

còn của bệnh nhân sau 1 ngày, 30 ngày và 4 năm lần lượt là 96,1%, 92,1% và 91,0%.¹ So với nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sống còn của bệnh nhân sau 30 ngày thấp hơn (30 ngày: 92,1% so với 94,5%) nhưng sau 4 năm tỷ lệ này lại cao hơn (91,0% so với 89,1%).

V. KẾT LUẬN

Tử vong trong thời gian nằm viện chiếm 5,45%. Tỷ lệ sống còn cộng dồn sau đóng luồng thông trái-phải ở bệnh nhân tăng áp ĐMP nặng do thông liên nhĩ, thông liên thất và còn ống động mạch sau 1 tháng, 1 năm và 3 năm lần lượt là 94,5%, 91,8% và 89,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arafuri N, Murni IK, Idris NS, et al.** Survival of Left-to-Right Shunt Repair in Children with Pulmonary Arterial Hypertension at a Tertiary Hospital in a Low-to-Middle-Income Country. *Global Heart*. 2021;16(1):25. doi:10.5334/gh.831
2. **Xi SB, Wang SS, Qian MY, Xie YM, Li JJ, Zhang ZW.** Predictors of operability in children with severe pulmonary hypertension associated with congenital heart disease. *Chinese medical journal*. Apr 5 2019;132(7):811-818. doi:10.1097/cm9.000000000000145
3. **Manes A, Palazzini M, Leci E, Bacchi Reggiani ML, Branzi A, Galiè N.** Current era survival of patients with pulmonary arterial hypertension associated with congenital heart disease: a comparison between clinical subgroups. *European heart journal*. Mar 2014; 35(11): 716-24. doi:10.1093/eurheartj/eh072
4. **Vijarnsorn C, Durongpisitkul K, Chungsomprasong P, et al.** Contemporary survival of patients with pulmonary arterial hypertension and congenital systemic to pulmonary shunts. *PloS one*. 2018;13(4): e0195092. doi: 10.1371/journal.pone.0195092
5. **Gan HL, Zhang JQ, Zhou QW, Feng L, Chen F, Yang Y.** Patients with congenital systemic-to-pulmonary shunts and increased pulmonary vascular resistance: what predicts postoperative survival? *PloS one*. 2014;9(1):e83976. doi:10.1371/journal.pone.0083976

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH MÀNG TRONG Ở TRẺ ĐỂ NON TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2020-2021

Đinh Văn Thức^{1,2}, Trần Minh¹,
Phạm Văn Thức¹, Đinh Dương Tùng Anh^{1,2}

hấp không hồi phục và NKH. **Từ khóa:** bệnh màng trong; trẻ em; tím; surfactant

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thiết kế hồi cứu mô tả với mục tiêu sau: mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của trẻ mắc bệnh màng trong (BMT) tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2021. Kết quả phân tích 80 hồ sơ bệnh án BMT cho thấy: BMT gặp chủ yếu ở nhóm trẻ sinh non <32 tuần tuổi, cân nặng lúc sinh phổ biến là 1000 - <2000gr, tỉ lệ trẻ nam/nữ: 2,2/1 và có tiền sử đẻ mổ. 100% trẻ vào viện có tím với biểu hiện thường gặp là li bì, tím môi và tím đầu chi. Triệu chứng hô hấp thường gặp nhất là trẻ thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ, rút lõm lồng ngực và thở rên. Đánh giá sau bơm Surfactant cho thấy đáp ứng tốt của trẻ: giảm tình trạng toan hóa máu và cải thiện rõ rệt tổn thương trên X-quang ngực. Trong số các biến chứng gặp trong đợt điều trị, viêm phổi rất nặng (44,12%) thường gặp hơn so với nhiễm khuẩn huyết (NKH) (22,06%) và viêm ruột hoại tử (2,94%). Tỷ lệ kết cục đợt điều trị là tử vong còn rất cao (19,12%), với những nguyên nhân thường gặp nhất là suy hô

SUMMARY

CLINICAL AND PARA-CLINICAL FEATURES OF HYALINE MEMBRANE DISEASE IN PREMATURE CHILDREN AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2020-2021

The study was designed retrospectively with the following objectives: describe some clinical and paraclinical characteristics and treatment outcomes of children with hyaline membrane disease (HMD) at Hai Phong Children's Hospital since January 2020 to December 2021. Results of analysis of 80 HMD medical records show that: HMD occurred mainly in the group of premature babies <32 weeks old, common birth weight is 1000 - <2000gr, male/female ratio: 2.2/1 and had a history of cesarean section. 100% of children admitted to the hospital had cyanosis with common symptoms being lethargy, purple lips and purple extremities. The most common respiratory symptoms were tachypnea, accessory respiratory muscle contraction, chest indrawing, and grunting. Evaluation after Surfactant injection showed a good response of the child: reduced blood acidosis and marked improvement in lesions on chest X-ray. Among complications encountered during treatment, very severe pneumonia (44.12%) was more common than sepsis (22.06%) and necrotizing enterocolitis (2.94%). The treatment outcome rate of death was

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh

Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 22.01.2024

still very high (19.12%), with the most common causes being irreversible respiratory failure and sepsis.

Keywords: hyaline membrane disease; children; cyanosis; surfactants

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh màng trong (BMT) là hội chứng suy hô hấp (SHH) thường xuất hiện trong những giờ đầu tiên sau đẻ do phổi chưa hoàn thiện, thiếu Surfactant là chất làm tăng sức căng bề mặt của phế nang. Do đó, phế nang có nguy cơ bị xẹp ở cuối thì thở ra dẫn đến giảm vùng trao đổi khí ở phổi gây nên SHH cấp kèm theo hàng loạt các rối loạn chức năng khác. Trước đây, việc điều trị còn nhiều khó khăn nên tỉ lệ tử vong khá cao, những trẻ sống sót thường để lại nhiều di chứng nặng nề như loạn sản phổi, xơ phổi, xuất huyết não - màng não[1]. Tại Việt Nam, bệnh màng trong vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây SHH ở trẻ sơ sinh và tỷ lệ tử vong do bệnh này còn khá cao mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong công tác điều trị bệnh lý này kể từ khi Surfactant được đưa vào sử dụng[2]. Nhằm cải thiện công tác phát hiện và chẩn đoán kịp thời bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh đẻ non, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm các mục tiêu sau: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh màng trong ở trẻ đẻ non tại khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong các năm 2020-2021 và nhận xét kết quả điều trị bệnh màng trong ở những bệnh nhân nói trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là các trẻ đẻ non có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán xác định là bệnh màng trong tại Đơn nguyên Sơ sinh của khoa Hồi sức cấp cứu tích cực và chống độc - Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong khoảng thời gian từ 01/01/2020 đến 31/12/2021.

Tiêu chuẩn chẩn đoán trẻ đẻ non dựa trên tiêu chuẩn của tổ chức Y tế thế giới (WHO): trẻ sơ sinh non tháng là những trẻ được sinh ra còn sống ở tuổi thai từ 28-37 tuần. Phân loại trẻ sinh non dựa trên tuổi thai như sau: nhóm trẻ cực kỳ non tháng (dưới 28 tuần tuổi); nhóm trẻ rất non tháng (28-32 tuần tuổi) và nhóm trẻ non tháng (32-37 tuần tuổi).

Tiêu chuẩn chẩn đoán BMT dựa trên tiêu chuẩn kinh điển của Avery và Mead[3], bao gồm các đặc điểm biểu hiện tình trạng SHH cấp, nghe phổi thấy rì rào phế nang giảm hoặc mất, tổn thương trên X-quang ngực được chia thành 4 giai đoạn với các hình ảnh đặc trưng

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp trẻ

đẻ non tử vong ngay sau sinh hoặc tử vong trước khi vào viện, hoặc những trường hợp không có đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

Đánh giá kết quả điều trị: thời điểm đánh giá sau 7 ngày điều trị, dựa trên các tiêu chí như sau [4]: Điều trị thành công khi thỏa mãn 1 trong 3 tiêu chí (trẻ sống kèm ngưng hỗ trợ hô hấp hoặc trẻ cai thở máy chuyển sang thở NCPAP hoặc hỗ trợ hô hấp với FiO₂ ≤ 40% để duy trì được SpO₂ ở mức 90-95%). Điều trị thất bại khi thỏa mãn 1 trong 3 tiêu chí (trẻ tử vong trong vòng 7 ngày đầu điều trị do SHH nặng hoặc thất bại với thở NCPAP chuyển thở máy hoặc hỗ trợ hô hấp với FiO₂ ≥ 40% để duy trì được SpO₂ ở mức 90-95%).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả một loạt ca bệnh có sử dụng số liệu hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu toàn bộ: lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán và trong thời gian nghiên cứu được đưa vào nghiên cứu.

2.2.3. Xử lý và phân tích số liệu: bằng phần mềm thống kê y xã hội học SPSS 23.0. Số liệu được trình bày dưới dạng tỷ lệ % hoặc trị số trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát 80 ca bệnh trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu được một số kết quả như sau.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=80)

Đặc điểm		Số ca bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai (X±SD: 31,04 ± 2,89 tuần)	<28 tuần	6	7,5
	28-32 tuần	50	62,5
	33-37 tuần	24	30
Địa dư	Ngoại thành	57	71,25
	Nội thành	23	28,75
Giới	Nam	55	68,75
	Nữ	25	31,25
Cân nặng lúc sinh (gr) (X±SD: 1506 ± 455,94 gr)	<1000	4	5
	1000 - < 1500	42	52,5
	1500 - < 2000	24	30
Phương pháp sinh	Đẻ thường	27	33,75
	Đẻ mổ	53	66,25
	Phương pháp hỗ trợ thở sau sinh	Thở oxy qua sonde	68
Bóp bóng có oxy		6	7,5
Thở CPAP		2	2,5
Thở máy		4	5

Nhận xét: BMT gặp chủ yếu ở nhóm trẻ

sinh non <32 tuần tuổi với cân nặng lúc sinh phổ biến là 1000 - <2000gr, đa số trẻ đến từ vùng ngoại thành, tỉ lệ trẻ nam/nữ: 2,2/1 và có tiền sử đẻ mổ.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh non tháng (n=80)

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tím	Tím môi	60	75
	Tím đầu chi	54	67,5
	Tím toàn thân	12	15
Triệu chứng hô hấp	Thở nhanh	80	100
	Co kéo cơ hô hấp phụ	77	96,25
	Rút lõm lồng ngực	79	98,75
	Thở rên	73	91,25
	Phập phồng cánh mũi	41	51,25
Triệu chứng khác	Li bì	77	96,25
	Sốt	15	18,75
Điểm Silverman	Hạ thân nhiệt	4	5
	3-5	12	15
	6-8	27	33,75
>8	41	51,25	

Nhận xét: 100% trẻ vào viện có tím với biểu hiện thường gặp là tím môi và tím đầu chi. Triệu chứng hô hấp thường gặp nhất là trẻ thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ, rút lõm lồng ngực và thở rên.

Bảng 3. Đặc điểm kết quả xét nghiệm khí máu động mạch tại thời điểm nhập viện (n=80)

Đặc điểm cận lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
pH	<7,35	70	87,5
	≥7,35	10	12,5
PaO ₂ (mmHg)	<80	70	87,5
	≥80	10	12,5
PaCO ₂ (mmHg)	<30	5	6,25
	30-40	20	25
	>40	55	68,75
SaO ₂ (%)	<90	45	56,25
	≥90	35	43,75

Nhận xét: đa số trẻ vào viện có biểu hiện của nhiễm toan hô hấp.

Trong số 80 bệnh nhân, có 68 ca bệnh được bơm Surfactant (chiếm 85%). Trong số 12 ca bệnh không được bơm Surfactant tại bệnh viện, có 5 trường hợp không có chỉ định và 7 trường hợp có chỉ định bơm nhưng gia đình trẻ xin chuyển viện tự túc điều trị. Đánh giá kết quả điều trị bằng Surfactant của 68 ca bệnh nói trên, chúng tôi ghi nhận một số kết quả như sau.

Bảng 4. Một số thay đổi về đặc điểm khí máu động mạch và tổn thương trên X-quang ngực sau điều trị bằng Surfactant

(n=68)

Đặc điểm		Trước điều trị (%)	Sau điều trị 24h (%)	Sau điều trị 72h (%)
Khí máu động mạch (giá trị trung bình)	SaO ₂ (%)	85,22	91,03	94,15
	pH	7,24	7,33	7,38
	PaO ₂ (mmHg)	64,09	87,05	90,89
Tổn thương trên X-quang ngực	PaCO ₂ (mmHg)	52,01	43,95	37,05
	Giai đoạn 1	3,21	61,90	91,93
	Giai đoạn 2	24,19	22,58	4,83
	Giai đoạn 3	51,60	6,45	3,24
Giai đoạn 4	16,00	8,06	0	

Nhận xét: Kết quả khí máu động mạch và đánh giá sau bơm Surfactant cho thấy đáp ứng tốt của trẻ: giảm tình trạng toan hóa máu và cải thiện rõ rệt tổn thương trên X-quang ngực, đặc biệt là sau điều trị 72h.

Bảng 5. Kết quả chung của đợt điều trị bệnh màng trong

Kết quả đợt điều trị		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Thời gian bơm Surfactant lần 1 (n=68)	Trước 6 giờ	46	67,65
	Sau 6 giờ	22	32,35
Số lần bơm Surfactant (n=68)	1 lần	52	76,47
	2 lần	16	23,53
Biến chứng (n=68)	Nhiễm khuẩn huyết	15	22,06
	Viêm phổi rất nặng	30	44,12
	Viêm ruột hoại tử	2	2,94
Kết cục đợt điều trị (n=68)	Khỏi	53	77,94
	Tử vong	13	19,12
	Chuyển tuyến	2	2,94
Nguyên nhân tử vong (n=13)	Suy hô hấp không hồi phục	6	46,15
	Nhiễm khuẩn huyết	4	30,77
	Viêm phổi rất nặng	1	7,69
	Viêm ruột hoại tử	2	15,38

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân được sử dụng liều Surfactant đầu tiên trước 6 giờ tuổi, trung bình là 3,2±3,1 (giờ tuổi). Trong số các biến chứng gặp trong đợt điều trị, viêm phổi rất nặng chiếm tỉ lệ nhiều hơn so với nhiễm khuẩn huyết (NKH) và viêm ruột hoại tử. Tỉ lệ kết cục đợt điều trị là tử vong còn khá cao (19,12%), với những nguyên nhân thường gặp nhất là suy hô hấp không hồi phục và NKH.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ mắc BMT ở trẻ nam chiếm ưu thế hơn ở trẻ nữ (tỉ lệ nam/nữ: 2,2/1). Kết quả nghiên cứu này có sự

tương đồng với một số nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng giới tính nam là một yếu tố dự báo quan trọng đối với bệnh BPD, nhưng cũng cần lưu ý rằng giới tính nữ không phải là một yếu tố bảo vệ rõ ràng khỏi BMT ở trẻ sơ sinh trong độ tuổi thai 22–25 tuần[5]. Tỷ lệ bệnh màng trong ở trẻ nam cao hơn ở trẻ nữ, có thể do sự tổng hợp surfactant ở phổi bị chậm hơn dưới tác dụng của nội tiết tố nam androgens trong khi việc sử dụng estrogen của người mẹ làm tăng tốc độ trưởng thành của phổi và kích thích sản xuất surfactant ở bào thai. Biểu hiện sớm hơn của surfactant giúp tăng cường sự thông thoáng của đường thở nhỏ và do đó làm tăng tốc độ thông khí phổi[5].

Bệnh màng trong thường gặp ở trẻ đẻ non là những trẻ có tuổi thai dưới 37 tuần, đặc biệt là ở trẻ sinh non dưới 32 tuần. Trong quá trình hình thành phổi của thai nhi, giai đoạn phát triển dạng túi xảy ra từ tuần 23 đến tuần 32 của thai kỳ. Ở giai đoạn này, phổi non còn kém phát triển về mặt cấu trúc, thiếu surfactant, cơ chế chống oxy hóa kém phát triển và độ thanh thải dịch chưa đầy đủ khiến cho phổi dễ bị tổn thương[5]. Trong số 80 trẻ sơ sinh non tháng trong nghiên cứu này, nhóm trẻ có tuổi thai từ 26 đến <37 tuần chiếm đa số (63,50%, Bảng 3.1). Kết quả trong nghiên cứu này có sự tương đồng với các tác giả khác như Phạm Văn Anh và Nguyễn Đình Tuyển cho thấy tuổi thai hay gặp nhất là <32 tuần chiếm 63,2%[6].

Kết quả nghiên cứu cho thấy trọng lượng của trẻ trung bình là $1506 \pm 455,94$ gr. Trong đó, nhóm bệnh nhân (BN) có trọng lượng 1000-2000gr chiếm tới 82,50% và có tới 52,50% BN trong nhóm nghiên cứu có cân nặng 1000-1500gr (Bảng 3.1). Kết quả này tương xứng với kết quả tuổi thai đã nói ở trên. Các nghiên cứu trên thế giới trước đây cũng đã cho thấy có sự liên quan giữa cân nặng lúc sinh và tỷ lệ mắc BMT[5]. Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Phạm Văn Anh và Nguyễn Đình Tuyển cho thấy tuổi thai rất non <32 tuần là 63,2%, trung bình $30,1 \pm 3,1$ tuần; cân nặng chủ yếu <2000gr chiếm 73,6%, cân nặng lúc sinh trung bình là 1521 ± 588 gr[6].

BMT biểu hiện các triệu chứng chủ yếu là một tình trạng SHH. 100% trẻ vào viện có tím với biểu hiện thường gặp là tím môi và tím đầu chi. Triệu chứng hô hấp thường gặp nhất là trẻ thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ, rút lõm lồng ngực và thở rên. Có 52,25% BN có biểu hiện SHH nặng khi nhập viện với chỉ số Silverman ≥ 8 (Bảng 3.2). Chỉ 15% trẻ có biểu hiện SHH nhẹ,

tuy nhiên một số BN này sau đó có tình trạng SHH tiến triển nặng lên. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Nguyễn Tố Như[7]. Tím là triệu chứng lâm sàng thường gặp ở các BN mắc BMT, trong đó thường gặp nhất là các trẻ có biểu hiện tím môi và đầu chi (lần lượt là 75% và 67,5%), số trẻ vào viện có tình trạng tím toàn thân ít hơn chiếm 15% (Bảng 3.2). Kết quả này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ[8]. Theo nghiên cứu này, thở rên gặp ở 91,25% và RLLN mạnh gặp ở 98,8% BN (Bảng 3.2). Một số trường hợp trẻ có kiểu thở nhanh nông nên không nhận thấy dễ dàng dấu hiệu này trên lâm sàng. Ở trẻ bị bệnh màng trong, phổi bị xẹp do thiếu Surfactant. Vì vậy, tiếng thở rên rất thường gặp trên lâm sàng[1].

Tình trạng toan máu là hậu quả của hội chứng SHH. Trong nghiên cứu này, pH giảm (<7,35) chiếm 87,50% các trường hợp trẻ bị bệnh (Bảng 3). Mức độ SHH càng nặng nề, pH càng giảm. PaCO₂ tăng phản ánh tình trạng toan hô hấp, một trong những dấu hiệu giảm trao đổi khí ở phổi[1]. Trong nghiên cứu này gặp 68,75% BN có tăng PaCO₂ (Bảng 3). Trong giai đoạn đầu khi trẻ bị SHH, trẻ cố gắng thở nhanh để bù trừ nên PaCO₂ giảm. Khi tình trạng xẹp phổi tăng lên, trao đổi khí giảm, PaCO₂ tăng dần. PaCO₂ tăng cao, PaO₂ giảm dễ gây ra các biến chứng nặng nề như xuất huyết não, viêm ruột hoại tử,... rất dễ gây tử vong. Đặc biệt, sự cải thiện PaCO₂ và PaO₂ phản ánh rõ ràng hơn quá trình cải thiện trao đổi khí ở phổi. Các chỉ số pH, HCO₃⁻, BE,... có thể điều chỉnh nhanh hơn bằng bù chất kiềm.

X-quang ngực là xét nghiệm cơ bản để chẩn đoán xác định BMT và phân độ tổn thương BMT. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giai đoạn tổn thương gặp nhiều nhất của BMT là giai đoạn 2-3 chiếm 83,75%, Chỉ có 1 trẻ tổn thương ở giai đoạn 1. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Văn Anh và Nguyễn Đình Tuyển[6]. Trong điều trị BMT, nhiều nghiên cứu cho thấy sử dụng Surfactant càng sớm thì hiệu quả càng cao. Sử dụng Surfactant càng sớm thì trẻ càng có nhiều cơ may tránh được phải dùng máy thở[5]. Trong nghiên cứu này, đa số bệnh nhân được bơm Surfactant trước 6 giờ tuổi. Thời gian trung bình từ khi sinh đến khi điều trị là $3,2 \pm 3,1$ giờ (Bảng 5). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Văn Anh và Nguyễn Đình Tuyển là 3 giờ[6] và ngắn hơn nhiều so với nghiên cứu của Phạm Nguyễn Tố Như ($9,4 \pm 6,0$ giờ)[7].

Điều trị Surfactant là một cuộc cách mạng trong việc điều trị SHH ở trẻ đẻ non trong vòng hai thập niên vừa qua. Cho dù là điều trị phòng ngừa hay điều trị cấp cứu cho trẻ đang bị hay có nguy cơ bị hội chứng SHH để giảm được tử vong sơ sinh. Trong các thử nghiệm ngẫu nhiên, có vẻ như dùng 2 liều tốt hơn 1 liều đơn. Có 2 cách cho liều lặp lại, cách thứ nhất tỏ ra cứng nhắc với liều lặp lại được cho là sau một khoảng thời gian đã định trước và cách thứ 2 mềm dẻo hơn là liều lặp lại sẽ tùy theo quyết định của bác sỹ. Cách thứ 2 được dùng nhiều hơn trên lâm sàng[1]. Trong nghiên cứu này có 16 trẻ được sử dụng liều 2 Surfactant do diễn biến lâm sàng và tổn thương trên phim X-quang không cải thiện sau bơm lần 1 (Bảng 4). Sau bơm Surfactant, nhịp tim và nhịp thở trung bình của nhóm nghiên cứu giảm có ý nghĩa thống kê so với trước khi bơm. Kết quả này cho thấy sự cải thiện rõ rệt về trao đổi khí ở phổi sau khi dùng Surfactant. Nhịp tim trước bơm là $152,40 \pm 19,53$ sau đã giảm còn $140,80 \pm 11,86$. Nhịp thở trước bơm là $56,80 \pm 8,56$ sau giảm còn $49,12 \pm 4,52$ (Bảng 4). Kết quả của nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Nguyễn Tố Như[7].

Mức độ tổn thương phổi giảm rõ rệt sau 24 giờ bơm Surfactant: Giai đoạn 4 giảm từ 16,00% xuống còn 8,06%, giai đoạn 3 giảm từ 51,60% xuống còn 6,45%. Sau 72 giờ tổn thương phổi tiếp tục có sự cải thiện, lúc này không còn thấy tổn thương giai đoạn 4 trên phim chụp, trong khi giai đoạn 3 giảm còn 3,24% (Bảng 4). Kết quả cải thiện mức độ SHH trên lâm sàng sau bơm Surfactant phù hợp với sự cải thiện tổn thương phổi. Tuy nhiên, vẫn còn các trường hợp tổn thương phổi chưa cải thiện sau bơm Surfactant. Nguyên nhân của những trường hợp này là bệnh nhân nặng. Có 4 bệnh nhân tử vong trong vòng 48-72 giờ điều trị là những bệnh nhân có biểu hiện BMT độ 3 và độ 4, tử vong vì SHH, NKH, viêm phổi rất nặng. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với những nghiên cứu của Phạm Văn Anh và Nguyễn Đình Tuyền[6].

Có sự biến đổi khí máu theo hướng tích cực trước và sau bơm Surfactant. Tình trạng toan hô hấp được cải thiện: SaO_2 tăng, pH trở lại bình thường, PaO_2 tăng và trở về mức bình thường, PaCO_2 giảm và cũng được duy trì ở mức bình thường (Bảng 4). Sự cải thiện tình trạng toan hô hấp là do phổi dẫn nở tốt hơn, diện tích trao đổi khí tăng lên rõ làm cho quá trình trao đổi khí tốt lên rõ rệt. Sự thay đổi này cũng tương tự sự thay đổi độ tổn thương trên phim X-quang ngực[1].

Điều trị BMT cần phối hợp rất nhiều biện

pháp, trong đó Surfactant chỉ đóng vai trò điều trị nguyên nhân và kết cục của đợt điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Theo kết quả Bảng 5, tỷ lệ bệnh nhân khỏi bệnh là 66,25%, thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Văn Anh và Nguyễn Đình Tuyền (80%)[6]. Nguyên nhân thất bại điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do chưa thể khống chế được tình trạng nhiễm trùng bệnh viện, đồng thời có sự phối hợp nhiều biến chứng cũng như các dị tật bẩm sinh làm tình trạng BN nặng hơn, do đó tỷ lệ sống của trẻ BMT đạt được thấp hơn.

Về nguyên nhân tử vong (Bảng 5), trong nghiên cứu này phần lớn là SHH không hồi phục (46,15%), sau đó là NKH (30,77%), viêm phổi rất nặng (7,70%) và viêm ruột hoại tử (15,38%). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có bệnh nhân nào có biến chứng sớm ngay sau bơm thuốc như: loạn nhịp tim do bơm nhanh một lượng dịch thuốc nhiều gây tắc nghẽn đường thở, thiếu oxy tạm thời trong khi bơm. Chúng tôi ghi nhận được các biến chứng xảy ra trong quá trình điều trị (Bảng 5): viêm phổi rất nặng chiếm 63,82%, NKH chiếm 31,91%, viêm ruột hoại tử chiếm 4,27%. Các biến chứng này cũng gặp trong nghiên cứu của Phạm Văn Anh và Nguyễn Đình Tuyền[6]. Tỷ lệ bệnh lý gặp phải tương đối cao, tuy nhiên nhóm nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm đa số và là nguyên nhân lớn nhất gây tử vong và thở máy kéo dài cho BN. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, do không được sử dụng nhóm chứng nên khó xác định các bệnh lý là biến chứng ở trẻ đẻ non hay biến chứng sau sử dụng Surfactant cũng như các phương pháp hô hấp hỗ trợ khác trong điều trị.

V. KẾT LUẬN

BMT vẫn là một tình trạng bệnh lý nặng ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là ở nhóm trẻ đẻ non, với tỉ lệ tử vong tại viện lên tới 19,12% và tỉ lệ chuyển tuyến là 2,94%. Điều này đặt ra một yêu cầu thực tế về việc quản lý sức khỏe thai kỳ để giảm thiểu các trường hợp trẻ đẻ non, cũng như nỗ lực cải thiện nâng cao chất lượng điều trị các trường hợp BMT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Minuye Birihane, B. and W. Alebachew Bayih**, 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. 2021. 16(3): p. e0249365.
2. **Miles, M., et al.**, The cause-specific morbidity and mortality, and referral patterns of all neonates admitted to a tertiary referral hospital in the

- northern provinces of Vietnam over a one year period. PLOS ONE, 2017. 12(3): p. e0173407.
3. **Avery, M.E. and J. Mead,** Surface properties in relation to atelectasis and hyaline membrane disease. *AMA J Dis Child*, 1959. 97(5, Part 1): p. 517-23.
 4. **Châu Huệ Mẫn, và cs.,** 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*, 2023. 56: p. 86-93.
 5. **Ali, Z., et al.,** Bronchopulmonary dysplasia: a review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2013. 288(2): p. 325-333.
 6. **Phạm Văn Anh và Nguyễn Đình Tuyên,** 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*, 2021. 502(2): p. 87-92.
 7. **Phạm Nguyễn Tố Như,** Mô tả kết quả điều trị bệnh màng trong ở trẻ sinh non bằng surfactant qua kỹ thuật INSURE. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2010. 14: p. 155-161.
 8. **Nguyễn Hồng Như Phượng, và cs.,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong được điều trị Surfactant tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022. 513(1): p. 82-87.

TỈ LỆ BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN VỚI TỔN THƯƠNG NHIỀU NHÁNH MẠCH VÀNH ĐƯỢC TÁI TỬỚI MÁU KHÔNG HOÀN TOÀN: MỘT NGHIÊN CỨU TIẾN CỨU

Trần Nguyễn Phương Hải¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh mạch vành là một trong những nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu thế giới.¹ Bệnh nhân có tổn thương nhiều nhánh mạch vành chiếm khoảng 50% những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên và có tỉ lệ tái nhồi máu, tỉ lệ tử vong cao hơn so với bệnh nhân chỉ có tổn thương ở nhánh động vành thủ phạm.² Ngoài ra, tái tưới máu hoàn toàn ở những đối tượng này cũng có tỉ lệ biến cố tim mạch chính thấp hơn so với tái tưới máu không hoàn toàn với tỉ lệ lần lượt là 44% và 65%.³ Tuy nhiên ở Việt Nam hiện tại thông tin về tỉ lệ bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có bệnh nhiều nhánh mạch vành được điều trị tái tưới máu không hoàn toàn còn hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên với tổn thương nhiều nhánh mạch vành được điều trị tái tưới máu không hoàn toàn tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu cắt ngang tiến cứu mô tả có theo dõi dọc. Nghiên cứu được thực hiện trên 105 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim ST chênh lên được tái thông mạch vành qua da tiên phát từ tháng 04/2022 đến tháng 06/2022 tại Khoa Tim mạch can thiệp và Khoa Nội tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Nghiên cứu có 105 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có can thiệp sang thương thủ phạm tiên phát, nam giới chiếm 69,5% với tuổi trung bình là 64,1 ± 11,5 tuổi. LAD là nhánh động mạch vành thủ phạm chiếm tỉ lệ cao nhất với 45,7%, theo sau là RCA với 41,9%. LCx là nhánh thủ phạm ở 11,3% bệnh nhân và chiếm tỉ lệ

thấp nhất là LMCA với 0,9%. Tất cả bệnh nhân đều được can thiệp đặt stent sang thương nhánh thủ phạm và 68,6% trường hợp tái tưới máu không hoàn toàn. 63,8% bệnh nhân còn hẹp 1 nhánh mạch vành ngoài nhánh thủ phạm và 36,2% bệnh nhân còn hẹp ≥ 2 nhánh ngoài nhánh thủ phạm. Trong đó, 61,2% bệnh nhân còn hẹp 1 nhánh mạch vành ngoài sang thương thủ phạm được can thiệp không hoàn toàn. Tỉ lệ này ở nhóm còn hẹp ≥ 2 nhánh ngoài nhánh thủ phạm là 81,6%, cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,03$). **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có bệnh mạch vành nhiều nhánh được can thiệp mạch vành qua da tiên phát chưa được tái tưới máu hoàn toàn. Tỉ lệ tái tưới máu không hoàn toàn bệnh nhân chỉ có hẹp 1 nhánh mạch vành ngoài nhánh thủ phạm là 61,2% và ở bệnh nhân còn hẹp ≥ 2 nhánh mạch vành ngoài nhánh thủ phạm là 81,6%.

Từ khóa: nhồi máu cơ tim, tổn thương nhiều nhánh mạch vành, tái tưới máu không hoàn toàn

SUMMARY

THE PROPORTION OF ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS WITH INCOMPLETE REVASCULARIZATION IN MULTIVESSEL DISEASE: A PROSPECTIVE STUDY

Background: Coronary artery disease (CAD) is a leading global cause of mortality.¹ In acute ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI), around half of patients have involvement in multiple coronary artery disease, increasing the risks of recurrent infarction and mortality compared to those with a single affected vessel.² Notably, incomplete revascularization in this subset is associated with a lower incidence of major adverse cardiac events (MACE) - 44% compared to 65% in those with incomplete revascularization. However, information on the prevalence of multi-vessel involvement among

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Hải

Email: tnphuonghaibvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.12.2023

Ngày duyệt bài: 25.01.2024