

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF NEONATAL RESPIRATORY DISTRESS BY TRANSIENT TACHYPNEA AT THAI NGUYEN HOSPITAL A

Ngo Minh Hue^{1*}, Nguyen Dinh Hoc², Nguyen Thi Yen³, Nguyen Thi Hoa⁴

¹TNU - University of Medicine and Pharmacy, ²Health Department of Bac Kan province,

³Thai Nguyen Hospital A, ⁴Thai Nguyen Medical College

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 06/9/2023	This study describes clinical, subclinical characteristics of neonatal respiratory distress by transient tachypnea at Thai Nguyen Hospital A. The subjects were 69 patients, who were diagnosed with transient tachypnea of newborn at Thai Nguyen Hospital A from July 2022 to July 2023. A descriptive cross-sectional method was applied. The results showed that: the disease is common in male children (56.5%), full term (58%), birthweight ≥ 2500 g (69.6%) and delivered by caesarean (76.8%). Transient tachypnea usually occurs soon after birth or during the first day after birth. Common abnormal signs include are tachypnea (98.6%); cyanosis (85.5%); nasal flapping (69.6%); chest indrawing (68.1%); hypoalbuminemia (50.7%) and hypoglycemia (30.4%). CRP were normal limits. Common chest X-ray include streaky perihilar infiltrates (44.9%), brightness of lungs was decreased (31.9%), and fluid in horizontal fissure (24.6%). In preterm newborns, the incidence of respiratory distress immediately after birth, cyanosis, signs of labored breathing, hypothermia, hypoalbuminemia and hypoglycemia is higher than fullterm.
Revised: 17/10/2023	
Published: 24/10/2023	
KEYWORDS	
Transient tachypnea	
Neonatal	
Respiratory distress syndrome	
Thai Nguyen Hospital A	
Pediatric department	

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA TRẺ SƠ SINH SUY HÔ HẤP DO CƠN THỞ NHANH THOÁNG QUA TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Ngo Minh Huệ^{1*}, Nguyễn Đình Học², Nguyễn Thị Yên³, Nguyễn Thị Hoa⁴

¹Trường Đại học Y Dược – ĐH Thái Nguyên, ²Sở Y tế tỉnh Bắc Kạn,

³Bệnh viện A Thái Nguyên, ⁴Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 06/9/2023	Nghiên cứu này mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ sơ sinh suy hô hấp do cơn thở nhanh thoáng qua tại Bệnh viện A Thái Nguyên. Đối tượng nghiên cứu gồm 69 trẻ sơ sinh được chẩn đoán suy hô hấp do cơn thở nhanh thoáng qua tại Khoa Nhi - Bệnh viện A Thái Nguyên từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Kết quả cho thấy bệnh thường gặp ở trẻ nam (56,5%), đủ tháng (58%), cân nặng khi sinh ≥ 2500 g (69,6%) và sinh mổ (76,8%). Cơn thở nhanh thoáng qua thường gặp ngay sau sinh hoặc trong ngày đầu tiên sau sinh. Dấu hiệu bất thường hay gặp bao gồm thở nhanh (98,6%); tím (85,5%); phập phồng cánh mũi (69,6%); rút lõm lồng ngực (68,1%); giảm albumin máu (50,7%) và hạ glucose máu (30,4%). Tất cả trẻ sơ sinh có CRP trong giới hạn bình thường. Dấu hiệu Xquang ngực thẳng hay gặp bao gồm tăng đậm rốn phổi (44,9%), phổi kém sáng (31,9%) và tràn dịch kẽ (24,6%). Tỷ lệ gặp thời điểm suy hô hấp ngay sau sinh, các triệu chứng tím, dấu hiệu thở gắng sức, hạ thân nhiệt, giảm albumin máu và giảm glucose máu ở trẻ non tháng cao hơn trẻ đủ tháng.
Ngày hoàn thiện: 17/10/2023	
Ngày đăng: 24/10/2023	
TỪ KHÓA	
Cơn thở nhanh thoáng qua	
Sơ sinh	
Suy hô hấp	
Bệnh viện A Thái Nguyên	
Khoa Nhi	

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.8693>

* Corresponding author. Email: hueminhydtn@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Suy hô hấp (SHH) là tình trạng nguy kịch do hệ thống hô hấp không đảm bảo chức năng cung cấp O₂ và loại trừ CO₂ từ tuần hoàn phổi. Con thở nhanh thoáng qua (Transient tachypnea of newborn: TTN) hay còn được gọi là suy hô hấp do chậm tiêu dịch phổi, bệnh phổi ướt là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất của khó thở chu sinh. TTN là một rối loạn nhu mô phổi đặc trưng bởi phù phổi do chậm tái hấp thu và thanh thải dịch phế nang của thai nhi. Bệnh xảy ra ở cả trẻ sơ sinh non tháng và đủ tháng. Ước tính tỷ lệ mắc bệnh là 4 - 5,7/1000 trẻ sinh đủ tháng. TTN được ước tính xảy ra ở khoảng 10% trẻ từ 33 - 34 tuần, 5% trẻ 35 - 36 tuần [1]. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài đều cho thấy TTN là bệnh lý gặp hàng đầu gây SHH ở trẻ sơ sinh [2]-[5]. Tại Việt Nam, TTN cũng được chứng minh là nguyên nhân SHH sơ sinh thường gặp [6], [7]. Hàng năm, Khoa Nhi - Bệnh viện A Thái Nguyên đã tiếp nhận điều trị số lượng lớn trẻ sơ sinh bị suy hô hấp, trong đó có tỉ lệ khá cao trẻ sơ sinh mắc TTN. Bệnh cảnh TTN có thể tự giới hạn tuy nhiên nếu không phát hiện sớm và hỗ trợ hô hấp kịp thời có thể dẫn đến tình trạng suy hô hấp nặng hơn. Mặc dù tử vong không phải là vấn đề đáng lo ngại, nhưng TTN rất phổ biến và làm cho trẻ phải tách mẹ, chậm xuất viện và gia tăng chi phí chăm sóc sức khỏe [8]. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ sơ sinh suy hô hấp do con thở nhanh thoáng qua tại Bệnh viện A Thái Nguyên.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 69 trẻ sơ sinh được chẩn đoán suy hô hấp do con thở nhanh thoáng qua tại Bệnh viện A Thái Nguyên.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả trẻ sơ sinh (≤ 7 ngày tuổi) được chẩn đoán xác định suy hô hấp do con thở nhanh thoáng qua thỏa mãn [9]:

* Lâm sàng:

- Thay đổi nhịp thở: Thở nhanh >60 lần/phút hoặc thở chậm <30 lần/phút.
- Tím khi thở khí trời: Tím quanh môi, đầu chi hoặc toàn thân, SpO₂ $<90\%$.
- Dấu hiệu thở gắng sức: Rút lõm lồng ngực hoặc phập phồng cánh mũi hoặc thở rên.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán suy hô hấp sơ sinh dựa vào bảng điểm Silverman: Được đánh giá theo vào 5 dấu hiệu lâm sàng như trong bảng 1. Mỗi tiêu chí đánh giá tùy theo các triệu chứng: không có (0), có ít (+) và có nhiều (++); điểm được cho tương ứng là 0,1,2 điểm.

Bảng 1. Bảng điểm Silverman phân loại mức độ suy hô hấp [10]

Dấu hiệu	0	1	2
Di động ngực bụng	Cùng chiều	Ngực < Bụng	Ngực chiều
Co kéo cơ liên sườn	0	+	++
Rút lõm hõm ức	0	+	++
Phập phồng cánh mũi	0	+	++
Thở rên	0	Qua ống nghe	Nghe được từ xa

Nếu tổng điểm: < 3 : Không SHH 3 - 5: SHH nhẹ > 5 : SHH nặng

* Xquang: Hình ảnh của một hội chứng kẽ, tăng đậm mạch máu phổi, rãnh liên thùy, đường viền màng phổi. Phổi kém sáng do các phế nang còn chứa nhiều dịch. Có thể thấy ít dịch ở góc sườn hoành, góc tâm hoành, đường Kerley.

Gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Loại trừ các nguyên nhân gây suy hô hấp sơ sinh khác: Hội chứng màng trong, hội chứng hít phân su, tim bẩm sinh, viêm phổi sơ sinh, ngạt, xuất huyết não, nhiễm khuẩn huyết.

Trẻ đang trong quá trình điều trị gia đình xin về hoặc chuyển viện.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Nhi, Bệnh viện A Thái Nguyên.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả: $n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \cdot q}{d^2}$

Trong đó:

n: Là cỡ mẫu cần thiết

p = 0,88 (Tỷ lệ nhịp thở nhanh ở trẻ sơ sinh mắc cơn thở nhanh thoáng qua theo nghiên cứu của Đỗ Thị Thuý [11]).

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

$$q = 1 - p$$

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$: Là hệ số giới hạn tin cậy

Thay vào công thức ta có: n = 63,39

➔ Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 64 trẻ. Thực tế chúng tôi chọn được 69 trẻ sơ sinh và gia đình tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Thông tin chung: Tuổi thai, giới tính, cân nặng của trẻ khi sinh, phương pháp sinh...
- Đặc điểm lâm sàng: Thời điểm suy hô hấp, tím, thở rên, nhịp thở, rút lõm lồng ngực nặng, lõm hõm ức, phập phồng cánh mũi, SpO₂, nhịp tim, refill, nhiệt độ, mức độ suy hô hấp theo điểm Silverman...
- Đặc điểm cận lâm sàng chính: Tổng phân tích tế bào máu, sinh hóa máu, đông máu, Xquang ngực thẳng.

2.6. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu thông qua thăm khám, đánh giá bệnh nhân tại thời điểm đến khám, nhập viện bởi các bác sĩ của Khoa Nhi, bác sĩ nội trú Nhi khoa đã được tập huấn đầy đủ và phỏng vấn trực tiếp mẹ hoặc người nuôi dưỡng bệnh nhi.

Xét nghiệm huyết học, sinh hóa, đông máu: Được chỉ định tại thời điểm trẻ suy hô hấp, ghi nhận kết quả xét nghiệm dựa vào hồ sơ bệnh án. Xquang phổi chụp bằng máy Xquang tại giường do bác sĩ chuyên khoa Chẩn đoán hình ảnh đọc kết quả.

Sử dụng phần mềm SPSS 25.0 để nhập và xử lý số liệu.

3. Kết quả và bàn luận

Từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023, chúng tôi thu thập được 69 trẻ sơ sinh suy hô hấp do cơn thở nhanh thoáng qua điều trị tại Bệnh viện A 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=69)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	39	56,5
	Nữ	30	43,5
Tuổi thai	Non tháng	29	42,0
	Đủ tháng	40	58,0
Cân nặng khi sinh	<2500 g	21	30,4
	≥2500 g	48	69,6
Phương pháp sinh	Sinh thường	16	23,2
	Sinh mổ	53	76,8

*** Nhận xét:** Qua số liệu tại bảng 2 cho thấy, số trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ, tỷ lệ nam/nữ = 1,3/1. Nhóm trẻ đủ tháng và cân nặng khi sinh $\geq 2500g$ gặp nhiều hơn với tỷ lệ tương ứng là 58% và 69,6%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Bình cũng cho thấy TTN hay gặp ở trẻ nam (65,1%), đủ tháng (74,4%) và cân nặng khi sinh $\geq 2500g$ (67,4%) [6]. Nghiên cứu của Chavan và cộng sự tại Ấn Độ chỉ ra trẻ mắc TTN có 75,7% trẻ đủ tháng, trẻ nam chiếm 63,5% và cân nặng khi sinh $\geq 2500g$ là 66,2% [12]. Tỷ lệ trẻ trai tăng nguy cơ SHH được đề cập tới trong các bài viết của Aynalem và cộng sự (2020) [13]. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng trẻ sinh non muộn có nguy cơ bị TTN cao hơn trẻ đủ tháng [8], [14]. Điều này cho thấy sự hấp thu dịch phổi của trẻ sinh non kém hơn trẻ đủ tháng do trong những tháng cuối thai kỳ có sự gia tăng của catecholamin.

Trong số bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có 76,8% số trẻ được sinh ra bằng phương pháp sinh mổ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thị Thúy, tỷ lệ trẻ sinh mổ là 69,6% [11]. Nghiên cứu của Derbent (2011) và Rijal (2018) cũng chỉ ra rằng mổ lấy thai có nguy cơ mắc TTN cao hơn sinh thường [15], [16]. Khi bắt đầu cuộc đẻ, catechlamine trong máu thai nhi gia tăng dẫn đến làm giảm lượng dịch phế nang. Sơ sinh mổ lấy thai, lượng catecholamine thấp hơn trẻ sinh đường âm đạo. Điều này lý giải tại sao tần suất mắc bệnh gia tăng sau sinh mổ. Trong suốt quá trình mổ lấy thai, do không có sự co bóp nén chặt của âm đạo lên thai nhi nên đã làm giảm sự tổng xuất dịch phế nang [17].

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tuổi thai	Non tháng		Đủ tháng		Tổng	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Thời điểm suy hô hấp	Ngay sau sinh	27	93,1	16	40,0	43	62,3
	<24 giờ	2	6,9	24	60,0	26	37,7
Nhịp thở (lần/phút)	<60	1	3,4	0	0,0	1	1,4
	≥ 60	28	96,6	40	100,0	68	98,6
Tím		28	96,6	31	77,5	63	85,5
Rút lõm lồng ngực nặng		24	82,8	23	57,5	47	68,1
Co kéo liên sườn		21	72,4	25	62,5	46	66,7
Lõm hõm ức		18	62,1	25	62,5	43	62,3
Phập phồng cánh mũi		20	69,0	28	70,0	48	69,6
Thở rên		17	58,6	19	47,5	36	52,2
SpO2	<90%	26	89,7	31	77,5	57	82,6
	90-95%	3	10,3	9	22,5	12	17,4
Nhịp tim (lần/phút)	100-180	28	96,6	39	97,5	67	97,1
	>180	1	0,8	1	1,2	2	2,9
Nhiệt độ	Hạ thân nhiệt	15	51,7	5	12,5	20	29,0
	Bình thường	14	48,3	35	87,5	49	71,0
Mức độ suy hô hấp	SHH nhẹ	14	48,3	27	67,5	41	59,4
	SHH nặng	15	51,7	13	32,5	28	40,6

*** Nhận xét:** Qua số liệu tại bảng 3 cho thấy, tất cả trẻ sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi suy hô hấp ở thời điểm trước 24h sau khi sinh, thường gặp nhất là ngay sau sinh (62,3%), trong đó 93,1% trẻ non tháng suy hô hấp ngay sau sinh, cao hơn trẻ đủ tháng (40%). Tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Bình với 76,7% trẻ TTN suy hô hấp ngay sau sinh [6]. Kết quả này cho thấy bệnh nhân SHH vào viện chủ yếu xuất hiện trong vòng 1 ngày sau sinh, phù hợp với cơ chế sinh lý bệnh của TTN.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra dấu hiệu hay gặp nhất là thở nhanh ≥ 60 lần/phút (98,6%); tím (85,5%); phập phồng cánh mũi (69,6%) và rút lõm lồng ngực (68,1%). Thở nhanh là triệu chứng hay gặp ở trẻ sơ sinh, đây là đáp ứng sớm của trẻ sơ sinh trước tình trạng suy hô hấp nhằm duy trì thông khí phút trong giới hạn hằng định cho phép. Theo nghiên cứu của Hoàng Thị Dung, dấu hiệu hay gặp nhất là tím (90,6%), rút lõm lồng ngực nặng (87,5%) và thở nhanh (86,5%) [18]. Nghiên cứu của Đỗ Thị Thúy cho thấy các triệu chứng hay gặp ở trẻ TTN là rút

lỗm lồng ngực, thở nhanh và thở rên với tỉ lệ lần lượt là 100%, 88% và 82,6% [11]. Nhìn chung đây là các dấu hiệu SHH ở trẻ sơ sinh rất kinh điển đã được Silverman xây dựng thành chỉ số Silverman đánh giá sơ sinh khó thở. Ở trẻ sơ sinh non tháng, tỷ lệ trẻ có thời điểm SHH sớm, dấu hiệu tím, thở gắng sức, SpO₂<90% và hạ thân nhiệt cao hơn so với trẻ sơ sinh đủ tháng.

Mức độ SHH nhẹ theo Silverman chiếm 59,4% trong nghiên cứu của chúng tôi. Tương tự tỷ lệ SHH nhẹ trong nghiên cứu của Đỗ Thị Thúy là 58,7% [11]. Tỷ lệ suy hô hấp nặng ở trẻ sơ sinh non tháng (51,7%) cao hơn ở trẻ sơ sinh đủ tháng (32,5%).

Hạ thân nhiệt là yếu tố nguy cơ của nhiều vấn đề sức khỏe ở trẻ sơ sinh, trong đó có suy hô hấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng dấu hiệu hạ thân nhiệt chiếm tỷ lệ 29%, trong đó tỷ lệ hạ thân nhiệt ở nhóm trẻ non tháng là 51,7%, cao hơn nhóm trẻ đủ tháng (12,5%).

Bảng 4. Đặc điểm xét nghiệm máu của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tuổi thai	Non tháng		Đủ tháng		Tổng	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Số lượng bạch cầu	Giảm	5	17,2	2	5,0	7	10,1
	Bình thường	24	82,8	38	95,0	62	89,9
Hemoglobin	Giảm	4	13,8	2	5,0	6	8,7
	Bình thường	22	75,9	37	92,5	59	85,5
	Tăng	3	10,3	1	2,5	4	5,8
Tiểu cầu	Giảm	5	17,2	1	2,5	6	8,7
	Bình thường	24	82,8	38	95,0	62	89,9
	Tăng	0	0,0	1	2,5	1	1,4
Glucose	Giảm	13	44,8	8	20,0	21	30,4
	Bình thường	16	55,2	32	80,0	48	69,6
Albumin	Giảm	20	69,0	15	37,5	35	50,7
	Bình thường	9	31,0	25	62,5	34	49,3
CRP	Bình thường	29	42,0	40	58,0	69	100
PT	Kéo dài	11	37,9	6	15,0	17	24,6
	Bình thường	18	62,1	34	85,0	52	75,4
APTT	Kéo dài	13	44,8	5	12,5	18	26,1
	Bình thường	16	55,2	35	87,5	51	73,9

* **Nhận xét:** Các kết quả xét nghiệm có giá trị trong chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh nhi. Chúng có thể là hậu quả của tình trạng SHH hoặc thúc đẩy SHH nhanh và nặng hơn. Số liệu tại bảng 4 cho thấy các dấu hiệu bất thường như giảm albumin máu, hạ glucose máu chiếm tỉ lệ lần lượt là 50,7% và 30,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Hoàng Thị Dung, tỷ lệ giảm albumin và hạ glucose máu ở trẻ SHH là 72,9% và 35,7% [18]. Có sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu của Hoàng Thị Dung bao gồm cả các trẻ suy hô hấp do nguyên nhân khác. Nghiên cứu của Zhang và cộng sự (2020) cũng thấy rằng có mối liên quan giữa suy hô hấp và tình trạng giảm albumin máu [19]. Ở trẻ sơ sinh non tháng, tỷ lệ giảm albumin, glucose máu và rối loạn đông máu cao hơn ở trẻ đủ tháng. Số lượng bạch cầu bình thường chiếm tỉ lệ 89,9%. Tất cả đối tượng nghiên cứu có chỉ số CRP trong giới hạn bình thường. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Bình [6]. Bạch cầu, CRP trong máu là dấu hiệu chỉ điểm cho nhiễm khuẩn. Điều này cho thấy nhiễm khuẩn không phải là nguyên nhân gây TTN.

Bảng 5. Đặc điểm Xquang ngực thẳng của đối tượng nghiên cứu

Xquang	Tuổi thai	Non tháng		Đủ tháng		Tổng	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Phổi kém sáng		11	37,9	11	27,5	22	31,9
Tăng đậm rón phổi		12	41,4	19	47,5	31	44,9
Tràn dịch kẽ		6	20,7	11	27,5	17	24,6
Diện tim to		2	6,9	6	15,0	8	11,6

* **Nhận xét:** Số liệu bảng 5 cho thấy tổn thương trên Xquang phổi chủ yếu là tăng đậm rón phổi (44,9%), phổi kém sáng (31,9%) và tràn dịch kẽ (24,6%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Thúy với hình ảnh Xquang hay gặp ở trẻ TTN là phổi kém sáng (48,9%) và tràn dịch kẽ (34,8%) [11]. Xquang phổi cho thấy tổn thương cơ bản nhất của suy hô hấp thoáng qua là khi lượng dịch còn trong các phế nang khiến cho phổi kém sáng. Tổn thương phổi chủ yếu là ứ dịch phổi (ứ trệ hệ thống bạch huyết với tồn tại dịch trong phổi và rãnh liên thùy). Sau khoảng 10 giờ, dịch phổi tái hấp thu dần xuất hiện tổn thương tràn dịch kẽ, các đường đậm bờ không rõ nét hội tụ về rón phổi, đường Kerley, đường khe phổi, đường viền màng phổi. Triệu chứng diện tim to chiếm tỷ lệ 11,6% và là triệu chứng ít gặp trong bệnh cảnh này. Có thể chúng tôi không có nhiều bệnh nhân nặng nên triệu chứng diện tim to không gặp nhiều, đồng thời các trẻ sơ sinh cũng không có triệu chứng của suy tim.

4. Kết luận

Kết quả nghiên cứu trên nhóm đối tượng bao gồm 69 trẻ sơ sinh suy hô hấp do cơn thở nhanh thoáng qua tại Khoa Nhi - Bệnh viện A Thái Nguyên cho thấy bệnh thường gặp ở trẻ nam (56,5%), đủ tháng (58%), cân nặng khi sinh $\geq 2500\text{g}$ (69,6%) và sinh mổ (76,8%). TTN thường gặp ngay sau sinh hoặc trong ngày đầu tiên sau sinh. Dấu hiệu bất thường hay gặp bao gồm thở nhanh (98,6%); tím (85,5%); phập phồng cánh mũi (69,6%); rút lõm lồng ngực (68,1%); giảm albumin máu (50,7%) và hạ glucose máu (30,4%). Dấu hiệu Xquang ngực thẳng hay gặp bao gồm tăng đậm rón phổi (44,9%), phổi kém sáng (31,9%) và tràn dịch kẽ (24,6%). Tỷ lệ gặp thời điểm suy hô hấp ngay sau sinh, các triệu chứng tím, dấu hiệu thở gắng sức, hạ thân nhiệt, giảm albumin máu và giảm glucose máu ở trẻ non tháng cao hơn trẻ đủ tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] Z. Alhassen, P. Vali, L. Guglani *et al.*, "Recent Advances in Pathophysiology and Management of Transient Tachypnea of Newborn," *J Perinatol*, vol. 41, no. 1, pp. 6-16, 2021.
- [2] A. Kommawar, R. Borkar, J. Vagha *et al.*, "Study of respiratory distress in newborn," *International Journal of Contemporary Pediatrics*, vol. 4, pp. 490-494, 2017.
- [3] B. Raha, M. Alam, and M. Bhuiyan, "Spectrum of respiratory distress in newborn: a study from a tertiary care military hospital," *Congenital heart disease (CHD)*, vol. 2, pp. 3-6, 2020.
- [4] R. Sonawane, A. Patil, S. Sonawane *et al.*, "Clinical profile of respiratory distress in newborn," *MVP Journal of Medical Sciences*, vol. 5, no. 2, pp. 151-155, 2018.
- [5] A. Wanare, P. Agrawal, G. Malini *et al.*, "Clinical Profile of Respiratory Distress in Newborn in Chhattisgarh, India," *European Journal of Clinical Biomedical Sciences*, vol. 6, no. 3, pp. 35-42, 2020.
- [6] T. T. B. Nguyen, T. C. L. Nguyen, T. T. X. Hoang *et al.*, "Characteristics of neonatal respiratory distress in some common causes," (in Vietnamese), *Ho Chi Minh City Journal of Medicine*, vol. 23, no. 4, pp. 203-209, 2019.
- [7] T. L. Tran, H. S. Le, and N. P. Truong, "Research the situation of neonatal acute respiratory failure and evaluation the results of treatment at ca mau obstetrics and children's hospital in 2015," (in Vietnamese), *Can Tho Journal of Medicine and Pharmacy*, vol. 9, pp. 146-155, 2017.
- [8] L. Guglani, S. Lakshminrusimha, and R. M. Ryan, "Transient tachypnea of the newborn," *Pediatr Rev*, vol. 29, no. 11, pp. e59-65, 2008.
- [9] Ministry of Health, "Respiratory distress in newborn," (in Vietnamese), *Guidelines for diagnosis and treatment of some common diseases in children*, pp. 238-243, 2015.
- [10] Department of Pediatrics - Hanoi Medical University, *Lectures on Pediatrics*. Medical Publishing House, 2020, pp. 105-106.
- [11] T. T. Do, "Clinical characteristics, subclinical and some factors related to severe respiratory failure in neonates with acute shortness of breath," (in Vietnamese), *Journal of Pediatrics*, vol. 10, no. 4, pp. 45-49, 2017.
- [12] S. Chavan, S. D. Malwade, S. Kumari *et al.*, "Incidence, Clinical Features, and Outcomes of Transient Tachypnea of the Newborn at a Tertiary Care Center in Western India," *Cureus*, vol. 14, no. 4, pp. e23939, 2022.

-
- [13] Y. A. Aynalem, H. Mekonen, T. Y. Akalu *et al.*, "Incidence of respiratory distress and its predictors among neonates admitted to the neonatal intensive care unit, Black Lion Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia," *PLoS One*, vol. 15, no. 7, pp. 233-240, 2020.
- [14] A. Riskin, M. Abend-Weinger, S. Riskin-Mashiah *et al.*, "Cesarean section, gestational age, and transient tachypnea of the newborn: timing is the key," *Am J Perinatol*, vol. 22, no. 7, pp. 377-382, 2005.
- [15] A. Derbent, M. Tatli, M. Duran *et al.*, "Transient tachypnea of the newborn: Effects of labor and delivery type in term and preterm pregnancies," *Archives of gynecology and obstetrics*, vol. 283, pp. 947-951, 2011.
- [16] P. Rijal and M. Shrestha, "Scenario of neonatal respiratory distress in tertiary hospital," *Journal of Nepal Health Research Council*, vol. 14 no. 10, pp. 6-12, 2018.
- [17] G. Faxelius, K. Hägnevik, H. Lagercrantz *et al.*, "Catecholamine surge and lung function after delivery," *Arch Dis Child*, vol. 58, no. 4, pp. 262-266, 1983.
- [18] T. D. Hoang, "Clinical, Paraclinical Characteristics of Neonatal Respiratory Distress at the Thai Nguyen National Hospital," (in Vietnamese), *Journal of Pediatric Research and Practice*, vol. 5, no. 4, pp. 53-60, 2021.
- [19] Y. F. Zhang, X. Q. Yu, J. H. Liao *et al.*, "A clinical epidemiological investigation of neonatal acute respiratory distress syndrome in southwest Hubei, China," *Chinese Journal of Contemporary pediatrics*, vol. 22, no. 9, pp. 942-947, 2020.