

## **CHƯƠNG III**

### **SƠ SINH**

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**

**NHIỄM TRÙNG HUYẾT SƠ SINH**

**TRẦN THỊ HOA PHƯƠNG  
 NGUYỄN THỊ KIM VÂN**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- TỈ LỆ NHIỄM TRÙNG HUYẾT SƠ SINH Ở CÁC NƯỚC PHÁT TRIỂN: 2,2-8,6/1.000 SƠ SINH SỐNG.
- TỈ LỆ TỬ VONG DO NHIỄM TRÙNG HUYẾT NẶNG Ở SƠ SINH: 20-40%.
- NHIỄM TRÙNG HUYẾT SƠ SINH DÙ KHÔNG NHIỄM TRÙNG HỆ THẦN KINH TRUNG ƯƠNG, CŨNG LÀM TĂNG KHẢ NĂNG TỔN THƯƠNG CHẤT TRẮNG, GÂY TÀN TẬT VỀ SAU; BAO GỒM
  - + NHIỄM TRÙNG HUYẾT SƠ SINH (NTHSS) SỚM: < 7 NGÀY.
  - + NTHSS MUỘN: ≥ 7 NGÀY.

**2. NGUYÊN NHÂN**

**2.1. VI TRÙNG HỌC**

- NTH SỚM: STREPTOCOCCUS NHÓM B: > 40%
  - E.COLI: 17%
  - STREP.VIRIDANS: 16%
  - ENTEROCOCCUS SP, S.AUREUS, STREP. NHÓM D, PSEUDOMONAS SP, TRỰC TRÙNG GR(-) ĐƯỜNG RUỘT KHÁC: MỖI LOẠI < 5%
  - LISTERIA: 1%
- NTH MUỘN/SS NHẸ CÂN:
  - + GRAM (+): 70.2% STAP. COAGULASE (-): 48%
    - S.AUREUS, ENTEROCOCCUS SP, STREP B: 13%
  - + GRAM(-) : 17.6% E.COLI, KLEBSIELLA, PSEUDOMONAS: 12%
    - CANDIDA.ALBICANS + CANDIDA.PARAPSILOSIS: 10% - 12.2%

**2.2. YẾU TỐ NGUY CƠ**

CÁC TÌNH TRẠNG	TẦN SUẤT NTH
VỠ ỒI KÉO DÀI ≥ 18 GIỜ	1%
MẸ MANG GBS (KHÔNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG)	0.5 -1%
MẸ MANG GBS (CÓ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG)	0.2 -0.4%
MẸ MANG GBS VÀ VỠ ỒI KÉO DÀI, SỐT HOẶC CON NON THẮNG	4 -7%
VIÊM MÀNG ỒI	3 -8%
MANG GBS VÀ VIÊM MÀNG ỒI	6 -20%
VỠ ỒI KÉO DÀI + NON THẮNG	4 -6%
VỠ ỒI KÉO DÀI + ĐIỂM APGAR THẤP	3 -4%
NON THẮNG	35-50%
MẸ BỊ NHIỄM TRÙNG TIỂU DO GBS	8%
MẸ BỊ NHIỄM TRÙNG TIỂU DO VI TRÙNG KHÁC	

- VIÊM MÀNG ỒI: MẸ SỐT > 100,4°F VÀ ≥ 2 DẤU HIỆU SAU: TIM THAI NHANH, TỬ CUNG YẾU, DỊCH ẨM ĐẠO HỒI, MẸ CÓ TĂNG BẠCH CẦU.

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

- CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ KHÁC: NGẠT CHU SINH, BÉ TRAI, SINH ĐÔI, SINH BÊN NGOÀI PHÒNG SINH

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. HỎI BỆNH SỬ**

- MẸ: TÌNH TRẠNG NHIỄM TRÙNG Ở MẸ.
- TÌNH TRẠNG CHUYỂN DẠ: THỜI GIAN VỠ ỒI, MÀU NƯỚC ỒI.
- CON: NON THẮNG, NGẠT, SUY TIM THAI, BÉ TRAI, SINH ĐÔI, NHẸ CÂN.

**3.2. LÂM SÀNG VÀ CÁC XÉT NGHIỆM ĐỀ NGHỊ**

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG CỦA NTH SS THƯỜNG KHÔNG ĐẶC HIỆU VÀ KHÔNG HẸNG ĐỊNH.

CÓ THỂ ĐÁNH GIÁ NTH SS DỰA VÀO HAI CÁCH:

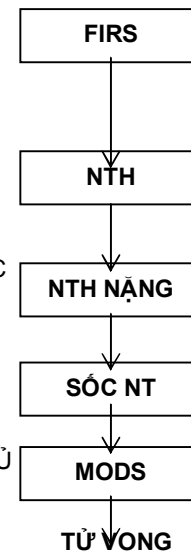
- **HỘI CHỨNG ĐÁP ỨNG VIÊM BẢO THAI (FIRS)** ĐƯỢC BIỂU HIỆN ≥ 2 DẤU HIỆU SAU:
  - + THỞ NHANH > 60 L/P VÀ THỞ RÈN VÀ HOẶC CƠ KÉO HOẶC GIẢM SPO<sub>2</sub>
  - + NHIỆT ĐỘ KHÔNG ỔN ĐỊNH (< 36,5°C HOẶC > 38,4°C)
  - + THỜI GIAN ĐÓ ĐẦY MAO MẠCH > 3 GIẤY
  - + BẠCH CẦU < 4000 HOẶC > 34000/MM<sup>3</sup>
  - + CRP > 10 MG/L
  - + IL-6 HOẶC IL-8 > 70 PG/ML
  - + 16 S RRNA GENE PCR: DƯƠNG TÍNH

≥ 1 TIÊU CHUẨN FIRS CÙNG CÁC DẤU HIỆU VÀ TRIỆU CHỨNG NHIỄM TRÙNG (BẢNG BẰNG SAU) ⇒

NHIỄM TRÙNG HUYẾT KẾT HỢP HẠ HUYẾT ÁP HOẶC RỐI LOẠN CHỨC NĂNG 1 CƠ QUAN ⇒

NHIỄM TRÙNG HUYẾT NẶNG CẦN TRUYỀN DỊCH VÀ VẬN MẠCH ⇒

SUY ĐA CƠ QUAN MẶC DÙ ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ ĐẦY ĐỦ ⇒



**- CÁC DẤU HIỆU VÀ TRIỆU CHỨNG NHIỄM TRÙNG:**

- + THAY ĐỔI LÂM SÀNG:
  - NHIỆT ĐỘ KHÔNG ỔN ĐỊNH.
  - NHỊP TIM ≥ 180 L/P HOẶC ≤ 100 L/P.

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**

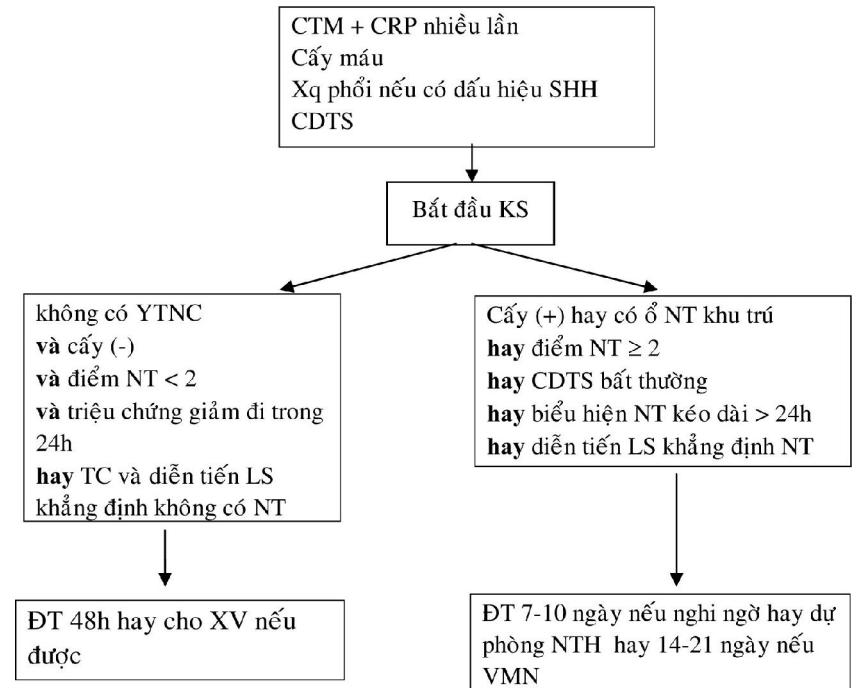
- NHỊP THỞ > 60 L/P VÀ THỞ RÊ/NỨT LỖM NGỰC HOẶC GIẢM SPO<sub>2</sub>
- LỪ ĐỪ /THAY ĐỔI TRI GIÁC.
- KHÔNG DUNG NẠP GLUCOSE (ĐƯỜNG HUYẾT > 10 MMOL/L).
- KHÔNG DUNG NẠP THỨC ĂN.
- + THAY ĐỔI HUYẾT ĐỘNG:
  - HUYẾT ÁP TÂM THU < 50 MMHG (SƠ SINH NGÀY 1).
  - HUYẾT ÁP TÂM THU < 60 MMHG (TRẺ ≤ 1 THÁNG).
- + THAY ĐỔI TƯỚI MÁU MÔ:
  - ĐỘ ĐẦY MAO MẠCH > 3 GIẤY.
  - LACTATE MÁU > 3 MMOL/L.
- + THAY ĐỔI VIÊM:
  - TĂNG BẠCH CẦU (> 34000 X 10<sup>9</sup>/L).
  - GIẢM BẠCH CẦU (< 5000 X 10<sup>9</sup>/L).
  - NEUTROPHIL NON > 10%.
  - TỶ LỆ NEUTROPHIL NON/TỔNG NEUTROPHIL > 0.2.
  - GIẢM TIỂU CẦU < 100000 X 10<sup>9</sup>/L.
  - CRP > 10 MG/L.
  - PROCALCITONIN > 8.1 MG/DL.
  - IL-6 HOẶC IL-8 > 70 PG/ML
  - 16 S PCR: DƯƠNG TÍNH

**DỰA VÀO ĐIỂM NT:**

XÉT NGHIỆM	ĐIỂM
SỐ LƯỢNG BCĐN TT < 1.750/MM <sup>3</sup>	1
TỔNG SỐ BC < 7.500 HAY > 40.000/MM <sup>3</sup>	1
BC NON/BCĐNTT ≥ 0,2	1
BC NON/BCĐNTT >0,4	2
CRP ≥ 10MG/L	1
CRP ≥ 50MG/L	2

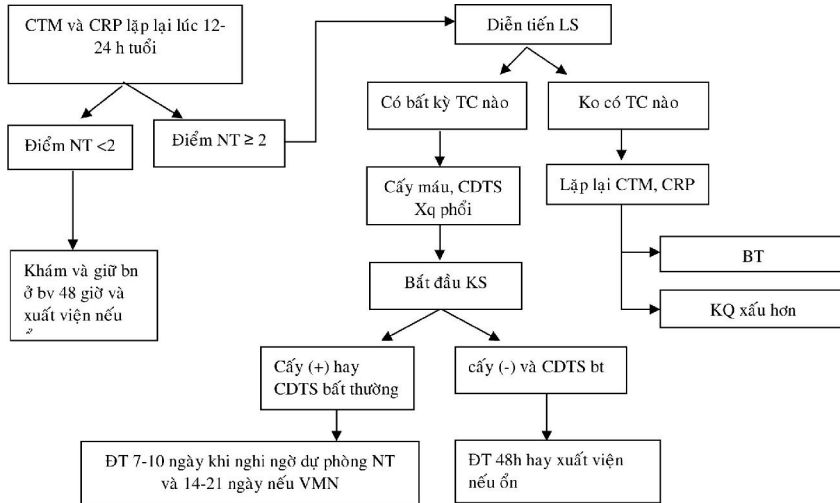
**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

**SƠ ĐỒ HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ ĐỐI VỚI SƠ SINH CÓ TRIỆU CHỨNG NT HAY CÓ MẸ BỊ VIÊM MÀNG ỒI**



**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**

**SƠ ĐỒ HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ ĐỐI VỚI SS > 35 TUẦN,  
KHÔNG CÓ TCLS KÈM THEO MỘT HAY NHIỀU YTNC**



**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ**

- ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG VỚI KHÁNG SINH THÍCH HỢP.
- ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ CÁC VẤN ĐỀ KHÁC NHƯ:
  - + SỐC: BÙ DỊCH, THUỐC VẬN MẠCH.
  - + SUY HÔ HẤP: HỖ TRỢ HÔ HẤP VỚI OXY CANNULA, NCPAP HAY ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN VÀ THỞ MÁY.
  - + TOAN CHUYỂN HÓA.
  - + DIC (THEO DÕI TIỂU CẦU, HB, CNDM): ĐIỀU TRỊ VỚI MÁU TƯƠI, PLASMA TƯƠI HAY TIỂU CẦU ĐẬM ĐẶC.
  - + ĐIỀU CHỈNH ĐƯỜNG HUYẾT, NƯỚC - ĐIỆN GIẢI, CHỐNG CO GIẬT, THEO DÕI BILIRUBIN.
  - + CORTICOIDS: CHỈ DÙNG KHI SUY THƯỢNG THẬN.
  - + IVIG ĐÃ ĐƯỢC CHỨNG TỐ GIẢM TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN NHIỄM TRÙNG HUYẾT: LIỀU DUY NHẤT 500-750 MG/KG.

**4.2. PHÂN CẤP ĐIỀU TRỊ**

**4.2.1. CẤP 1**

- THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ SỐC, SUY HÔ HẤP, RỐI LOẠN NƯỚC-ĐIỆN GIẢI, THĂNG BẰNG KIỂM-TOAN, ĐƯỜNG HUYẾT, CHO KS BAN ĐẦU BẰNG ĐƯỜNG TIÊM TÍNH MẠCH.
- TIỂU CHUẨN HỢI CHẨN HỒI SỨC:

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

- + SỐC NHIỄM TRÙNG ĐÃ ĐƯỢC BÙ DỊCH MÀ HUYẾT ĐỘNG HỌC CHƯA ỔN ĐỊNH.
- + BỆNH CẢNH SỐC NHIỄM TRÙNG NẶNG KÈM NHIỀU RỐI LOẠN CHỨC NĂNG KHÁC: RLDM, SUY HÔ HẤP NẶNG, RỐI LOẠN ĐIỆN GIẢI, THĂNG BẰNG KIỂM TOAN.
- + SUY HÔ HẤP KHÔNG ĐÁP ỨNG VỚI OXY QUA CANNULA HAY NCPAP (NẾU CÓ).
- + CO GIẬT CẦN KIỂM SOÁT VỚI THUỐC AN THẦN LIỀU CAO HAY LẶP LẠI.
- + CẦN THỰC HIỆN CÁC THỦ THUẬT CAO CẤP NHƯ ĐẶT CVP, DẪN LƯU MÀNG PHỔI.

**4.2.2. CẤP 2**

- ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU: KHÁNG SINH
- + CHO BẰNG ĐƯỜNG TIÊM TÍNH MẠCH
- + KHÁNG SINH BAN ĐẦU: AMPICILLIN + CEFOTAXIM + AMIKACIN
- + THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ: 10 -14 NGÀY
- + LIỀU: MG/KG/NGÀY, KHOẢNG CÁCH CÁC LIỀU THEO BẢNG SAU:

	≤ 2.000G		≥ 2.000G		
	0 -7NGÀY	8 - 28NGÀY	0 -7NGÀY	8 - 28NGÀY	>28NGÀY
AMPICILLIN	100, CÁCH 12H	150, CÁCH 8H	150, CÁCH 8H	200, CÁCH 6H	200, CÁCH 6H
CEFOTAXIME	100, CÁCH 12H	150, CÁCH 8H	100, CÁCH 12H	150, CÁCH 8H	150, CÁCH 6H
CEFTAZIDIME	100, CÁCH 12H	150, CÁCH 8H	100, CÁCH 8H	150, CÁCH 8H	150, CÁCH 8H
CEFTRIAxon E	50, CÁCH 24H	50, CÁCH 24H	50, CÁCH 24H	75, CÁCH 24H	100, CÁCH 24H
TICARCILLIN	150, CÁCH 12H	225, CÁCH 8H	225, CÁCH 8H	300, CÁCH 6H	300, CÁCH 6H
METRONIDAZOLE	15, CÁCH 12H	15, CÁCH 12H	15, CÁCH 12H	30, CÁCH 12H	30, CÁCH 6H

	< 30 TUẦN	30 -37	> 37
AMIKACIN			
≤ 7 NGÀY	15, CÁCH 24H	15, CÁCH 18H	15, CÁCH 12H
> 7 NGÀY	15, CÁCH 18H	15, CÁCH 12H	15, CÁCH 8H

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**

GENTAMYCIN HOẶC TOBRAMYCIN			
≤ 7 NGÀY	3, CÁCH 24H	3, CÁCH 18H	2.5, CÁCH 12H
> 7 NGÀY	3, CÁCH 18H	2.5, CÁCH 12H	2.5, CÁCH 8H

MG/KG	<1.200G 0-4TUẦN	< 1 TUẦN		≥ 1 TUẦN	
		1.200- 2.000G	> 2.000G	1.200- 2.000G	>2.000G
VANCOMYCINE	15/24H	10-15/ 12-18H	10-15/ 8-12H	10-15/ 8-12H	10-15/ 6-8H
IMIPENEM/ CILASTATIN	25/12H	25/12H	25/12H	25/8H	25/8H
CIPROFLOXACIN				10-20, CÁCH 24H	20-30, CÁCH 12H

VANCOMYCINE: NT NHE –VỮA: 40 MG/KG/NGÀY  
 NT NẶNG: 60 MG/KG/NGÀY

- TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN: BỆNH NHÂN HOÀN TOÀN ỔN ĐỊNH NT VÀ CÁC RỐI LOẠN ĐI KÈM KHÁC NHƯ RLDM, ĐIỆN GIẢI, ĐƯỜNG HUYẾT, CO GIẬT, VÀNG DA...
- THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM CÁC BIẾN CHỨNG, DI CHỨNG NẾU CÓ: XUẤT HUYẾT NÃO, CO GIẬT

VẤN ĐỀ	MỨC ĐỘ CHỨNG CỨ
SƠ SINH NON THĂNG DOPAMIN HIỆU QUẢ HƠN DOBUTAMIN TRONG ĐIỀU TRỊ SỐC TRÊN TRẺ SƠ SINH NON THĂNG TRONG GIAI ĐOẠN NGẮN.	I COCHRANE DATABASE SYST REV. 2003;(3):CD001242

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

**SUY HÔ HẤP CẤP SƠ SINH**

**TRẦN THỊ THU LOAN**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- SUY HÔ HẤP CẤP LÀ SỰ RỐI LOẠN KHẢ NĂNG TRAO ĐỔI KHÍ GIỮA PHẾ NANG VÀ MAO MẠCH DẪN ĐẾN GIẢM O<sub>2</sub>, TĂNG CO<sub>2</sub>, VÀ GIẢM PH MÀU ĐÔNG MẠCH.
- SUY HÔ HẤP CẤP LÀ HỘI CHỨNG RẤT THƯỜNG GẶP TRONG THỜI KỶ SƠ SINH, NHẤT LÀ VÀO NHỮNG NGÀY ĐẦU SAU SINH. ĐÂY LÀ NGUYÊN NHÂN GÂY TỬ VONG HÀNG ĐẦU TRONG GIAI ĐOẠN SƠ SINH, NHẤT LÀ ĐỐI VỚI TRẺ SANH NON.

**2. NGUYÊN NHÂN**

**2.1. NỘI KHOA**

**2.1.1. PHỔI (NHÓM NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP)**

- BỆNH MÀNG TRONG.
- HÍT PHẦN, NƯỚC ỒI PHẦN SỤ.
- VIÊM PHỔI.
- CHẠM HẤP THU DỊCH PHẾ NANG.
- XUẤT HUYẾT PHỔI (HIỂM).

**2.1.2. MÀNG PHỔI**

- TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI.
- TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI.

**2.1.3. TIM MẠCH**

- GIẢM THỂ TÍCH.
- THIẾU MÁU CẤP (MẸ BỊ NHAU TIỀN ĐẠO, SANG CHẤN SẢN KHOA).
- CAO ÁP PHỔI NGUYÊN PHÁT.
- TỒN TẠI TUẦN HOÀN BÀO THAI.
- TIM BẨM SINH TÍM.
- SUY TIM SÙNG HUYẾT.

**2.1.4. BỆNH LÝ THẦN KINH, CƠ:** PHÙ NÃO, XUẤT HUYẾT NÃO, DO THUỐC, BỆNH LÝ CƠ, BỆNH LÝ CỘT SỐNG, TỒN THƯƠNG THẦN KINH CƠ HOÀNH.

**2.1.5. RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA:** HẠ CALCI MÁU, HẠ ĐƯỜNG HUYẾT, HẠ THẦN NHIỆT, TĂNG THẦN NHIỆT.

**2.2. NGOẠI KHOA**

- TẮC LỖ MŨI SAU.
- TEO THỰC QUẢN.
- THOÁT VỊ HOÀNH.
- THIẾU SẢN/BẤT SẢN PHỔI.
- HỘI CHỨNG PIERRE ROBIN.
- THANH QUẢN: MÀNG CHẤN THANH QUẢN, U THANH QUẢN, MỀM SỤN THANH QUẢN, LIỆT DÂY THANH ẨM.
- KHÍ QUẢN: MỀM KHÍ QUẢN, HẸP KHÍ QUẢN.

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**

- U/ KÉN PHỔI BẨM SINH.
- BẤT THƯỜNG XƯƠNG SƯỜN - LỒNG NGỰC.

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. HỎI BỆNH**

- TUỔI THAI: SANH NON, ĐỦ THÁNG, GIÀ THÁNG.
- CÁCH SANH: MỎ, HÚT HAY SANH THƯỜNG.
- TÌNH TRẠNG MẸ LÚC MANG THAI, LÚC SANH: SỐT, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, VỠ ỒI SỚM, NƯỚC ỒI XẤU...
- TÌNH TRẠNG TRẺ LÚC SANH:
  - + SANG CHẨN SẢN KHOA.
  - + NGẠT (APGAR).
  - + CAN THIỆP HỒI SỨC SAU SANH.
  - + DA TẮM NHUẬN PHÂN SU.
  - + TRẺ BỊ LẠNH, STRESS, BỆNH LÝ KHÁC.

**3.2. KHÁM LÂM SÀNG:**

GỒM 3 NHÓM TRIỆU CHỨNG CHÍNH:

- **THAY ĐỔI NHỊP THỞ:** THỞ NHANH > 60 LẦN/PHÚT, HOẶC THỞ CHẬM < 30 LẦN/PHÚT.
  - **DẤU HIỆU THỞ GẮNG SỨC:** PHẠP PHÒNG CÁNH MŨI, RÚT LỖM NGỰC, THỞ RẼN.
  - **XANH TÍM DƯỚI KHÍ TRỜI (FIO<sub>2</sub>=21%):** TÍM QUANH MÔI, ĐẦU CHI HOẶC TOÀN THÂN (TRIỆU CHỨNG XANH TÍM Ở SƠ SINH XUẤT HIỆN MUỘN HƠN SO VỚI TRẺ LỚN).
  - NGOÀI RA CÒN CÓ NHỮNG TRIỆU CHỨNG ĐÁNG CHÚ Ý KHÁC:
    - + TIM MẠCH: LÚC ĐẦU NHỊP TIM NHANH, VỀ SAU NHỊP TIM CHẬM, CUỐI CÙNG CÓ THỂ RỐI LOẠN NHỊP HAY NGỪNG TIM.
    - + THẬN KINH: CÓ THỂ BIỂU HIỆN TỪ NHẸ ĐẾN NẶNG VỀ TRI GIÁC, CƯỜNG CỖ, ĐỒNG TỬ.
- MỨC ĐỘ SUY HỒ HẤP THƯỜNG ĐƯỢC ĐÁNH GIÁ BẰNG CHỈ SỐ SILVERMAN, DỰA VÀO 5 TIÊU CHÍ LÂM SÀNG SAU:

TRIỆU CHỨNG	0	1	2
1. ĐI ĐỘNG NGỰC BỤNG	CÙNG CHIỀU	NGỰC < BỤNG	NGỰC CHIỀU
2. CÒ KÉO LIỀN SƯỜN	-	+	++
3. LỖM HỒM ỨC	-	+	++
4. CÁNH MŨI PHẠP PHÒNG	-	+	++
5. TIẾNG RẼN	-	QUA ỒNG NGHE	NGHE ĐƯỢC BẰNG TAI

TỔNG SỐ ĐIỂM: ≤ 3 Đ: KHÔNG SUY HỒ HẤP  
 4-6 Đ: SUY HỒ HẤP NHẸ  
 ≥ 7 Đ: SUY HỒ HẤP NẶNG

**3.3. XÉT NGHIỆM ĐỀ NGHỊ**

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

- HUYẾT ĐỎ; CÂY MÁU + CRP NẾU NGHI NGỜ NHIỄM TRÙNG SƠ SINH.
- X QUANG PHỔI: PHÁT HIỆN NGUYÊN NHÂN GÂY SUY HỒ HẤP.
- KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH.

**3.4. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**

PAO<sub>2</sub> < 50-60MMHG VÀ HOẶC PACO<sub>2</sub> > 50MMHG, PH < 7,1 – 7,2

**3.5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT NGUYÊN NHÂN SUY HỒ HẤP SƠ SINH**

BỆNH LÝ	TUỔI THAI	DẤU HIỆU	TIỀN CAN SẢN KHOA	X - QUANG
BỆNH MÀNG TRONG	NON THÁNG THƯỜNG HƠN ĐỦ THÁNG	SHH SỚM SAU SANH	SANH NON ± NGẠT	LƯỚI HẠT, KHÍ PHÉ QUẢN ĐỎ
HÍT PHÂN SU	GIÀ THÁNG, ĐỦ THÁNG	LỒNG NGỰC CĂNG PHỒNG; NHUỘM PHÂN SU DA, MÓNG, CUÔNG RÓN	NƯỚC ỒI XANH, NGẠT, CÓ PHÂN SU TRONG DỊCH ỒI	XỆP, XEN KẾ Ứ KHÍ TỪNG VÙNG
NGẠT, VIÊM PHỔI HÍT (ỒI, MÁU)	GIÀ THÁNG, ĐỦ THÁNG	SHH, DẤU HIỆU THẬN KINH	NGẠT CHU SINH, ĐÔI KHÍ PHẢI GIÚP THỞ NGAY SAU SANH	TĂNG ĐẬM MẠCH MÁU PHỔI, ĐÔI KHÍ TRẮNG XÓA HAI PHỔI
VIÊM PHỔI	MỌI TUỔI	SỐT HOẶC HẠ THÂN NHIỆT, VÀNG DA SỚM	VỠ ỒI SỚM, NƯỚC ỒI MÙI HÔI, MẸ MẮC BỆNH NHIỄM TRÙNG	MỜ DANG ĐOM VÀ/HOẶC KHÍ PQ ĐỎ, CÓ THỂ KHÓ PHÂN BIỆT BỆNH MÀNG TRONG
TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI	ĐỦ THÁNG HAY GẬP HƠN NON THÁNG	LỒNG NGỰC CĂNG PHỒNG MỘT BÊN	HÍT PHÂN SU, NGẠT PHẢI HỒI SỨC HẤP TUẦN HOÀN	TRÀN KHÍ MỘT BÊN
THỞ NHANH THOÁNG QUA Ở TRẺ SƠ SINH	ĐỦ THÁNG HAY GẬP HƠN NON THÁNG	THỞ NHANH, RẼN NHẸ, ÍT GÂY SHH NẶNG	SANH MỎ, KÉP RÓN TRẺ	TĂNG ĐẬM MẠCH MÁU PHỔI, RÃNH LIỀN THUY, ĐƯỜNG VIỀN MÀNG PHỔI

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**

CƠN NGỪNG THỞ Ở TRẺ NON THÁNG	NON THÁNG	CƠN NGỪNG THỞ >20 GIÂY KÈM MẠCH CHÂM <100 LẦN/PH		PHỔI SÁNG BÌNH THƯỜNG, CÂN CHẴN ĐOÁN LOẠI TRỪ
THOÁT VỊ HOÀNH	ĐỦ THÁNG HAY GẤP HƠN NON THÁNG	PHẪ ẨM MẮT 1 BÊN, BỤNG LỒM		QUAI RUỘT TRONG LỒNG NGỰC
TEO THỰC QUẢN	ĐỦ THÁNG, NON THÁNG	SUI BỌT MIỆNG, KHÔNG THỂ ĐẠT ĐƯỢC THÔNG DẠ DÀY		BÔNG KHÍ CỦA TÚI CÙNG THỰC QUẢN
TIM BẨM SINH	ĐỦ THÁNG, NON THÁNG	SUY HỒ HẤP HIẾM KHÍ <4H SAU SANH		BÔNG TIM TO, TUẦN HOÀN PHỔI TĂNG HOẶC GIẢM.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ**

- THÔNG ĐƯỜNG THỞ.
- CUNG CẤP OXY.
- ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN.
- ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ.

**4.2. XỬ TRÍ BAN ĐẦU**

**4.2.1. THÔNG ĐƯỜNG THỞ**

GIẢI QUYẾT NGUYÊN NHÂN GÂY TẮC, CHÈN ÉP ĐƯỜNG HỒ HẤP:

- TẮC MŨI SAU: KÍCH THÍCH CHO KHÓC HOẶC ĐẶT ống THÔNG MIỆNG HẬU NHÂM GIÚP THỞ QUA MIỆNG. CẦN CHUYỂN KHOA TẠI MŨI HỌNG CẦN THIẾT.
- HÚT ĐÀM NHỚT.

**4.2.2. CUNG CẤP OXY**

**CHỈ ĐỊNH:**

- + THAY ĐỔI NHỊP THỞ >60 LẦN/PH HOẶC <30 LẦN/PH, KÈM THEO DẤU HIỆU THỞ GẮNG SỨC.
- + HOẶC TÍM TÁI.
- + HOẶC  $PAO_2 < 60$ MMHG (SƠ SINH ĐỦ THÁNG),  $PAO_2 < 50$  MMHG (SƠ SINH THIẾU THÁNG)

**MỤC TIÊU:** GIỮ  $SPO_2 = 90-95\%$  (SƠ SINH ĐỦ THÁNG),  $85-95\%$  (SƠ SINH THIẾU THÁNG).

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

**NGUYÊN TẮC:**

- + THỰC HIỆN KHẨN TRƯƠNG, TÍCH CỰC
- + ĐẢM BẢO NỒNG ĐỘ OXY THÍCH HỢP,  $FIO_2=100\%$  NẾU TRẺ TÍM TÁI, SAU ĐÓ GIẢM DẦN  $FIO_2$  XUỐNG.

**PHƯƠNG PHÁP:**

- + THỞ OXY QUA ống THÔNG HAI MŨI (CANNULA): 0.5 – 1 LÍT/PHÚT.
- + THỞ ẤP LỰC ĐƯƠNG LIÊN TỤC QUA MŨI (NCPAP) KHI:
  - SUY HỒ HẤP DO BỆNH LÝ TẠI PHỔI THẤT BẠI VỚI OXY:
    - CÁC DẤU HIỆU LÂM SÀNG CỦA SUY HỒ HẤP KHÔNG CẢI THIỆN VỚI OXY QUA THÔNG MŨI.
    - CƠN NGỪNG THỞ KÉO DÀI KHÔNG CẢI THIỆN VỚI OXY, THUỐC KÍCH THÍCH HỒ HẤP.
    - $SPO_2 < 85-90\%$  ( $PAO_2 < 50-60$ MMHG) VỚI THỞ OXY QUA THÔNG MŨI.
    - THỞ KHÔNG HIỆU QUẢ, THỞ NÔNG NHANH HOẶC GẮNG SỨC NHIỀU.
  - TRẦN KHÍ MÀNG PHỔI SAU KHI ĐÃ ĐƯỢC DẪN LƯU
  - KHÔNG THỞ NCPAP Ở TRẺ SUY HỒ HẤP DO NGUYÊN NHÂN TẠI NÃO.
- + THỞ MÁY: NẾU THỞ NCPAP VỚI  $FIO_2=60-70\%$  MÀ KHÔNG DUY TRÌ ĐƯỢC  $PAO_2 > 50-60$ MMHG.

**4.3. ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN**

- CÁC BỆNH LÝ CẦN CAN THIỆP NGOẠI KHOA: THOÁT VỊ HOÀNH, TEO THỰC QUẢN, TẮC MŨI SAU, HỘI CHỨNG PIERRE ROBIN,...
- CÁC BỆNH LÝ NỘI KHOA CÓ XỬ TRÍ ĐẶC HIỆU:
  - + VIÊM PHỔI HÍT PHẦN SU.
  - + TRẦN KHÍ MÀNG PHỔI: LƯỢNG NHIỀU CẦN DẪN LƯU.
  - + NGỘ ĐỘC MORPHIN HOẶC DẪN XUẤT MORPHIN: DÙNG NALOXONE 0,1 MG/KG/LẦN TM.
  - + CƠN NGỪNG THỞ Ở TRẺ SANH NON: CAFEIN CITRATE 20MG/KG LIỀU TẦN CÔNG, 5MG/KG/NGÀY LIỀU DUY TRÌ TM HOẶC UỐNG.
  - + BỆNH MÀNG TRONG: THỞ NCPAP, BƠM SURFACTANT.

**4.4. XỬ TRÍ TIẾP THEO**

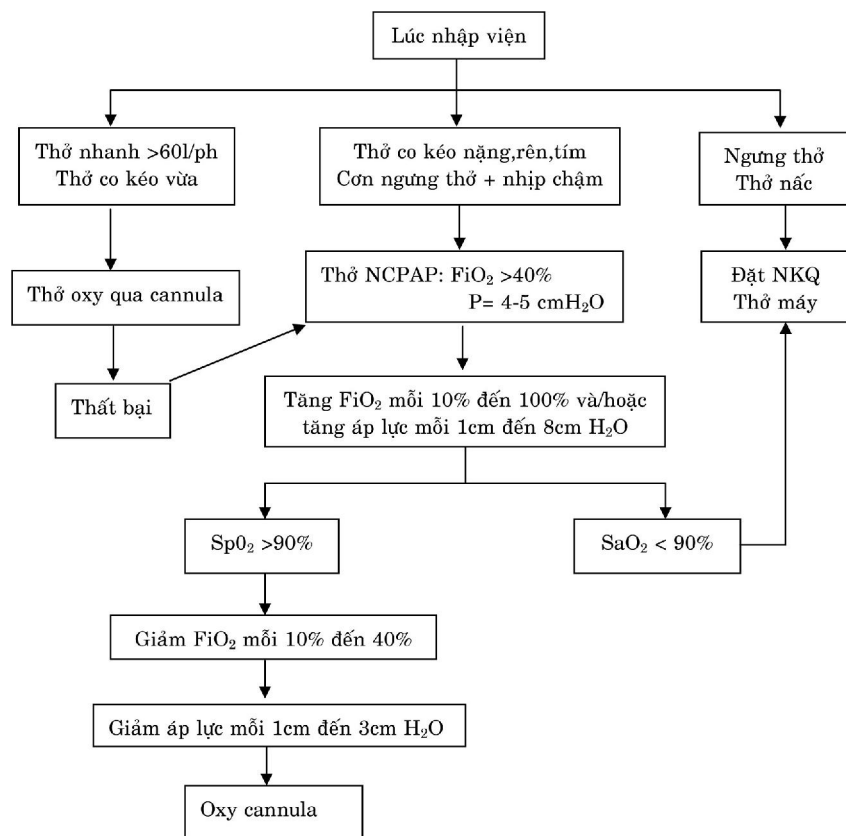
- ĐẢM BẢO KHẢ NĂNG PHÂN BỐ OXY CHO MÔ VÀ TẾ BÀO:
  - + SÓC: BÒI HOÀN THỂ TÍCH TUẦN HOÀN.
  - +  $HCT < 35\%$  CÓ CHỈ ĐỊNH TRUYỀN MÁU Ở TRẺ SƠ SINH CÓ SUY HỒ HẤP.
- ĐIỀU TRỊ TOAN MÁU:
  - CHỈ BÙ BICARBONATE KHI CÓ TOAN CHUYỂN HÓA NẶNG ( $PH < 7,2$ ) VÀ KHÔNG KÈM TOAN HỒ HẤP.
- ĐIỀU TRỊ KIẾT SỨC:
  - + ĐẢM BẢO MÔI TRƯỜNG NHIỆT ĐỘ THÍCH HỢP.
  - + CUNG CẤP OXY ẨM, ẨM.

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**

+ CUNG CẤP ĐỦ NĂNG LƯỢNG, TÙY TÌNH TRẠNG BỆNH CÓ THỂ BƠM SỮA QUA SONDE HOẶC NUÔI BẰNG ĐƯỜNG TÍNH MẠCH.

- **ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG:**  
 BẰNG CÁC LOẠI KHÁNG SINH PHỔ RỘNG.

**LƯU ĐỒ XỬ TRÍ HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP**



**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

**VIÊM PHỔI SƠ SINH**

**NGUYỄN THỊ KIM ANH  
 TRẦN THỊ THU LOAN**

**1. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI**

- VIÊM PHỔI SƠ SINH (VPSS): LÀ TÌNH TRẠNG VIÊM HOẶC NHIỄM TRÙNG Ở NHU MÔ PHỔI, CÓ THỂ XẢY RA TRƯỚC, TRONG HOẶC SAU KHI SANH.
- CŨNG GIỐNG NHƯ NHIỄM TRÙNG SƠ SINH, VPSS ĐƯỢC CHIA HAI LOẠI: VP KHỞI PHÁT SỚM (TRƯỚC 7 NGÀY SAU SANH) VÀ VP KHỞI PHÁT TRỄ (SAU 7 NGÀY SAU SANH).

**2. NGUYÊN NHÂN**

**2.1. VIÊM PHỔI KHỞI PHÁT SỚM**

- VPKPS XẢY RA DO CÁC TÁC NHÂN TRUYỀN QUA NHAU THAI TRONG QUÁ TRÌNH MANG THAI HOẶC DO NHIỄM TRÙNG ĐI LÊN TỪ ĐƯỜNG SINH DỤC MẸ KHI CÓ VỠ Màng ối Kéo Dài.
- CÁC TÁC NHÂN TRUYỀN QUA NHAU THAI DO NHIỄM TỪ MẸ CÓ THỂ GÂY VP GỒM *LISTERIA MONOCYTOGENES*, *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS*, *TREPONEMA PALLIDUM*, *CYTOMEGALOVIRUS*, *RUBELLA*, *HERPES SIMPLEX VIRUS*, *ADENOVIRUS*, *INFLUENZA A VIRUS*.
- CÁC TÁC NHÂN CÓ THỂ NHIỄM TỪ ĐƯỜNG SINH DỤC MẸ NHƯ *STREPTOCOCCUS AGALACTAE*, *ESCHERICHIA COLI*, *LISTERIA MONOCYTOGENES*, *STREPTOCOCCUS PNEUMONIA*, *HEMOPHILUS INFLUENZA*, *KLEBSIELLA*, *CYTOMEGALOVIRUS*, *HERPES SIMPLEX VIRUS*.

**2.2. VIÊM PHỔI KHỞI PHÁT TRỄ**

- ĐA SỐ CÁC TRƯỜNG HỢP VPKPT XẢY RA Ở TRẺ SANH NON ĐƯỢC HỖ TRỢ THÔNG KHÍ NHƯ THỞ MÁY.
- CÁC TÁC NHÂN THƯỜNG GẶP LÀ *STAPHYLOCOCCI COAGULASE-NEGATIVE*, *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*; TRỰC KHUẨN GRAM (-) NHƯ *KLEBSIELLA*, *E.COLI*, *PSEUDOMONAS*. CÁC VIRUS CŨNG CÓ THỂ GÂY VP TRỄ NHƯ *RSV*, *INFLUENZA VIRUS*, *PARAINFLUENZA VIRUS*, *ADENOVIRUS* THƯỜNG XẢY RA Ở NHỮNG NƠI NGUY CƠ NHIỄM TRÙNG CAO NHƯ MÔI TRƯỜNG BỆNH VIỆN.
- NHIỄM NẤM CŨNG CÓ THỂ XẢY RA NẾU TRẺ CÓ SỬ DỤNG KHÁNG SINH Kéo Dài.

**2.3. CÁC TÁC NHÂN KHÔNG ĐIỂN HÌNH**

- GIANG MAI BẨM SINH.
- *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* CŨNG LÀ NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP VPKPT Ở CÁC NƯỚC CÓ TỈ LỆ CAO NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG SINH DỤC MÀ KHÔNG ĐIỀU TRỊ.

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. HỒI BỆNH**



## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

### 3.1.1. YẾU TỐ NGUY CƠ TỪ MẸ

- MẸ BỊ NHIỄM TRÙNG TRƯỚC, TRONG VÀ SAU KHI SANH: NHIỄM TRÙNG TRONG THỜI GIAN MANG THAI, VIÊM Màng ỒI, NHIỄM TRÙNG ỒI.
- ỒI VỠ KÉO DÀI > 12 GIỜ
- CHUYỂN Dạ KÉO DÀI > 18 GIỜ

### 3.1.2. YẾU TỐ NGUY CƠ TỪ CON

- TUỔI THAI: NON THÁNG.
- BỆNH TẬT ĐI KÈM: TIM BẨM SINH, SUY GIẢM MIỄN DỊCH,...
- SANH NGẠT, SANH MỎ.

### 3.1.3. YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MÔI TRƯỜNG

- ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN, THỞ MÁY.
- THỜI GIAN NẤM VIỆN LÂU.
- PHÒNG BỆNH ĐÔNG ĐỨC.

## 3.2. KHÁM LÂM SÀNG

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VPKPS HAY VPKPT BIỂU HIỆN NHƯ NHAU VÀ THƯỜNG KHÔNG ĐẶC HIỆU:

- **DẤU HIỆU NHIỄM TRÙNG:** BÚ KÉM, BỔ BÚ, NÔN ỒI, CHỨNG BỤNG, SỐT HOẶC HẠ THÂN NHIỆT, GIẢM PHÂN XẢ, LỬ ĐỪ,...
- **DẤU HIỆU HỒ HẤP:** HO, KHÒ KHÈ, KHÓ THỞ, NHỊP THỞ  $\geq 60$  LẦN/PH, THỞ CÓ LỖM NGỰC, THỞ RẼN, CƠN NGỪNG THỞ > 20 GIẤY, TÍM TÁI.

## 3.3. CẬN LÂM SÀNG

### 3.3.1. XÉT NGHIỆM TÌNH TRẠNG NHIỄM TRÙNG

- CTM: SỐ LƯỢNG BC TĂNG, THIẾU MÁU, GIẢM TC.
- CRP, VS CÓ THỂ TĂNG.
- KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH KHI CÓ SUY HỒ HẤP.

### 3.3.2. HÌNH ẢNH HỌC

X QUANG PHỔI: HÌNH ẢNH CỦA VPSS ĐA DẠNG GỒM: THÂM NHIỄM NHƯ MÔ PHỔI, HÌNH ẢNH LƯỚI HẠT, PHẾ QUẢN ĐỒ, MỜ TOÀN BỘ THÙY HAY PHẦN THÙY.

### 3.3.3. XÉT NGHIỆM TÌM NGUYÊN NHÂN

- SOI CÂY ĐÀM, DỊCH DẠ DÀY, THƯỜNG TỈ LỆ DƯỞNG TÍNH THẤP.
- CÂY MÁU, DỊCH NÃO TỦY, NƯỚC TIỂU.
- HUYẾT THANH CHẨN ĐOÁN NHẤT LÀ ĐỐI VỚI CÁC TÁC NHÂN TRUYỀN QUA NHAU THAI NHƯ GIANG MAI, *HERPES*, *CYTOMEGALOVIRUS*, *RUBELLA*, *CHLAMYDIA*.

## 3.4. CHẨN ĐOÁN

### 3.4.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

CHẨN ĐOÁN VPSS KHI TRẺ CÓ TRIỆU CHỨNG HỒ HẤP HOẶC TRIỆU CHỨNG NHIỄM TRÙNG VÀ X QUANG PHỔI CÓ TỔN THƯƠNG.

### 3.4.2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- BỆNH Màng TRONG:  
CƠN KHÓ THỞ NHANH THOÁNG QUA
- TẮC MŨI SAU.

## BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- TRẦN KHÍ HOẶC TRẦN DỊCH Màng PHỔI.
- TIM BẨM SINH.
- THOÁT VỊ HOÀNH.
- TEO THỰC QUẢN CÓ DÒ KHÍ THỰC QUẢN.

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

#### HỖ TRỢ HỒ HẤP

- + KHÁNG SINH.
- + ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ VÀ BIẾN CHỨNG.
- + THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ TỪ 10 - 14 NGÀY.

### 4.2. ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU

#### 4.2.1. HỖ TRỢ HỒ HẤP

- THỞ OXY QUA CANNULA KHI TRẺ CÓ SUY HỒ HẤP VÀ  $SpO_2 \leq 85-90\%$  HOẶC  $PAO_2 < 50-60$ MMHG, VỚI  $FIO_2$  30- 40% HOẶC 100% NẾU TÍM TÁI NHIỀU. THEO DÕI VÀ GIẢM TỪ TỪ  $FIO_2$  XUỐNG 21% VÀ GIỮ  $PAO_2$  50- 60MMHG HAY  $SpO_2$  TỪ 85- 95%.
- **CÂN CHÚ Ý:** TRẺ SƠ SINH KHÁC VỚI TRẺ LỚN NÊN GIỮ OXY Ở MỨC THẤP ĐỂ TRÁNH BỆNH LÝ VỔNG MẠC, NHẤT LÀ ĐỐI VỚI TRẺ NON THÁNG (*GIỮ  $SpO_2$  85-95%*).
- THỞ NCPAP: KHI THẤT BẠI VỚI THỞ OXY QUA CANNULA VỚI  $FIO_2$  60- 70% TRẺ VẪN THỞ NHANH > 70 LẦN/PH, CƠ LỖM NGỰC NHIỀU, TÍM TÁI HOẶC  $SpO_2 < 85-90\%$  HOẶC  $PAO_2 < 50- 60$ MMHG.
- THỞ MÁY KHI CÓ CHỈ ĐỊNH.

#### 4.2.2. KHÁNG SINH

- VPSS LÀ BỆNH CẢNH CÓ THỂ DIỄN TIẾN NẶNG NHANH CHÓNG NẾU KHÔNG ĐIỀU TRỊ KỊP THỜI. DO ĐÓ CẦN CHỜ KS NGAY KHI CÓ CHẨN ĐOÁN NGHI NGỜ ĐẶC BIỆT LÀ NHỮNG TRẺ CÓ SHH CHO ĐẾN KHI CÓ BẢNG CHỨNG NGƯỢC LẠI.
- KS KHỞI ĐẦU THƯỜNG DÙNG:
  - + AMPICILLIN + GENTAMYCIN/AMIKACIN.
  - + HOẶC AMPICILLIN + CEFOTAXIM.
  - + HOẶC AMPICILLIN + CEFOTAXIM + GENTAMYCIN/ AMIKACIN NẾU TÌNH TRẠNG NT NẶNG, CÂY MÁU TRƯỚC KHI DÙNG KS.
- KHI KHÔNG ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ CÓ THỂ ĐỔI KS THEO KẾT QUẢ KSD HAY THEO KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ KS TỪNG NƠI.
- NẾU NGHI NGỜ CÓ NTB HOẶC ĐIỀU TRỊ KS TUYẾN TRƯỚC KHÔNG ĐÁP ỨNG, CÓ THỂ DÙNG CIPROFLOXACIN/PEFLOXACIN/CEFEPIM ± AMIKLIN.
- TRƯỜNG HỢP NGHI NGỜ DO TỤ CẦU KHÁNG METHICILLIN TRONG NTB THÌ DÙNG THÊM VANCOMYCIN.

### 4.3. ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ

- GIỮ THÔNG ĐƯỜNG THỞ: HÚT ĐÀM NHỚT, VẬT LÝ TRỊ LIỆU HỒ HẤP.

#### PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- TRÁNH HẠ ĐƯỜNG HUYẾT, HẠ THÂN NHIỆT, HẠ CALCI MÁU, RẤT DỄ XẢY RA Ở TRẺ NON THÁNG.
  - CUNG CẤP ĐẦY ĐỦ CHẤT DINH DƯỠNG, NƯỚC, ĐIỆN GIẢI: GIAI ĐOẠN CẤP CỨU CÓ THỂ NUÔI ĂN BẰNG TÍNH MẠCH NGẮN NGÀY, KHI ỔN ĐỊNH CHO ĂN SỮA QUA SONDE DẠ DÀY.
  - ĐIỀU CHỈNH CÂN BẰNG KIỂM TOAN.
- 4.4. ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG**
- TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI NHIỀU: CHỌC DÒ MÀNG PHỔI GIẢI ÁP HOẶC DẪN LƯU.
  - XỆP PHỔI: VẬT LÝ TRỊ LIỆU HÔ HẤP, THỜ NCPAP.

#### BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

### XUẤT HUYẾT NÃO - MÀNG NÃO SƠ SINH

NGUYỄN THỊ BẢY

#### 1. ĐẠI CƯƠNG

XUẤT HUYẾT NÃO - MÀNG NÃO SƠ SINH (XHNMN) NẴM TRONG BỆNH CẢNH CHUNG CỦA BỆNH LÝ XUẤT HUYẾT SƠ SINH.

1. BỆNH LÝ XUẤT HUYẾT SỚM: <24 GIỜ SAU SANH, THƯỜNG GẶP Ở SƠ SINH CÓ MẸ SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG ĐÔNG VÀ THUỐC CHỐNG CO GIẬT, LÂM SÀNG THƯỜNG CHẢY MÁU NẶNG, TRONG ĐÓ CÓ XHNMN
  2. BỆNH LÝ XUẤT HUYẾT CỎ ĐIỂN: XẢY RA TỪ 1 – 7 NGÀY SAU SANH, THƯỜNG CHẢY MÁU Ở DA, ÓNG TIỂU HÓA, ... GẶP Ở NHỮNG TRẺ KHÔNG ĐƯỢC DỰ PHÒNG VIT K LÚC SANH.
  3. BỆNH LÝ XUẤT HUYẾT TRỄ: XẢY RA > 1 TUẦN TUỔI, THƯỜNG LIÊN QUAN ĐẾN BÚ MẸ HOÀN TOÀN VÀ NHỮNG BỆNH MẠN LIÊN QUAN ĐẾN KÉM HẤP THỤ VITAMINE TAN TRONG MỠ.
- XHNMN LÀ XUẤT HUYẾT TRONG CHẤT NÃO, NÃO THỤY HAY TRONG MỘT HOẶC NHIỀU MÀNG BAO NÃO, BAO GỒM:
    - + XUẤT HUYẾT DƯỚI MÀNG CỨNG, NGOÀI MÀNG CỨNG.
    - + XUẤT HUYẾT KHOANG DƯỚI NHỆN.
    - + XUẤT HUYẾT TRONG NHU MÔ NÃO.
    - + XUẤT HUYẾT TRONG NÃO THẤT VÀ QUANH NÃO THẤT.
  - TẦN SUẤT XHNMN: 2 – 30% Ở SƠ SINH:
    - + 30% TRẺ NON, CÂN NẶNG < 1.500GR BỊ XUẤT HUYẾT TRONG NÃO THẤT, TRONG ĐÓ 5% BỊ NẶNG ĐỘ III, IV.
    - + 11,4% Ở TRẺ CÂN NẶNG < 1.000GR, 60 – 70% TRẺ TỪ 500 – 750GR.

#### 2. BỆNH NGUYÊN

- XHNMN LÀ HẬU QUẢ CỦA CHẤN THƯƠNG HAY SANH NGẠT, HIẾM KHI RỐI LOẠN XUẤT HUYẾT NGUYÊN PHÁT HOẶC BẤT THƯỜNG MẠCH MÁU BẨM SINH.
- XHNMN TRONG TỬ CUNG: LIÊN QUAN ĐẾN GIẢM TIỂU CẦU TỰ MIỄN PHÔI THAI HOẶC BỆNH LÝ XUẤT HUYẾT SAU NANG NÃO.
- LIÊN QUAN ĐẾN DIC, THIẾU VIT K, ĐẶC BIỆT Ở SƠ SINH CÓ MẸ SỬ DỤNG PHENOBARBITAL, PHENYLTOINE.
- XH TRONG NÃO THẤT TỰ PHÁT THƯỜNG GẶP Ở SƠ SINH NON THÁNG MÀ KHÔNG CÓ CHẤN THƯƠNG NÀO. PHẦN LỚN TỔN THƯƠNG NÃO LIÊN QUAN ĐẾN SƠ SINH RẤT NHẹ CÂN LÀ XUẤT HUYẾT TRONG NÃO THẤT VÀ QUANH NÃO THẤT.
- YẾU TỐ NGUY CƠ: NON THÁNG, CNLS THẤP, SUY HÔ HẤP, THIẾU OXY MÁU, THIẾU OXY NÃO, TỔN THƯƠNG NÃO DO TĂNG HOẶC GIẢM HA, MẤT MÁU.

#### 3. CHẨN ĐOÁN

## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

### 3.1. BỆNH SỬ: CHỦ YẾU DỰA VÀO TIỀN CẢN SẢN KHOA

- TRẺ CÓ CÂN NẶNG LÚC SANH THẤP, SANH NON, SANH NGẠT, SAN CHẨN SẢN KHOA NHƯ SANH HÚT, FORCEPT
- KHÔNG ĐƯỢC CHÍCH VIT K LÚC SANH
- MẸ SỬ DỤNG MỘT SỐ THUỐC TRONG THAI KỲ NHƯ: PHENOBARBITAL, PHENYLTOINE, THUỐC CHỐNG ĐÔNG ...

### 3.2. LÂM SÀNG: PHẦN LỚN XUẤT HUYẾT TRONG NÃO THẬT KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG.

VÀI TRƯỜNG HỢP DẪN ĐẾN XH NẶNG, 75% XUẤT HIỆN TỪ 1 – 3 NGÀY ĐẦU SAU SANH, ĐÔI KHI TỪ 14 – 30 NGÀY, HIẾM GẶP SAU 1 THÁNG, GỒM HAI HỘI CHỨNG SAU:

- HC THIỂU MÁU: DA XANH, NIÊM NHẬT, THIỂU NIỆU, SÓC.
- HC TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ:
  - + HỒ HẤP: RL NHỊP THỞ, XANH TÍM, CÒN NGỪNG THỞ > 20 GIÂY.
  - + TIM MẠCH: RL NHỊP TIM, HA HẠ HOẶC KÉP.
  - + THẦN KINH: BÚ KẾ, BỒ BÚ, LỬ ĐỪ, KHÓC THÉT, CƠ GIẬT KIỂU CƠ CỜ, GIẢM TLC, SỤP MI, ĐỒNG TỬ DẪN KHÔNG ĐỀU, PXAS GIẢM, THÓP PHÒNG, KHE KHỚP DẪN RỘNG, RỐI LOẠN ĐIỀU HÒA THÂN NHIỆT. NẶNG HƠN: TƯ THẾ MẮT NÃO, LIỆT MỀM TỬ CHI, HÔN MÊ, MÁT PXAS.
  - + NHŨN NÃO CHẤT TRẮNG QUANH NÃO THẬT: KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG CHO ĐẾN KHI CÓ DI CHỨNG THẦN KINH CỦA TỒN THƯỜNG CHẤT TRẮNG.

### 3.3. CẬN LÂM SÀNG:

- HUYẾT HỌC: HCT, SỐ LƯỢNG HC GIẢM, TIỂU CẦU BÌNH THƯỜNG.
- SINH HÓA: TOAN CH, HẠ ĐH, TĂNG BILI GT, GIẢM PO<sub>2</sub>, TĂNG PCO<sub>2</sub>
- CT SCAN: XÁC ĐỊNH CHÍNH XÁC VỊ TRÍ XUẤT HUYẾT:
  - + ĐỘ I: XH DƯỚI MÀNG NÃO.
  - + II: XH TRONG NHU MÔ NÃO NHƯNG KHÔNG DẪN NÃO THẬT.
  - + III: XH TRONG NÃO THẬT VÀ DẪN NÃO THẬT.
  - + IV: XH TRONG NÃO THẬT VÀ NHU MÔ NÃO.
- SA NÃO: 3 ĐỘ
  - + ĐỘ I: XH VÙNG MỀM VÀ DƯỚI MÀNG NÃO, HOẶC VÙNG XH < 10% NÃO THẬT.
  - + II: XH TRONG NÃO THẬT.
  - + III: XH TRONG NÃO THẬT CÓ DẪN NÃO THẬT, GỒM:
    - NHẸ: VÙNG XH 0,5 – 1 CM.
    - TRUNG BÌNH: VÙNG XH 1- 1,5 CM.
    - NẶNG: VÙNG XH > 1,5 CM*(ĐÔI KHI SA KHÔNG THẤY XH TRONG NHU MÔ NÃO)*
  - + ĐO TRIỆU CHỨNG CỦA XUẤT HUYẾT TRONG NÃO THẬT KHÔNG ĐẶC HIỆU HOẶC KHÔNG CÓ => SA NÃO THƯỜNG QUI Ở TRẺ < 34 W TUỔI THAI.

## BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- + CÂN NẶNG LÚC SANH < 1000GR LÀ NGUY CƠ CAO NHẤT, NÊN SA TRONG 1 – 5 NGÀY ĐẦU CÓ THỂ PHÁT HIỆN 75% TRƯỜNG HỢP
- + CÂN NẶNG LÚC SANH TỪ 1 – 1,5 KG NÊN SA VÀO NGÀY 7 - 14.

### 3.4. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

DỰA VÀO TIỀN CẢN SẢN KHOA, LÂM SÀNG VÀ CÂN NẶNG LÚC SANH. NẾU KẾT HỢP CT SCAN VÀ SIÊU ÂM NÃO THÌ CÀNG CHẮC CHẴN HƠN

### 3.5. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH: CHÍNH XÁC NHẤT LÀ CT SCAN NÃO, SAU ĐÓ LÀ SIÊU ÂM NÃO.

### 3.6. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- THIỂU MÁU: PHÂN BIỆT VỚI CÁC BỆNH NHIỄM TRÙNG, BỆNH LÝ VỀ MÁU BẨM SINH.
- TRIỆU CHỨNG THẦN KINH VỚI CÁC BỆNH LÝ BẤT THƯỜNG NÃO BẨM SINH, NHIỄM TRÙNG BẠO THAI...

### 3.7. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- NON THÁNG < 37 TUẦN, NHẸ CÂN < 1.500G.
- SANH NGẠT, SANG CHẨN SẢN KHOA.
- NGHI NGỜ NHIỄM TRÙNG SƠ SINH.
- CHƯA LOẠI TRỪ BỆNH LÝ XUẤT HUYẾT SƠ SINH.  
*(NGOẠI TRỪ XUẤT HUYẾT NÃO MÀNG NÃO CŨ KHÔNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN TÌNH TRẠNG THÌ CHỈ CẦN THEO DÕI NGOẠI TRỪ)*

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. NGUYÊN TẮC: KHÔNG CÓ ĐIỀU TRỊ NÀO ĐẶC HIỆU, CHỈ ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG VÀ GIẢM BIẾN CHỨNG.

### 4.2. ĐIỀU TRỊ CẤP 1 (DÀNH CHO BS KHÔNG CHUYÊN KHOA)

- XỬ TRÍ CẤP CỨU CƠ BẢN ABC: HỖ TRỢ HỒ HẤP, TRUYỀN DỊCH CHỐNG SỐC NẾU CÓ, TRUYỀN MÁU NẾU THIỂU MÁU.
- CHỐNG CO GIẬT *(XEM BÀI CHỐNG CO GIẬT SƠ SINH)*.

### 4.3. ĐIỀU TRỊ CẤP 2 (DÀNH CHO BS CHUYÊN KHOA)

- GIỐNG NHƯ ĐIỀU TRỊ CẤP 1
- HỖ TRỢ HỒ HẤP, ĐẠT NỘI KHÍ QUẢN NẾU CẦN.
- CHỐNG CO GIẬT.
- THIỂU MÁU VÀ RL ĐỒNG MÁU => TRUYỀN HC LẮNG VÀ HUYẾT TƯƠNG TƯƠI ĐÔNG LẠNH 10 – 20 ML/KG.
- TRUYỀN DỊCH CHỐNG SỐC, ĐIỀU CHỈNH TOAN CHUYỂN HÓA, RỐI LOẠN ĐIỆN GIẢI.
- TẠO SHUNT DẪN LƯU NÃO THẬT – MÀNG BỤNG KHI CÓ NÃO ÚNG THỦY SAU GIAI ĐOẠN XUẤT HUYẾT.

### 4.4. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN: TRẺ KHỎE, ỔN ĐỊNH VỀ LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG.

### 4.5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

THEO DÕI VÒNG ĐẦU MỖI THÁNG, TÁI KHÁM Ở CÁC THÁNG THỨ 3, 6, 9, 12 TRONG NĂM ĐẦU, MỖI 6 THÁNG TRONG NĂM THỨ 2 ĐỂ PHÁT HIỆN DI CHỨNG VÀ BIẾN CHỨNG

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**

- DI CHỨNG SỚM: DẪN NÃO THẤT (THƯỜNG TRONG TUẦN ĐẦU), NÃO ÚNG THỦY.
- BIẾN CHỨNG MUỘN: NHỮN NÃO, NANG NÃO, TEO NÃO.
- DI CHỨNG MUỘN: RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG, CẢM GIÁC (ĐIẾC, MÙ), GIẢM TRÍ THÔNG MINH

**5. TIỀN LƯỢNG**

- XH TRONG NÃO THẤT ĐỘ I, II: ĐA SỐ PHÁT TRIỂN BÌNH THƯỜNG VỀ SAU, NHƯNG 30% TRẺ CÓ CNLS < 1000GR MẶC DÙ SA NÃO BÌNH THƯỜNG LẠI CÓ BẤT THƯỜNG VỀ NHẬN THỨC SAU NÀY.
- ĐỘ III, IV: DỄ ĐƯA ĐẾN NÃO ÚNG THỦY.
- XH TRONG NHU MÔ: THƯỜNG LIÊN QUAN ĐẾN ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG KÉM.

**6. PHÒNG NGỪA**

- GIÁM CHẨN THƯƠNG NÃO, THẬN TRỌNG KHI SANH KHÓ NHƯ BẤT XỨNG ĐẦU CHẬU, SANH HÚT, FORCEPS, MỔ LẤY THAI.
  - + XUẤT HUYẾT DO GIẢM TIỂU CẦU TỰ MIỄN => DỪNG STEROIDE, TRUYỀN IMUNOGLOBULINE HOẶC TRUYỀN TIỂU CẦU PHÔI THAI VÀ MỔ LẤY THAI.
  - + VIT K NÊN CHO TẤT CẢ CÁC BÀ MẸ CÓ SỬ DỤNG PHENOBARBITAL/PHENYLTOIN TRONG THAI KỲ.
  - + VIT K: 0,5 – 1 MG TB DỰ PHÒNG CHO TẤT CẢ TRẺ NGAY SAU SANH.
  - + THEO DÕI SÁT TRẺ NHẸ CÂN: RL HÔ HẤP, TRÁNH ACIDOSE, GIẢM CO<sub>2</sub> VÀ OXY MÁU, HẠ HA, SỰ DAO ĐỘNG VỀ HA ... LÀ NHỮNG YẾU TỐ QUAN TRỌNG DẪN ĐẾN XH TRONG NÃO THẤT VÀ NHỮN CHẤT TRẮNG QUANH NÃO THẤT.
- DỰ PHÒNG SANH NON: CORTICOIDE TRƯỚC SANH CHO SẢN PHỤ CÓ THAI 24 - 34 W CÓ NGUY CƠ SANH NON:
  - + BETAMETHASONE VÀ DEXAMETHASONE LÀM GIẢM XH TRONG NÃO THẤT ĐỘ III, IV, NẾU CHỈ RIÊNG DEXAMETHASONE THÌ LÀM GIẢM NHỮN NÃO CHẤT TRẮNG QUANH NÃO THẤT.
  - + INDOMETHACIN LIỀU THẤP: 0,1MG/KG/NGÀY X 3 NGÀY CHO TRẺ NON THÁNG RẤT NHẸ CÂN => LÀM GIẢM XH TRONG NÃO THẤT NẶNG.

**7. XUẤT HUYẾT NÃO – MÀNG NÃO DO THIẾU VITAMINE K**

THIẾU VIT K => NHỮNG PROTEIN PHỤ THUỘC VIT K BỊ THIẾU => KHÔNG THỰC HIỆN ĐƯỢC CHỨC NĂNG ĐÔNG MÁU BÌNH THƯỜNG.

**7.1. LÂM SÀNG**

- XÂY RA Ở TRẺ ĐỦ THÁNG KHỎE MẠNH, KHÔNG CÓ TIỀN CĂN BỆNH LÝ VỀ MÁU VÀ TIỀN CĂN SẢN KHOA NGUY HIỂM (NHƯ NON THÁNG, SANH NGẠT...)
- BÚ MẸ HOÀN TOÀN.
- KHÔNG ĐƯỢC CHÍCH VIT K LÚC SANH.

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

- HC THIẾU MÁU CẤP.
- HC TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ.
- 7.2. CẬN LÂM SÀNG**
- HUYẾT HỌC: HCT VÀ HỒNG CẦU GIẢM, TIỂU CẦU BÌNH THƯỜNG
  - + PT, PTT KÉO DÀI.
  - + TAUXPROTHOMBINE GIẢM, FIBRINOGEN BÌNH THƯỜNG.
- SINH HÓA: TOAN CHUYỂN HÓA, HẠ ĐƯỜNG HUYẾT, TĂNG BILIRUBINE GT, PCO<sub>2</sub> TĂNG, PO<sub>2</sub> GIẢM.
- SA XUYÊN THÓP: DỄ LÀM, AN TOÀN.
- CT SCAN: XÁC ĐỊNH CHÍNH XÁC VỊ TRÍ XUẤT HUYẾT.

**7.3. ĐIỀU TRỊ:** VITAMINE K: 5 MG TB => YTDM CẢI THIỆN SAU 2 GIỜ VÀ CẢI THIỆN HOÀN TOÀN TRONG VÒNG 24 GIỜ SAU. (GHI NHẬN CÓ SỐC PHÂN VỆ KHI TIÊM MẠCH)

ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ: OXY, CHỐNG CO GIẬT, CHỐNG SỐC, TRUYỀN MÁU, HUYẾT TƯƠNG TƯỖI ĐÔNG LẠNH, ĐIỀU CHỈNH RỐI LOẠN ĐIỆN GIẢI, KIỂM TOAN...

VẤN ĐỀ	MỨC ĐỘ CHỨNG CỨ
XUẤT HUYẾT NÃO MÀNG NÃO SƠ SINH TRẺ SƠ SINH <30 TUẦN HAY <1.500G CẦN SIÊU ÂM NÃO THƯỜNG QUY VÀO NGÀY 7-14 TUỔI THAI VÀ LẦN 2 VÀO LÚC TRẺ ĐƯỢC 36-40 TUẦN SỬ DỤNG CORTICOIDES CHO MẸ TRƯỚC SINH LÀM GIẢM NGUY CƠ XUẤT HUYẾT NÃO TRẺ NON THÁNG	II B UPTODATE 2007 15.3  I COCHRANE DATABASE SYST REV. 2003

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

**VÀNG DA TĂNG BILIRUBINE GIÁN TIẾP**

NGUYỄN THỊ KIM NHI

**1. GIỚI THIỆU**

VÀNG DA TĂNG BILIRUBINE GIÁN TIẾP LÀ DO TÌNH TRẠNG TĂNG PHÁ HỦY HỒNG CẦU, GIẢM CHỨC NĂNG CỦA MEN CHUYỂN HÓA BILIRUBINE, HOẶC TĂNG TÁI HẤP THU CỦA BILIRUBINE TỪ RUỘT. HẬU QUẢ CÓ THỂ GÂY TỒN THƯƠNG NÃO VÀ ĐỂ LẠI DI CHỨNG NẶNG NỀ SAU NÀY.

**2. NGUYÊN NHÂN**

- CÁC BẤT THƯỜNG LIÊN QUAN ĐẾN SẢN XUẤT BILIRUBINE:
  - + MIỄN DỊCH ĐỒNG LOẠI: BẤT ĐỒNG NHÓM MÁU HỆ RH, ABO, NHÓM MÁU PHỤ.
  - + CÁC BẤT THƯỜNG SINH HÓA CỦA HỒNG CẦU: THIẾU G6PD, THIẾU PYRUVATE KINASE, RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA PORPHYRIN BẨM SINH, CÁC BẤT THƯỜNG KHÁC...
  - + CÁC BẤT THƯỜNG CẤU TRÚC CỦA HỒNG CẦU: BỆNH HỒNG CẦU HÌNH TRÒN DI TRUYỀN, BỆNH HỒNG CẦU HÌNH BẦU DỤC DI TRUYỀN, BỆNH KẾT ĐẶC NHÂN HỒNG CẦU BẨM SINH, CÁC BẤT THƯỜNG KHÁC...
  - + NHIỄM TRÙNG: VI KHUẨN, VIRUS, PROTOZOA.
  - + KHỐI MÁU BỊ BIỆT LẬP.
  - + ĐA HỒNG CẦU.
- BẤT THƯỜNG LIÊN QUAN SỰ HẤP THU BILIRUBINE CỦA GAN: HỘI CHỨNG GILBERT.
- CÁC BẤT THƯỜNG LIÊN QUAN ĐẾN SỰ LIÊN HỢP BILIRUBINE: LIÊN QUAN ĐẾN MEN UGT (*URIDINE DIPHOSPHOGLUCURONATE GLUCURONOSYLTRANSFERASE*) XÚC TÁC SỰ LIÊN HỢP CỦA BILIRUBINE TRONG GAN: HỘI CHỨNG CRIGLER- NAJJAR TYPE I, HỘI CHỨNG CRIGLER- NAJJAR TYPE II, TĂNG BILIRUBINE CÓ TÍNH CHẤT GIA ĐÌNH THOÁNG QUA Ở TRẺ SƠ SINH (HỘI CHỨNG LUCEY-DRISCOLL), HEP MÔN VỊ, TẮC RUỘT, SUY GIÁP...
- CÁC BẤT THƯỜNG LIÊN QUAN ĐẾN SỰ BÀI TIẾT BILIRUBINE:
  - SỰ BÀI TIẾT BILIRUBINE CỦA GAN BỊ SUY GIẢM DO TỒN THƯƠNG TẾ BÀO GAN VÀ GÂY NÊN SỰ TĂNG BILIRUBINE HỖN HỢP.
- CÁC BẤT THƯỜNG LIÊN QUAN ĐẾN CHU TRÌNH GAN RUỘT:
  - + VÀNG DA LIÊN QUAN ĐẾN SỮA MẸ: DO BÚ MẸ KHÔNG ĐỦ HAY SỰ THAY ĐỔI THÀNH PHẦN SỮA MẸ.
  - + VÀNG DA DO SỮA MẸ: XUẤT HIỆN SAU 3- 5 NGÀY, CÓ 10-30% CÁC TRƯỜNG HỢP KÉO DÀI TỪ TUẦN THỨ 2 ĐẾN TUẦN THỨ 6, VÀ CÓ THỂ KÉO DÀI ĐẾN TUẦN THÁNG THỨ 3. NỒNG ĐỘ BILIRUBINE CÓ THỂ LÊN ĐẾN 20- 30MG/DL, KHÔNG CÓ BẢNG CHỨNG TÁN HUYẾT, TRẺ KHỎE VÀ LÊN CÂN TỐT. NỒNG ĐỘ BILIRUBINE SẼ GIẢM SAU KHI NGỪNG SỮA MẸ TỪ 1- 3 NGÀY, NGƯỢC LẠI NGHIỆM PHÁP

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

NÀY KHÔNG THÀNH CÔNG CHỨNG TỎ VÀNG DA DO NGUYÊN NHÂN KHÁC.

- CÁC NGUYÊN NHÂN HỖN HỢP:
  - MỘT SỐ THUỐC: STREPTOMYCINE, CHLORAMPHENICOL...KHÔNG NHỮNG GÂY TÁN HUYẾT MÀ CÒN ỨC CHẾ HOẠT ĐỘNG CỦA UGT.
- + **CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP:** NHIỄM TRÙNG, SANH NON, BẤT ĐỒNG NHÓM MÁU MẸ CON HỆ ABO, TẮC RUỘT, KHỐI MÁU TỤ DO XUẤT HUYẾT, VÀNG DA DO SỮA MẸ, THIẾU G6PD...
- + **CÁC NGUYÊN NHÂN HIẾM GẶP:** BỆNH LÝ TẠI MÀNG HỒNG CẦU, BỆNH LÝ NỘI TIẾT, BẤT THƯỜNG MEN UGT, THUỐC, BẤT ĐỒNG NHÓM MÁU HỆ RHESUS...

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀNG DA NẶNG**

- VÀNG DA TRONG 24 GIỜ ĐẦU, BẤT ĐỒNG NHÓM MÁU, TUỔI THAI <38 TUẦN (NGUY CƠ SẼ TĂNG DẦN KHI TUỔI THAI Càng NHỎ), CÓ BỆNH LÝ TÁN HUYẾT (GIẢM G6PD), ANH CHỊ ĐÃ VÀNG DA VÀ ĐƯỢC CHIẾU ĐÈN, CÓ BỤYRU MÁU HAY BỤYRU HUYẾT THANH, BÚ MẸ QUÁ NHIỀU HAY BÚ KHÔNG ĐỦ VÀ CÂN NẶNG GIẢM >12% CÂN NẶNG LÚC SANH, CHŨNG TỌC ĐÔNG Á, VÀNG DA TRƯỚC KHI XUẤT VIỆN, MẸ BỊ ĐÁI THẢO ĐƯỜNG, TRẺ BỊ ĐA HỒNG CẦU, GIỚI TÍNH NAM, MẸ >25 TUỔI.
- CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ GIẢM KHI TUỔI THAI >41 TUẦN, BÚ BÌNH NHIỀU.

**3.2. LÂM SÀNG**

- DI CHỨNG CỦA VÀNG DA TĂNG BILIRUBINE GIÁN TIẾP: BỆNH LÝ NÃO THOÁNG QUA VÀ VÀNG DA NHÂN.
- NHIỄM ĐỘC BILIRUBINE KHI TSB >25MG/DL Ở TRẺ ĐỦ THÁNG ĐỦ CÂN, NỒNG ĐỘ NÀY CÒN THẤP HƠN Ở TRẺ BỊ BỆNH, NHẸ CÂN HAY NON THÁNG. TUY NHIÊN, KHÔNG CÓ MỐI LIÊN HỆ GIỮA TSB VÀ TÌNH TRẠNG NHIỄM ĐỘC.
  - + BỆNH LÝ NÃO THOÁNG QUA: LÀ TÌNH TRẠNG NGỘ ĐỘC DO TĂNG BILIRUBINE SỚM, THOÁNG QUA VÀ CÓ THỂ HỒI PHỤC SAU THAY MÁU. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG LÀ NGỦ LIỆM NHIỀU.
  - + VÀNG DA NHÂN: BỆNH LÝ NÃO DO TĂNG BILIRUBINE KHÔNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ SẼ DIỄN TIẾN TỒN THƯƠNG THẦN KINH VĨNH VIỄN LÀ VÀNG DA NHÂN. LÂM SÀNG CỦA VÀNG DA NHÂN GỒM CÁC GIAI ĐOẠN SAU:
    - GIAI ĐOẠN 1: XUẤT HIỆN TRONG NHỮNG NGÀY ĐẦU TIÊN, BAO GỒM NGỦ GÀ, GIẢM TRƯỞNG LỰC CƠ, BÚ KÉM, KHÓC THẾ.
    - GIAI ĐOẠN 2: XUẤT HIỆN SAU HAY TRONG TUẦN LỄ ĐẦU TIÊN, BAO GỒM TĂNG KÍCH THÍCH KÉM KHÓC THẾ, TĂNG TRƯỞNG LỰC CƠ, ỨỚN CỔ VÀ THÂN, VÀ SỐT.

## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- GIAI ĐOẠN 3: XUẤT HIỆN SAU 1 TUẦN, BAO GỒM: TĂNG TRƯỞNG LỰC CƠ CỐ VÀ THÂN, HÔN MẸ, CO GIẬT, KHÓC THÉ, BẤT THƯỜNG VỀ THỊ GIÁC VÀ THÍNH GIÁC.
- TRẺ SANH NON, CÁC TRIỆU CHỨNG NÀY ÍT ĐIỂN HÌNH HƠN.

### 3.3. XÉT NGHIỆM

- CÁC XÉT NGHIỆM THƯỜNG QUI: CÔNG THỨC MÁU ĐẦY ĐỦ; BILIRUBINE TOÀN PHẦN (TSB), GIÁN TIẾP, TRỰC TIẾP; NHÓM MÁU MẸ CON HỆ ABO VÀ RH.
- CÁC XÉT NGHIỆM KHÁC:
  - + KHI NGHI NGỜ TÁN HUYẾT: TEST COOMBS, PHẾT MÁU NGOẠI BIÊN.
  - + KHI NGHI NGỜ NHIỄM TRÙNG: BILAN NHIỄM TRÙNG.
  - + KHI VÀNG DA NẶNG: ALBUMINE MÁU.
  - + VÀNG DA KÉM ĐÁP ỨNG VỚI CHIẾU ĐÈN, CHỪNG TỌC CHẤU Á HAY  $TSB \leq 18\text{MG/DL}$  KHUYẾN KHÍCH NÊN LÀM G6PD.

### 3.4. CHẨN ĐOÁN

- VÀNG DA SINH LÝ: XUẤT HIỆN SAU 48 GIỜ TUỔI, MỨC ĐỘ VÀNG DA NHẸ (TỚI MẶT- NGỰC), TRẺ VẪN BÚ TỐT, CÓ THỂ KÉO DÀI ĐẾN 10 NGÀY VÀ KHÔNG CẦN ĐIỀU TRỊ.
- VÀNG DA BỆNH LÝ: THỜI GIAN CÓ THỂ XUẤT HIỆN SỚM HƠN, MỨC ĐỘ VÀNG DA NHIỀU HƠN, CÓ THỂ KÈM THEO CÁC DẤU HIỆU BỆNH NỀN VÀ CẦN PHẢI CẦN THIẾT.
- CHẨN ĐOÁN NGUYỄN NHÂN:
  - + VÀNG DA DO BẤT ĐỒNG ABO: CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH KHI MẸ O, CON A HAY B + TEST COOMBS TRỰC TIẾP (+).
  - + VÀNG DA DO NHIỄM TRÙNG: VÀNG DA + TÌNH TRẠNG NHIỄM TRÙNG.
  - + VÀNG DA DO TÁI HẤP THU: VÀNG DA + BƯỚU MÁU HAY BƯỚU HUYẾT THANH.

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU: ÁNH SÁNG LIỆU PHÁP, THAY MÁU.
- ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ.

### 4.2. ÁNH SÁNG LIỆU PHÁP

#### 4.2.1. CHỈ ĐỊNH CHIẾU ĐÈN

- ĐỐI VỚI TRẺ ĐỦ THÁNG ĐỦ CÂN VÀNG DA THEO BẢNG.
- ĐỐI VỚI TRẺ NHẸ CÂN HAY SANH NON CÓ CÂN NẶNG  $1.500 - <2.500\text{G}$  BẮT ĐẦU CHIẾU ĐÈN KHI  $TSB(\text{MG/DL}) \leq 1/200$  TRỌNG LƯỢNG.
- ĐỐI VỚI TRẺ  $\geq 1000\text{G}$  CHIẾU ĐÈN NGAY CÀNG SỚM CÀNG TỐT.
- NGỪNG CHIẾU ĐÈN: KHÔNG CÓ TIÊU CHUẨN CHÍNH XÁC CHO NGỪNG CHIẾU ĐÈN, TUY NHIÊN NGỪNG CHIẾU ĐÈN KHI  $TSB < 13-14\text{MG/DL}$  Ở TRẺ ĐỦ THÁNG ĐỦ CÂN SAU 7- 10 NGÀY TUỔI, VÀ ĐO LẠI TSB SAU NGỪNG ĐÈN 18-24GIỜ (NẾU CẦN).

## BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

### 4.2.2. NGUYÊN TẮC

- DÙNG ĐÈN ÁNH SÁNG XANH HAY HỆ THỐNG ĐÈN ÁNH SÁNG TRẮNG HAI MẶT.
- KHOẢNG CÁCH TỪ ĐÈN ĐẾN BỆNH NHÂN TRONG GIỚI HẠN 40CM, MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP CHO PHÉP TỪ 15- 20CM (NGOẠI TRỪ ĐÈN HALOGEN).
- DIỆN TÍCH TIẾP XÚC VỚI ĐÈN CÀNG NHIỀU THÌ CÀNG CÓ HIỆU QUẢ.
- CHIẾU ĐÈN LIÊN TỤC CHỈ NGỪNG KHI BÚ MẸ.
- LƯỢNG DỊCH: CẦN DUY TRÌ LƯỢNG DỊCH THÍCH HỢP VÀ LƯỢNG NƯỚC TIỂU ĐẦY ĐỦ TRONG QUÁ TRÌNH CHIẾU ĐÈN, TỔNG LƯỢNG DỊCH TĂNG TỪ 10-20% SO VỚI NHU CẦU. VÌ THẾ, TRẺ VẪN TIẾP TỤC BÚ MẸ HAY BÚ BÌNH TRONG LÚC CHIẾU ĐÈN. TRUYỀN DỊCH VỚI DEXTROSE HAY DEXTROSALINE NẾU BÚ KHÔNG ĐỦ HAY TRẺ CÓ DẤU HIỆU THIẾU NƯỚC HAY CÂN NẶNG GIẢM  $>12\%$  CÂN NẶNG LÚC SANH.
- NGỪNG CHIẾU ĐÈN: KHÔNG CÓ TIÊU CHUẨN CHÍNH XÁC CHO NGỪNG CHIẾU ĐÈN, TUY NHIÊN NGỪNG CHIẾU ĐÈN KHI  $TSB < 13-14\text{MG/DL}$  Ở TRẺ ĐỦ THÁNG ĐỦ CÂN SAU 7- 10 NGÀY TUỔI, VÀ ĐO LẠI TSB SAU NGỪNG ĐÈN 18-24GIỜ (NẾU CẦN).  
MẠC DÙ ÁNH SÁNG MẶT TRỜI CÓ BƯỚC SÓNG 425-475NM ĐƯỢC XEM LÀ LÀM GIẢM TSB, NHƯNG PHƠI NẮNG KHÔNG ĐƯỢC KHUYẾN CÁO ĐỂ NGĂN NGỪA LÀM GIẢM TSB.

### 4.2.3. THEO DÕI TRONG LÚC CHIẾU ĐÈN

CẦN THEO DÕI NHIỆT ĐỘ, CÂN NẶNG, TÌNH TRẠNG THIẾU NƯỚC, ĐI TIỂU, THỜI GIAN CHIẾU ĐÈN, MỨC ĐỘ VÀNG DA VÀ TSB (KIỂM TRA TSB SAU CHIẾU ĐÈN TÙY VÀO TỪNG TRƯỜNG HỢP, ĐỐI VỚI CÁC TRƯỜNG HỢP VÀNG DA NẶNG CẦN KIỂM TRA LẠI SAU 4-6GIỜ; CHIẾU ĐÈN CÓ HIỆU QUẢ KHI TSB GIẢM TỚI THIẾU 2-3MG/GL SAU 6GIỜ).

### 4.2.4. TÁC DỤNG PHỤ CỦA CHIẾU ĐÈN

GÂY HỒNG BAN, TIỂU PHẦN LÔNG, TĂNG THÂN NHIỆT, MẤT NƯỚC, ĐẶC BIỆT GÂY HỘI CHỨNG “EM BÉ DA ĐỒNG”...

## 4.3. THAY MÁU

### 4.2.1. CHỈ ĐỊNH THAY MÁU

- THAY MÁU NGAY CÓ BIỂU HIỆN SỚM CỦA TÌNH TRẠNG NGỘ ĐỘC BILIRUBINE.
- Ở NHỮNG TRẺ KHÔNG CÓ DẤU HIỆU CỦA NGỘ ĐỘC BILIRUBINE:
  - + ĐỐI VỚI TRẺ ĐỦ THÁNG ĐỦ CÂN: CHỈ ĐỊNH THAY MÁU THEO BẢNG.
  - + ĐỐI VỚI TRẺ NHẸ CÂN HAY SANH NON CÓ CÂN NẶNG  $1500 - <2500\text{G}$  BẮT ĐẦU CHIẾU ĐÈN KHI  $TSB(\text{MG/DL}) \leq 1/100$  TRỌNG LƯỢNG.
  - + ĐỐI VỚI TRẺ  $\leq 1000\text{G}$  THAY MÁU KHI  $TSB \leq 13\text{MG/DL}$ .

### 4.3.2. KỸ THUẬT

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**

THỂ TÍCH MÁU THAY GẤP ĐÔI THỂ TÍCH MÁU BỆNH NHÂN. SAU THAY MÁU CÓ THỂ LẤY ĐI 25% NỒNG ĐỘ BILIRUBINE TOÀN CƠ THỂ VÀ LÀM GIẢM KHOẢNG 50% TSB, VÀ SAU ĐÓ TSB TĂNG LÊN BẰNG KHOẢNG 2/3 TRƯỚC THAY MÁU KHI ĐÃ CÓ SỰ CÂN BẰNG NỘI NGOẠI MẠCH.

**4.2.4. TAI BIẾN**

BAO GỒM NHIỄM TRÙNG, BỆNH TRUYỀN NHIỄM, GIẢM TIỂU CẦU, RỐI LOẠN ĐỒNG MÁU, HUYẾT KHỐI TÍNH MẠCH, VIÊM RUỘT HOẠI TỬ, RỐI LOẠN ĐIỆN GIẢI, BỆNH LÝ THẢI MÃNH GHÉP, NGỪNG TIM THẬM CHỈ ĐỘT TỬ...

**4.3. ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ**

- ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH NẾU CÓ NHIỄM TRÙNG.
- TRUYỀN ALBUMINE: CHỈ TRUYỀN ALBUMINE KHI TRẺ VÀNG DA NẶNG VÀ ALBUMINE MÁU <3G/DL.
- IVIG: DÙNG IVIG (LIỀU 0.5 -1G/KG, NẾU CẦN THIẾT CÓ THỂ LẶP LẠI SAU 12GIỜ) ĐƯỢC KHUYẾN CÁO TRONG CÁC TRƯỜNG HỢP TÁN HUYẾT MIỄN DỊCH ĐỒNG LOẠI KHÔNG ĐÁP ỨNG VỚI CHIẾU ĐÈN TÍCH CỰC, TUY NHIÊN CHƯA NGHIÊN CỨU RỘNG RÃI.
- CHỐNG CO GIẬT BẰNG PHENOBARBITAL.
- VẬT LÝ TRỊ LIỆU NẾU TRẺ BỊ VÀNG DA NHẪN.

**5. DỰ PHÒNG VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN GIÁN TIẾP NẶNG**

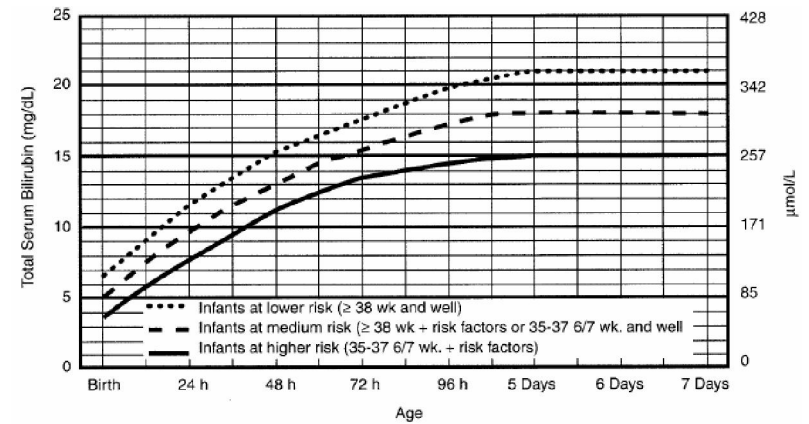
- XÁC ĐỊNH CÁC TRẺ CÓ NGUY CƠ TIẾN TRIỂN ĐẾN VÀNG DA NẶNG.
- CẦN THEO DÕI SÁT CÁC TRẺ NÀY VÀ ĐIỀU TRỊ BẰNG ÁNH SÁNG LIỆU PHÁP NGAY KHI CÓ CHỈ ĐỊNH.

**KHI NÀO BẮT ĐẦU CHIẾU ĐÈN: ĐỐI VỚI TRẺ SƠ SINH # 35 TUẦN**

- SỬ DỤNG GIÁ TRỊ TSB, KHÔNG TRỪ ĐI BILIRUBINE TRỰC TIẾP.
- YẾU TỐ NGUY CƠ: TÁN HUYẾT MIỄN DỊCH, THIẾU G6PD, SANH NGẠT, NGỦ LIỆM, THÂN NHIỆT KHÔNG ỔN ĐỊNH, NHIỄM TRÙNG HUYẾT, TOAN CHUYỂN HÓA, HAY ALBUMINE <3G/DL.

VẤN ĐỀ	MỨC ĐỘ CHỨNG CỨ
VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN GIÁN TIẾP. TRUYỀN IMMUNOGLOBULIN LÀM GIẢM ĐÁNG KÉ NHU CẦU THAY MÁU Ở TRẺ BỊ TÁN HUYẾT DO BẤT ĐỒNG NHÓM MÁU RH HAY ABO.	II ACTA PAEDIATR 1999 FEB;88(2):216-9.

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

**VÀNG DA TĂNG BILIRUBINE TRỰC TIẾP  
(VÀNG DA Ứ MẬT)**

NGUYỄN KIM NHI

**1. ĐỊNH NGHĨA**

VÀNG DA TĂNG BILIRUBINE TRỰC TIẾP ĐƯỢC XÁC ĐỊNH KHI NỒNG ĐỘ BILIRUBINE TRỰC TIẾP >1MG/DL NẾU TSB<5MG/DL HAY >20% NỒNG ĐỘ TSB NẾU TSB >5MG/DL. NGUYÊN NHÂN DO KHẢ NĂNG KHÔNG THỂ BÀI TIẾT MẬT CỦA GAN HAY TẮC NGHẼN ĐƯỜNG MẬT HAY CẢ HAI.

**2. NGUYÊN NHÂN**

**2.1. CÁC NGUYÊN NHÂN TẠI TẾ BÀO GAN**

- VIÊM GAN SƠ SINH TỰ PHÁT
- VIÊM GAN DO NHIỄM TRÙNG: SIÊU VI VIÊM GAN B, TORCH, GIANG MAI, LISTERIA, LAO...
- VIÊM GAN DO NHIỄM ĐỘC: NHIỄM TRÙNG HUYẾT, TẮC RUỘT, NUÔI ĂN TÍNH MẠCH KÉO DÀI, HOẠI TỬ DO NHỒI MÁU
- BỆNH LÝ CHUYỂN HÓA: THIẾU  $\alpha$ 1-ANTITRYPSIN, GALACTOSEMIA, TYROSINEMIA, FRUCTOSEMIA, BỆNH RỐI LOẠN DỰ TRỮ GLYCOGEN, BỆNH CHUYỂN HÓA LIPID (BỆNH NIEMAN-PICK, BỆNH GAUCHER, BỆNH WOLMAN), HỘI CHỨNG ZELLWEGER, TRISOMY 21, TRISOMY 18, BỆNH BYLER, SUY TUYẾN YÊN NGUYÊN PHÁT,...
- BỆNH LÝ HUYẾT HỌC: PHÙ NHAU THAI, PORPHYRIA BẨM SINH...

**2.2. CÁC NGUYÊN NHÂN DO TẮC NGHẼN ĐƯỜNG MẬT**

- TEO ĐƯỜNG MẬT NGOÀI GAN (TEO ĐƯỜNG MẬT THỂ ĐỘC LẬP, TRISOMY 18).
- TEO ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN.
- HỘI CHỨNG ALAGILLE.
- TEO ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN KÈM THEO PHÙ HỆ BẠCH HUYẾT.
- NANG ỒNG MẬT CHỦ...

**2.3. CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP THEO THỨ TỰ LÀ:** TEO ĐƯỜNG MẬT NGOÀI GAN, VIÊM GAN SƠ SINH TỰ PHÁT, VIÊM GAN DO NHIỄM TRÙNG, THIẾU  $\alpha$ 1-ANTITRYPSIN, VIÊM GAN DO NUÔI ĂN TÍNH MẠCH KÉO DÀI.

**3. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG:**

**3.1. BỆNH SỬ:** CẦN LƯU Ý TRẺ CÓ CÁC ĐẶC ĐIỂM SAU HAY KHÔNG?

- NHIỄM TRÙNG BẢO THAI.
- SIÊU ẨM TIỀN SẢN PHÁT HIỆN BẤT THƯỜNG HỆ GAN MẬT VÀ ĐƯỜNG RUỘT.
- TÁN HUYẾT MIỀN DỊCH.
- NHIỄM TRÙNG SƠ SINH (NHIỄM TRÙNG TIỂU, NHIỄM TRÙNG HUYẾT, NHIỄM SIÊU VI).
- TIỀN SỬ CHẾ ĐỘ ĂN BẰNG SỮA MẸ HAY SỮA CÔNG THỨC CÓ GALACTOSE.

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

- TRIỆU CHỨNG: CHẠM LÊN CÂN, NÔN ÓI, TIÊU BÓN.
- PHẦN BẠC MÀU HAY PHẦN NHƯ ĐẤT SÉT KÉO DÀI (TRIỆU CHỨNG RẤT NGHI NGỜ CỦA VÀNG DA Ứ MẬT).
- NƯỚC TIỂU SẠM MÀU (KHÔNG LÀ TRIỆU CHỨNG ĐẶC HIỆU).
- XUẤT HUYẾT.
- TIỀN SỬ ANH CHỊ EM CÓ BỆNH LÝ TƯƠNG TỰ...

**3.2. KHÁM LÂM SÀNG:** CẦN KHÁM ĐẦY ĐỦ:

- SINH HIỆU.
- CÁC THÔNG SỐ PHÁT TRIỂN.
- TỔNG TRẠNG CHUNG (PHÁT HIỆN CÁC DỊ TẬT Ở MŨI, MẬT, MÁT ĐẶC BIỆT TRONG HỘI CHỨNG ALAGILLE).
- TÌNH TRẠNG VÀNG DA.
- TRƯỜNG LỰC CƠ.
- KHÁM ĐÁY MẮT (Ở TRẺ BỊ NHIỄM TRÙNG BẢO THAI HAY BỆNH CHUYỂN HÓA).
- ẨM THỜI Ở TIM (CÓ THỂ XUẤT HIỆN TRONG HỘI CHỨNG ALAGILLE).
- KHÁM BỤNG (XÁC ĐỊNH KÍCH THƯỚC VÀ MẬT ĐỘ GAN LÁCH, KHỐI U, TUẦN HOÀN BÀNG HỆ, RỒN LÒI...)
- DẤU XUẤT HUYẾT.
- XEM PHẦN VÀ NƯỚC TIỂU BỆNH NHÂN...

**3.3. CẬN LÂM SÀNG**

- XÉT NGHIỆM CHỨC NĂNG GAN: BILIRUBINE TOÀN PHẦN, TRỰC TIẾP, GIÁN TIẾP, SGOT, SGPT, ALKALINE PHOSPHATASE, GAMA GLUTAMYL TRANSPEPTIDASE, CHOLESTEROL, ALBUMINE MÁU, PROTEIN TOÀN PHẦN, A1-ANTITRYPSIN, A-FETOPROTEIN, ĐIỆN DI PROTEIN, NH<sub>3</sub> MÁU.
- XÉT NGHIỆM MÁU: CÔNG THỨC MÁU ĐẦY ĐỦ, PHẾT MÁU NGOẠI BIÊN, HỒNG CẦU LƯỠI, TIỂU CẦU, ĐÔNG MÁU TOÀN BỘ.
- CÁC XÉT NGHIỆM TẦM SOÁT NHIỄM TRÙNG: HUYẾT THANH CHẨN ĐOÁN TORCH, VIÊM GAN B (MẸ VÀ CON), CÁC XÉT NGHIỆM NHIỄM TRÙNG KHÁC TÙY LÂM SÀNG (CRP, CẢY MÁU, PL...).
- XÉT NGHIỆM NƯỚC TIỂU: TPTNT, CẢY NƯỚC TIỂU, ACIDE MẬT TRONG NƯỚC TIỂU, CÁC ACID AMIN BẤT THƯỜNG.
- XÉT NGHIỆM HÌNH ẢNH HỌC:
  - + SIÊU ẨM BỤNG.
  - + XẠ HÌNH GAN MẬT.
  - + MRCP (CHỤP ĐƯỜNG MẬT CỘNG HƯỞNG TỪ) VÀ ERCP (CHỤP ĐƯỜNG MẬT NGƯỢC DÒNG QUA NỘI SOI).
- CÁC XÉT NGHIỆM HỖ TRỢ: SINH THIẾT GAN NÊN ĐƯỢC THỰC HIỆN Ở TRẺ CHƯA ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH BẰNG CÁC XÉT NGHIỆM KHÁC, DỊCH HÚT TÁ TRÀNG (GIÚP PHÁT HIỆN TẮC NGHẼN ĐƯỜNG MẬT).
- CÁC XÉT NGHIỆM KHÁC: CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP, KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH, AFP.

**3.4. CHẨN ĐOÁN MỘT SỐ THỂ LÂM SÀNG THƯỜNG GẶP**



## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

**3.4.1. TEO ĐƯỜNG MẬT NGOÀI GAN:** PHẢI ĐƯỢC PHÁT HIỆN SỚM VÌ CÓ THỂ PHẪU THUẬT.

- **ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:**
  - + TRẺ CÓ VÀNG DA ĐIỂN HÌNH.
  - + TIỂU PHÂN BẠC MÀU HẦU NHƯ LUÔN LUÔN CÓ.
- **CẬN LÂM SÀNG:**
  - + SGOT, SGPT TĂNG.
  - + GGT TĂNG NHIỀU.
  - + THỜI GIAN PROTHOMBINE CÓ THỂ KÉO DÀI.
  - + SIÊU ÂM KHÔNG THẤY TÚI MẬT.
  - + CÁC XÉT NGHIỆM KHÁC CÓ GIÁ TRỊ TRONG CHẨN ĐOÁN: XẠ HÌNH GAN MẬT, XÉT NGHIỆM DỊCH HÚT TÁ TRẮNG, SINH THIẾT GAN.

**3.4.2. NHIỄM TRÙNG BÀO THAI**

- **ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:**
  - + VÀNG DA XUẤT HIỆN SỚM.
  - + TRẺ CÓ CÁC DẤU HIỆU KHÁC: SUY DINH DƯỠNG BÀO THAI, GAN LÁCH TO, TIM BẨM SINH, ĐỤC THỦY TINH THỂ, XUẤT HUYẾT DA...
- **CẬN LÂM SÀNG:**
  - + SGOT, SGPT TĂNG.
  - + THIẾU MÁU, GIẢM TIỂU CẦU.
  - + SIÊU ÂM TIM PHÁT HIỆN TIM BẨM SINH.
  - + HUYẾT THANH CHẨN ĐOÁN TORCH IGM (+)...

**3.4.3. VIÊM GAN SƠ SINH TỰ PHÁT**

- **ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:**
  - + VÀNG DA XUẤT HIỆN TRONG TUẦN TUỔI ĐẦU TIÊN, CÓ THỂ LÀ TRIỆU CHỨNG KHỞI ĐẦU SỚM NHẤT.
  - + SAU ĐÓ GAN LÁCH TO, PHÂN BẠC MÀU, NƯỚC TIỂU SẠM MÀU, XUẤT HUYẾT DO THIẾU CÁC YẾU TỐ ĐỒNG MÁU HAY VITAMINE K.
- **CẬN LÂM SÀNG:**
  - + SGOT, SGPT TĂNG.
  - + RỐI LOẠN CHỨC NĂNG ĐỒNG MÁU.
  - + AFP TĂNG.
  - + CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH BẰNG SINH THIẾT GAN.

**3.4.4. CÁC HỘI CHỨNG TEO ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN**

A) HỘI CHỨNG ALAGILLE:

- **LÂM SÀNG:** LÀ HỘI CHỨNG ĐƯỢC ĐẶC TRƯNG BỞI SỰ THIẾU CÁC ĐƯỜNG MẬT TRONG TIỂU THỦY GAN VÀ KÈM THEO CÁC ĐẶC ĐIỂM SAU:
  - + VÀNG DA Ứ MẬT MẠN TÍNH.
  - + BẤT THƯỜNG TIM MẠCH (**CHỦ YẾU HẸP PHỔI**).
  - + CỘT SỐNG HÌNH CÁNH BƯỚM.
  - + VIÊM GIÁC MẠC BẨM SINH.
  - + DỊ TẬT VÙNG MẶT: GỜ MŨI RỘNG, MẶT HÌNH TAM GIÁC, MẮT SÂU.

## BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- + KHÔNG GIỐNG VỚI VIÊM GAN SƠ SINH TỰ PHÁT, HIẾM THẤY GAN LÁCH TO Ở TRẺ BỊ HỘI CHỨNG ALAGILLE GIAI ĐOẠN SỚM.
- **CẬN LÂM SÀNG:**
  - + SGOT, SGPT TĂNG RẤT CAO.
  - + GGT TĂNG.
  - + SINH THIẾT GAN GIÚP CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH.
- B) GALACTOSEMIA:
  - **ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG:** TRẺ BỊ NÔN ÓI, TIỂU CHẢY, CHẠM LÊN CÂN, ĐỤC THỦY TINH THỂ, XUẤT HUYẾT SAU KHI CHO TRẺ CHẾ ĐỘ ĂN CÓ GALACTOSE.
  - **CẬN LÂM SÀNG:**
    - + RỐI LOẠN ĐỒNG MÁU.
    - + TĂNG MỘT SỐ ACID AMINE MÁU ĐẶC BIỆT PHENYLALANINE, TYROSINE, METHIONINE
    - + RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA CARBOHYDRATE: TĂNG GALACTOSE, TĂNG HỒNG CẦU, TĂNG NỒNG ĐỘ GALACTOSE-1-P.
    - + TOAN CHUYỂN HÓA ỒNG THẬN, GALACTOSE NIỆU, GLYCOSE NIỆU, ALBUMINE NIỆU.
    - + THIẾU MÁU TẮN HUYẾT.

## 4. ĐIỀU TRỊ

**4.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ**

- ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU THEO TỪNG NGUYÊN NHÂN.
- ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ.

**4.2. ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU THEO TỪNG NGUYÊN NHÂN**

- TẮC MẬT NGOÀI GAN: HỘI CHẨN NGOẠI KHOA ĐỂ PHẪU THUẬT KASAI.
- VIÊM GAN DO NHIỄM TRÙNG HUYẾT: ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG.
- GALACTOSEMIA: CHẾ ĐỘ ĂN KHÔNG CÓ GALACTOSE.

**4.3. ĐIỀU TRỊ NÂNG ĐỠ**

- NÂNG LƯỢNG CUNG CẤP BẰNG 125% SO VỚI NHU CẦU THEO CÂN NẶNG LÝ TƯỞNG (**BẰNG ĐƯỜNG TRUYỀN MẠCH HAY CHO ĂN**).
- KHI CUNG CẤP NÂNG LƯỢNG BẰNG ĐƯỜNG MIỆNG: LIPID CẦN ĐƯỢC CHO DƯỚI DẠNG TRIGLYCERIDE CHUỖI TRUNG BÌNH.
- LƯỢNG PROTEIN: 2-3G/KG/NGÀY ĐỐI VỚI TRẺ KHÔNG CÓ TĂNG AMONIAC MÁU.
- VITAMINE: VITAMINE A 5000-25000 UI/NGÀY; VITAMINE D DẠNG 1,25(OH)<sub>2</sub>D 0.05-0.3MCG/KG/NGÀY; VITAMINE E 15-25UI/KG/NGÀY; VITAMINE K 2.5-5MG/LẦN x2 LẦN/NGÀY, TỐI ĐA 5MG/NGÀY.
- URSODEOXYCHOLIC ACID: ĐƯỢC KHUYẾN CÁO VỚI LIỀU 10-20MG/KG/NGÀY DÙNG THỂ KÍCH THÍCH DÒNG MẬT VÀ Đẩy VÀ ĐỂ THẢI CÁC ACID MẬT ĐỘC TỪ GAN.

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**

**CO GIẬT SƠ SINH**

**GIANG TRẦN PHƯƠNG LINH**

**1. ĐỊNH NGHĨA**

CO GIẬT LÀ MỘT RỐI LOẠN CHỨC NĂNG NÃO THOÁNG QUA DO SỰ PHÓNG ĐIỆN BẤT THƯỜNG, BIỂU HIỆN RẤT ĐA DẠNG NHƯ CỬ ĐỘNG BẤT THƯỜNG HAY THAY ĐỔI TRƯỜNG LỰC CƠ CỦA THÂN VÀ CHI, CỬ ĐỘNG BẤT THƯỜNG Ở MẶT, MIỆNG, LƯỖI, RỐI LOẠN THÂN KINH THỰC VẬT, NHƯNG ĐÔI KHI KÍN ĐÁO DỄ BỎ SÓT

**2. NGUYÊN NHÂN**

1-4 NGÀY TUỔI	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- BỆNH LÝ NÃO THIẾU MÁU CỤC BỘ-THIẾU OXY MỒ</li> <li>- NGỪNG SỬ DỤNG THUỐC DO MẸ DÙNG THUỐC GÂY NGHIỆN HOẶC THUỐC AN THẦN</li> <li>- NGỘ ĐỘC THUỐC: LIDOCAIN, PENICILLIN</li> <li>- RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA CẤP                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• HẠ CANCI MÁU NGẠT, SƠ SINH NHỎ SO VỚI TUỔI THAI</li> <li>• NHIỄM TRÙNG HUYẾT MẸ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, CƯỜNG TUYÊN GIÁP VÀ SUY TUYÊN CẬN GIÁP</li> <li>• HẠ ĐƯỜNG HUYẾT NON THÁNG, SƠ SINH NHỎ SO VỚI TUỔI THAI</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MẸ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TĂNG INSULIN MÁU NHIỄM TRÙNG HUYẾT                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• HẠ MAGNE MÁU</li> <li>• HẠ NATRI MÁU HOẶC TĂNG NATRI MÁU: HỘI CHỨNG TIẾT ADH KHÔNG THÍCH HỢP</li> </ul> </li> <li>- RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA BẨM SINH                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• KHÔNG DUNG NẠP GALACTOSE</li> <li>• TĂNG ĐƯỜNG HUYẾT</li> <li>• RỐI LOẠN CHU TRÌNH URE</li> </ul> </li> <li>- THIẾU PIRIDOXINE (<i>NÊN NGHĨ ĐẾN Ở BẤT CỨ TUỔI NÃO</i>)</li> </ul>
4-14 NGÀY TUỔI	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- NHIỄM TRÙNG                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• VIÊM MÀNG NÃO (<i>VI KHUẨN</i>)</li> <li>• VIÊM NÃO (<i>ENTEROVIRUS, HERPES SIMPLEX</i>)</li> </ul> </li> <li>- RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• HẠ CANCI MÁU: CHẾ ĐỘ ĂN, BÚ SỮA CÔNG THỨC</li> <li>• HẠ ĐƯỜNG HUYẾT KÉO DÀI RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA DI TRUYỀN: KHÔNG DUNG NẠP GALACTOSE, FRUCTOSE TĂNG INSULIN MÁU THIẾU SẢN TUYÊN YÊN, U TIỂU ĐÀO TỤY</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NGỪNG SỬ DỤNG THUỐC DO MẸ DÙNG THUỐC GÂY NGHIỆN HOẶC THUỐC AN THẦN</li> <li>- CO GIẬT LẠNH TÍNH Ở TRÉ SƠ SINH, CÓ TÍNH GIA ĐÌNH HOẶC KHÔNG</li> <li>- VÀNG DA NHẬN DO TĂNG BILIRUBIN</li> </ul>

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

HỘI CHỨNG WIEDERMANN	BECKWITH
2-8 TUẦN TUỔI	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- NHIỄM TRÙNG                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• VIÊM MÀNG NÃO (<i>VI KHUẨN</i>)</li> <li>• VIÊM NÃO (<i>ENTEROVIRUS, HERPES SIMPLEX</i>)</li> </ul> </li> <li>- CHẤN THƯƠNG ĐẦU: XUẤT HUYẾT DƯỚI MÀNG NHÊN</li> <li>- RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA DI TRUYỀN                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• RỐI LOẠN CHU TRÌNH URE, AMINOACID NIỆU, ACID VỎ CƠ NIỆU</li> <li>• LOẠN DƯỠNG CHẤT TRẮNG THƯỢNG THẬN SƠ SINH</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BẤT THƯỜNG SỰ PHÁT TRIỂN CỦA VỎ NÃO                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• TẬT KHÔNG HỒI NÃO</li> <li>• LOẠN SẢN VỎ NÃO KHU TRÚ</li> </ul> </li> <li>- HỘI CHỨNG STURGE-WEBER</li> </ul>

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. BỆNH SỬ**

- TIỀN CẢN GIA ĐÌNH:
  - + RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA
  - + CO GIẬT (*TRONG BỆNH CẢNH CO GIẬT SƠ SINH LẠNH TÍNH CÓ TÍNH GIA ĐÌNH*)
- TIỀN CẢN MẸ:
  - + DÙNG THUỐC GÂY NGHIỆN, THUỐC NGỦ, THUỐC GIẢM ĐAU.
  - + DÙNG PYRIDOXIN.
  - + YẾU TỐ NGUY CƠ NHIỄM TRÙNG SƠ SINH SỚM.
- TÌNH HÌNH LÚC SINH:
  - + CÁCH GIẢM ĐAU CHO MẸ.
  - + CÁCH SANH.

## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- + NGẠT.
- + SUY THAI.
- THỜI ĐIỂM KHỞI PHÁT CO GIẬT: GỢI Ý MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN (XEM BẢNG NGUYÊN NHÂN

### 3.2. LÂM SÀNG

- XÁC ĐỊNH TUỔI THAI.
- MỘT TẢ CƠN CO GIẬT: CO GIẬT THỂ GIẬT CƠ (CỤC BỘ, ĐA Ổ), THỂ CO CỨNG (CỤC BỘ, TOÀN THỂ), THỂ RUN GIẬT CƠ (CỤC BỘ, ĐA Ổ, TOÀN THỂ) HAY THỂ KÍN ĐÁO (MỜ MÁT ĐỘT NGỘT, NHÌN SỬNG, CỬ ĐỘNG MIỆNG-MÔI-LƯỠI NHƯ NHAI, NUỐT, CỬ ĐỘNG CỦA CHI NHƯ ĐẠP XE ĐẠP, BƠI, CHÈO THUYỀN, THAY ĐỔI MÀU SẮC DA, NHỊP TIM NHANH)
- THẦN KINH: TRỊ GIÁC, DÂY THẦN KINH SỢ, CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG VÀ CẢM GIÁC, PHẢN XẠ NGUYÊN PHÁT, KÍCH THỨC ĐỒNG TỬ VÀ PHẢN XẠ ẢNH SÁNG, THAY ĐỔI TRƯỜNG LỰC CƠ.
- Ô NHIỄM TRÙNG.
- GAN LÁCH TO.
- DẤU HIỆU THIẾU MÁU, BƯỚU HUYẾT THANH, BƯỚU HUYẾT XƯƠNG SỌ.
- DỊ TẬT BẨM SINH Ở NÃO, SANG THƯƠNG DA.

### 3.3. CẬN LÂM SÀNG

DỰA VÀO BỆNH SỬ VÀ KHÁM LÂM SÀNG GỢI Ý NHỮNG XÉT NGHIỆM CẦN LÀM. THỰC HIỆN XÉT NGHIỆM VỀ CÁC NGUYÊN NHÂN THƯỜNG GẶP VÀ CÓ THỂ ĐIỀU TRỊ ĐƯỢC:

- DEXTROSTIX, ĐƯỜNG HUYẾT.
- ION ĐÒ: NATRI, CANXI, MAGNE.
- NHIỄM TRÙNG: PHẾT MÁU, CRP, CẢY MÁU, CHỌC DÒ TỬY SỐNG.
- SIÊU ÂM XUYÊN THÓP: XUẤT HUYẾT TRONG NÃO THẤT HOẶC QUANH NÃO THẤT, HÌNH ẢNH TÀN THƯƠNG NÃO DO THIẾU OXY DO SANH NGẠT.
- CT SCAN: NHỒI MÁU NÃO, XUẤT HUYẾT NÃO, CANXI HÓA, BẤT THƯỜNG Ở NÃO. CT SCAN CÓ GIÁ TRỊ TRONG CHẨN ĐOÁN CO GIẬT KHÔNG ĐỐI XỨNG Ở TRẺ ĐỦ THÁNG.
- ĐIỆN NÃO ĐỒ (EEG):
  - + EEG CÓ GIÁ TRỊ KHẲNG ĐỊNH CO GIẬT KHI LÂM SÀNG Ở THỂ KÍN ĐÁO HOẶC ĐÃ DỪNG THUỐC LIỆT CƠ. NÊN LÀM EEG SỚM KHI CÓ CO GIẬT.
  - + EEG LẬP LẠI SAU 1 TUẦN CÓ GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG.
  - + THEO DÕI EEG LIÊN TIẾP ĐỂ QUYẾT ĐỊNH NGỪNG THUỐC CHỐNG CO GIẬT CÒN BÀN CẢI.

### 3.4. CHẨN ĐOÁN

CHẨN ĐOÁN CO GIẬT CHỦ YẾU DỰA VÀO LÂM SÀNG, KẾT HỢP VỚI BỆNH SỬ VÀ CẬN LÂM SÀNG ĐỂ CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN.

### 3.5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- RUN CƠ.

## BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- RUN GIẬT CƠ LÀNH TÍNH KHI NGỦ.

### 4. ĐIỀU TRỊ

#### 4.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- HỖ TRỢ HỒ HẤP, CHỐNG CO GIẬT.
- ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN.

#### 4.2. PHÂN CẤP ĐIỀU TRỊ

##### 4.2.1. CẤP 1

- THÔNG ĐƯỜNG THỜ: HÚT ĐÀM NHỚT.
- CUNG CẤP OXY.
- THUỐC: PHENOBARBITAL  
TẦN CÔNG 20 MG/KG TTM TRONG 10-20 PHÚT.  
NẾU VẪN CÒN CO GIẬT, CHO THÊM LIỀU 5MG/KG CÓ THỂ ĐẠT ĐẾN 40 MG/KG HOẶC KHI KIỂM SOÁT ĐƯỢC CO GIẬT (TRẺ SUY GAN, SAU LIỀU 20 MG/KG KHÔNG KIỂM SOÁT ĐƯỢC CO GIẬT NÊN THÊM THUỐC THỨ 2 VÌ NỒNG ĐỘ THUỐC CÒN TỒN TẠI LÁU TRONG MÁU).  
SAU ĐÓ DUY TRÌ 5MG/KG/NGÀY TB HAY UỐNG TÙY NGUYÊN NHÂN
- ĐIỀU TRỊ CÁC NGUYÊN NHÂN CÓ THỂ XÁC ĐỊNH SỚM: HẠ ĐƯỜNG HUYẾT, HẠ CANXI HUYẾT, HẠ MAGNE MÁU, HẠ NA MÁU
- NẾU CÒN CO GIẬT: HỘI CHẨN KHOA NỘI THẦN KINH

##### 4.2.2. CẤP 2

- ĐIỀU TRỊ NHƯ CẤP 1, NẾU VẪN CÒN CO GIẬT, KẾT HỢP THÊM THUỐC THỨ 2
  - + PHENYLTOIN  
TẦN CÔNG LÀ 20 MG/KG TTM TRONG 20-30 PHÚT  
NẾU VẪN CÒN CO GIẬT, CÓ THỂ CHO THÊM LIỀU 5 MG/KG
  - + BENZODIAZEPINES: BENZODIAZEPINE CÓ LỢI TRONG CÁC TRƯỜNG HỢP CO GIẬT KHÁNG TRỊ.  
DIAZEPAM: 0,1-0,3 MG/KG TMC  
LORAZEPAM: 0,05 MG/KG TMC, CÓ THỂ LẬP LẠI SAU VÀI PHÚT, VỚI TỔNG LIỀU 0,1 MG/KG  
MIDAZOLAM 0,02-0,1 MG/KG TMC  
0,06-0,4 MG/KG/GIỜ TTM
  - + PYRIDOXIN: NẾU CO GIẬT KHÔNG ĐÁP ỨNG VỚI CÁC ĐIỀU TRỊ TRÊN, PHỤ THUỘC PYRIDOXIN NÊN NGHĨ ĐẾN.  
LIỀU PYRIDOXIN 50-100 MG TM, DUY TRÌ 10-100 MG/ NGÀY UỐNG
- ĐIỀU TRỊ CÁC NGUYÊN NHÂN (BẢNG) CÓ THỂ XÁC ĐỊNH ĐƯỢC.
- TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN: KHI TRẺ KHÔNG CÒN CO GIẬT VÀ NGUYÊN NHÂN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ ỔN.
- THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:
  - + TRẺ XÁC ĐỊNH ĐƯỢC NGUYÊN NHÂN: THEO DÕI TẠI CHUYỂN KHOA.

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**

- + TRẺ KHÔNG XÁC ĐỊNH ĐƯỢC NGUYÊN NHÂN HOẶC CÓ NGUY CƠ CAO ĐỘNG KINH (NGẠT, VIÊM MÀNG NÃO CÓ DI CHỨNG...): CẦN ĐO EEG TRƯỚC KHI XUẤT VIỆN, TIẾP TỤC THUỐC (THƯỜNG LÀ PHENOBARBITAL), CẦN ĐÁNH GIÁ LẠI KHOẢNG 6-12 TUẦN VÀ THEO DÕI TẠI CHUYÊN KHOA THẦN KINH

VẤN ĐỀ	MỨC ĐỘ CHỨNG CỨ
CƠ GIẬT SƠ SINH. NẾU CƠ GIẬT KHÔNG GIẢM SAU KHI DÙNG PHENOBARBITAL THÌ CŨNG SẼ KÉM ĐÁP ỨNG VỚI CLONAZEPAM, MIDAZOLAM HAY LIDOCAIN	II <b>NEUROLOGY 2004 FEB 10;62(3):486-8.</b>

**HẠ ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH**

**TRẦN THỊ HOA PHƯỢNG**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- LÀ MỘT TRONG NHỮNG VẤN ĐỀ VỀ CHUYỂN HÓA THƯỜNG GẶP NHẤT Ở SƠ SINH, GẶP Ở 8% SƠ SINH ĐỦ THÁNG VÀ 15% SƠ SINH NON THÁNG.
- SƠ SINH CÓ TỈ LỆ MÔ NÃO SO VỚI CƠ THỂ CAO NHẤT VÀ 90% GLUCOSE SẢN XUẤT RA ĐƯỢC DÀNH CHO MÔ NÃO NÊN DỄ BỊ TỔN THƯƠNG KHI HẠ ĐH.
- THƯỜNG GẶP HẠ ĐƯỜNG HUYẾT (ĐH) THOÁNG QUA DO NGỪNG CUNG CẤP GLUCOSE ĐỘT NGỘT TỪ MẸ (ĐH THẤP NHẤT SAU SINH 1-2 GIỜ: KHOẢNG 35-40MG/DL NHƯNG CHỈ CHẤP NHẬN 1 LẦN DUY NHẤT VÀ SAU ĐÓ SẼ NHANH CHÓNG TĂNG LÊN > 45MG/DL TRONG 24GIỜ SAU SINH, > 50MG/DL SAU SINH 24 GIỜ VÀ ỔN ĐỊNH Ở MỨC 65-70MG/DL SAU SINH 72GIỜ)
- HẠ ĐH KHI ĐH < 45MG/DL BẤT KỂ CÂN NẶNG VÀ TUỔI THAI. HẠ ĐH NẶNG KHI ĐH < 30-35MG/DL.
- NHỮNG CƠN HẠ ĐH TRUNG BÌNH LẬP ĐI LẬP LẠI GÂY NGUY CƠ TỔN THƯƠNG THẦN KINH NHIỀU HƠN HẠ ĐH NẶNG CHỈ MỘT LẦN DUY NHẤT.
- HẠ ĐH KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG KHÔNG LOẠI TRỪ CƠ TỔN THƯƠNG THẦN KINH TRUNG ƯƠNG. KHÔNG CÓ MỨC ĐH GIÚP XÁC ĐỊNH CÓ HAY KHÔNG CÓ BIỂU HIỆN LÂM SÀNG, ĐẶC BIỆT LÀ TỔN THƯƠNG THẦN KINH TRUNG ƯƠNG.
- XÁC ĐỊNH HẠ ĐH BẰNG QUE THỬ (ĐO ĐƯỜNG TRONG MÁU TOÀN PHẦN) SAU ĐÓ PHẢI KIỂM TRA LẠI BẰNG ĐỊNH LƯỢNG NỒNG ĐỘ GLUCOSE HUYẾT TƯƠNG VÌ ĐH BẰNG QUE THỬ THƯỜNG THẤP HƠN NỒNG ĐỘ GLUCOSE HUYẾT TƯƠNG KHOẢNG 10-15%.
- NÊN CHO LÀM XÉT NGHIỆM NGAY SAU KHI LẤY MÁU VÌ NỒNG ĐỘ GLUCOSE/HUYẾT TƯƠNG CÓ THỂ GIẢM 18MG/DL/GIỜ.

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

**2. NGUYÊN NHÂN**

**2.1. HẠ ĐƯỜNG HUYẾT THOÁNG QUA**

- KẾT HỢP VỚI RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA CỦA MẸ
  - + SỬ DỤNG GLUCOSE.
  - + DÙNG MỘT SỐ THUỐC: TERBUTALINE, ROTODRINE, PROPANOLOL, THUỐC HẠ ĐƯỜNG HUYẾT UỐNG.
  - + MẸ BỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ.
- KẾT HỢP VỚI CÁC VẤN ĐỀ Ở SS
  - + KÉM THÍCH NGHI.
  - + CHẬM PHÁT TRIỂN TRONG TỬ CUNG.
  - + NGẠT.
  - + NHIỄM TRÙNG.
  - + HẠ THÂN NHIỆT.
  - + TĂNG ĐỘ NHÓT MÁU.
  - + ERYTHROBLASTOSIS THAI.
  - + NN KHÁC: TIM BẨM SINH, HẠ ĐƯỜNG HUYẾT DO NHÂN VIÊN Y TẾ GÂY RA.

**2.2. HẠ ĐƯỜNG HUYẾT KÉO DÀI HAY TÁI PHÁT**

- CƯỜNG INSULIN
  - + TĂNG SINH TẾ BÀO ĐẢO  $\beta$ , U TĂNG SINH CÁC TẾ BÀO TIỂU ĐẢO TUYẾN TUY, THIẾU RECEPTOR SULFONYLUREA.
  - + HC BECKWITH-WIEDEMANN.
- RL NỘI TIẾT
  - + SUY TUYẾN YÊN.
  - + THIẾU CORTISOL.
  - + THIẾU GLUCAGON BS.
  - + THIẾU EPINEPHRINE.
- RL CHUYỂN HÓA BS
  - + CHUYỂN HÓA ĐƯỜNG: GALACTOSEMIE, BỆNH LÝ VỀ DỰ TRỮ GLYCOGEN Ở GAN, BẤT DUNG NẠP FRUCTOSE
  - + CHUYỂN HÓA ACID AMIN: TIỂU AMINE VÒNG THƠM, TOAN MÁU DO PROPIONIC, DO METHYLMALONIC, DO 3-HYDROXYL, 3-METHYLGLUTARIC, BỆNH TYROSINE DI TRUYỀN, TIỂU ETHYLMALONIC -ADIPIIC, **GLUTARIC ACIDEMIA TYPE 2**
  - + CHUYỂN HÓA CHẤT BÉO: KHIẾM KHUYẾT CHUYỂN HÓA CARNITINE, THIẾU ACYL-COENZYME DEHYDROGENASE
- HẠ ĐH NGUYÊN NHÂN THẦN KINH (ĐƯỜNG DNT THẤP) DO KHIẾM KHUYẾT VẬN CHUYỂN GLUCOSE

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1. HỎI BỆNH SỬ**

- TUỔI THAI.
- CÂN NẶNG LÚC SINH.

## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ KHÁC: NGẠT LÚC SINH, NHIỄM TRÙNG, THAY MÁU.
- TIỀN CĂN MẸ:
  - + ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, BẤT DUNG NẠP GLUCOSE, TRUYỀN DUNG DỊCH GLUCOSE TRƯỚC SINH
  - + BẤT ĐỒNG NHÓM MÁU
  - + TIỀN SẢN GIẬT, CAO HUYẾT ÁP THAI KỲ
  - + DÙNG THUỐC: CHLOROPROPAMIDE, BENZOTHIAZIDE, ETHANOL

## BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

### 3.2. KHÁM TÌM DẤU HIỆU VÀ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG CỦA HẠ ĐH SƠ SINH KHÔNG HẰNG ĐỊNH VÀ KHÔNG ĐẶC HIỆU, CÓ THỂ LÀ:
  - + TỔNG TRẠNG: CÓ VỀ BỆNH, TÍM TÁI, HẠ THÂN NHIỆT.
  - + HỒ HẤP: NGỪNG THỞ, THỞ NHANH.
  - + TUẦN HOÀN: NHỊP TIM CHẬM, NGỪNG TIM.
  - + THẦN KINH: TĂNG CỬ ĐỘNG, RUNG CƠ, CO GIẬT HAY CỬ ĐỘNG YẾU, GIẢM TRƯỞNG LỰC CƠ, KHÓC YẾU HAY KHÓC THÉT, LỪ ĐỪ, HỒN MỀ.
  - + TIỂU HÓA: BÚ KÉM, ÓI.
- CÁC BIỂU HIỆN TRÊN CÓ THỂ TRÙNG LẬP VỚI CÁC BIỂU HIỆN NHIỄM TRÙNG, ĐẶC BIỆT LÀ NHIỄM TRÙNG HUYẾT, VIÊM MÀNG NÃO.
- NGOÀI RA, CẦN TÌM CÁC BIỂU HIỆN KHÁC GỢI Ý NGUYÊN NHÂN HẠ ĐH:
  - + GAN TO: THEO DÕI BỆNH LÝ GLYCOGEN.
  - + VÀNG DA KÉO DÀI + ĐỤC THỦY TINH THỂ: GALACTOSEMIA.
  - + CÁC BẤT THƯỜNG VỀ HÌNH THỂ: LƯỠI TO, THOÁT VỊ RỖN, CON TO, HẠ ĐH → HỘI CHỨNG BECKWITH WIEDEMANN, BẤT THƯỜNG CƠ QUAN SINH DỤC + SÚT MÔI CHÈ VÒM → BẤT THƯỜNG TUYẾN YẾN

### 3.3. CÁC XÉT NGHIỆM ĐỀ NGHỊ

- ĐỊNH LƯỢNG ĐƯỜNG/HUYẾT TƯƠNG (GLYCEMIE), THEO DÕI ĐH BẰNG QUE THỬ
- NẾU HẠ ĐH HAY CẦN PHẢI TRUYỀN DUNG DỊCH GLUCOSE KÉO DÀI > 1TUẦN ĐỂ DUY TRÌ ĐH BÌNH THƯỜNG, CẦN ĐỊNH LƯỢNG THÊM:

INSULIN MÁU	ACID AMIN/MÁU
HORMON TĂNG TRƯỞNG	KETON/NƯỚC TIỂU
CORTISOL MÁU	CHẤT THOẢI HÓA TRONG NƯỚC TIỂU
ACTH	ACID AMIN/NƯỚC TIỂU
GLUCAGON	ACID HỮU CƠ/NƯỚC TIỂU

### 3.4. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

NỒNG ĐỘ GLUCOSE/HUYẾT TƯƠNG < 45MG/DL.

### 3.5. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH VÀ CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH: TAM CHỨNG WHIPPLES
  - + NỒNG ĐỘ GLUCOSE/HUYẾT TƯƠNG < 45MG/DL.
  - + CÓ CÁC TRIỆU CHỨNG, DẤU HIỆU CỦA HẠ ĐƯỜNG HUYẾT.
  - + HẾT CÁC BIỂU HIỆN LÂM SÀNG KHI ĐÃ GIẢI QUYẾT TÌNH TRẠNG HẠ ĐH.
- CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT VỚI NHIỄM TRÙNG NHẤT LÀ NHIỄM TRÙNG HUYẾT, VIÊM MÀNG NÃO (XEM BÀI NHIỄM TRÙNG HUYẾT VÀ VIÊM MÀNG NÃO SƠ SINH)

## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

### 3.6. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

TẤT CẢ SƠ SINH NGHI NGỜ HẠ ĐƯỜNG HUYẾT PHẢI ĐƯỢC CHO NHẬP VIỆN ĐỂ CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH, CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN VÀ LOẠI TRỪ NHIỄM TRÙNG ĐI KÈM NẾU CÓ.

### 4. ĐIỀU TRỊ

#### 4.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- LÀ MỘT CẤP CỨU TRONG ĐIỀU TRỊ SƠ SINH.
- THỬ ĐH QUE NGHI NGỜ HẠ ĐH, LẤY MÁU ĐỊNH LƯỢNG NỒNG ĐỘ GLUCOSE HUYẾT TƯƠNG, PHẢI ĐIỀU TRỊ NGAY MÀ KHÔNG CHỜ KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM NÀY.
- NHANH CHÓNG NÂNG ĐH > 45MG/DL TRONG 24 GIỜ ĐẦU SAU SINH VÀ >50MG/DL SAU SINH 24 GIỜ.
- CHO ĂN ĐƯỜNG MIỆNG CÀNG SỚM CÀNG TỐT, NGAY TỪ GIỜ THỨ 2 SAU SINH NẾU BỆNH NHI CÓ THỂ DUNG NẠP ĐƯỢC

#### 4.2. PHÂN CẤP ĐIỀU TRỊ

##### 4.2.1. CẤP 1

- XỬ TRÍ BAN ĐẦU:  
NẾU ĐH QUE THỬ < 35 - 45MG/DL → CHO GLUCOSE 10% 2ML/KG TMC 5-10PHÚT. SAU ĐÓ NUÔI ĂN TÍNH MẠCH NGOẠI BIÊN VỚI NỒNG ĐỘ ĐƯỜNG 10%
- TIÊU CHUẨN HỘI CHẨN:
  - + HỘI CHẨN HỒI SỨC: KHI HẠ ĐƯỜNG HUYẾT KHÁNG TRỊ GÂY CO GIẬT, SUY HỒ HẤP
  - + HỘI CHẨN KHOA NỘI TIẾT, KHOA TIÊU HÓA: KHI HẠ ĐH KÉO DÀI, TÁI PHÁT NGHI NGỜ DO NGUYÊN NHÂN NỘI TIẾT HAY CHUYỂN HÓA.

##### 4.2.2. CẤP 2

- ĐIỀU TRỊ HẠ ĐƯỜNG HUYẾT  
NẾU ĐH QUE THỬ < 35 - 45MG/DL → CHO GLUCOSE 10% 2ML/KG TMC 5-10PHÚT.
- BỆNH NHI CÓ THỂ ĂN ĐƯỜNG MIỆNG → CHO ĂN NGAY VỚI GLUCOSE 5% HAY SỮA, THỬ LẠI ĐH QUE THỬ SAU 1 GIỜ. NẾU ĐH VẪN < 45MG/DL → CHO GLUCOSE 10% 2ML/KG TMC 5-10PHÚT.
- KHÔNG THỂ ĂN ĐƯỜNG MIỆNG → CHO GLUCOSE 10% 2ML/KG TMC 5-10PHÚT. SAU ĐÓ NUÔI ĂN TÍNH MẠCH BẮT ĐẦU VỚI NỒNG ĐỘ GLUCOSE 8G/KG/NGÀY (6MG/KG/PHÚT)- NẾU TRƯỚC ĐÓ CHƯA ĐƯỢC CUNG CẤP DINH DƯỠNG, 4G/KG/NGÀY - NẾU ĐÃ ĐƯỢC CUNG CẤP DINH DƯỠNG TRƯỚC ĐÓ. NẾU ĐANG NUÔI ĂN TM NHƯ TRÊN MÀ ĐH < 45MG/DL, TĂNG DẦN NỒNG ĐỘ GLUCOSE 0,1 G/KG/GIỜ. KIỂM TRA ĐH MỖI GIỜ CHO ĐẾN KHI ĐH ỔN ĐỊNH.
- NẾU ĐH QUE THỬ < 35MG/DL → CHO GLUCOSE 10% 2ML/KG TMC 5-10PHÚT (NẾU CÓ CO GIẬT, CHO 4ML/KG) VÀ NUÔI ĂN TM NHƯ TRÊN. KIỂM TRA ĐH MỖI 30-60PHÚT CHO ĐẾN KHI ĐH ỔN ĐỊNH.

## BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- KHI NỒNG ĐỘ GLUCOSE CUNG CẤP ĐỂ DUY TRÌ ĐH > 45MG/DL ĐẠT ĐẾN 18G/KG/NGÀY (12MG/KG/PHÚT) → CHO HÉMISUCCINATE HYDROCORTISONE (GIẢM SỬ DỤNG GLUCOSE, TĂNG TẠO GLUCOSE TỪ PROTEIN VÀ TĂNG HIỆU QUẢ CỦA GLUCAGON) LIỀU 5-10MG/KG/NGÀY, MỖI 12 GIỜ TMC HAY PREDNISONE UỐNG 2MG/KG/NGÀY SAU KHI ĐÃ LẤY MÁU ĐỊNH LƯỢNG INSULIN, HORMON TĂNG TRƯỞNG, ACTH, CORTISOL. NẾU THẤT BẠI VỚI HYDROCORTISONE → CHO:
  - + GLUCAGON (TĂNG PHÂN HỦY GLYCOGEN TỪ GAN) TRUYỀN TM LIÊN TỤC 2-10 $\mu$ G/KG/GIỜ HAY DIAZOXIDE (ỨC CHẾ PHÓNG THÍCH INSULIN) 7,5-15 MG/KG/NGÀY CHIA 3LẦN
  - + OCTREOTIDE: 5- 40MG/KG/NGÀY TIÊM DƯỚI DA MỖI 4-6 GIỜ HAY SOMATOSTATIN TRUYỀN TM BẮT ĐẦU CHO 0,5-2,5 $\mu$ G/KG/GIỜ TĂNG DẦN ĐẾN LIỀU 5-40 $\mu$ G/KG/GIỜ. CẢ HAI ĐỀU CÓ TÁC DỤNG ỨC CHẾ PHÓNG THÍCH INSULIN.
- CƯỜNG INSULIN THƯỜNG KHÔNG ĐÁP ỨNG VỚI CORTICOIDE, PHẢI ĐIỀU TRỊ VỚI DIAZOXIDE HAY SOMATOSTATIN NGOÀI RA CÒN CÓ THỂ ĐIỀU TRỊ VỚI EPINEPHRIN (CƠ CHẾ TƯƠNG TỰ GLUCAGON NHƯNG TÁC DỤNG YẾU HƠN), HORMON TĂNG TRƯỞNG, THUỐC ỨC CHẾ CANXI.
- KHI ĐÃ CHO ĂN, KIỂM TRA ĐH SAU ĂN 1 GIỜ
- ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU: TÙY NGUYÊN NHÂN:  
CƯỜNG INSULIN DO U ẢO LANGERHANS CỦA TUY → PHẪU THUẬT

### 5. DỰ PHÒNG

KIỂM TRA ĐƯỜNG HUYẾT TẤT CẢ NHỮNG SƠ SINH CÓ NGUY CƠ NHƯ NON THÁNG, CHẬM PHÁT TRIỂN TRONG TỬ CUNG, CON TO, MẸ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, NGẠT, STRESS CHU SINH, NHIỄM TRÙNG...

VẤN ĐỀ	MỨC ĐỘ CHỨNG CỨ
HẠ ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH. CHƯA CÓ ĐỦ CHỨNG CỨ VỀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA HẠ ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH VÀ SỰ PHÁT TRIỂN TÂM THẦN VẬN ĐỘNG CỦA TRẺ SAU NÀY.	I PEDIATRICS. 2006 JUN;117(6):2231-43

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**

**SƠ SINH NON THÁNG**

**NGUYỄN THANH THIÊN**

**1. ĐỊNH NGHĨA:** TRẺ SƠ SINH ĐƯỢC GỌI LÀ SƠ SINH NON THÁNG KHI CÓ TUỔI THAI < 37 TUẦN (THEO KINH CHÓT)

**2. CHẨN ĐOÁN:** DỰA VÀO

**2.1. HỒI BỆNH SỬ:** NGÀY KINH CHÓT, KẾT QUẢ SIÊU ÂM TRONG 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ.

**2.2. KHÁM LÂM SÀNG:** CÁC DẤU HIỆU

- SUY HÔ HẤP DO BỆNH MÀNG TRONG HOẶC CƠN NGỪNG THỞ.
- DA MỎNG, HỒNG, NHÌN THẤU CÁC MẠCH MÁU DƯỚI DA HOẶC DA NHIỀU NẾP NHĂN, NHIỀU LÔNG TƠ, NẾP NHĂN LÔNG BÀN CHÂN ÍT.
- SỤN VÀNH TAI MỀM, KÉM ĐÀN HÒI.
- CƠ QUAN SINH DỤC: ÂM VẬT TO, MÔI LỚN KHÔNG CHE KÍN MÔI NHỎ Ở TRẺ GÁI HOẶC BÌU NHỎ, ÍT NẾP NHĂN, TINH HOÀN CHƯA XUỐNG BÌU Ở TRẺ TRAI.
- TRẺ KHÓC YẾU, CƯỜNG CƠ, CỬ ĐỘNG KÉM, PHẦN XẠ BÚ NUỐT KÉM, KHÔNG ĐỒNG BỘ
- HOẶC SỬ DỤNG THANG ĐIỂM BALLARD MỚI.

**3. CÁC VẤN ĐỀ THƯỜNG GẶP CỦA TRẺ SƠ SINH NON THÁNG:**

1. HẠ THÂN NHIỆT.
2. HẠ ĐƯỜNG HUYẾT.
3. SUY HÔ HẤP DO THIẾU HỤT SURFACTANT.
4. CƠN NGỪNG THỞ.

**4. XỬ TRÍ**

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

**4.1. KIỂM SOÁT THÂN NHIỆT:** Ủ ẤM, NẤM LÔNG ẤP HOẶC WARMER, NHẪM GIỮ THÂN NHIỆT TRẺ 36,5 – 37°C. ĐỐI VỚI NHỮNG TRƯỜNG HỢP TRẺ CẦN CÂN THIỆP CÁC THỦ THUẬT NHƯ ĐẶT NKQ ĐỂ BƠM SURFACTANT, ĐẶT CATHETER TÍNH MẠCH RỒN ... NÊN ƯU TIÊN SỬ DỤNG WARMER.

**4.2. HỖ TRỢ HÔ HẤP**

- NẾU TRẺ CÓ BIỂU HIỆN SUY HÔ HẤP NHƯ TÍM TÁI, THỞ RÊN, THỞ NHANH, THỞ CƠ LỖM NGỰC, CƠN NGỪNG THỞ ... SẼ ĐƯỢC HỖ TRỢ HÔ HẤP BẰNG NCPAP VỚI ÁP LỰC 4 – 6 CMH<sub>2</sub>O.
- NẾU THẤT BẠI VỚI NCPAP SẼ ĐƯỢC ĐẶT NKQ VÀ THỞ MÁY.
- SỬ DỤNG SURFACTANT KHI CÓ CHỈ ĐỊNH.
  - + CHỈ ĐỊNH SỬ DỤNG SURFACTANT: KHI TRẺ SƠ SINH NON THÁNG CÓ SUY HÔ HẤP TRÊN LÂM SÀNG, X QUANG PHỔI CÓ HÌNH ẢNH BỆNH MÀNG TRONG TỬ ĐỘ 2 TRỞ LÊN VÀ CẦN HỖ TRỢ HÔ HẤP VỚI FIO<sub>2</sub> > 40% ĐỂ DUY TRÌ SPO<sub>2</sub> > 90%
- CƠN NGỪNG THỞ: SỬ DỤNG CAFFEINE CITRATE TIÊM TÍNH MẠCH, LIỀU TÂN CÔNG 20 MG/KG, DUY TRÌ 5 MG/KG/NGÀY. NGOÀI RA CÓ THỂ DÙNG PHƯƠNG PHÁP KÍCH THÍCH VẬT LÝ NHƯ ĐẶT BRASSARD NHỎ (DÙNG ĐO HUYẾT ÁP) DƯỚI LƯNG TRẺ VÀ BƠM TỰ ĐỘNG BẰNG MÁY MỖI 10 – 15 PHÚT.

**4.3. DINH DƯỠNG:** TRẺ SƠ SINH NON THÁNG NHẸ CẦN CẦN ĐƯỢC DINH DƯỠNG TÍCH CỰC ĐỂ NHANH CHÓNG ĐẠT ĐƯỢC NĂNG LƯỢNG 120 – 140 KCAL/KG/NGÀY

- DINH DƯỠNG ĐƯỜNG TÍNH MẠCH: ĐỐI VỚI CÁC TRẺ CỰC NHẸ CÂN, TRẺ CÓ BỆNH LÝ NGOẠI KHOA ĐƯỜNG TIÊU HÓA HOẶC TRẺ BỆNH LÝ NỘI KHOA GIAI ĐOẠN NẶNG (XEM THÊM BÀI “NUÔI ẨM TÍNH MẠCH SƠ SINH”)
- NHU CẦU DỊCH: 70 – 80 ML/KG/NGÀY ĐẦU, TĂNG DẦN MỖI NGÀY ĐỂ ĐẠT KHOẢNG 150 ML/KG/NGÀY. NHU CẦU DỊCH SẼ TĂNG ĐỐI VỚI TRẺ CẦN CHIẾU ĐÈN, THỞ MÁY... THEO DÕI CÂN NẶNG, LƯỢNG XUẤT NHẬP VÀ CÂN BẰNG DỊCH MỖI NGÀY ĐỂ ĐIỀU CHỈNH LƯỢNG DỊCH CHO PHÙ HỢP.
- AMINO ACID: NÊN CHO TRONG NGÀY ĐẦU TIÊN SAU SINH, KHỞI ĐẦU 0,5 G/KG/NGÀY, TĂNG DẦN MỖI NGÀY ĐỂ ĐẠT KHOẢNG 2,5 – 3,5 G/KG/NGÀY.

#### PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

- LIPID: NÊN DÙNG LOẠI LIPOFUNDIN 20%, CÓ THỂ CHO TRONG NGÀY ĐẦU TIÊN SAU SINH, KHỐI ĐẦU 0,5 G/KG/NGÀY, TĂNG DẦN MỖI NGÀY ĐỂ ĐẠT KHOẢNG 2 – 3 G/KG/NGÀY.
- GLUCOSE: THƯỜNG PHA DỊCH TRUYỀN CÓ NỒNG ĐỘ GLUCOSE 10%, DUY TRÌ ĐƯỜNG HUYẾT  $\geq 50$  MG/DL.
- KIỂM TRA DEXTROSTIX ÍT NHẤT MỖI NGÀY HOẶC MỖI 4 – 6 GIỜ NẾU CÓ RỐI LOẠN. NẾU CÓ HẠ ĐƯỜNG HUYẾT, DÙNG GLUCOSE 10% 2 ML/KG TIÊM TĨNH MẠCH, SAU ĐÓ TRUYỀN TĨNH MẠCH VỚI TỐC ĐỘ ĐƯỜNG 6 – 8 MG/KG/PHÚT. TRÁNH DÙNG GLUCOSE NỒNG ĐỘ QUÁ CAO (>10%) TIÊM MẠCH NHANH VÌ ÁP LỰC THÂM THẤU CAO, NGUY CƠ XUẤT HUYẾT NÃO.
- CHÚ Ý ĐIỆN GIẢI NATRI, KALI, CANXI VÀ CÁC YẾU TỐ VI LƯỢNG.
- DINH DƯỠNG QUA ĐƯỜNG TIÊU HÓA: NẾU TRẺ KHÔNG CÓ CHỐNG CHỈ ĐỊNH NUÔI ĂN QUA ĐƯỜNG TIÊU HÓA (BỆNH LÝ NGOẠI KHOA ĐƯỜNG TIÊU HÓA, BỆNH LÝ NỘI KHOA GIAI ĐOẠN NẶNG ...).
- THƯỜNG KHỞI ĐẦU VỚI NƯỚC CÁT HOẶC GLUCOSE 5%, KHOẢNG 2 – 3 ML/KG/CỮ, BƠM CHẬM QUA ống THÔNG DẠ DÀY, KHOẢNG 4 – 6 CỮ/NGÀY.
- KIỂM TRA DỊCH DẠ DÀY DƯ Ở MỖI CỮ SAU. NẾU DỊCH DẠ DÀY DƯ HOẶC Ứ ĐỘNG, TRẺ TIẾP TỤC NHIN. NẾU TRẺ TIÊU HÓA TỐT, CHUYỂN QUA BƠM SỮA, TỐT NHẤT LÀ DÙNG SỮA MẸ, NẾU KHÔNG CÓ SỮA MẸ, CÓ THỂ DÙNG SỮA CÔNG THỨC DÀNH CHO TRẺ NON THÁNG.
- CÓ THỂ PHA LOÃNG SỮA VỚI NƯỚC CÁT TỈ LỆ 1/4 - 3/4 TRONG NHỮNG NGÀY ĐẦU.
- CHỐNG TRÀO NGƯỢC VỚI SIRO PRIMPERAN (0,5 MG/KG/NGÀY) HOẶC DOMPERIDONE.
- TĂNG DẦN LƯỢNG SỮA VÀ CÁC CỮ SỮA, GIẢM DẦN DỊCH TRUYỀN TĨNH MẠCH TÙY THEO TÌNH TRẠNG LÂM SÀNG.
- BỔ SUNG THÊM VITAMIN ĐƯỜNG UỐNG.
- TẬP CHO TRẺ BÚ KHI TRẺ  $\geq 34$  TUẦN TUỔI THAI.

#### 4.4. CÁC ĐIỀU TRỊ KHÁC

#### BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- VÀNG DA (XEM BÀI “VÀNG DA SƠ SINH”): CHIỀU ĐÈN DỰ PHÒNG ĐỐI VỚI TẤT CẢ TRẺ CỰC NHẹ CÂN < 1000 GRAM
- NHIỄM TRÙNG: DÙNG KHÁNG SINH PHÙ HỢP (XEM BÀI “NHIỄM TRÙNG SƠ SINH”)

VẤN ĐỀ	MỨC ĐỘ CHỨNG CỨ
SƠ SINH NON THÁNG DOPAMIN HIỆU QUẢ HƠN DOPUTAMIN TRONG ĐIỀU TRỊ SỐC TRÊN TRẺ SƠ SINH NON THÁNG TRONG GIAI ĐOẠN NGẮN.	I COCHRANE DATABASE SYST REV. 2003;(3):CD001242



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

**BẤT ĐỒNG NHÓM MÁU MẸ CON**

**PHẠM BÍCH CHI  
VĨ CÔNG ĐỒNG**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

- BẤT ĐỒNG NHÓM MÁU MẸ CON GÂY THIẾU MÁU HUYẾT TÁN VÀNG DA SƠ SINH. THƯỜNG GẶP BẤT ĐỒNG NHÓM MÁU HỆ ABO, RHÉSUS (RH) VÀ MỘT SỐ NHÓM NHỎ NHƯ KELL, C, E.
- **BẤT ĐỒNG NHÓM MÁU HỆ ABO** LÀ TÌNH TRẠNG TÁN HUYẾT ĐỒNG MIỄN DỊCH GÂY NÊN, KHI CÓ BẤT ĐỒNG NHÓM MÁU HỆ ABO GIỮA BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH, THƯỜNG GẶP KHI TRẺ CÓ NHÓM MÁU KHÁC O (A HOẶC B) MÀ MẸ CÓ NHÓM O. TRONG TRƯỜNG HỢP NÀY, ĐỒNG KHÁNG THỂ CỦA NHÓM O CỦA MẸ CHIẾM ƯU THẾ LÀ 7S(IGG) XUYẾN QUA NHAU THAI GÂY RA HUYẾT TÁN TRONG TỬ CUNG. TỶ LỆ BẤT ĐỒNG NHÓM MÁU ABO GIỮA MẸ VÀ CON KHOẢNG 10 - 15%. NHƯNG TEST DE COOMBS GIÁN TIẾP DƯƠNG TÍNH HOẶC TRỰC TIẾP DƯƠNG TÍNH YẾU HAY TRUNG BÌNH CHỈ CHIẾM 1/3 VÀ TRƯỜNG HỢP TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG RÕ RỆT CỦA HUYẾT TÁN CHỈ KHOẢNG 1/10 TRƯỜNG HỢP.
- **BẤT ĐỒNG HỆ (RH):** MẸ RH(-) CON RH(+), HIẾM GẶP Ở VIỆT NAM, TEST DE COOMBS TRỰC TIẾP DƯƠNG TÍNH.

**2. LÂM SÀNG**

- HỒI TIỀN SỬ VÀNG DA ANH CHỊ CỦA TRẺ.
- THỜI GIAN XUẤT HIỆN VÀ PHÁT HIỆN VÀNG DA.
- ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ VÀNG DA LÂM SÀNG.
- ĐÁNH GIÁ THIẾU MÁU (LÔNG BÀN TAY, GÓT CHÂN,...).
- ĐÁNH GIÁ ẢNH HƯỞNG CỦA THIẾU MÁU VÀ VÀNG DA: BÚ KÉM, BỎ BÚ, KÉM HOẠT ĐỘNG, GIẢM HAY TĂNG TRƯỞNG LỰC CƠ, LỢ MỜ, CO GIẬT, THÓP PHÒNG.
- CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT VÀNG DA TẮC MẶT: THỜI GIAN XUẤT HIỆN VÀNG DA, MÀU DA, PHÂN, NƯỚC TIỂU, GAN LÁCH, XUẤT HUYẾT.
- VÀNG DA DO BẤT ĐỒNG NHÓM MÁU MẸ CON THƯỜNG XUẤT HIỆN SỚM TRƯỚC 3 NGÀY SAU SINH.

**3. XÉT NGHIỆM CẦN THIẾT**

- CÔNG THỨC MÁU, HCT, HB, HỒNG CẦU LƯỚI.
- BILIRUBINE MÁU/3 GIỜ.
- PHẾT MÁU NGOẠI BIÊN, HÌNH DẠNG HỒNG CẦU.
- NHÓM MÁU MẸ CON.
- TEST DE COOMBS.
- CÁC XÉT NGHIỆM KHÁC NẾU CẦN ĐỂ LOẠI TRỪ THIẾU MEN G6PD, PYRUVATE KINASE, NHIỄM TRÙNG.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1. MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ**

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

- NGĂN SỰ GIA TĂNG BILIRUBINE GIÁN TIẾP TRONG MÁU GÂY NGỘ ĐỘC THẦN KINH, DO ĐÓ NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ LÀ:
  - + CHUYỂN ĐỔI BILIRUBINE GIÁN TIẾP QUA DẠNG ĐỒNG PHẦN KHÔNG ĐỘC HAY TRỞ THÀNH TRỰC TIẾP.
  - + LẤY TRỰC TIẾP KHÁNG THỂ VÀ BILIRUBINE GIÁN TIẾP CAO VÀ THAY BẰNG MÁU CÓ BILIRUBINE GIÁN TIẾP BÌNH THƯỜNG VÀ KHÔNG CÓ KHÁNG THỂ.
  - + ĐIỀU TRỊ ĐỒNG THỜI CÁC NGUYÊN NHÂN KHÁC GÂY VÀNG DA.

**4.2. ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU**

**4.2.1. CHIẾU ĐÈN** (XEM BÀI VÀNG DA TĂNG BILIRUBINE GIÁN TIẾP).

**4.2.2. THAY MÁU**

A) **CHỈ ĐỊNH:**

- KHI LÂM SÀNG CÓ VÀNG DA BẤT ĐỒNG NHÓM MÁU NẶNG (VÀNG DA SẠM LÔNG BÀN TAY, CHÂN, CÓ DẤU HIỆU BÚ KÉM, BỎ BÚ, THẦN KINH), ĐE DỌA VÀNG DA NHÂN VÀ LƯỢNG BILIRUBINE MÁU TĂNG  $\geq 1/100$  TRỌNG LƯỢNG CƠ THỂ TÍNH BẰNG GRAM HOẶC  $\geq 25$  MG% HOẶC BILIRUBINE GIÁN TIẾP  $> 20$  MG% Ở TRẺ  $> 2.000$ G HAY  $> 10$  MG% Ở TRẺ  $< 1.000$ G.
- **LƯU Ý:** ĐỐI VỚI TRẺ SINH NON, NỒNG ĐỘ BILIRUBINE GIÁN TIẾP TRONG MÁU NÊN ĐƯỢC GIỮ Ở DƯỚI MỨC THEO BẢNG SAU:

CÂN NẶNG LÚC SINH (G)	KHÔNG BIẾN CHỨNG (MG%)	* CÓ BIẾN CHỨNG (MG%)
< 1.000	12 - 13	10 - 12
1.000 - 1.250	12 - 14	10 - 12
1.251 - 1.499	14 - 16	12 - 14
1.500 - 1.999	16 - 20	15 - 17
2.000 - 2.500	20 - 22	18 - 20

\* CÓ BIẾN CHỨNG: NGẠT LÚC SINH, TOAN MÁU, THIẾU OXY, HẠ THẦN NHIỆT, GIẢM ALBUMIN MÁU, VIÊM MÀNG NÃO, HUYẾT TÁN, HẠ ĐƯỜNG MÁU, TRIỆU CHỨNG VÀNG DA NHÂN.

B) **KỸ THUẬT:**

- **CHỌN MÁU ĐỂ THAY:**

- + **BẤT ĐỒNG RH:** CHỌN RH(-) NHƯ MẸ, NẾU KHÔNG CÓ, CÓ THỂ DÙNG RH(+). CÓ KHI PHẢI THAY 2 - 3 LẦN VÀ THEO DÕI KỸ TRIỆU CHỨNG TÁN HUYẾT, HCT, HB, HỒNG CẦU LƯỚI VÀ NHẤT LÀ BILIRUBINE MỖI 3 GIỜ.
- + **BẤT ĐỒNG ABO:** DÙNG HỒNG CẦU RỪA ABO GIỐNG MẸ PHA VỚI HUYẾT TƯƠNG CÙNG NHÓM MÁU CON HAY PHA VỚI NƯỚC MUỐI SINH LÝ (NATRI CLORUA 0,9%) TỶ LỆ 1/2 (1 HỒNG CẦU/2 HUYẾT TƯƠNG). HOẶC MÁU TƯƠI/NHÓM O CÓ NỒNG ĐỘ KHÁNG THỂ KHÁNG A VÀ B THẤP. HOẶC CHỌN MÁU THEO BẢNG SAU ĐÂY:

### PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008

#### CHỌN MÁU ĐỂ THAY TRONG BẤT ĐỒNG NHÓM MÁU ABO MẸ CON

NHÓM MÁU CON	NHÓM MÁU MẸ	NHÓM MÁU CHỌN
O	BẤT KỲ (O,A,B,AB)	O
A	A-AB	A-O
A	O-B	
B	B-AB	B-O
B	O-A	
AB	AB	BẤT KỲ (O,A,B,AB)
AB	O,A,B	O

- + SỐ LƯỢNG MÁU THAY 160 - 200 ML/KG (GẤP ĐÔI SỐ LƯỢNG MÁU CỦA TRẺ), SẼ THAY THẾ 86 - 90% DUNG TÍCH MÁU TUẦN HOÀN CỦA TRẺ, TUY NHIÊN NỒNG ĐỘ BILIRUBINE CHỈ GIẢM 45 - 55%.
- + NGUYÊN TẮC: VÔ TRÙNG TUYỆT ĐỐI, BẢO ĐẢM THÂN NHIỆT (LÔNG ẤP, Ủ ẤM), BẢO ĐẢM TUẦN HOÀN HỒ HẤP, HÚT DỊCH DẠ DÀY, KIỂM TRA KỸ MÁU, NGÂM ẤM BỊCH MÁU, CHO THUỐC AN THÂN (PHENOBARBITAL 3 MG/KG TIÊM BẬP) NẾU TRẺ NHỎ BỊ KÍCH THÍCH.
- KỸ THUẬT:
  - + THEO DÕI TIM PHỔI QUA MÀN HÌNH TRONG SUỐT QUÁ TRÌNH THAY MÁU VÀ SAU ĐÓ.
  - + ĐẶT CATHETER TÍNH MẠCH RÕN (NẾU TRẺ > 7 NGÀY TUỔI: TÍNH MẠCH RÕN ĐÃ TẮC, CÓ THỂ DÙNG TÍNH MẠCH BÊN).
  - + LẤY MÁU XÉT NGHIỆM: NHÓM MÁU, PHẦN ỨNG CHÉO, BILIRUBINE MÁU ...
  - + BƠM MỖI LẦN 10 ML, RÚT RA 10 ML, TỐC ĐỘ VÀO VÀ RA 3 - 5 ML/PHÚT (PHƯƠNG PHÁP PULL-PUSH).
  - + 100 ML MÁU THAY CHO VÀO 1 ML CALCI GLUCONATE 10%.
  - + SAU BƠM CALCI, CHO THÊM 5 ML MÀ KHÔNG RÚT RA, CUỐI CÙNG THÊM 20 ML SAU THAY MÁU ĐỂ BÙ MÁU RÚT RA DO XÉT NGHIỆM.
  - + LẤY MÁU XÉT NGHIỆM SAU THAY MÁU: BILIRUBINE, HCT, HB, ION ĐỒ ...
  - + SAU THAY MÁU CÓ THỂ DÙNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG (CEPHALOSPORINE THẾ HỆ 3).
  - + LƯU CATHETER RÕN 24 - 48 GIỜ NẾU CẦN ĐỂ THAY MÁU LẦN 2.
  - + BĂNG ÉP RÕN, ÍT KHI CẦN KHÂU.
- THEO DÕI SAU THAY MÁU:
  - + DẤU HIỆU SINH TỒN, MÀU DA, THÂN KINH, NƯỚC TIỂU.
  - + TẠM NGỪNG ĂN 1 - 2 CỬ SAU THAY MÁU.
  - + KIỂM TRA NỒNG ĐỘ BILIRUBINE MÁU.
  - + KIỂM TRA HUYẾT TÁN NẾU CÓ: HCT, HB, HỒNG CẦU LƯỠI, G6PD.
  - + ĐIỀU CHỈNH RỐI LOẠN NƯỚC ĐIỆN GIẢI.

### BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

- + CÓ THỂ PHỐI HỢP RỌI ĐÈN.
- + KIỂM TRA SAU XUẤT VIỆN ĐỂ PHÁT HIỆN DI CHỨNG.
- CÁC TAI BIẾN TRONG VÀ SAU KHI TRUYỀN THAY MÁU:
  - + SỐC, RỐI LOẠN NHỊP TIM, NGỪNG TIM: DO TRẺ QUÁ YẾU HOẶC BƠM QUÁ NHANH GÂY Ứ MÁU Ở GAN VÀ TIM PHẢI.
  - + SỐC DO HẠ THÂN NHIỆT.
  - + TẮC MẠCH DO KHÍ.
  - + NHIỄM TRÙNG HUYẾT, NHIỄM SIÊU VI HUYẾT (THƯỜNG PHÁT HIỆN MUỘN).
  - + HUYẾT TÁN DO TRUYỀN MÁU BẤT ĐỒNG HAY THIẾU MEN G6PD (PHÁT HIỆN MUỘN SAU TRUYỀN MÁU).

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**

**NUÔI ĂN TÍNH MẠCH TOÀN PHẦN  
TRẺ SƠ SINH**

**HOÀNG NGUYỄN LỘC**

**1. MỤC ĐÍCH**

NHẪM CUNG CẤP NĂNG LƯỢNG VÀ AMINO ACIDS CHO TRẺ ĐỂ NGĂN NGỪA TÌNH TRẠNG CÂN BẰNG NĂNG LƯỢNG ÂM.

**2. CHỈ ĐỊNH**

- TRẺ CNLS < 1.500G TRONG ĐÓ TRẺ TỪ 1.000G TRỞ LÊN THƯỜNG CÓ THỂ KẾT HỢP ĂN DƯỠNG MIỆNG CHẬM CHẬM.
- TRẺ TỪ 1.500-1.800G PHẢI NHỊN ĂN TRÊN 3 NGÀY.
- TRẺ >1.800G PHẢI NHỊN ĂN TRÊN 5 NGÀY

**3. SỐ LIỆU THAM KHẢO**

	NGAY 0	NGAY 1	N2-N14	≥15N	
DỊCH NHẬP	80	90-100	100-160	160-180	+10 ML/KG NẾU CHIẾU ĐÈN
ĐƯỜNG(G/KG/NGÀY)	6-8	7-9	10-20	20	TĂNG 1-2G/KG/NG TÙY THEO DEXTROSTIX
ĐẠM (G/KG/NGÀY)	1	1	1-3	3	+0.5G/KG/NG
LIPID (G/KG/NGÀY)	0	0	0.5-3	3	+0.5G/KG/NG
NA(MEQ/KG/NGÀY)	0	1-2	2-5	2-6	
K(MEQ/KG/NGÀY)	0	1	1-2	2	
CA(MG/KG/NGÀY)	40	40	40-50	60	
P(MG/KG/NGÀY)	0	20	20-30	40	TỶ LỆ CA/P=1.5-1.7
MG(MG/KG/NGÀY)	0	0	10	15	
YẾU TỐ VI LƯỢNG (ML/KG)	0	0	1	1	
HEPARIN(UI/ML)	1UI/ML	1UI/ML	1UI/ML	1UI/ML	SỬ DỤNG CHO TMTƯ
CARNITINE	0	0	10MG/KG	10MG/KG/NGÀY	TRẺ NON THÁNG
VITD				4000U/TUẦN	
VIT K1				1MG/KG/TUẦN	

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

VIT E	0	0	0	20MG/TUẦN	
NĂNG LƯỢNG (KCAL/KG/NG)			80-90	125-140	

**4. GHI CHÚ**

**4.1. DỊCH NHẬP**

- TĂNG ĐỂ ĐẠT 150ML/KG VÀO N 7.
- ĐIỀU CHỈNH TÙY THEO TĂNG CÂN, HAY BỆNH LÝ CỦA TRẺ.
- GIÁM: NẾU CÒN ỔNG ĐỘNG MẠCH, BỆNH LÝ HỒ HẤP NẶNG.
- CÂN TRẺ MỖI NGÀY ĐỂ CHỈNH DỊCH NHẬP.
- TRẺ CỰC NON: 170-190ML/KG/NGÀY
- TÍNH LUÔN CA NHỮNG DỊCH KHÁC (KHÁNG SINH...), KHÔNG TÍNH DỊCH BÙ CHỐNG SỐC

**4.2. ĐƯỜNG**

- NỒNG ĐỘ ĐƯỜNG: <12.5% Ở ĐƯỜNG TRUYỀN NGOẠI BIÊN, CÓ THỂ ĐẠT 25% CHO ĐƯỜNG TRUYỀN TRUNG ƯƠNG.
- TỐC ĐỘ TRUYỀN ĐƯỜNG TỐI ĐA 11-14MG/KG/PHÚT (<20G/KG/NGÀY)
- CÁC DẤU HIỆU KHỔNG DUNG NẠP ĐƯỜNG: TĂNG ĐƯỜNG HUYẾT VÀ ĐƯỜNG NIỆU (+).

**4.3. ĐẠM**

- ĐẠM PHẢI ĐƯỢC CHO TRONG VÒNG 24GIỜ SAU SANH.
- KHỞI ĐẦU 0.5G/KG/NGÀY. TĂNG 0.5G/KG MỖI NGÀY.
- ĐẠT 3G/KG/NGÀY(TRẺ CÓ CNLS>1500G), VÀ 3.5G/KG/NGÀY (TRẺ CNLS<1500G)

**4.4. LIPID**

- LIPOFUNDIN 20% TRUYỀN TRONG 20GIỜ.
- BẮT ĐẦU CHO VÀO N2: 0.5G/KG/NGÀY.
- TĂNG 0.5G/KG/NGÀY ĐỂ ĐẠT ĐẾN 3G/KG/NGÀY.
- LIPID ĐƯỢC TRUYỀN RIÊNG, KHÔNG PHA VỚI CÁC DUNG DỊCH KHÁC.
- VITD, E, K1 CÓ THỂ PHA TRONG LIPID.

**4.5. NĂNG LƯỢNG**

1G ĐƯỜNG= 4KCAL  
 1G ĐẠM= 4KCAL  
 1G LIPID= 9KCAL

**4.6. THEO DÕI**

- NHU CẦU ĐƯỜNG: DEXTROSTIX MỖI NGÀY, NẾU ỔN: 2LẦN/TUẦN; KIỂM TRA ĐƯỜNG NIỆU.
- NƯỚC ĐIỆN GIẢI: CÂN TǼ, CÂN TRẺ MỖI NGÀY, ION ĐÒ/NƯỚC TIỂU: NA NIỆU.
- BILAN NHIỄM TRÙNG/TUẦN.

VẤN ĐỀ	MỨC ĐỘ CHỨNG CỨ
NUÔI ĂN TÍNH MẠCH TOÀN PHẦN TRẺ SƠ SINH.	II

**PHÁC ĐƠN ĐIỀU TRỊ NHI KHOA-2008**

BỔ SUNG ARGININ (1.5 MMOL/KG /NGÀY) SẼ LÀM GIẢM TẦN SUẤT VIÊM RUỘT HOẠI TỬ Ở TẤT CẢ CÁC GIAI ĐOẠN.	<b>J PEDIATR 2002 APR;140(4):425-31.</b>
--	--

**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

---