**BỘ CÂU HỎI ÔN THI NHI LÂM SÀNG**

**SƠ SINH**

|  |
| --- |
| *“One day you’ll leave this world behind*  *So live a life you will remember”*  Avicii |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# A. Nội dung

*Dưới đây chỉ là những kinh nghiệm lâm sàng nên mang nhiều tính chất tham khảo.*

**1. Phân biệt nhiễm trùng sơ sinh sớm và nhiễm trùng sơ sinh muộn (mắc phải).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | NTSS sớm (<72h) | NTSS muộn (>72h) |
| Biến chứng khi sinh | Thường có | Hầu như không |
| Đường lây | Từ mẹ sang (đường máu, nhau thai, tiếp xúc đườg sinh dục) | Mắc phải từ môi trường sau sinh |
| Triệu chứng lâm sàng | Khởi phát đột ngột, nhiều cơ quan liên quan, viêm phổi thường gặp | Amm ỉ hoặc cấp tính, nhiễm trùng tại chỗ, viêm màng não mủ thường gặp |
| Tỷ lệ tử vong | 5-20% | 5% |

**2. Kể tên các tác nhân gây nhiễm tùng sơ sinh (NTSS) sớm hay gặp nhất?**

- Liên cầu khuẩn nhóm B, hay kí sinh ở âm đạo.

- E. coli.

- Listeria monocytogenes.

- Lưu ý: Các tác nhân gây NTSS muộn gần giống với các tác nhân gây nhiễm trùng bệnh viện.

**3. Mẹ bị thủy đậu, ở 1 thai 8 tuần và 1 thai trước sinh 3 ngày khác gì nhau?**

- Nếu mẹ bị thủy đậu, ở thai 8 tuần dễ gây sảy thai, thai lưu, và hay gặp hơn là các dị tật bẩm sinh.

- Còn mẹ bị thủy đậu, ở thai trước sinh 3 ngày, thì con sinh ra có thể bị thủy đậu, và có thể kèm theo Zona (tùy thuộc vào lượng kháng thể).

**4. Các yếu tố tham gia bảo vệ thai nhi trước sinh?**

- Bánh nhau: Quan trọng nhất là hàng rào nhau thai (bình thường hàng rào này chỉ có IgG đi qua được).

- Máu con: Chứa bạch cầu, v.v

- Da của thai nhi: Nếu chưa có tổn thương, thì da thai nhi bảo vệ rất tốt.

- Nước ối, màng ối: Bình thường màng ối có 2 lớp.

- Ngoài ra còn có các yếu tố khác. Lưu ý khi ối vỡ, các yếu tố gây nhiễm trùng từ đường dưới có thể từ đường tiểu, đường âm đạo và từ hậu môn.

**5. Các hình thái lâm sàng của NTSS?**

- Các dạng lâm sàng bao gồm:

+ Nhiễm trùng huyết

+ Viêm màng não mủ

+ Khu trú: Viêm phổi, nhiễm trùng đường tiểu, viêm ruột hoại tử.

+ Tại chỗ: Nhiễm trùng da – nhiễm trùng rốn.

- Cần chẩn đoán phân biệt với:

+ BN hô hấp: Thở nhanh thoáng qua, hít phân su, bệnh TBS.

+ BN thần kinh: Xuất huyết não, rối loạn chức năng, thuốc.

+ BN tiêu hóa: Thủng ruột, tắc ruột.

**6. Công thức để chẩn đoán NTSS là gì?**

Chẩn đoán = Yếu tố nguy cơ + Lâm sàng + Cận lâm sàng.

**7. Các yếu tố nguy cơ của NTSS sớm?**

a. Các yếu tố nguy cơ chính.

- Nhiễm trùng ối

- Mẹ sốt >= 38oC trước, trong và 3 ngày kể từ khi chuyển dạ.

- Đẻ non tự nhiên =< 35 tuần thai.

- Ối vỡ tự nhiên < 37 tuần thai.

- Thời gian vỡ ối >= 18 giờ.

- Một trong 2 trẻ sinh đôi bị NTSS sớm do vi khuẩn.

- Mẹ ký sinh liên cầu khuẩn nhóm B trong âm đạo.

Kết luận: Cần cho kháng sinh ngay dù khóc to, hồng hào sau sinh.

b. Các yếu tố nguy cơ phụ.

- Thời gian vỡ ối từ 12 đến < 18h.

- Nhiễm trùng đường tiểu đã được điều trị hoặc điều trị không rõ.

- Đẻ non tự nhiên > 35 tuần.

- Ối vỡ tự nhiên > 37 tuần thai.

Kết luận: Không cần cho kháng sinh ngay, theo dõi sát 4 triệu chứng của biểu hiện lâm sàng sớm trong 24-72h.

**8. Các triệu chứng lâm sàng của NTSS sớm do vi khuẩn?**

Có 8 triệu chứng:

a. Triệu chứng toàn thân

b. Triệu chứng thần kinh

- Tăng/giảm trương lực cơ

- Dễ kích thích

- Mắt có các cử động bất thường

- Co giật

- Run cơ

- Thóp phồng

- Giảm phản xạ

- Li bì/hôn mê

c. Triệu chứng tim mạch

- Da tái, tím và nổi bông

- Thời gian phục hồi màu da > 3s

- Nhịp tim =< 100 l/p hoặc >= 180 l/p

- Huyết áp tụt

d. Triệu chứng tiêu hóa.

- Nôn ói, bú kém hoặc bỏ bú.

- Dịch dạ dày dư > 1/3 thể tích cữ trước.

- Tiêu chảy.

- Chướng bụng.

e. Triệu chứng hô hấp:

- Tím, rên rỉ.

- Rối loạn nhịp thở.

- Thở nhanh, co kéo.

- Ngưng thở.

f. Triệu chứng huyết học.

- Xuất huyết nhiều nơi / tử ban

- Gan lách to

g. Triệu chứng da niêm

- Hồng ban

- Vàng da xuất hiện trong 24h đầu

- Nốt mủ

- Phù nề, cứng bì

h. Rối loạn thực thể

- Không tăng cân/sụt cân.

- Sốt/hạ thân nhiệt

**9. Làm sao biết dịch dạ dày dư > 1/3 thể tích trước?**

- Nếu trẻ có đặt sonde dạ dày thì theo dõi qua sonde dạ dày.

- Còn trẻ không đặt sonde thì 3 tiếng sau khi ăn (đáng lẽ lúc này trẻ đã tiêu hóa hết), nếu thấy trẻ nôn ra sữa còn lợn cợn chứng tỏ sữa chưa được hấp thu.

**10. Cận lâm sàng của NTSS sớm?**

a. Công thức máu: gợi ý nhiễm trùng khi:

- Bạch cầu > 25000/mm3 hoặc < 5000/mm3.

- Tiểu cầu < 150 000/mm3.

b. CRP:

- Giá trị CRP tăng có thể phát hiện từ 6-18h và đỉnh từ sau 8-60h khi bị viêm nhiễm. Nhưng không sử dụng đơn độc để chẩn đoán, đánh giá nguy cơ NTSS sớm.

c. Tăng Fibrin: > 3,8 g/l ngày thứ nhất và 4 g/l nếu sau ngày thứ nhất.

d. Dịch não tủy:

- Số lượng bạch cầu: >30/mm3.

- Glucose < ½ đường máu cùng lúc.

- Protein: 170 mg/dl.

**11. Tiếp cận 1 bệnh nhân nghi NTSS sớm?**

a. Lâm sàng nghi NT nặng hoặc có yếu tố nguy cơ:

- Công thức máu, CRP, cấy máu, kháng sinh > Công thức máu mỗi 24h x 2l, theo dõi lâm sàng nếu:

+ Lâm sàng bình thường và bilan NT (-) > Ngững kháng sinh.

+ Lâm sàng bất thường hoặc bilan NT (+) > Tiếp tục kháng sinh đủ liều.

b. Lâm sàng bất thường và yếu tố nguy cơ gợi ý có thể NT:

- Khám lâm sàng mỗi 12h, công thức máu, CRP mỗi 24h x 2l nếu:

+ Lâm sàng bất thường hoặc bilan NT (+) > Kháng sinh.

+ Lâm sàng bình thường và bilan NT (-) > Ngưng theo dõi.

**12. Lựa chọn kháng sinh ban đầu trong NTSS sớm?**

- Kháng sinh được lựa chọn nên có tác dụng với liên cầu B, E.coli và L.monocytogenes.

- Thường kết hợp: Ampicillin + aminoglycoside.

- Listeria và liên cầu B nhạy cảm với ampicillin, trong khi E.coli ít bị tác dụng.

- Trường hợp nghi ngờ viêm màng não mủ (VMNM) đặc biệt với vi khuẩn gram (-).

- Lưu ý: Kết hợp cephalosporin thế hệ 3 Cefotaxime. Kháng sinh thấm qua màng não tốt. Ampicillin được dùng liều cao hơn so với NT tại vị trí khác.

**13. Một số lưu ý của NTSS muộn?**

- Trên 72h tuổi

- Bao gồm 2 dạng:

+ Mắc phải trong cộng đồng

+ Lây nhiễm tại các cơ sở chăm sóc sơ sinh.

- Nhiễm trùng bệnh viện có thể được định nghĩa từ > 72h tuổi.

**14. Các biến chứng não của tăng bilirubin?**

- Chia thành 2 loại:

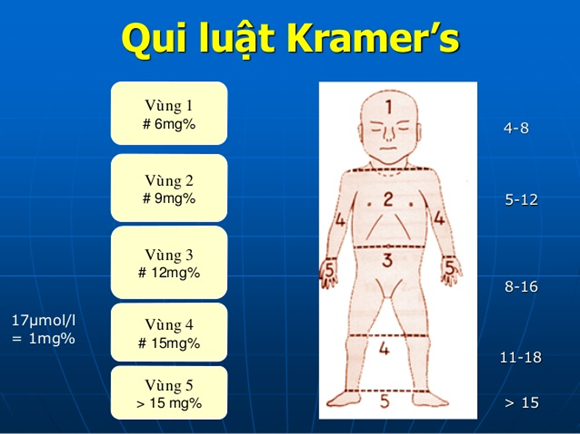
+ Bệnh não cấp tính do bilirubin (ABE) các biểu hiện lâm sàng cấp tính của BIND (bệnh não do bilirubin).

- Bệnh não mạn tính do bilirubin (CBE): Vàng da nhân (kernicterus) biểu hiện lâm sàng mạn/di chứng của BIND.

**15. Phân biệt vàng da do tăng bilirubin gián tiếp và trực tiếp ở trẻ sơ sinh?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Đặc điểm | Tăng bilirubin gián tiếp | Tăng bilirubin trực tiếp |
| Thời điểm xuất hiện | Sớm trong tuần đầu. | Muộn thường sau 2 tuần. |
| Màu sắc vàng da | Sáng, tươi, vàng nghệ. | Xạm, không tươi, vàng chanh. |
| Nước tiểu vàng đậm | Không. | Có |
| Màu phân | Vàng bình thường. | Nhạt màu |
| Gan, lách | Có thể to | To, chắc |

**16. Quy tắc Kramer?**



- Lưu ý: Khám lâm sàng đánh giá bilirubin máu không tin cậy.

**17. Tại sao cả người lớn và trẻ em đều có vỡ hồng cầu nhưng vàng da chỉ xảy ra ở trẻ em?**

- Do các nguyên nhân sau mà trẻ em có vàng da:

+ Thể tích hồng cầu lớn, Hb, Hct đều cao.

+ Đời sống hồng cầu ngắn: 80-90 ngày (trung bình 95 ngày) trong khi người lớn là 120 ngày.

+ UGT chưa trưởng thành: (7 ngày: 1%, 14 tuần # trưởng thành).

+ Bài tiết ở gan kém.

+ Tăng chu trình ruột gan (Thiếu vi khuẩn chí, pH kiềm, beta-Glucuronydase).

**18. Phân độ vàng da nặng (WHO 2007)**

|  |  |
| --- | --- |
| Tuổi | Vị trí vàng da |
| 1 ngày | Bất kỳ đâu |
| 2 ngày | Cánh tay, 2 cẳng chân |
| 3 ngày | Bàn tay và bàn chân |

**19. Một số lưu ý về bất đồng nhóm máu mẹ con hệ Rh và hệ ABO.**

a. Bất đồng nhóm máu mẹ con hệ Rh:

- Thường từ đứa con thứ 2 trở đi.

- Vàng da sớm vài giờ + thiếu máu rõ thì nghi ngờ cao nhất là bất đồng nhóm máu mẹ con hệ Rh.

- Nếu có chỉ định truyền máu cho con thì truyền hoặc:

+ Hồng cầu rửa O-

+ Huyết thanh AB- hoặc của con mà Rh-

b. Bất đồng nhóm máu mẹ con ABO:

- Có thể xuất hiện ngay từ đứa con đầu.

- Vàng da muộn (2-3 ngày) nhưng khi xuất hiện vàng da thì thường tiến triển rất nhanh.

- Hiếm khi có chỉ định truyền máu, nhưng nếu truyền thì hoặc:

+ Truyền hồng cầu rửa O

+ Huyết thanh AB hoặc huyết thanh A, B tùy nhóm máu con.

**20. Tại sao suy giáp lại gây vàng da?**

- Do gan cần hormon giáp để chuyển caroten thành vitamin A. Khi suy giáp lượng hormon giáp cung cấp không đủ dẫn đến vàng da do ứ đọng caroten.

**21. Đánh giá tuổi thai theo sản khoa và sơ sinh?**

a. Theo sản khoa:

- Ngày đầu kì kinh cuối

- Siêu âm quý đầu

- Bề cao tử cung

- Thai máy

- Ngày cấy phôi, ngày bơm tinh trùng, v.v.

b. Theo nhi khoa:

- Thang điểm New Ballard: Trẻ < 26 tuần tuổi thai: Tốt nhất < 24h tuổi là đánh giá. Còn trẻ ≥ 26 tuần, có thể đến 96h đầu tiên, sau 96h không còn chính xác. Nếu trẻ sinh ra bị ngạt, dùng thuốc an thần hoặc có bệnh lý thần kinh, đánh giá thanh điểm New Ballard có thể bị sai.

- Thang điểm Finstom.

c. Theo phản xạ nguyên thủy:

- Phản xạ tìm bắt vú:

+ Hình thành: 28 tuần tuổi thai.

+ Phát triển tốt: 32-34 tuần

+ Kết thúc: 3-4 tháng sau sinh

+ Cách khám: Dùng ngón tay kích thích với điểm giữa môi trên, điểm giữa môi dưới, hoặc 2 bên khóe miệng.

Trẻ có phản xạ quay đầu về phía bên bị kích thích, đồng thời mở miệng tìm bắt vú.

- Phản xạ bú

+ Hình thành: 28 tuần tuổi thai

+ Phát triển tốt: 32-34 tuần tuổi thai, đồng bộ từ tuần thứ 34, hoàn chỉnh từ tuần thứ 37

+ Mất đi: 12 tháng

+ Cách khám: Dùng ngón tay út sạch cho tiếp xúc môi dưới, lưỡi. Trẻ có phản xạ mở miệng, mút ngón tay và kéo ngón tay vào sâu.

- Phản xạ cầm nắm

+ Hình thành: 28 tuần thai

+ Phát triển tốt: 32 tuần thai

+ Mất đi sau 2 tháng tuổi.

+ Cách khám: Đưa ngón tay vào lòng bàn tay trẻ, trẻ có phản xạ tự động nắm tay lại và giữ chặt ngón tay bạn.

- Phản xạ Moro

+ Hình thành: 28-30 tuần

+ Phát triển tốt: Thai 37 tuần.

+ Mất đi khi trẻ được 3-6 tháng

+ Cách khám:

Bước 1: Giữ trẻ ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.

Bước 2: Sau đó đột ngột thả trẻ ngửa ra sau (dùng tay đỡ đầu trẻ ở điểm rơi 30 độ, tránh để đầu trẻ chạm xuống bề mặt có thể gây tổn thương).

Bước 3: Trẻ sẽ phản ứng qua 3 giai đoạn:

Giang rộng cánh tay, mở rộng, xòe bàn tay > Gập và co cẳng tay, hai cánh tay như ôm vật gì vào lòng > Có thể òa khóc.

Hoặc đập mạnh tay xuống bàn khám, trẻ phản ứng qua 3 giai đoạn như trên.

- Phản xạ bước đi tự động

+ Hình thành: thai 35-36 tuần.

+ Phát triển tốt: Thai lúc 37 tuần

+ Mất đi trẻ từ 3-4 tháng.

+ Cách khám: Giữ cho người trẻ thẳng, để bàn chân trẻ tiếp xúc với mặt phẳng cứng. Trẻ có phản xạ duỗi chân và nhấc chân lên vẻ như bước đi trên bề mặt.

- Phản xạ duỗi chéo

+ Hình thành: 28-30 tuần.

+ Thì 1 xuất hiện: 30-32 tuần

+ Thì 1 rõ, thì 2 xuất hiện: 34 tuần

+ Phản xạ hoàn chỉnh: 37 tuần.

+ Cách khám: Trẻ nằm ngửa thoải mái. Một tay người khám, nắm một bên chân đứa trẻ giữ gối thẳng và tay kia kích thích gan bàn chân bị giữ. Quan sát bàn chân bên đuối diện sẽ xuất hiện 3 thì:

Trẻ co chân lại > Trẻ duỗi ra > Dạng chân tự do và đưa sát gần chân bị kích thích.

d. Chú ý dựa trên tuổi thai:

+ Sơ sinh non tháng muộn: 34 đến < 37 tuần.

+ Sơ sinh non tháng vừa: 32 đến < 34 tuần.

+ Sơ sinh rất non: 28 đến < 32 tuần.

+ Sơ sinh cực non: < 28 tuần.

+ Đủ tháng: Tuổi thai 37 tuần đến < 42 tuần (hoặc từ 259-293 ngày).

+ Già tháng: Tuổi thai từ 42 tuần hoặc hơn (từ ngày 294 ngày hoặc hơn).

**22. Định nghĩa tiêu chảy ở trẻ em?**

- Tiêu chảy được định nghĩa là đi cầu phân lỏng hoặc té nước trên 3 lần trong 24h.

- Phân lỏng là phân không đóng thành khuôn. Ở trẻ bú mẹ, bình thường phân cũng nhão, lỏng, ngày từ 1 – 2 lần. Khi đó để xác định tiêu chảy phải dựa vào tăng số lần và tăng mức độ lỏng của phân mà bà mẹ cho là bất thường.

**23. Phân loại độ dinh dưỡng sơ sinh**

a. Phân loại sơ sinh dựa trên cân nặng trẻ lúc sinh (không kể tuổi thai)

- Sơ sinh có cân nặng thấp < 2500 gram.

- Cân nặng rất thấp < 1500 gram

- Cân nặng cực thấp < 1000 gram.

b. Phân loại dựa trên tuổi sơ sinh và cân nặng lúc sinh: Sử dụng biểu đồ Fenton dành riêng cho trẻ trai và trẻ gái để xác định.

**24. Đánh giá biểu đồ Fenton cần những thông tin gì?**

- Đánh giá biểu đồ Fenton:

+ Sơ sinh cân nặng thấp so với tuổi thai: CN/tuổi < đường bách phân vị thứ 10

+ Sơ sinh cân nặng phù hợp tuổi thai : CN/tuổi từ đường bách phân vị thứ 10 đến thứ 90.

+ Sơ sinh cân nặng lớn tuổi thai: CN/tuổi > đường bách phân vị thứ 90

- Cần những thông tin gì:

+ Tuổi thai tính theo tuần

+ Cân nặng tính theo kg

+ Chiều cao tính theo cm

+ Vòng đầu tính theo cm

**25. Nhận biết phần cơ quan sinh dục của trẻ đủ tháng?**

- Vú: Vòng sắc tố khoảng 10mm, núm vú khoảng 2mm

- Sinh dục:

+ Tinh hoàn nằm trong bìu

+ Nữ môi lớn phát triển che kín âm vật, môi nhỏ.

- Biến động sinh dục: Sưng vú hoặc ra huyết.

- Trẻ trai đủ tháng:

+ Kích thước dương vật lúc sinh khoảng > 2cm.

+ Tinh hoàn nằm trong bìu.

+ Gần như luôn biểu hiện hẹp bao quy đầu rõ.

+ Tràn dịch tinh mạc cũng là biểu hiện thường gặp (Thường biến mất lúc khoảng 1 tuổi).

+ Kiểm tra dị tật lỗ tiểu đóng thấp/ở trên, cong dương vật.

+ Khám tìm tinh hoàn và lưu ý tình trạng thoát vị bẹn, quan sát màu sắc bìu dái.

- Trẻ gái đủ tháng:

+ Khám môi lớn, môi bé và ân vật, lỗ tiểu và lỗ âm hộ.

+ Có môi lớn phát triển trùm kín môi bé

+ Có thể thấy hiện tượng ra máu âm đạo (biến động sinh dục).

**26. Phân biệt vàng da bệnh lý và vàng da sinh lý?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Đặc điểm | Vàng da sinh lý | Vàng da bệnh lý |
| Thời gian xuất hiện vàng da | Sau 24h tuổi | Sớm vào ngày đầu sau sinh. Trẻ non tháng (<35 tuần) vào ngày thứ 2 |
| Mức độ | Nhẹ đến trung bình | Trung bình đến rõ đậm. Vàng da lòng bàn tay và lòng bàn chân. |
| Tốc độ | Tăng chậm, đỉnh ngày thứ 3-5 (trẻ đủ tháng), ngày thứ 5-6 (non tháng). | Tăng nhanh  (Bil máu tăng > 5mg/dL/ngày, > 3.4 micromol/L/h). |
| Thời gian kéo dài | Dưới 10 ngày. | > 14 ngày (trẻ đủ tháng)  > 21 ngày (trẻ non tháng) |
| Dấu bất thường khác | Không có (chỉ vàng da đơn thuần). | Có kèm bất kỳ một dấu hiệu nào |
| Bil trực tiếp trong máu | Không tăng | >1,5 mg/dL ở bất kỳ thời điểm nào  (>10% lượng Bili toàn phần). |

**27. Trẻ sơ sinh vào viện vì nôn, xử trí như nào?**

a. Không có phân su hoặc ngừng lưu thông ruột

- Không sốt:

+ Trướng bụng > Tắc ruột thấp.

+ Không trướng bụng > Tắc ruột cao

b. Tiêu chảy:

- Sốt hoặc bất thường nhiệt độ:

+ Vàng da, gan to > Nhiễm trùng sơ sinh

+ Rối loạn trương lực cơ > Viêm màng não sơ sinh

+ Khám bình thường > Nhiễm khuẩn dạ dày ruột

- Không sốt hoặc rối loạn nhiệt độ:

+ Vàng da, gan to > Galactose máu hoặc Fructose máu

+ Khám bình thường > Không dung nạp protein sữa hoặc Gluten (Bệnh Coellac) hoặc dị ứng thức ăn

c. Lưu thông ruột bình thường:

- Không sốt:

+ Mơ hồ giới tính dị dạng sinh dục > Tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh.

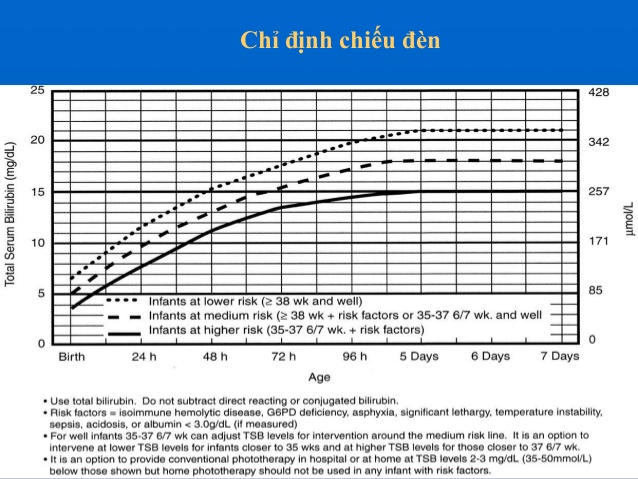
+ Dấu hiệu thần kinh > Bệnh rối loạn acid amin

+ Nhu động ruột sờ thấy u nhỏ rắn cơ thắt môn vị > Hẹp phì đại môn vị

+ Khám bình thường > Thoát vị qua lỗ thực quản hoặc nếp niêm mạc hoặc sai làm ăn uống

**28. Ngưỡng chiếu đèn ở trẻ đẻ non?**

- Theo Hội nhi khoa Mỹ 2004:



- Theo tổ chức YTTG 2013:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tuổi | Chiếu đèn | | | |
| Trẻ ≥ 35 tuần khỏe mạnh | | Trẻ <35 tuần hoặc có các yếu tố nguy cơ | |
| mg/dL | micomol/dL | mg/dl | micromol/ dL |
| Ngày 1 | Vàng da bất kỳ ở đâu | | | |
| Ngày 2 | 15 | 260 | 10 | 170 |
| Ngày 3 | 18 | 310 | 15 | 250 |

- Dựa vào bilirubin toàn phần để chỉ định chiếu đèn.

- Các yếu tố nguy cơ: Tan máu (do bất đồng nhóm máu mẹ con, thiếu G6PD), nhiễm khuẩn, ngạt, nhiệt độ không ổn định, li bì, toan chuyển hóa hoặc albumin < 30g/L.

- Nếu trẻ 35-37 tuần khỏe mạnh, chỉ định chiếu đèn dựa vào TSB xung quanh đường cong nguy cơ vừa. Trẻ < 35 tuần theo biểu đồ phù hợp tuổi thai.

- Ngưng chiếu đèn khi bilirubin phía dưới đường cong 2-3mg/dL hoặc 35-50 micromol/dL.

**29. Mẹ sinh non được tiêm gì trước đẻ?**

- Corticoid để trưởng thành phổi cho trẻ.

**30. Trẻ sinh non dễ mắc những bệnh gì? Tại sao?**

- Tuổi thai <28 tuần đẻ non nguy cơ mắc SHH do bệnh màng trong, NTSS sớm qua đường mẹ thai, NTSS mắc phải, viêm ruột hoại tử, vàng da do tăng bilirubin tự do, dị tật bẩm sinh.

- Tuổi thai 33-37 tuần đẻ non, cân nặng tương ứng tuổi thai nguy cơ mắc NTSS sớm, NTSS mắc phải, vàng da, DTBS, bệnh nghi ngờ rối loạn chuyển hóa bẩm sinh.

- Tuổi thai 33-37 tuần, đẻ non, cân nặng thấp hơn tuổi thai nguy cơ ngạt, bệnh não thiếu khí, NTSS sớm, NTSS mắc phải, SHH hít phân su, HC cô đặc máu – bệnh lý đa hồng cầu, vàng da, DTBS.

**31. Tiêu chuẩn chẩn đoán ngạt sơ sinh?**

- Theo tiêu chuẩn

+ pH < 7,0 ở máu cuống rốn.

+ APGAR score ≤ 3 kéo dài 5 phút.

+ Có các dấu hiệu tổn thương thần kinh trong thời kỳ sơ sinh: Co giật, hôn mê, giảm trương lực cơ.

+ Tổn thương đa cơ quan: Suy hô hấp, hạ huyết áp, suy gan, suy thận.

Khó áp dụng cho những nơi điều kiện không có cơ sở xét nghiệm.

- Theo WHO: Ngạt khi APGAR tại thời điểm 1 phút ≤ 7.

**32. Phân loại ngạt theo chỉ số APGAR?**

- Ngạt nhẹ khi APGAR 1 phút sau sinh 7 điểm.

- Ngạt trung bình: APGAR 1 phút từ 4-6 điểm

- Ngạt nặng: APGAR 1 phút ≤ 3 điểm.

**33. Các mức độ vàng da**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vùng | Vị trí vàng da | Giá trị bil (mg/dL) |
| 1 | Mặt, cổ | 4-8 |
| 2 | Thân trên rốn | 5-12 |
| 3 | Thân dưới rốn | 8-16 |
| 4 | Cánh tay, cẳng tay và cẳng chân | 11-18 |
| 5 | Bàn tay và bàn chân | > 15 |

- Vàng da sơ sinh vàng theo thứ tự từ vùng I đến V nên khi chẩn đoán độ V nghĩa là vàng da cả 5 vùng. Khi hết vàng da theo thứ tự ngược lại.

**34. Chỉ định, chống chỉ định thay máu?**

- Chỉ định thay máu:

+ Vàng da tăng bili gián tiếp kèm theo:

Có triệu chứng vàng da nhân.

Giá trị Bilirubin (TSB) tăng đến giá trị cần thay máu.

- Chống chỉ định thay máu:

+ Bệnh nhân đang sốc

+ Suy hô hấp nặng

**35. Theo dõi những gì trong quá trình chiếu đèn?**

- Dựa vào Bilirubin, làm lại tùy thuộc vào mức độ Bilirubin ban đầu.

+ Thay máu: 4-6h

+ Chiếu đèn liên tục: 12-24h làm lại

**36. Tác dụng phụ của chiếu đèn**

- Tăng/hạ thân nhiệt

- Mất nước (nhu cầu dịch tăng 25%)

- Ban đỏ da

- Hội chứng da đồng xem có tổn thương gan kèm theo

- Ỉa chảy

- Tổn thương võng mạc

**37. Điều trị thiếu máu khi tan máu dựa vào đâu?**

- Dựa vào các triệu chứng lâm sàng: Suy hô hấp, suy tuần hoàn

- Điều trị xem mức giảm Hb giảm nhanh hay không

- Bổ sung sắt không cần thiết, do tan máu không những thiếu sắt, mà thậm chí thừa sắt nên 3 tháng đầu không bổ sung. Nếu có bổ sung sắt, sau 3 tháng.

- Thiếu máu thương hồi phục khi tán máu ổn định

**38. Điều trị ngạt, cần theo dõi gì?**

- Theo dõi: Toàn trạng, thần kinh, hô hấp, chức năng gan thận

**39. Tại sao mẹ bị đái tháo đường, con sinh ra dễ bị vàng da sơ sinh?**

- Do đa hồng cầu

- Do hạ đường huyết, gây giảm hoạt men UDPGT.

**40. Thế nào gọi là chiếu đèn tích cực và thế nào là chiếu đèn thông thường?**

- Bước sóng hay dùng để chiếu là 460-490nm. Thấp quá ví dụ bước sóng 380-430, đây là bước sóng tia cực tím, không có hiệu quả chuyển bilirubin, thậm chí còn gây các tác dụng có hại lên da: bỏng, ung thư da, v.v.

- Chiếu đèn tích cực cường độ ≥ 30 microW/cm2/nm. Hay chọn loại đèn ánh sáng xanh LED.

- Chiếu đèn thông thường cường độ > 10 microW/cm2/nm.

**41. Lựa chọn loại đèn để chiếu đèn?**

- Hiện có 4 loại đèn hay dùng để chiếu:

+ Đèn huỳnh quang ánh sáng trắng, ánh sáng xanh. Cường độ 12-24 microW/cm2/nm.

+ Đèn ánh sáng xanh LED. Cường độ: 25-50 microW/cm2/nm.

+ Đèn Biliblanket. Cường độ: 7-35 microW/cm2/nm.

+ Đèn halogen. Cường độ: 6-30 microW/cm2/nm.

**42. Chẩn đoán mức độ suy hô hấp ở trẻ em?**

- Dựa trên chỉ số Silverman

# B. Tác giả

Nguyễn Đình Thắng (2014-2020).

Louis Nguyễn (2018-2024)