 2019-2020”, tạp chí Y dược học Cần Thơ. 29, tr. 121 - 129.
 9. **Nguyễn Thị Hoa, Nguyễn Thành Trung, Lê Hải Yến, Dương Thị Phương, (2022)**, “Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh non tháng điều trị tại Bệnh viện A Thái Nguyên”, Tạp chí Khoa học và Công nghệ Đại học Thái Nguyên. 228(01), tr. 278-284.
 10. **Hoàng Thị Đàn (2017)**, Kết quả sử dụng surfactant điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh non tháng tại Thái Nguyên, Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y Dược Thái Nguyên.
 11. **Đặng Thị Hoài Nam, Trần Thị Hoàng (2021)**, “Đặc điểm lâm sàng và yếu tố liên quan đến độ nặng của bệnh màng trong tại Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng”, Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa. 5(6), tr. 27-36.
 12. **Hoàng Thị Dung, Nguyễn Văn Sơn, Nguyễn Bích Hoàng, Trần Tiến Thịnh Đoàn Thị Huệ (2021)** “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên”. Tạp Chí Nghiên cứu Và Thực hành Nhi Khoa, 5 (4), tr. 34-42. DOI:<https://doi.org/10.47973/jprp.v5i4.342>.
 13. **Châu Huệ Mẫn, Phan Quỳnh Như, Ngô Thanh Thảo, Phạm Thị Ngọc Hiền, Nguyễn Tường Oanh, Phan Việt Hưng, Trần Đức Long, Trần Công Lý, (2023)**, “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”, Tạp chí Y dược học Cần Thơ. 56, tr. 74-81.