

TRÀN DỊCH DƯỠNG TRÁP MÀNG PHỔI Ở TRẺ ≤ 2 THÁNG TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG I

Trương Thị Thu Hiền*, Bùi Quốc Thắng**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học, nguyên nhân, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị trong tràn dịch dưỡng trấp màng phổi(TDDCMP) ở trẻ ≤2 tháng tuổi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả trẻ ≤2 tháng tuổi được chẩn đoán TDDCMP nhập viện và điều trị tại khoa Sơ sinh và khoa Hô hấp Bệnh Viện Nhi Đồng I.Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

Kết quả: Trong 6 năm, từ 2003-2009, chúng tôi đã thu thập được 25 trường hợp TDDCMP theo tiêu chuẩn chọn mẫu. Có 2 nhóm nguyên nhân: TDDCMP vô căn bẩm sinh (60%) và TDDCMP sau phẫu thuật thoát vị hoành (40%). Tuổi khởi bệnh đa số ≤30 ngày (84%), gần một nửa các ca là ≤7 ngày (44%), riêng nhóm thoát vị hoành (TVH) có 100% TKB ≤30 ngày. Tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1, nhóm vô căn là 2/1, nhóm TVH là 1/1. Đa số bệnh nhi có địa chỉ và nơi sinh ở tỉnh (88%). Tiền căn sanh non, cân nặng lúc sanh thấp và sanh ngạt chỉ chiếm 16% mỗi loại. Đa số các ca đều có rối loạn nhịp thở (72%), bỏ bú hay bú kém (84%). 100% các ca có co lõm ngực và giảm phế âm bên tràn dịch. Nhiễm trùng huyết (76%) và viêm phổi (84%) là 2 bệnh lý kèm theo rất thường gặp. Tim bẩm sinh có 44% ca, đặc biệt thông liên nhĩ 24% các ca. Thiếu máu, tăng bạch cầu, toan máu, CRP cao là những thay đổi cận lâm sàng hay gặp. Ngoài ra đạm máu giảm gặp ở những ca nặng và tử vong. Biện pháp duy trì - nội khoa là chủ lực trong điều trị TDDCMP với sự kết hợp MCT (Medium chain triglycerides)(72%) và Octreotide (36%). Tỷ lệ tử vong là 20%, đều thuộc nhóm vô căn. Nguyên nhân trực tiếp gây tử vong luôn là nhiễm trùng huyết, suy hô hấp nặng. Thời gian nằm viện trung bình là 30,8±23,26 ngày.

Kết luận: TDDCMP là 1 bệnh hiếm nhưng là dạng tràn dịch màng phổi hay gặp nhất ở trẻ sơ sinh. Tỷ lệ tử vong còn cao. Trên thế giới và ở Việt Nam chưa có nhiều thông tin và nghiên cứu về bệnh này, chưa có phác đồ điều trị, đặc biệt ở sơ sinh.

Từ khóa: tràn dịch dưỡng chấp màng phổi

ABSTRACT

CHYLOTHORAX IN BABIES UNDER 2 MONTHS AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Truong Thi Thu Hien, Bui Quoc Thang

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol.14 - Supplement of No 11-2010: 353 - 360

Objectives: To describe the epidemiology, cause, clinical and laboratory features and treatment results of chylothorax in babies under 2 months old.

Material and method: Observational study. All babies under 2 months old, diagnosed with chylothorax at Neonatal and Respiratory Departments, Children's Hospital 1 from 1/2003 to 7/2009.

Results: There were 25 babies diagnosed with chylothorax in the study. Two etiologies were identified among all cases: idiopathic congenital chylothorax (60%) and congenital diaphragmatic hernias (40%). The age at diagnosis was mostly under or at 30 days (84%), among these, 44% were under 7 days old. Boys and girls ratio was 1.5/1, among the congenital group, the ratio was 2/1, and in diaphragmatic hernia group was 1/1. Most of cases' addresses and birth places were provincial (88%). Prematurity, low birth weight (<2500gr), and asphyxia patients, each of them accounts for 16%. Sepsis and pneumonia were the most common associated conditions

* Trường Cao Đẳng Y tế Trà Vinh ** Đại học Y Dược Tp. HCM

Địa chỉ liên hệ: BS. Trương Thị Thu Hiền

ĐT: 0919262734

Email: bstuhien@gmail.com

with: 76% and 84% respectively. Congenital heart diseases were seen in 44% of these cases, especially atrial septal defects (24%). Almost all laboratory results showed evidence of anemia, acidemia, elevation of WBC and CRP. Low proteinemia was seen in the severe and fatal cases. Conservation therapy was the main standpoint of the management plan, with the use of MCT in diet 72%, or Octreotide 36%. Mortality rate was 20%, all belonged to the congenital chylothorax group. Sepsis and severe respiratory distress were the two direct causes of death. The mean hospitalized period was: 30.8 ± 23.26 days.

Conclusions: Chylothorax in young babies is rare but the most common cause of pleural effusions. The mortality is high. Worldwide and in Vietnam, there has been not much information available or studies done on this condition. There has not been a specific protocol for management of newborn chylothorax developed. .

Keyword: chylothorax

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch dưỡng chấp màng phổi (TDDCMP) là một bệnh hiếm ở sơ sinh^(7,11) nhưng lại là dạng tràn dịch màng phổi thường gặp nhất ở lứa tuổi này⁽¹³⁾. Tuy không diễn tiến cấp tính nhưng hậu quả nặng nề do mất dịch dưỡng chấp: mất các chất béo, dinh dưỡng, điện giải, đặc biệt là mất đi các tế bào miễn dịch cần thiết cho cơ thể gây suy dinh dưỡng và suy giảm miễn dịch⁽⁹⁾. Mặt khác, hậu quả này càng trầm trọng hơn, góp phần tăng tỉ lệ tử vong cho lứa tuổi sơ sinh. Y văn và các nghiên cứu trên thế giới chưa đề cập nhiều đến bệnh lý này ở sơ sinh. Tại Việt Nam chưa có công trình nghiên cứu nào về TDDCMP ở trẻ lớn và cả sơ sinh. Do đó việc điều trị TDDCMP cũng chưa có phác đồ điều trị thống nhất. Tuy nhiên, những năm gần đây có khá nhiều báo cáo về hiệu quả điều trị của Somatostatin – Octreotide trong TDDCMP ở trẻ lớn, nhũ nhi và một ít báo cáo ở sơ sinh. Việc sử dụng nhóm thuốc này kết hợp với dinh dưỡng tĩnh mạch toàn phần có bổ sung MCT đã làm giảm đáng kể lượng dịch dưỡng chấp thất thoát, giảm nguy cơ phải can thiệp phẫu thuật, giảm thời gian nuôi ăn tĩnh mạch và qua đó làm giảm thời gian nằm viện cho bệnh nhi, góp phần làm giảm tỉ lệ tử vong cho lứa tuổi này^(2,6,7).

Do đó, với mong muốn tìm hiểu rõ ràng hơn về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị trong TDDCMP sơ sinh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích tổng kết, mô tả những đặc điểm của bệnh và bước đầu

khảo sát tính hiệu quả của Somatostatin – Octreotide trong điều trị TDDCMP sơ sinh tại khoa sơ sinh Bệnh Viện Nhi Đồng 1 và qua đó góp phần mở ra những nghiên cứu mới, có giá trị trong chẩn đoán, theo dõi và điều trị TDDMP ở sơ sinh.

Mục tiêu nghiên cứu

Mô tả các đặc điểm về dịch tế học, nguyên nhân, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị trong TDDCMP ở trẻ ≤ 2 tháng tại khoa Sơ Sinh và khoa Hô Hấp Bệnh Viện Nhi đồng I từ tháng 01/2003 đến tháng 6/ 2009.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

Tiêu chí chọn mẫu

Tất cả trẻ ≤ 2 tháng tuổi nhập vào khoa Sơ Sinh và khoa Hô Hấp Bệnh Viện Nhi đồng I từ tháng 01/ 2003 đến tháng 6/ 2009 thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán TDDCMP như sau:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh: Có tràn dịch màng phổi một hoặc hai bên qua Xquang/ siêu âm ngực.
- Chọc dò màng phổi- xét nghiệm sinh hóa dịch màng phổi:
 - + Đối với nhóm vô căn: Triglycerid > 110 mg%.
 - + Đối với nhóm sau mổ lồng ngực: chọn cả những ca Triglycerid < 110 mg%.

Tiêu chí loại trừ: Không

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua hồi cứu các hồ sơ bệnh án nhập viện vào khoa Sơ Sinh và khoa Hô Hấp Bệnh Viện Nhi đồng I từ tháng 01/ 2003 đến tháng 6/ 2009,

chúng tôi có 25 bệnh nhi thỏa tiêu chí chọn mẫu, đưa vào lô nghiên cứu và ghi nhận được các kết quả sau:

Đặc điểm dịch tễ học

Tuổi khởi bệnh (TKB) trong lô nghiên cứu nhỏ nhất là 1 ngày, lớn nhất là 60 ngày. Có 44% ca có TKB \leq 7 ngày, 84% TKB \leq 30 ngày. Nhóm sau mổ thoát vị hoành (TVH) có 100% các ca có TKB \leq 30 ngày; Tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1, nhóm vô căn: 2/1, nhóm sau mổ TVH: 1/1; Hầu hết là dân tộc Kinh, chỉ có 4% là người dân tộc thiểu số; Đa số cư ngụ ở tỉnh (88%), tỉ lệ khá đều ở các tỉnh miền Đông và Tây Nam Bộ.

Đặc điểm tiền căn, yếu tố nguy cơ

Có 4 trường hợp (TH): 16% tuổi thai < 37 tuần (32-36), tất cả thuộc nhóm vô căn. Còn lại là 84% TH có tuổi thai từ 37-42 tuần, không có TH nào > 42 tuần; Cân nặng lúc sanh (CNLS) trung bình: $2996,0 \pm 465,01$ gram (2300-3800), 3 TH (12%) có CNLS < 2500gr, còn lại 88% ca CNLS từ 2500-3800 gr, không có TH nào < 1500 gr hay > 4000gr; Có 16 TH (64%) sanh tại BV tuyến tỉnh, 5 TH (20%) sanh tại BV Từ Dũ- TP HCM, 2 TH sanh tại BV huyện, 1 TH sanh tại trạm y tế xã, 1 TH sanh tại nhà là người dân tộc thiểu số; Sanh thường chiếm tỉ lệ cao nhất: 19 TH (76%), kế đến là sanh mổ: 4 ca (16%), sanh hút: 2 ca (8%); Sanh ngạt có 4 ca (16%), mỗi nhóm nguyên nhân có 2 TH, cả 4 ca sanh ngạt này đều sanh thường, tại BV tuyến tỉnh; Các tiền căn sản khoa, tiền căn gia đình, tiền căn mẹ mắc bệnh mạn tính không ghi nhận được qua hồi cứu hồ sơ bệnh án.

Đặc điểm nguyên nhân

Có 15 TH (60%), không tìm thấy nguyên nhân, xếp vào nhóm vô căn, còn lại 10 TH (40%) được chẩn đoán TDDCMP sau phẫu thuật lồng ngực. Trong 10 trường hợp sau mổ lồng ngực, tất cả đều là sau mổ thoát vị hoành bẩm sinh, không có nguyên nhân phẫu thuật nào khác được ghi nhận.

Đặc điểm lâm sàng

Cơ năng

Bỏ bú/bú kém (21 trường hợp: 84%) và thở bất thường (18 trường hợp: 72%) là 2 triệu chứng được ghi nhận nhiều nhất. Ngoài ra còn có các dấu hiệu: tím tái (36%), ọc sữa (28%), chướng bụng (20%). Trong đó tím tái và ọc sữa đều gặp ở nhóm vô căn.

Các dấu hiệu sinh tồn

Tăng hay giảm thân nhiệt đều gặp ở nhóm TDDCMP vô căn nhiều hơn (53,33%) so với nhóm sau mổ TVH (20%); Tỷ lệ rối loạn nhịp thở (thở nhanh, thở chậm hay thở bất thường) đều có tỉ lệ cao ở cả 2 nhóm nguyên nhân (74,33% và 70%); Trị số mạch và nhịp tim trung bình của 2 nhóm TDDCMP là $149,20 \pm 16,81$. Chỉ có 4 TH (16%) mạch, nhịp tim \geq 180 lần/ phút, sau đó về bình thường không cần dùng thuốc. Không có ca nào có mạch- nhịp tim < 60 lần/ phút.

Trị số SpO₂ và dấu hiệu tím tái

Nhóm vô căn có 93,33% trường hợp có trị số SpO₂ < 95%, và 53,33% ca có SpO₂ \leq 90%. Nhóm sau mổ TVH có 50% ca có SpO₂ < 95%, trong đó không có ca nào giảm nặng \leq 90%; Dấu hiệu tím tái (môi và/hoặc đầu chi) có 9 trường hợp đều thuộc nhóm vô căn.

Các dấu hiệu thực thể về hô hấp

100% các ca đều có thở co lõm ngực, 100% các ca ghi nhận phế âm giảm bên tràn dịch và có 21 trường hợp (84%) có ran ẩm ở phổi.

Các triệu chứng lâm sàng khác kèm theo

Vàng da (36%), gan to (24%) là 2 dấu hiệu ghi nhận nhiều nhất. Ngoài ra còn có các dấu hiệu khác: phù (16%), chướng bụng (16%), còn lại: thiếu máu, xuất huyết dưới da, lách to, mỗi TH có 1 ca (4%). Nhóm TDDCMP vô căn có tỉ lệ các triệu chứng kèm theo cao hơn nhóm TVH.

Các bệnh cảnh kèm theo

Viêm phổi (84%) và nhiễm trùng huyết (76%) là 2 bệnh cảnh kèm theo nhiều nhất. Nhóm TVH có 100% các TH kèm viêm phổi, nhiễm trùng huyết thì gần tương đương giữa 2 nhóm nguyên nhân. Ngoài ra còn có các bệnh: vàng da tăng bilirubin gián tiếp, xẹp phổi (28%

mỗi bệnh), trào ngược dạ dày thực quản, suy tim (8% mỗi bệnh), chủ yếu gặp ở nhóm vô căn.

Dị tật bẩm sinh

Có 13/25 ca trong lô nghiên cứu của chúng tôi có kèm dị tật bẩm sinh (52%), trong đó có 10 ca (40%) là tim bẩm sinh, các tật khác là: dẫn não thất, hở thành bụng, ruột xoay bất toàn, mỗi tật có 1 ca (4%). Đặc biệt trong 10 trường hợp tim bẩm sinh, có 6 ca (60%) là thông liên nhĩ, đơn độc hay kèm theo các tật tim bẩm sinh khác như thông liên thất, còn ống động mạch, hẹp động mạch chủ.

Đặc điểm cận lâm sàng

Huyết đồ

Có 17 ca (68%) đủ tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu theo WHO 2001 (Trẻ sơ sinh và trẻ ≤ 2 tháng tuổi: thiếu máu khi Hb $< 13,5\text{g/dL}$ và/ hoặc Hct $< 34,5\%$), 12 ca (48%) bạch cầu tăng $> 20.000/\text{mm}^3$, 12 ca Neutrophil $> 50\%$, về tiểu cầu có 3 ca (12%) $< 150.000/\text{mm}^3$, 4 ca (16%) $> 450.000/\text{mm}^3$. Thay đổi bất thường về dòng hồng cầu tương đương giữa 2 nhóm nguyên nhân, về tiểu cầu chủ yếu ở nhóm vô căn, còn dòng bạch cầu thay đổi ở nhóm sau mổ TVH cao hơn nhóm vô căn.

Khí máu động mạch: (KMĐM)

Có 17/25 ca được làm KMĐM (2 ca do lâu ngày, chữ in trên giấy kim bị mờ không đọc được), nhóm vô căn có 7/7 ca (100%) có trị số pH $< 7,25$, nhóm TVH có 8/8 ca có pH trong khoảng 7,15-7,45. Có 11/15 ca (73,3%) có $\text{HCO}_3^- < 24 \text{ mmol/L}$, 11 ca có $\text{PaCO}_2 \geq 45 \text{ mmHg}$, 5/15 ca (33,3%) có $\text{PaO}_2 \leq 60 \text{ mmHg}$.

CRP- Đường huyết

Có 23/25 ca làm CRP, trị số trung bình: $41,43 \pm 25,84 \text{ mg/L}$, trong đó 20/23 ca có trị số $> 10 \text{ mg/L}$. Tỷ lệ tương đương giữa 2 nhóm; Đường huyết cao thoáng qua ($\geq 180 \text{ mg\%}$) có 6 ca (24%), đều thuộc nhóm vô căn và đều có dùng Octreotide, đường huyết thấp thoáng qua có 4 ca (16%), nhóm vô căn có 3 ca, nhóm TVH có 1 ca.

Đạm máu- lipid máu

Có 6 ca làm đạm máu: đạm toàn phần 3 ca đều giảm $< 5,5\text{g\%}$, albumin 6 ca đều $< 3,5\text{g\%}$. Trong đó có 5 ca thuộc nhóm vô căn, 3/6 ca từ vong; Lipid máu làm ở 3 trường hợp, tuy nhiên chỉ định lượng cholesterol và triglycerid toàn phần, không làm LDL-cholesterol và HDL – cholesterol nên không kết luận có rối loạn lipid máu.

Dịch màng phổi

Có 3 dạng màu sắc DMP được ghi nhận: vàng đục (10 ca: 40%), vàng nhạt (9 ca: 36%), trắng đục (6 ca: 24%), nhóm TVH có tỉ lệ màu vàng nhạt (60%) cao hơn nhóm vô căn (20%).

Bảng 1. Kết quả các chỉ số sinh hóa dịch màng phổi

Các chỉ số sinh hóa DMP	Trung bình
Triglycerid (mg%)	33,5-3800
Đạm (g/L)	$46,43 \pm 32,09$ (3,77-136,5)
Đường (mg%)	$110,38 \pm 37,16$ (9,6-201,5)
LDH (U/L)	$380,36 \pm 219,11$ (59-923)
Rivalta (+)	16 (64%)

Riêng về trị số triglycerid DMP, nhóm vô căn có 60% TH từ 110-500 mg%, nhóm TVH có 60% ca $< 110 \text{ mg\%}$; 100% ca có $> 80\%$ tế bào lympho trong DMP, 100% ca có kết quả cấy DMP (-).

Cấy các dịch cơ thể khác

Có 10 ca (40%) có kết quả cấy dương tính ngoài DMP, tỉ lệ cao nhất là Acinetobacter spp (60%), Pseudomonas aeruginosa (40%), Klebsiella spp (30%), Staphylococcus (20%). Trong 10 ca này, có 6 ca thuộc nhóm TVH, 4 ca thuộc nhóm vô căn.

Xquang- Siêu âm ngực- CT. Scan ngực

Tất cả 25 ca đều có hình ảnh TDMP trên Xquang/ siêu âm ngực. Vị trí TDMP ghi nhận: 16 ca (64%) bên trái, 4 ca bên phải (16%), và 5 ca (20%) 2 bên. Nhóm vô căn tràn dịch bên trái 7 ca (46,67%), bên phải 3 ca (20%), 2 bên 5 ca (33,33%). Đặc biệt nhóm TVH, 90% TDMP bên trái, 10% bên phải; Chỉ có 2 ca (8%) được làm CT- Scan ngực, không phát hiện có dị tật bẩm sinh ngoài tim đi kèm.

Đặc điểm điều trị

Điều trị nội khoa

Có 4 biện pháp điều trị nội khoa trong lô nghiên cứu: hỗ trợ hô hấp (HTHH), dùng kháng sinh (KS), dinh dưỡng có hay không dùng MCT (medium chain triglycerid, qua 2 chế phẩm: dung dịch Lipofundin 20% hoặc sữa Pregestimil), dùng Octreotide (Sandostatin®)

Có 22 ca (88%) được hỗ trợ ít nhất một phương pháp (Oxy/cannula, NCPAP, thở máy, bóp bóng/mask, bóp bóng/nội khí quản), thời gian HTHH trung bình: $31,0 \pm 23,3$ ngày; Sử dụng KS có trong 23 ca (92%), có 9/23 ca phải đổi KS ≥ 2 lần; Sữa mẹ hoàn toàn được áp dụng trong 7/25 ca (28%), nuôi ăn tĩnh mạch (NATM) có MCT là 18 ca (72%), trong đó, Lipofundin dùng 17 ca (68%) nhiều hơn sữa Pregestimil 12 ca (48%). Nhóm dùng sữa mẹ là những ca bệnh cảnh nhẹ, TDMP không nhiều, không suy hô hấp nặng như nhóm phải NATM có MCT.

Bảng 2. Đặc điểm dinh dưỡng của lô nghiên cứu

Các biện pháp dinh dưỡng	Số	Tỉ lệ	Thời gian trung bình (ngày)
Nuôi ăn TM có MCT	18	72	$14,16 \pm 10,87$ (2-40)
Sữa mẹ hoàn toàn	7	28	$13,71 \pm 11,25$ (7-38)
Dùng Lipofundin	17	68	$11,94 \pm 9,47$ (2-32)
Dùng Pregestimil	12	48	$16,58 \pm 25,29$ (2-86)

Về vấn đề dùng Octreotide

Có 9 ca (36%) dùng Octreotide, đa số các trường hợp này có bệnh cảnh nặng: tím tái, rối loạn nhịp thở, $SpO_2 < 95\%$, toan máu, TDMP lượng nhiều, có kèm tim bẩm sinh (44,4%), nhiễm trùng huyết (88,9%), viêm phổi (100%), 6/9 ca đáp ứng điều trị, 3 ca (33,3%) tử vong.

Thời điểm bắt đầu dùng: $11,3 \pm 11,5$ ngày (2-38). Liều khởi đầu trung bình: $1,19 \pm 0,99$ $\mu\text{g/kg/giờ}$ (0,16-2,8). Liều tối đa: $3,01 \pm 2,45$ $\mu\text{g/kg/giờ}$ (0,16-7,0). Cách dùng: 5 ca truyền tĩnh mạch, 4 ca tiêm dưới da. Thời gian dùng trung bình: $13,60 \pm 9,97$ ngày (1-31). Đáp ứng điều trị: 6 ca (66,7%). Thời điểm đáp ứng: $12,0 \pm 9,61$ ngày.

Điều trị ngoại khoa

Chọc hút màng phổi được thực hiện ở 100% các ca trong lô nghiên cứu của chúng tôi. Có 6 ca (24%) chọc hút ≥ 2 lần, có ca tới 9 lần. Dẫn lưu màng phổi chỉ ở 1 ca (4%). Không có biện pháp can thiệp ngoại khoa nào khác ghi nhận.

Kết quả điều trị

Có 20 ca (80%) khỏi, xuất viện, 5 ca (20%) tử vong. Các ca tử vong đều thuộc nhóm vô căn, có 3 ca dùng Octreotide nhưng 3 ca này có kèm theo suy dinh dưỡng nặng hoặc cao áp phổi nặng. Thời gian nằm viện trung bình: $30,80 \pm 23,26$ ngày (7-105), trong đó có 11 ca (44%) nằm viện ≥ 30 ngày. Nguyên nhân trực tiếp gây tử vong: 5 ca do nhiễm trùng huyết và suy hô hấp nặng, 2 ca suy tim, 2 ca suy dinh dưỡng nặng, 1 ca do sốc nhiễm trùng, 1 ca do cao áp phổi nặng/ tim bẩm sinh.

BÀN LUẬN

Đặc điểm dịch tễ học, yếu tố nguy cơ và tiền căn

Tuổi khởi bệnh đa số ≤ 30 ngày: 84%, nhóm vô căn tỉ lệ này là 73,3%, nhóm sau mổ TVH 100%. Điều này phù hợp do các ca TDDCMP sau mổ TVH được chẩn đoán TVH bẩm sinh ngay sau sanh và được phẫu thuật cấp cứu ngay sau đó. Có 44% ca có TKB ≤ 7 ngày. Điều này cũng gần tương tự với ghi nhận của tác giả Au Macy⁽²⁾, Goto⁽⁷⁾. Có 1 ca (4%) phát hiện TDMP trong thai kỳ và chẩn đoán TDDCMP sau sanh, tác giả Abrams⁽⁴⁾ thì tỉ lệ này là 3,2%. Tỉ lệ về giới nam/nữ của lô nghiên cứu (1,5/1) cũng gần tương đương với Rocha (1,3/1), nhóm vô căn bẩm sinh: 2/1 bằng với ghi nhận của tác giả Aworanti⁽³⁾. Sanh non (< 37 tuần), CNLS thấp ($< 2500\text{gr}$) và sanh ngạt trong nghiên cứu của chúng tôi mỗi yếu tố chỉ 16%, có thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Rocha⁽¹²⁾. Các tiền căn sản khoa, gia đình và mẹ mắc bệnh mạn tính không được ghi nhận trong 25 ca, do hạn chế qua hồi cứu bệnh án, do khó khăn trong khai thác bệnh sử.

Đặc điểm về nguyên nhân

Nguyên nhân vô căn bẩm sinh chiếm tỉ lệ cao (60%), so với nguyên nhân sau mổ TVH (40%), điều này phù hợp theo tác giả Macy Au⁽²⁾: đa số nguyên nhân TDDCMP sơ sinh là vô căn, do bất thường bẩm sinh hệ bạch huyết, ống ngực, trung thất,... Tuy nhiên 100% ca TDDCMP sau phẫu thuật lồng ngực là do thoát vị hoành, không có ca nào sau phẫu thuật tim bẩm sinh như theo hồi cứu một số y văn, có thể do giai đoạn sơ sinh chưa can thiệp được các phẫu thuật tim bẩm sinh, còn TVH bẩm sinh là 1 dị tật bẩm sinh cần cấp cứu ngay.

Đặc điểm về lâm sàng

Triệu chứng cơ năng và thực thể TDDCMP sơ sinh rất không đặc hiệu cho chẩn đoán, chủ yếu là các triệu chứng về hô hấp, nhiễm trùng toàn thân. Bệnh cảnh phổi hợp nhiều, đa số là viêm phổi và nhiễm trùng huyết. Điều này phù hợp với đặc điểm bệnh lý ở trẻ ≤ 2 tháng tuổi. Tim bẩm sinh (44%) với tật thông liên nhĩ (24%) cũng chiếm tỉ lệ cao trong 25 ca, phù hợp nhận định của tác giả Kallanagowdar⁽⁸⁾. Nhóm TDDCMP vô căn đa số có biểu hiện lâm sàng và bệnh cảnh phổi hợp nặng nề hơn nhóm sau mổ TVH.

Đặc điểm về cận lâm sàng

Do đặc điểm bệnh lý giai đoạn sơ sinh, hầu hết các ca có thiếu máu (theo WHO 2001), tỉ lệ cao hơn ở nhóm vô căn so nhóm TVH. Tỉ lệ bạch cầu tăng và Neutrophil $> 50\%$ cao hơn ở nhóm TVH, có thể một phần do mất các tế bào miễn dịch qua dịch dưỡng chấp, một phần do nhóm này phải qua cuộc phẫu thuật lớn, nguy cơ nhiễm trùng cao; Khí máu động mạch cũng phản ánh phần nào nặng nề của bệnh, tỉ lệ bù toan khá cao (56%) do lượng dịch nhiều chèn ép, do mất điện giải qua dịch dưỡng chấp, do bệnh cảnh nhiễm trùng kèm theo. CRP $> 10\text{mg}\%$ cũng có tỉ lệ rất cao: 80%, ý nghĩa trong chẩn đoán và theo dõi nhiễm trùng; Đạm máu giảm cũng là 1 ghi nhận đáng lưu ý trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy số ca làm xét nghiệm này ít (6/25)

nhưng cả 6 trường hợp đều giảm đạm máu và trong đó có 3 ca tử vong. Đạm máu giảm là một biến chứng của tràn dịch dưỡng chấp do mất đi lượng đạm cần thiết.

Dịch màng phổi có màu sắc đa số là vàng đục, vàng nhạt, trắng đục có tỉ lệ thấp nhất khác với TDDCMP trẻ lớn đa số có màu trắng đục như sữa, do trẻ sơ sinh bệnh lý không được nuôi ăn bằng sữa qua miệng mà phải nuôi ăn tĩnh mạch nên các chất béo chưa được chuyển hóa và hấp thu tại ruột non, chất béo trong hệ bạch huyết, ống ngực chưa nhiều. Điều này cũng giải thích nồng độ Triglyceride trong DMP ở nhóm sau mổ TVH đa số $< 110\text{mg}\%$, khác với nhóm vô căn 110-500 mg%, tác giả Buttiker⁽⁴⁾ cũng nhận định như vậy. Cấy DMP 100% ca (-) cũng phù hợp do DMP tuy tái phát nhanh nhưng không có tính kích thích gây viêm màng phổi như dịch lao, dịch mủ mà còn có tính kèm khuẩn.

Tràn dịch bên trái có tỉ lệ cao nhất 64%, có khác với y văn⁽¹⁾: thường là TDDCMP bên phải, nhóm TVH tỉ lệ này là 90%, có lẽ do TVH xảy ra bên trái.

Đặc điểm về điều trị

Đa số các ca có HTHH và sử dụng kháng sinh trong trị liệu, do đặc điểm lâm sàng cũng chủ yếu với tình trạng nhiễm trùng huyết và viêm phổi, suy hô hấp; Dinh dưỡng với 2 biện pháp: NATM có MCT (72%) và sữa mẹ hoàn toàn (28%). Các ca nuôi ăn sữa mẹ hoàn toàn đều có bệnh cảnh không nặng, lượng dịch màng phổi không nhiều, không suy hô hấp và nhiễm trùng huyết nặng, không ca nào cần dùng Octreotide và MCT, kết quả đều khỏi, xuất viện sau đó. Các ca cần NATM với MCT có 18 ca (72%), dùng Lipofundin nhiều hơn sữa Pregestimil, nhóm TVH có tỉ lệ sử dụng chế phẩm có MCT cao hơn nhóm vô căn.

Ngược lại nhóm vô căn có 9 ca (36%) dùng Octreotide, nhóm TVH không có trường hợp nào dùng. Liều lượng bắt đầu và tối đa của Octreotide trong nghiên cứu có thấp hơn so với 1 số báo cáo tham khảo^(6,10). Tỉ lệ đáp ứng điều trị với Octreotide là 66,7%, thấp hơn theo báo

cáo của Chan Shu-yan⁽⁵⁾. Theo Tibballs⁽¹⁴⁾, sự khác biệt về hiệu quả điều trị liên quan đến liều lượng dùng Octreotide. Về cách dùng, thời gian dùng trung bình, thời điểm đáp ứng với Octreotide gần tương đương với các báo cáo kể trên. Trong 9 ca dùng Octreotide, có 3 ca tử vong, cả 3 trường hợp này đều có bệnh cảnh lâm sàng rất nặng do kèm theo suy dinh dưỡng nặng, cao áp phổi nặng, 1 ca có lượng dịch tái phát rất nhanh, phải chọc hút giải áp màng phổi đến 9 lần. Các biện pháp can thiệp ngoại khoa khác: gây viêm dính màng phổi bằng tác nhân hóa học, tạo shunt nối màng phổi- màng bụng, phẫu thuật mở lồng ngực, cột ống ngực không được áp dụng điều trị TDDCMP trong lô nghiên cứu của chúng tôi, có lẽ do việc hạn chế can thiệp thủ thuật hay phẫu thuật trong lứa tuổi này.

Kết quả điều trị với tỉ lệ tử vong khá cao: 5 ca - 20%, tất cả đều thuộc nhóm vô căn. Cả 5 ca đều có nguyên nhân trực tiếp gây tử vong là nhiễm trùng huyết và suy hô hấp nặng. Sốc nhiễm trùng, cao áp phổi nặng và suy dinh dưỡng nặng cũng là những nguyên nhân trực tiếp gây tử vong cho bệnh nhi.

KẾT LUẬN

TDDCMP sơ sinh tuy hiếm nhưng tử vong cao, càng làm tăng tỉ lệ tử vong vốn đã cao cho lứa tuổi này. Lâm sàng không đặc hiệu nhưng việc nghe phế âm giảm là 1 dấu hiệu nên nghi ngờ có TDDCMP vì đây là dạng TDMP hay gặp nhất ở sơ sinh. Thay đổi các chỉ số huyết học là thường gặp, toan máu và giảm đạm máu cũng là những biến chứng hay gặp, đặc biệt ở trẻ có tràn dịch lượng nhiều. Dịch màng phổi dù không phải là dạng trắng đục nguyên thủy mà có thể là màu vàng đục hay vàng nhạt. Định lượng Triglycerid DMP và các thành phần khác (đạm, đường, LDH), đặc biệt là nên làm thêm điện di DMP để xác định sự hiện diện của tinh thể Chylomicron, giúp xác định chẩn đoán. Điều trị nội khoa là biện pháp ưu tiên hàng đầu trước khi có quyết định can thiệp phẫu thuật vì khả năng tự đóng của ống ngực cao, nhưng việc điều

trị bổ sung chất béo dạng MCT rất quan trọng và cần thiết, góp phần giảm lưu lượng bạch huyết, giảm thất thoát dịch dưỡng chấp. Ngoài ra, Somatostatin và đồng phân của nó là Octreotide cũng có vai trò mới trong điều trị duy trì TDDCMP với những tác dụng đã kể ở trên. Nhóm TDDCMP vô căn có tiên lượng nặng hơn nhóm TDDCMP sau mổ thoát vị hoành. Với mẫu nghiên cứu còn quá ít nên chưa thể rút ra kết luận chắc chắn nhưng qua nghiên cứu này sẽ là tiền đề cho những nghiên cứu sâu hơn, rộng hơn, góp phần chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả nhất trong TDDCMP ở trẻ em, đặc biệt trẻ ≤ 2 tháng tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alaish SM, Altman RP, (2006), Pleural effusion, empyema and chylothorax, *Current pediatric therapy*, 18th, 8, pp. 452-453.
2. Au M, Weber TR, Fleming RE, (2003), "Successful use of Somatostatin in a case of neonatal chylothorax", *J. Pediatr Surg*. 38, (7), pp. 1106-1107.
3. Aworanti OM, (2009), "Congenital idiopathic chylothorax in a Jamaica neonate: Management challenges", *The Internet Journal Of Pediatrics and Neonatology*", 10(1).
4. Buttiker V, Fanconi S, Burger R, (1999), "Chylothorax in children: Guidelines for diagnosis and management", *Chest*. 116, pp. 682-687.
5. Buttiker V, Waldvogel K, Cannizzaro V, (2006), "Antithrombin activity in children with chylothorax", *Eur J Cardio Thorac Surg*, 29, pp.406-409.
6. Chan Shu-yan, Lau Wendy, (2006), "Chylothorax in children after congenital heart surgery", *Ann Thorac Surg*, 82, pp.1650-1656.
7. Cheung Y, Leung MP, Yip M, (2001), "Octreotide for treatment of postoperative chylothorax", *J. Pediatr*. 139, (1), pp. 157-159.
8. Goto M, Kawamata K, Kitano M, et al, (2003), "Treatment of chylothorax in a premature infant using Somatostatin", *Journal Perinatol*. 23, (7), pp. 563-564.
9. Kallanagowdar Chandra, Craver Randall, (2005), "Neonatal Pleural Effusion", *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 130 (2), pp. 22-23.
10. Pratap U, Slavid Z, Ofoe VD, (2001), "Octreotide to treat postoperative chylothorax after cardiac operations in children", *Ann Thorac Surg*. 72, (5), pp. 1740-1742.
11. Rismensberger PC, Muler Schenker B, Kalangos A, Beghetti M, (1998), "Treatment of a persistent postoperative chylothorax with Somatostatin", *Ann Thorac Surg*. 66, (1), pp. 253-254.
12. Rocha G, Fernandes P, (2006), "Pleura effusion in the neonate", *Acta Paediatrica*, 95, pp.791-798.
13. Sivasli E, Dogru D, Aslan AT, Yurdakok M, (2004), "Spontaneous Neonatal Chylothorax Treated with Octreotide in Turkey : A case report", *Journal of Perinatology*. 24, pp. 261-262.

14. Tibballs J, Soto R, Bharucha T, (2004), " Management of newborn lymphangiectasia and chylothorax after cardiac surgery with Octreotide infusion", *Ann Thorac Surg.* 77, (6), pp. 2213-2215.
