

BỆNH ÁN NHI KHOA SƠ SINH

A. HÀNH CHÁNH

- Họ và tên: Con bà T.T.T.T, Tuổi: Giới tính: Nữ
- Địa chỉ: Ấp 4, xã Ba Trinh, huyện Kế Sách, tỉnh Sóc Trăng
- Họ và tên cha: H.V.Đ, TĐHV: 10/12, Nghề nghiệp: làm vườn
- Họ và tên mẹ: T.T.T.T, TĐHV: 8/12, Nghề nghiệp: làm vườn
- Ngày, giờ vào viện: 23 giờ 37 phút, ngày 26 tháng 08 năm 2018

B. CHUYÊN MÔN

I. Lí do vào viện: Thở yếu

II. Bệnh sử:

Bé gái non tháng (29 tuần), sanh mổ do mẹ chuyển dạ và vỡ ối sớm, sa dây rốn cách nhập viện lần lượt khoảng 2 tiếng và 2 tiếng 30 phút tại bệnh viện quốc tế Phương Châu, bé nặng 1400g, không khóc, tím toàn thân, không phản xạ, không vận động, chi lạnh. Bé được đặt nội khí quản và bóp bóng tiếp hơi, sau 15 phút ghi nhận bé hồng trở lại, chi ấm hơn, có phản xạ, tim đều, mạch yếu, phổi thông khí, theo dõi thêm 30 phút cải thiện và rút nội khí quản. Sau rút nội khí quản 15 phút sau bé thở yếu, không rên, co kéo liên sườn và hõm ức nhiều kèm phập phồng cánh mũi. Bé được chuyển ngay đến khoa cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ để tiếp tục điều trị

- Tình trạng lúc nhập viện: (Giờ thứ 2 sau sanh)
 - Bé lừ đừ.
 - Môi hồng, tứ chi tím/ bóp bóng qua mask 10l/p
 - Chi lạnh, mạch rõ.
 - CRT > 3s
 - Thở không đều. Thở co kéo liên sườn và hõm ức nhiều kèm phập phồng cánh mũi
 - Không co gồng khi khám.
 - Thóp phẳng.
 - Phản xạ kém.
 - Tim đều, phổi thông khí kém, bụng mềm.
 - Sinh hiệu: Mạch: 110 l/p Nhiệt độ: 33,5°C
SpO₂: 75% Nhịp thở: bóp bóng qua Mask 10l/p

Cân nặng: 1400g

- Xử trí:
 - Tại cấp cứu: Đặt lại nội khí quản ống 3.0, cổ định 8cm. Bóp bóng qua nội khí quản. Chuyển khoa sơ sinh.
 - Nhập sơ sinh, nằm NICU:
 - Nằm đầu cao 30°.
 - Rút nội khí quản ra 1cm, cố định lại 7cm.
 - Thở máy xâm nhập mode SIMV/PC:
 - + RR: 60 l/p
 - + I/E: 1/1
 - + FiO₂: 80%
 - + PEEP: 6cmH₂O
 - + PIP: 18cmH₂O
 - Ủ ấm bằng warmer
 - Glucose 10% 50ml (TTM/BTTĐ 4,6ml/p).
 - Ampicillin 1g 0,07g (TMC).
 - Taxibiotic 1g 0,07g (TMC).
 - Morphin 0,07mg (TMC)/4 giờ.
 - Vitamin K₁ 1mg (TB).
 - BFS – Cafeincitrat 60mg/3ml lấy 1,4 ml + glucose 5% 5ml
TTM/BTTĐ 30 phút .
 - Hút đàm qua nội khí quản/4 giờ.
 - Đặt sonde dạ dày dẫn lưu dịch.
 - Theo dõi hô hấp, SpO₂.
 - Diễn tiến bệnh phòng

| Ngày | Diễn tiến | Y lệnh |
|---|---|-----------------------------------|
| O giờ 40 phút ngày 27/8 (ngày thứ 2 của bệnh) | <ul style="list-style-type: none">- Bé nằm yên (mê)- Nhiệt độ: 33,5°CMạch 138 l/pCRT > 3sSaO₂: 90%/thở máy- Da hồng, chi lạnh- Rốn đỏ, sạch- Dịch dạ dày lợn cợn nâu- Bầm tím 2 cẳng chân | Theo dõi hô hấp, SpO ₂ |

| | | |
|--|--|---|
| 2 giờ – 5 giờ ngày 27/8 (ngày thứ 2 của bệnh) | <ul style="list-style-type: none"> - Nhiệt độ: 36 – 36,7°C - CRT: 2s - SaO₂: 94 – 98%/thở máy - Chi ấm | Theo dõi hô hấp, SpO ₂ |
| 7 giờ 30 phút ngày 27/8 (ngày thứ 2 của bệnh) | <ul style="list-style-type: none"> - Bé nằm yên (lừ đừ) - Mạch vừa: 160 - CRT: 3s - SpO₂: 70 – 75% - Tự thở (+) - Phổi thông khí đều - Dịch dạ dày trong | <ul style="list-style-type: none"> - Thở máy xâm nhập mode A/C: <ul style="list-style-type: none"> + FiO₂: 80 – 100% + PIP: 21cmH₂O + PI: 15cmH₂O - Thuốc như cũ, thêm Natri chlorua 0,9%, ngưng vitamin K₁ |
| 8 giờ – 23 giờ ngày 27/8 (ngày thứ 2 của bệnh) | <ul style="list-style-type: none"> - Mạch vừa: 130 – 160 l/p - CRT: 2s - SpO₂: 92 – 96% - Tự thở (-) - Da vàng (khám lúc 16 giờ) - Tiêu ít, phù | <ul style="list-style-type: none"> - Đặt Catheter tĩnh mạch rốn và bơm Curosuft 1,5 ml qua NKQ lúc 9 giờ 40 phút - Bắt đầu truyền máu lúc 12 giờ 30 phút - Đặt sonde hậu môn lúc 13 giờ 30 phút - Giảm FiO₂ 90% → 80% → 70% - Thuốc như cũ thêm: Vaminolact 6,5%, Sodium chlorid 10%, Kali chloride 10%, Growpone 10%, Dopamin 21mg, Vitamin A 500 UI |
| Ngày 28/8 (ngày thứ 3 của bệnh) | <ul style="list-style-type: none"> - Mạch 120 – 140 l/p - Da vàng toàn thân - Bầm rải rác nhiều nơi, nhiều nhất ở chi nơi tiêm chích | <ul style="list-style-type: none"> - Băng mắt chiều đèn vàng da - Thở máy xâm nhập mode A/C: <ul style="list-style-type: none"> + FiO₂: 40% + PIP: 20cmH₂O - Thuốc như cũ: <ul style="list-style-type: none"> + Thêm: Vancomyci 21mg, Cefepime Kabi 1g + Ngưng Ampicillin, Taxibiotic, Vitamin A |
| Ngày 29/8 (ngày thứ 4 của bệnh) | <ul style="list-style-type: none"> - Tự thở (+) - Bầm da giảm - Tiêu khá | <ul style="list-style-type: none"> - Thở máy xâm nhập mode SIMV: <ul style="list-style-type: none"> + FiO₂: 50% - Thuốc như cũ: ngưng Dopamin |
| Ngày 30/8 (ngày thứ 5 của bệnh) | <ul style="list-style-type: none"> - Tiêu phân su lúc 11 giờ | <ul style="list-style-type: none"> - Thở máy xâm nhập mode SIMV: <ul style="list-style-type: none"> + PIP: 18cmH₂O - Cho ăn sữa qua sonde dạ dày 2ml/6 giờ - Thuốc như cũ: thêm Sodium bicarbonate 8,4% - Chỉnh PIP: 19cmH₂O lúc 14 giờ |
| Ngày 31/8 – ngày 4/9 | <ul style="list-style-type: none"> - Nhịp thở: 43 – 50 l/p | <ul style="list-style-type: none"> - Thở máy xâm nhập mode SIMV |

| | | |
|---|---|--|
| (ngày thứ 6 –ngày thứ 10 của bệnh) | <ul style="list-style-type: none"> - Hết bầm da - Tiêu sữa | <ul style="list-style-type: none"> - Giảm RR 60 l/p → 40 l/p, giảm PIP 19cmH₂O → 12cmH₂O, FiO₂ 50% → 30%, I/E: 1/2 - Ăn sữa 2ml → 4ml → 7ml → 10ml → 12ml → 16ml/3 giờ – 6 giờ - Rút NKQ lúc 13 giờ (ngày 4/9), thở máy không xâm nhập NCPAP: + P: 5cmH₂O + FiO₂ 40% - Thuốc như cũ: hoãn Morphin, Sodium bicarbonate |
| Ngày 5/9 – ngày 10/9 (ngày thứ 11 – ngày thứ 16 của bệnh) | <ul style="list-style-type: none"> - Thở co lõm nhẹ - Vàng da giảm - Oc sữa nhiều - Sữa không tiêu, vàng đục - Dịch dạ dày xanh → nâu → vàng - Bụng chướng nhẹ - Cân nặng: 1300g | <ul style="list-style-type: none"> - Tập vận động trị liệu hô hấp - Ăn sữa 16ml → 18ml → 20ml - Truyền máu lúc 21 giờ (ngày 10/9) - Chọc dò tủy sống lúc 22 giờ 30 phút (ngày 10/9) - Cho nằm đầu bằng (ngày 10/9) - Thuốc như cũ: thêm Motilium Sp, Nexium 10mg, Bioflora |
| Ngày 11/9 – 13 giờ ngày 21/9 (ngày thứ 17 – ngày thứ 27 của bệnh) | <ul style="list-style-type: none"> - Bé tỉnh - Da nhợt, thỉnh thoảng có tím, vàng da giảm - Dịch dạ dày lợn cợn vàng - Cân nặng: 1400g | <ul style="list-style-type: none"> - Chỉnh FiO₂ 40% → 34% → 28% → 21% - Dùng Sodium bicarbonate 8,4% lúc 2 giờ (ngày 11/9) - Nằm đầu cao 30° - Truyền hồng cầu lắng lúc 19 giờ 30 phút (ngày 11/9) - Ngưng chiếu đèn (ngày 12/9) - Đặt lại Catheter tĩnh mạch rốn lúc 16 giờ (ngày 13/9) - Thuốc như cũ: + Thêm: Meropenem 0,5g, Metronidazole 5mg/ml, AT Ranitidin 50mg/2ml + Ngưng: Cefepime Kabi, Motilium Sp, Nexium, Bioflora |
| 16 giờ 15 phút – 17 giờ ngày 21/9 (ngày thứ 27 của bệnh) | <ul style="list-style-type: none"> - Bé lừ đừ - Môi nhợt, tím chi, da tái - SpO₂ < 80% - Phân nhầy xanh | <ul style="list-style-type: none"> - Chỉnh FiO₂: 40% - Hoãn sữa, thụt tháo phân |
| Ngày 22/9 – ngày 24/9 | <ul style="list-style-type: none"> - Có cơn ngưng thở > 10s | <ul style="list-style-type: none"> - Chỉnh FiO₂ 40% → 34% |

| | | |
|--|--|---|
| (ngày 28 – ngày 30 của bệnh) | - Chậm tiêu phân | - Thuốc như cũ: ngưng AT Ranitidin |
| Ngày 25/9 – ngày 26/9 (ngày 31 – ngày 32 của bệnh) | - Bụng hết chướng | - Chính FiO ₂ 34% → 28% → 21% - Thuốc như cũ: + Thêm: Furosemide 20mg/2ml, Dexamethason 0,3mg + Ngưng: Metronidazole |
| Ngày 27/9 (ngày 33 của bệnh) | - Có cơn tím - Môi hồng nhợt - Thở co lõm ngực - SpO ₂ 82% | - Chính FiO ₂ : 40% - Thuốc như cũ: thêm Amphot |
| Ngày 28/9 – ngày 1/10 (ngày thứ 34 – ngày thứ 38 của bệnh) | - Bé tỉnh - Môi hồng - Thở đều - Dịch dạ dày trong | - Chính FiO ₂ 40% → 21% - Rút Catheter tĩnh mạch rốn lúc 10 giờ (ngày 30/9) - Thuốc như cũ |
| Ngày 2/10 (ngày thứ 39 của bệnh) | - Bé lừ đừ - Có cơn tím - Da tái | - Chính FiO ₂ : 40% - Thuốc như cũ |
| Ngày 3/10 – ngày 4/10 (ngày thứ 39 – ngày thứ 40 của bệnh) | - Bé tỉnh - Tiêu phân su | - Thuốc như cũ |
| Ngày 5/10 – ngày 10/10 (ngày thứ 41 – ngày thứ 46 của bệnh) | - ATTT 3/6 - Cân nặng: 1350g - Khám ROP lần 1: MPT: Z1S0(-) | - Ủ ấm bằng wamer - Chính FiO ₂ 40% → 34% → 28% - Thuốc như cũ: + Thêm: Augmentin 250mg, Nexium 10mg (từ ngày 9/10) + Ngưng: Meronem, Amphot |
| Ngày 11/10 – ngày 17/10 (ngày thứ 47 – ngày thứ 53 của bệnh) | - Bụng thỉnh thoảng chướng nhẹ - Thở co lõm nhẹ - Tiêu phân vàng (ngày 11/10) - Cân nặng: 1600g | - Chính FiO ₂ 28% → 21% - Truyền hồng cầu lắng lúc 15 giờ (ngày 11/10) - Thuốc như cũ |
| Ngày 18/10 – ngày 12/11 (ngày thứ 54 – ngày thứ 79 của bệnh) | - Sinh hiệu ổn - Hết thở co lõm - Uống sữa nhiều lần - Tụt sonde dạ dày - Khám ROP lần 2: MPT: Z2S0(-) | - Ngưng thở NCPAP - Đặt lại sonde dạ dày lúc 23 giờ (ngày 23/10) , 7 giờ (ngày 27/10) và 7 giờ 10 phút (ngày 3/11) - Truyền hồng cầu lắng lúc 17 giờ (ngày 30/10) |

| | | |
|---|--|--|
| | - Cân nặng: 1800g | - Tiêm Vitamin K ₁ (ngày 24/10) - Cho ăn sữa 20ml → 25ml → 30ml - Thuốc: + Thêm AT Domperidon + Ngưng toàn bộ thuốc khác |
| Ngày 13/11 – ngày 19/11 (ngày thứ 80 – ngày thứ 86 của bệnh) | - Ho nhiều - Thở co lõm nhẹ, ts 60 l/p, phổi thô - Không sốt - Bú tốt - Cân nặng: 1950g - Khám ROP lần 3: MP: Z3S0(-) MT: Z2S0(-) | - Truyền hồng cầu lắng lúc 12 giờ (ngày 19/11) - Chuyển ra phòng TD bệnh nặng (ngày 19/11) - Cho bú mẹ - Thuốc: Thêm Ceftriaxone 1g (từ ngày 19/11) |
| Ngày 20/11 – ngày 22/11 (ngày thứ 81 – ngày thứ 83 của bệnh) | - Giảm ho - Thở đều, ts < 60 l/p - Khám ROP lần 4: MPT: Z3S0(-) | - Thuốc như cũ |

III. Tiền sử

1. Bản thân

a. Sản khoa

- Từ lúc mẹ mang thai:
 - PARA 1001, mẹ sinh bé lúc 31 tuổi.
 - 3 tháng đầu thường làm công việc nặng vì chưa biết có thai, sau đó có chế độ nghỉ ngơi và chăm sóc thường xuyên ở bệnh viện.
 - Ăn uống đầy đủ, thức ăn giàu sắt, calci, có uống bổ sung sắt, acid folic, calci theo hướng dẫn của bác sĩ.
 - Mắc bệnh xơ gan do viêm gan siêu vi B, hiện tại vẫn đang tiếp tục điều trị
 - Mẹ nhóm máu O
 - Tiêm ngừa 2 mũi uốn ván, khám thai định kỳ.
 - Không hút thuốc, uống rượu, cà phê, nhưng có tiếp xúc chất độc hại trong 3 tháng đầu.
 - Mẹ không có huyết trắng hôi, không tiểu gắt buốt trong vòng 7 ngày trước sanh.
 - Mẹ tăng cân 8kg trong suốt thai kỳ.
- Trong khi sinh:
 - Lúc sanh mẹ không sốt.

- Sau khi sinh:
 - Mẹ không sốt sau sinh 24 giờ.
 - Không bú sữa mẹ sau sinh.
- b. *Dinh dưỡng*
 - Nuôi ăn bằng dịch truyền qua đường tĩnh mạch
- c. *Chủng ngừa*:
- d. *Phát triển*:
 - Thể chất: Cân nặng 1 tháng: 1300g
 - Vận động: trẻ ngủ 2 chi dưới duỗi
 - Tinh thần: trẻ nhìn được vật trước mắt
- e. *Khác*: Bé nhóm máu B

2. Gia đình: Chưa ghi nhận bệnh lý liên quan

3. Xã hội: Chưa ghi nhận bệnh lý liên quan

IV. Tình trạng hiện tại

- Bé tỉnh, thở đều, co kéo nhẹ.
- Không sốt, ho ít
- Bú tốt, không ọc sữa khi bú.
- Hết vàng da.

V. Khám lâm sàng (8h sáng ngày 22/11/2018)

1. Tổng trạng

- Bé tỉnh.
- Môi hồng, chi ấm, mạch rõ.
- Hết vàng da.
- Lông tóc ít, móng tay, chân mọc trùm qua đầu ngón.
- Sinh hiệu: Mạch: 140 l/p Nhiệt độ: 37°C
Nhịp thở: 53 l/p
- Chỉ số dinh dưỡng:
 - + Cân nặng: 2400g => CN/T < -3SD
Kết luận: trẻ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân, mức độ nặng (theo WHO)
 - + Chiều dài: 42cm => CC/T < -3SD
Kết luận: trẻ suy dinh dưỡng thể thấp còi, mức độ nặng (theo WHO)
 - + CN/CC: -2SD < CN/CC < -2SD
Kết luận: Bình thường (theo WHO)
 - + Vòng đầu: 32cm
Kết luận: chậm phát triển theo tuổi.

2. Khám đầu – mắt – cổ

- Đầu tròn, thóp trước hình thoi, đường kính khoảng 2cm. Thóp sau hình tam giác, phẳng, đường kính khoảng 1cm.
- Không bướng huyết thanh.
- Tai cân đối, vành tai rõ hình dạng, bật lại tốt.
- Mắt cân đối, không dị tật vùng mắt.
- Cổ không vẹo, không có khối u ở cơ ức đòn chũm.

3. Khám ngực

- Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở, không co kéo.
- Quàng vú nhỏ, đường kính khoảng 0,5cm
- Nhịp thở: 53l/p
- Nhịp tim: 140l/p

4. Khám bụng

- Bụng cân đối, di động theo nhịp thở. Rốn lồi khoảng 1,5cm, khô, không rỉ dịch, không xuất huyết, không hôi.
- Bụng mềm, gan lách sờ không chạm.

5. Cơ quan sinh dục ngoài

- Môi lớn khép kín
- Không sưng đỏ, không rỉ dịch bất thường
- Không dị dạng

6. Tứ chi

- Cân đối, đều 2 bên.
- Linh hoạt, cử động tốt, không dị tật, không biến dạng.

7. Khám thần kinh

- Cường cơ:
 - + Dựng cổ: > 2s.
 - + Dấu khăn quàng vai: cúi chỏ không qua đường giữa.
 - + Góc nhượng chân: 90°
- Phản xạ:
 - + Bú nuốt đồng bộ.
 - + Phản xạ 4 điểm, 2 bên, trên dưới.
 - + Phản xạ Moro: đủ 2 thì.
 - + Phản xạ nắm: lòng bàn tay, lòng bàn chân trọn vẹn.
 - + Phản xạ duỗi chéo: đủ 3 thì.
 - + Phản xạ tự động bước: chưa ghi nhận.

VI. Tóm tắt bệnh án:

Bệnh nhi nữ, 1 ngày tuổi, vào viện vì lí do thở yếu + tím tứ chi, qua hỏi bệnh sử, tiền sử và thăm khám lâm sàng ghi nhận:

- Hội chứng suy hô hấp mức độ nặng (theo Silverman): thở co kéo liên sườn và hõm ức nhiều kèm phập phồng cánh mũi, SpO₂: 75%, tím tứ chi.
- Triệu chứng toàn thân: sụt cân từ 1400 → 1300 (trong 15 ngày sau sinh); thân nhiệt 33,5°C (lúc nhập viện).
- Triệu chứng thần kinh: hôn mê (lúc nhập viện) → lơ đãng → tỉnh (hiện tại).
- Triệu chứng hô hấp: tím toàn thân → tím tứ chi → tím đầu chi → hồng sau hỗ trợ hô hấp (lúc nhập viện); ho nhiều, phổi thô, thở co lõm ngực tần số 60l/p (từ ngày thứ 80 của bệnh).
- Triệu chứng tim mạch: CRT > 3s, tứ chi lạnh (lúc nhập viện).
- Triệu chứng tiêu hóa: ọc sữa nhiều lần; sữa không tiêu vàng đục; chậm tiêu phân su (sau sinh 5 ngày); dịch dạ dày nâu, xanh, vàng, tiêu phân nhầy xanh, bụng chướng (từ ngày thứ 11 – ngày thứ 30 của bệnh).
- Triệu chứng tiết niệu: tiểu ít, phù (ngày thứ 2 – ngày thứ 3 của bệnh).
- Triệu chứng da niêm: vàng da toàn thân (từ trước 24 giờ sau sinh), hiện tại không ghi nhận vàng da.
- Triệu chứng huyết học: bầm da cẳng chân → rải rác nhiều nơi (từ lúc nhập viện – ngày thứ 5 của bệnh).
- Dinh dưỡng: trẻ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân và thấp còi, mức độ nặng.
- Bé sinh mổ, non tháng (29 tuần), do vỡ ối sớm và sa dây rốn; không khóc sau sinh, cân nặng lúc sinh: 1400g, cân nặng hiện tại 2400g. Bé nhóm máu B
- Ngạt nặng ngay sau sinh: Apgar 1p dưới 4đ.
- Mẹ bị xơ gan do viêm gan siêu vi B, tăng 8kg trong thai kỳ, 3 tháng đầu có lao động nặng và tiếp xúc chất độc hại. Mẹ nhóm máu O

VII. Chẩn đoán

1. Chẩn đoán sơ bộ

Hội chứng suy hô hấp mức độ nặng (theo Silverman) nghĩ do bệnh màng trong, chưa rõ giai đoạn/trẻ sơ sinh non sớm đủ cân (theo Luchenko) 29 tuần + 0 $\frac{1}{7}$ - Nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm nghĩ do Nhiễm trùng bào thai do Streptococcus nhóm B biến chứng viêm phổi trẻ 29 tuần + 0 $\frac{5}{7}$ hiện tại ổn, viêm ruột hoại tử độ IIA (theo Walsh & Kliegman) trẻ 29 tuần + 1 $\frac{4}{7}$ hiện tại

ồn, TD biến chứng sốc nhiễm trùng, TD biến chứng viêm màng não mủ – Vàng da sinh lý Kramer 5 do bất đồng nhóm máu hệ ABO, TD vàng da nhân, hiện tại ổn – Viêm phổi bệnh viện trẻ 29 tuần + 11 $\frac{3}{7}$ hiện tại đáp ứng tốt - Suy dinh dưỡng nặng - TD loạn sản phế quản phổi, – TD tim bẩm sinh

2. Chẩn đoán phân biệt

Hội chứng suy hô hấp mức độ nặng (theo Silverman) nghi do bệnh màng trong chưa rõ giai đoạn/ trẻ sơ sinh non sớm đủ cân (theo Lubchenco) 29 tuần + 0 $\frac{1}{7}$ hiện tại ổn + Nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm nghi do Nhiễm trùng bào thai do Streptococcus nhóm B biến chứng vàng da Kramer 5, TD vàng da nhân, hiện tại ổn, viêm phổi trẻ 29 tuần + 0 $\frac{5}{7}$, viêm ruột hoại tử độ IIA (theo Walsh & Kliegmen) trẻ 29 tuần + 1 $\frac{4}{7}$ hiện tại ổn, TD biến chứng sốc nhiễm trùng TD biến chứng viêm màng não mủ – Viêm phổi bệnh viện trẻ 29 tuần + 11 $\frac{3}{7}$ hiện tại đáp ứng tốt - Suy dinh dưỡng nặng - TD loạn sản phế quản phổi

VIII. Biện luận chẩn đoán

- Nghi hội chứng suy hô hấp mức độ nặng theo Silverman do bệnh nhi có tím tái tứ chi, thở co kéo cơ hô hấp phụ: liên sườn, rút lõm ức nhiều, phập phồng cánh mũi, SpO₂ 75% (6 điểm theo Silverman). Trên trẻ sơ sinh non sớm do trẻ sinh 29 tuần (trong khoảng từ 28-<32 tuần), đủ cân (theo biểu đồ Lubchenco)
- Nghi nguyên nhân do bệnh màng trong do bé có yếu tố nguy cơ sanh non tháng (29 tuần tuổi), suy hô hấp diễn ra sớm sau sanh. Sau khi được bơm Surfactant (11 tiếng sau sanh) FIO₂ máy có thể giảm dần từ 90% xuống 40% nhưng vẫn duy trì được SpO₂ 92-96% Cần chỉ định X quang ngực thẳng để đánh giá giai đoạn
- Nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm do trẻ có 7/8 nhóm các triệu chứng nhiễm trùng huyết sơ sinh ngay sau sanh:
 - + Không khỏe mạnh
 - + Rối loạn thân nhiệt: hạ thân nhiệt (33,5⁰C)
 - + Triệu chứng thần kinh: hôn mê
 - + Triệu chứng hô hấp: tím tái, thở không đều, co kéo nặng
 - + Triệu chứng tuần hoàn: Chi lạnh, CRT>3s

- + Triệu chứng da niêm: Vàng da trước 24h
- + Triệu chứng huyết học: Bầm da rải rác khắp cơ thể
- => Cần làm thêm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, CRP và cấy máu định danh vi khuẩn.
- Nghi ngờ nhiễm trùng bào thai do Streptococcus do mẹ vỡ ối sớm, không có biểu hiện bệnh lý trong lúc mang thai do lâm sàng nhiễm Streptococcus nhóm B có thể không biểu hiện, sau sinh biểu hiện lâm sàng nhiễm trùng huyết sơ sinh ở trẻ sớm, trẻ có yếu tố nguy cơ sinh non tháng
- Nghi ngờ biến chứng viêm phổi do lâm sàng bệnh nhân có thở co lõm ngực từ ngày thứ 5, không ghi nhận nhịp thở. Cần làm thêm X quang phổi để chẩn đoán, hiện tại ổn do sau khi điều trị kháng sinh thì ghi nhận những ngày sau trẻ không còn thở co lõm ngực. Hiện tại trẻ thở nhanh do mắc đợt viêm phổi khác từ ngày 81
- Nghi ngờ biến chứng viêm ruột hoại tử độ IIA do lâm sàng bệnh nhân có chướng bụng, ọc sữa nhiều lần, dịch dạ dày xanh, thay đổi tính chất phân (tiêu phân nhầy xanh) bệnh nhi có yếu tố nguy cơ sau sinh: suy hô hấp sau sinh, có đặt catheter động-tĩnh mạch rốn, hạ thân nhiệt. Nghi ngờ độ IIA do không ghi nhận đề kháng thành bụng hay viêm phúc mạc. Cần chỉ định thêm X quang bụng để chẩn đoán
- TD sốc nhiễm trùng do trẻ có nhiễm trùng huyết kèm các dấu hiệu giảm tưới oxy mô (CRT>3s, tím tái toàn thân) tuy nhiên chưa ghi nhận huyết áp trẻ, mạch giảm 110l/p => Cần làm định lượng Lactat máu để đánh giá
- TD viêm màng não mủ do cần TD VMNM ở tất cả các trẻ nghi ngờ nhiễm trùng huyết => Cần chọc dò tủy sống làm sinh hóa tế bào; Nhuộm gram nuôi cấy làm kháng sinh đồ; Latex meningitidis để chẩn đoán.
- Vàng da sinh lý Kramer 5 do trên lâm sàng ghi nhận bé vàng da toàn thân tới lòng bàn tay, gan lách không to, phân vàng bình thường, trẻ hết vàng da 11 ngày (< 14 ngày ở trẻ non tháng) nên nghĩ là sinh lý và nguyên nhân là do bất đồng nhóm máu hệ ABO do bé là con đầu lòng, có nhóm máu B, mẹ nhóm máu O, bé có biểu hiện vàng da rõ nhất từ ngày thứ 2-3 sau sinh., không có dấu hiệu thần kinh. Tuy nhiên vàng da có thể bệnh lý là biến chứng của nhiễm trùng huyết sớm do bé vàng da sớm trong 24 giờ sau sinh, trẻ không khỏe, sụt cân trong 15 ngày đầu => Cần làm thêm Coombs Test gián tiếp và định lượng nồng độ kháng thể Anti A trong máu mẹ.

- Nghĩ viêm phổi bệnh viện do từ ngày 81 ngay khi vừa ngưng kháng sinh, trẻ đột ngột xuất hiện ho nhiều, thở nhanh 60l/p kèm co lõm ngực, hiện tại ổn do sau khi hội chẩn dùng kháng sinh cao cấp Ceftriaxon sau 4
- Nghĩ suy dinh dưỡng nặng do chỉ số CN/T <-3SD, CN/CC <-3SD, CN/T <-2SD (theo WHO)
- TD loạn sản phế quản phổi do trẻ lệ thuộc oxy >28 ngày => Cần chỉ định X quang phổi để chẩn đoán.
- TD tim bẩm sinh do trên lâm sàng ghi nhận ATTT 3/6 (từ ngày 41 của bệnh) tuy nhiên hiện tại khám không ghi nhận âm thổi nên không thể xác định loại tim bẩm sinh => Cần đề nghị Siêu âm tim để chẩn đoán
- Triệu chứng tiêu ít và phù ở những ngày đầu chứng tỏ có giảm tưới máu thận do giảm cung lượng tim là hậu quả thở máy áp lực dương cao nên được xử trí truyền dịch và vận mạch, các triệu chứng cải thiện ngay sau đó

IX. Chỉ định cận lâm sàng

- Khí máu động mạch => **Đánh giá suy hô hấp**
- Công thức máu, cấy máu định danh vi khuẩn, định lượng CRP => **Xác định tình trạng nhiễm khuẩn + các bất thường liên quan tới huyết học.**
- X quang xác định vị trí catheter tĩnh mạch rốn.
- X quang ngực thẳng => **Xác định giai đoạn bệnh màng trong, tình trạng loạn sản phổi, đánh giá viêm phổi.**
- X quang bụng => **Chẩn đoán viêm ruột hoại tử.**
- Xét nghiệm đông cầm máu => **Đánh giá các rối loạn đông máu .**
- Chọc dò dịch não tủy, xét nghiệm sinh hóa + tế bào học, cấy dịch não tủy định danh => **Chẩn đoán viêm màng não.**
- Siêu âm xuyên thóp => **Đánh giá nguy cơ xuất huyết não do rối loạn đông máu, biến chứng viêm não thất, não úng thủy, áp xe não do viêm màng não mủ và các bất thường bẩm sinh**
- Xét nghiệm bilirubin toàn phần, gián tiếp, test coombs gián tiếp, định lượng kháng thể antiA trong máu mẹ => **Đánh giá mức độ vàng da + nguyên nhân gây vàng da.**
- Các xét nghiệm hỗ trợ khác: Điện giải đồ, ure, creatinin.
- HbsAg, antiHBS => **Xác định tình trạng nhiễm siêu vi B của bé do mẹ bị xơ gan do viêm gan siêu vi B lúc sanh**
- Siêu âm tim => **Chẩn đoán tim bẩm sinh**
- Định lượng Lactat máu => **Đánh giá sốc nhiễm trùng**

X. Kết quả cận lâm sàng đã có và biện luận

- Công thức máu:

| | 27/8 (2h45') | 3/9 | 10/9 | 16/9 | 20/9 | 25/9 | 30/9 | 5/10 | 29/10 | 9/11 |
|----------|-----------------|----------------|-----------|----------------|----------------|--------------|-----------|---------|---------|---------|
| HC | 4,26 | 3,63 | 2,95 | 3,4 | 4,99 | 4,51 | 5,76 | 5,16 | 4,02 | 3,95 |
| Hb | 158 | 123 | 95 | 106 | 135 | 118 | 150 | 175 | 112 | 112 |
| Hct | 0,47 | 0,38 | 0,31 | 0,34 | 0,43 | 0,36 | 0,48 | 0,52 | 0,34 | 0,339 |
| MCV | 111 | 103,5 | 104,1 | 100,3 | 86,7 | 80,1 | 84 | 101,4 | 84,7 | 86 |
| MCH | 37 | 34 | 32,2 | 31,1 | 27,1 | 26,2 | 26 | 33,9 | 27,8 | 28,4 |
| MCHC | 334 | 329 | 309 | 310 | 313 | 327 | 309 | 334 | 328 | 330 |
| BC: | 8,31 | 9,61 | 10,21 | 33,92 | 13,1 | 10,81 | 3,65 | 9,63 | 6,47 | 6,65 |
| - Neutro | - 64,8% | - 48,1% | - 26,7% | - 59,1% | - 82,4% | - 33,7 | - 34,5% | - 31% | - 23,8% | - 30,2% |
| - Eosino | - 1,2% | - 2,5% | - 3,8% | - 1,5% | - 0,4% | - 0,4 | - 0,2% | - 5,4% | - 6,1% | - 4,2% |
| - Baso | - 0,4% | - 0,5% | - 0,5% | - 0,4% | - 0,5% | - 3,5 | - 0,6% | - 0,5% | - 0,7% | - 0,3% |
| - Mono | - 11,4% | - 7,3% | - 15,7% | - 7,9% | - 4,6% | - 12,1 | - 4,1% | - 7,1% | - 12,9% | - 0,2% |
| - Lympho | - 19,9% | - 38,5% | - 42,3% | - 26,2% | - 10,6% | - 40,1 | - 57,0% | - 53,8% | - 48,9% | - 51,2% |
| TC | 254 | 193 | 111 | 374 | 376 | 37 | 76 | 209 | 364 | 360 |
| PDW | 50,7 | 66,6 | 63,2 | 57,7 | 35,6 | 36,7 | 60,6 | 38,2 | 49,6 | 48 |

- Khí máu động mạch:

| | 27/8 (2h45) | 27/8 (10h15) | 27/8 (17h20) | 28/8 | 30/8 | 31/8 | 1/9 | 3/9 | 10/9 | 11/9 | 21/9 | 5/10 |
|----------|----------------|-----------------|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|
| pH | 7,362 | 7,335 | 7,364 | 7,312 | 7,144 | 7,285 | 7,242 | 7,376 | 7,33 | 7,432 | 7,256 | 7,356 |
| pCO2 | 49,1 | 38,1 | 31,0 | 43,4 | 56,5 | 35,2 | 48,8 | 30,8 | 23,5 | 28,9 | 49,8 | 49 |
| PO2 | 26,8 | 36,8 | 55,4 | 32,1 | 49,9 | 54,9 | 37 | 127,2 | 52,7 | 42,3 | 111,1 | 39,5 |
| Hb(i) | 15,8 | 15,8 | 15,8 | 15,8 | 15,8 | 15,8 | 16,8 | 11,2 | 9,5 | 9,5 | 13,5 | 17,5 |
| Temp | 36 | 36,5 | 36,5 | 36,5 | 36,5 | 37 | 37 | 36,5 | 36 | 36,5 | 36,5 | 37,6 |
| FIO2 | 100 | 100 | 40 | 40 | 30 | 40 | 40 | 40 | 21 | 40 | 40 | 40 |
| BP | 754 | 756 | 754 | 756 | 756 | 754 | 756 | 756 | 758 | 757 | 756 | 755 |
| HCO3-act | 27,2 | 19,8 | 17,3 | 21,4 | 18,7 | 16,2 | 20,3 | 17,7 | 12,1 | 19,0 | 21,4 | 26,8 |
| HCO3-std | 24,2 | 19,5 | 19 | 19,7 | 15,7 | 16,9 | 17,8 | 19,4 | 15,1 | 20,8 | 19,8 | 24,1 |
| BE (ecf) | 1,8 | -6,1 | -8,1 | -4,9 | -10,3 | -10,4 | -7,1 | -7,5 | 13,8 | -5,3 | -5,7 | 1,3 |
| BE(B) | 1,0 | -5,4 | -6,7 | -4,8 | -10,8 | -9,4 | -7,3 | -6,5 | 12,3 | -4,5 | -5,9 | 0,4 |
| BB | 49,3 | 42,9 | 41,6 | 43,6 | 37,5 | 38,9 | 41,5 | 39,9 | 33,4 | 41,2 | 41,5 | 49,5 |

Kết quả:

+ 27/8 (2h45) toan hô hấp kết hợp kiểm chuyển hóa => Toan hô hấp xác định tình trạng suy hô hấp bệnh nhân, kiểm chuyển hóa chưa rõ nguyên nhân

+ 27/8 (10h15 và 17h20) toan chuyển hóa phù hợp với kết quả tăng Lactat máu

(11h9') là hậu quả giảm tưới máu mô gây chuyển hóa yếm khí tạo lactat gây toan chuyển hóa (theo dõi mạch, huyết áp để phòng sốc)

+ 28/8 toan chuyển hóa tương tự phù hợp kết quả tăng Lactat máu

+ 30/8 toan hô hấp + toan chuyển hóa (pH giảm nặng còn 7,144) => Diễn tiến bệnh phòng bù Natri bicacbonat 8,4%. Toan hô hấp gợi ý thở máy chưa hiệu chỉnh cần điều chỉnh

+ 31/8, 3/9, 10/9, 21/9 toan chuyển hóa

+ 1/9 toan hô hấp + toan chuyển hóa => Gợi ý tình trạng thiếu oxy mô như trên, có thể do thở máy không phù hợp

+ 11/9 toan chuyển hóa, kiềm hô hấp => Gợi ý thở máy không phù hợp gây tăng thông khí -> kiềm hô hấp

+ 5/10 toan hô hấp nhẹ => Gợi ý do thay đổi chế độ thở máy

- Đường mao mạch tại giường:

| | 27/8 (0h50) | 27/8 (9h12) | 27/8 (13h45) | 28/8 | 29/8 | 30/8 | 10/9 | 11/9 | 21/9 | 1/10 |
|---------------------|----------------|----------------|-----------------|-------------|------------|------------|------|------------|------------|------|
| Kết quả (mmol/l) | 6 | 7,8 | 5,6 | 13,3 | 3,8 | 3,7 | 4,8 | 8,7 | 3,4 | 5,3 |

- Sinh hóa máu:

| | 27/8 (2h45) | 27/8 (16h10) | 28/8 | 30/8 | 3/9 | 10/9 | 16/9 | 20/9 | 25/9 | 1/10 | 5/10 |
|-------------------------|--|---|------|-------|-------|--------------|--|-------|------------|---|-------|
| Na+ | 134,1 | | | 146,6 | 140,3 | 136,2 | 138,1 | 137,5 | 134 | | 134,4 |
| K+ | 4,62 | | | 3,9 | 4,04 | 4,58 | 5,02 | 4,61 | 3,97 | | 2,9 |
| Cl- | 96,7 | | | 107,4 | 104,6 | 99,7 | 105 | 102,3 | 101,2 | | 101,2 |
| Calci ion hóa | | | | 1,24 | 1,24 | 1,22 | 1,18 | 1,2 | | | 1,2 |
| Định lượng CRP | 1,7 | | | | | 136,6 | 2,2 | 1,9 | 9,7 | | 37,7 |
| Định lượng Lactat | 4,1 (Lúc 11h8') | | 5,7 | | | | | | | | |
| Xét nghiệm đông cầm máu | - PT: 18,9s ; 48% (INR=1,63) - aPTT: 72,6s - TT: 19,2s - D-Dimer: 12,047mcg/ml (tăng cao) - Fibrinogen: 1,29g/L (giảm) - Nghiệm pháp rựu(-), Von Kaula (-) | - PT: 14s; 73% (INR=1,21) - aPTT: 46,6s - TT: 18,3s - D-Dimer: 2,284mcg/ml - Fibrinogen: 2,07g/L - Nghiệm pháp rựu(-), Von Kaula (-) | | | | | - PT: 14,9s; 67% (INR=1,29) - aPTT: 39,2s - TT: 16,5s - D-Dimer: 1,708mcg/ml - Fibrinogen: 2,97g/L - Nghiệm pháp rựu(-), Von Kaula (-) | | | - PT: 12,7; 85% (INR=1,1) - aPTT: 50,1s - TT: 22,9s - Fibrinogen: 0,83g/L - Nghiệm pháp rựu(-), Von Kaula (-) | |

Kết quả: Kết quả có rối loạn đông máu nội, ngoại sinh nhưng sau đó cải thiện (Không đủ điểm chẩn đoán DIC theo ISTH)

- Cấy máu (16/9): Vi khuẩn không mọc sau 7 ngày

- Cấy DNT (13/9): Vi khuẩn không mọc sau 4 ngày

- Xét nghiệm dịch não tủy (11/9):

+ Dịch não tủy màu vàng trong

+ Protein: 0,77g/L

+ Glucose 2,0 mmol/L

+ Clorua: 114 mmol/L

+ Phản ứng Pandy (+)

+ **Tế bào: 20BC/mm³ (N: 73%, L: 27%) tăng**

Protein, Glucose, Clorua nằm trong giới hạn bình thường. Bạch cầu tăng ưu thế Neutrophil, phản ứng Pandy (+), glucose < 1/2 glucose máu thử cùng lúc, dịch não tủy vàng trong thỏa tiêu chuẩn viêm màng não mủ. CRP trước cấy 1 ngày tăng rất cao (137,7mg/L) giúp chẩn đoán xác định do vi khuẩn (>40mg/L). Kết quả cấy DNT tìm vi khuẩn (-) do trước đó sử dụng kháng sinh nhiều

=> KL: Viêm màng não mủ cột đầu do sử dụng kháng sinh

- X quang xác định vị trí Catheter (27/8): Đầu Catheter nằm giữa ngang mức T8 cột sống ngực

- X quang xác định vị trí Catheter (13/9): Đầu Catheter nằm bên phải cung sườn số 6

- X quang ngực (2h22' 27/8)



- + Không thấy bờ bóng tim
 - + 2 phế trường kém sáng
 - + Hình ảnh phế quản đồ (+)
- KL: Bệnh màng trong giai đoạn III
- X quang ngực (30/8)

DONG CAN THO-KHOA CDHA

.30.10

ONG THI THU TAM.19

018.AUG.30

8

SC: 142



- + Bóng tim không to, không bị co kéo
 - + Hình ảnh khí phế quản đồ (+), vòm hoành (P) bị co kéo
 - + Hội chứng phế nang (+) chủ yếu ở thùy trên phổi (P)
- KL: Viêm phổi

- X quang phổi (3/9):



- + Bóng tim: Không to bị kéo lệch sang (P)
- + Hội chứng phế nang (+) 2 phổi (P>T)

Bình bệnh án YAB-41

KL: Viêm phổi

- X quang ngực (25/9):



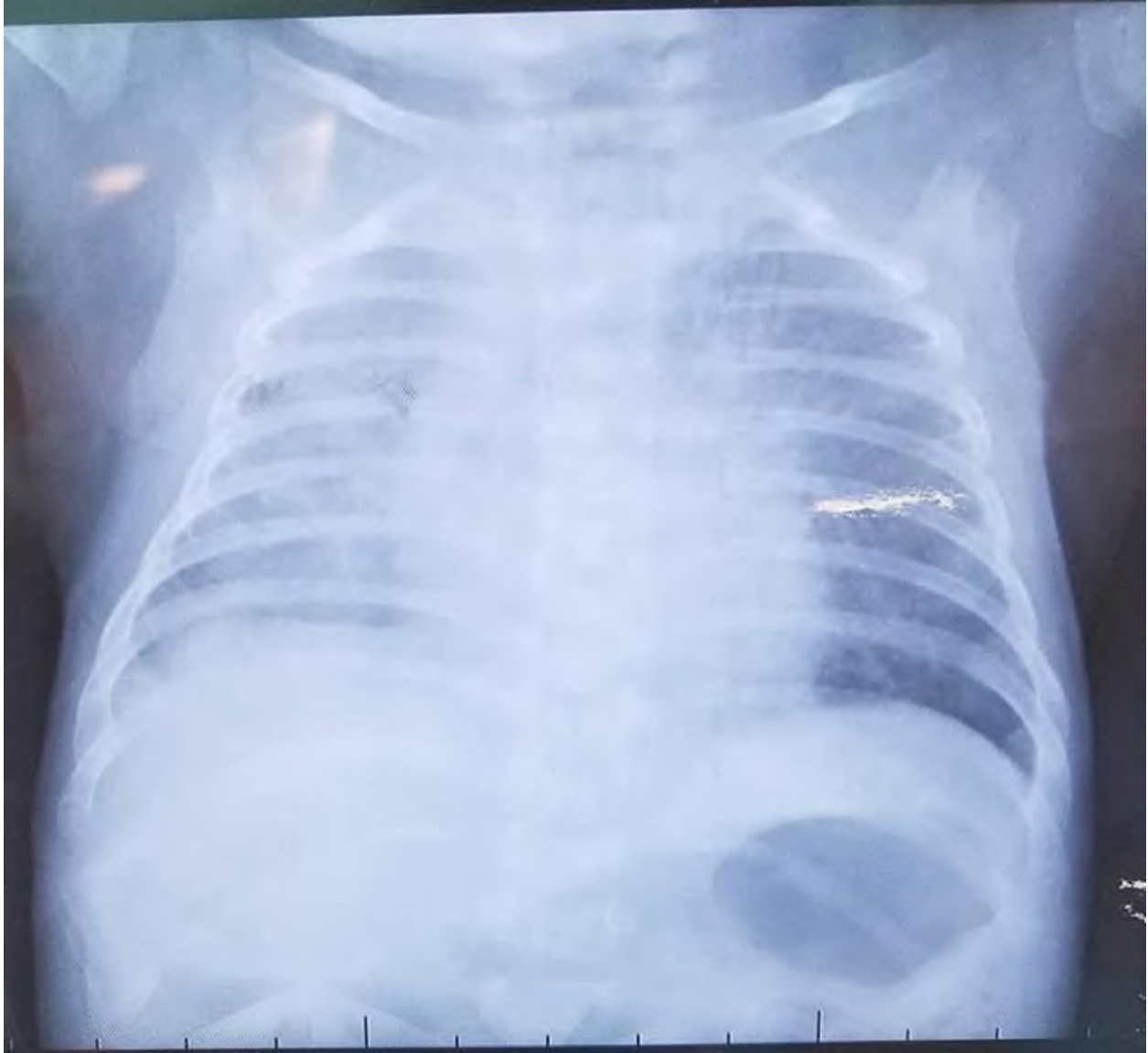
+ Bóng tim: Không to, kéo lệch sang (P)

+ Hội chứng phế nang (+) cả 2 phổi, khí quản bị kéo lệch sang (P)

+ Vòm hoành phải bị co kéo lên trên

KL: Viêm phổi biến chứng xẹp thùy trên phổi (P)

- X quang ngực (16/11):



- + Bóng tim không to
- + Hội chứng phế nang (+) cả 2 phế trường
- + Ứ khí nhẹ 2 đáy phổi (T>P)

KL: Viêm phổi

- X quang bụng (10/9): Quai ruột chướng nhẹ

Kết hợp với bệnh cảnh lâm sàng giúp chẩn đoán viêm ruột hoại tử giai đoạn IIA



- X quang bụng (21/9): Quai ruột chướng nhẹ

Bình bệnh án YAB-41

BV NHI DONG CAN THO-KHOA CDHA

2018.09.21.25

CB TRUONG THI THU TAM.1J.F

[O]

EXP: 2018.SEP.21

18:33:52



- Siêu âm xuyên thóp (22/9):

Bình bệnh án YAB-41

+ 2 não thất bên không giãn, não thất 3 không giãn, màng nội mạc tủy không sáng, mô não không focal, đường M không lệch, không tụ dịch dưới màng cứng

+ Nang vách trong suốt D# 5mm

KL: Nang não vị trí vách trong suốt, D#5mm

- Siêu âm xuyên thóp (10/9 & 21/9):

+ 2 não thất bên không giãn, não thất 3 không giãn, màng nội mạc tủy không sáng, mô não không focal, đường M không lệch, không tụ dịch dưới màng cứng

+ Nang vách trong suốt D# 4mm

KL: Nang não vị trí vách trong suốt, D#4mm

- Siêu âm xuyên thóp (27/8): Chưa ghi nhận bất thường

- Siêu âm bụng (27/8): Chưa ghi nhận bất thường

X. Chẩn đoán hiện tại:

Hội chứng suy hô hấp mức độ nặng (theo Silverman) nghĩ do bệnh màng trong giai đoạn III/trẻ sơ sinh non sớm đủ cân (theo Lubchenco) 29 tuần + 0 $\frac{1}{7}$ hiện tại ổn - Nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm nghĩ do Nhiễm trùng bào thai do Streptococcus biến chứng viêm phổi trẻ 29 tuần + 0 $\frac{5}{7}$ gây xẹp thùy trên phổi (P) hiện tại ổn, viêm ruột hoại tử độ IIA (theo Walsh & Kliegman) trẻ 29 tuần + 1 $\frac{4}{7}$ hiện tại ổn, viêm màng não mủ cột đầu do kháng sinh ngày 17 hiện tại ổn – Vàng da sinh lý Kramer 5 do bất đồng nhóm máu hệ ABO hiện tại ổn – Viêm phổi bệnh viện trẻ 29 tuần + 11 $\frac{3}{7}$ hiện đáp ứng tốt - Suy dinh dưỡng nặng – TD tim bẩm sinh – Nang não vách trong suốt D#4mm

XI. Điều trị hiện tại:

a. Hướng điều trị:

- Hỗ trợ hô hấp
- Kháng sinh
- Dinh dưỡng

b. Điều trị cụ thể:

- Rocephin 1g (Ceftriaxon)
- 0,23g (TMC) 8h

(- AT Domperidon

0,8ml x3 (u) trước cử sữa 30 phút)

- Dinh dưỡng: Bú sữa cao năng lượng Pediasure của Abbot:
75ml x 8 cử/ngày (do bé 3 tháng tuổi qui về cân nặng chuẩn theo WHO là 6kg, cần 600kCal/ngày)
Cách pha: 5 muỗng (mỗi muỗng gạt ngang tương đương 9,8g) x 190ml nước được 225ml sữa ~ 225kCal. Mỗi lần bú lấy 1/3. Phần còn lại cho đậy kín cho vào tủ lạnh dùng hết trong 24h
- Vitamin A: 100k UI/lần x N1, N2, N14
- Streogyl (Vitamin D): 1000UI/lần-5 giọt (3-4 tuần), rồi chuyển sang 400UI đến khi biết đi
- Mumcal 500mg/10ml 12ml ½ ống x 2 uống/ngày
(Vitamin A, D, dùng liều tấn công ở trẻ suy dinh dưỡng nặng <1 tuổi)
Mumcal (Ca) dùng liều 100mg/kg qui về cân nặng chuẩn 6kg

XII. Tiên lượng

- Gàn: Trung bình
 - + Bệnh nhi đáp ứng khá tốt với điều trị nội khoa tích cực. Vấn đề ban đầu là suy hô hấp nặng đã được giải quyết với phương pháp hỗ trợ hô hấp và điều trị nguyên nhân là bệnh màng trong ở trẻ sinh non, hiện tại bé đã tự thở tốt (khí trời), không còn ghi nhận các dấu hiệu của suy hô hấp. Vấn đề chính là nhiễm trùng huyết ở bé đã được kiểm soát tốt bằng kháng sinh theo phác đồ, hiện tại không ghi nhận các dấu hiệu đáp ứng viêm hệ thống ở các cơ quan.
 - + Các biến chứng của nhiễm trùng huyết: viêm phổi, viêm ruột hoại tử, viêm màng não mủ lần lượt được kiểm soát với kháng sinh thích hợp từng bước. Các dấu hiệu lâm sàng dần thoái lui, hiện tại ổn, sau khi dùng kháng sinh không ghi nhận hình ảnh bất thường trên Xquang.
 - + Vàng da ban đầu biểu hiện mức độ nặng cần theo dõi vàng da nhân, nhưng qua điều trị bằng phương pháp chiếu đèn tích cực trong vòng 15 ngày ghi nhận vàng da giảm, hiện tại ghi nhận không vàng da.
 - + Tình trạng suy dinh dưỡng nặng góp phần gây suy giảm miễn dịch trong quá trình bệnh lý làm làm nặng thêm các tình trạng nhiễm trùng. Nhưng qua quá trình theo dõi và hỗ trợ dinh dưỡng nghiêm ngặt theo phác đồ, hiện tại ghi nhận tuy các chỉ số vẫn còn rất thấp so với tiêu chuẩn chung, nhưng theo tình hình thể trạng của bé là tiến triển tốt, sự tương hợp giữa cân nặng và chiều cao trong giới hạn bình thường.
 - + Viêm phổi bệnh viện đang mắc hiện tại đáp ứng tốt với kháng sinh, các triệu chứng ho, thở nhanh giảm nhiều.

- Xa: Nặng
 - + Bệnh nhi tuy đáp ứng khá với điều trị nhưng do có tiền sử sanh non sớm (29 tuần) nên sinh lý cơ thể sẽ phát triển chậm và kém hơn bình thường nhất là hệ miễn dịch, thậm chí có dị tật bẩm sinh, từ đó dễ mắc bệnh dù là bệnh nhẹ nhưng cũng đủ để biểu hiện nặng đến đe dọa tính mạng, và đó là vấn đề bé sẽ phải đối mặt thường xuyên kể từ khi chào đời.
 - + Hiện tại bé có nang vách trong suốt và theo dõi bệnh tim bẩm sinh, dù chưa ghi nhận biến chứng nhưng cũng không thể chủ quan, cần theo dõi chặt để có biện pháp can thiệp kịp thời khi có biến cố xảy ra. Ngoài ra cũng chưa xác định bé còn có dị tật nào khác, nên cần tiến hành các tầm soát sơ sinh cần thiết tránh bỏ sót các bệnh lý bẩm sinh mà trẻ sanh non dễ mắc phải.
 - + Qua một thời gian dài nằm viện, sử dụng máy thở và nhiều loại kháng sinh liên tục, nguy cơ bé mắc phải vi khuẩn đặc biệt kháng thuốc là rất cao, và tình trạng dung nạp thuốc hay cao hơn là kháng kháng sinh dễ xảy ra.

XIII. Dự phòng

- Giữ bé luôn sạch sẽ, ấm áp và an toàn. Luôn giữ ấm cho bé kể cả khi trời nóng bức để phòng hạ thân nhiệt. Khi bé ổn, sử dụng phương pháp Kangaroo để giữ ấm trẻ
- Nơi bé nằm phải được vệ sinh sạch sẽ. Lau mặt trẻ mỗi ngày với nước ấm, lưu ý lau phần dưới cằm – nơi dễ bị đọng sữa
- Vệ sinh bình sữa sạch sẽ trước và sau cho bé bú, sữa đã pha rồi phải dùng ngay hoặc đậy kín bỏ vào tủ lạnh và dùng hết trong 24 tiếng
- Theo dõi bé khi ngủ, đề phòng nôn ói hay sặc sữa. Tư vấn dinh dưỡng để biết lượng sữa cho bé bú hàng ngày đáp ứng đủ nhu cầu cho bé và tuân thủ tuyệt đối cách pha sữa. Cung cấp các vitamin, chất khoáng cần thiết, phòng hạ đường huyết. Theo dõi phân và nước tiểu của bé
- Người chăm sóc bé cắt móng tay, rửa tay sạch sẽ trước khi rửa tay trước và sau khi chăm sóc bé
- Không để bé tiếp xúc với những người mắc bệnh hô hấp, lây nhiễm khác (Hạn chế tiếp xúc với người lạ)
- Chủng ngừa đầy đủ cho trẻ
- Khi có các dấu hiệu thở nhanh, rút lõm lồng ngực, bú yếu, phải báo ngay với nhân viên y tế
- Siêu âm tim tầm soát tim bẩm sinh do lâm sàng nghi ngờ (bé có yếu tố nguy cơ: sinh non, ngạt lúc sanh,...)

