

Đây là hội chứng rất thường gặp ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ non tháng, 1 trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ sơ sinh

Sinh non: <37w

Đủ tháng: 37w1d đến 41w6d

Quá tháng: trên 42w



SUY HÔ HẤP SƠ SINH



BS. Nguyễn Hoàng Tâm

Bộ môn Nhi – ĐHYD TP.HCM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa SHH và SHH cấp ở trẻ SS
2. Giải thích được các thay đổi hô hấp và tuần hoàn của giai đoạn chuyển tiếp ở trẻ SS
3. Chẩn đoán được SHHSS
4. Phân tích được 4 nguyên nhân thường gặp SHHSS
5. Trình bày được nguyên tắc điều trị SHHSS

ĐẠI CƯƠNG

Sơ sinh: từ sau sinh đến 28 ngày tuổi

Đây là hội chứng không phải 1 bệnh
Do nhiều bệnh khác nhau gây ra

Suy hô hấp sơ sinh (neonatal respiratory distress):

là hội chứng chỉ tình trạng hoạt động gắng sức của hệ hô hấp, vận dụng nhiều công hô hấp (thở nhanh, phập phồng cánh mũi, co rút thành ngực...) nhằm đảm bảo quá trình trao đổi khí đầy đủ.

→ **chưa có biểu hiện rối loạn khí máu.**

Là tình trạng tăng công thở để đảm bảo trao đổi khí, vẫn còn đáp ứng đủ, chưa thiếu oxy chưa thay đổi K_{MDM},

ĐẠI CƯƠNG

Người lớn thường là giảm O_2 , trẻ sơ sinh không giống người lớn hay trẻ lớn về cơ chế và cả nguyên nhân, trên lâm sàng và c/s

SHH cấp sơ sinh (neonatal respiratory failure):

chỉ hoạt động hô hấp không có hoặc không còn đầy đủ để duy trì quá trình trao đổi khí.

→ rối loạn trao đổi khí và rối loạn khí máu.

► Giảm PaO_2 và/hoặc tăng $PaCO_2$

Mất cân bằng đáp ứng và sử dụng oxy, thiếu oxy rồi=> rối loạn trên KMDM

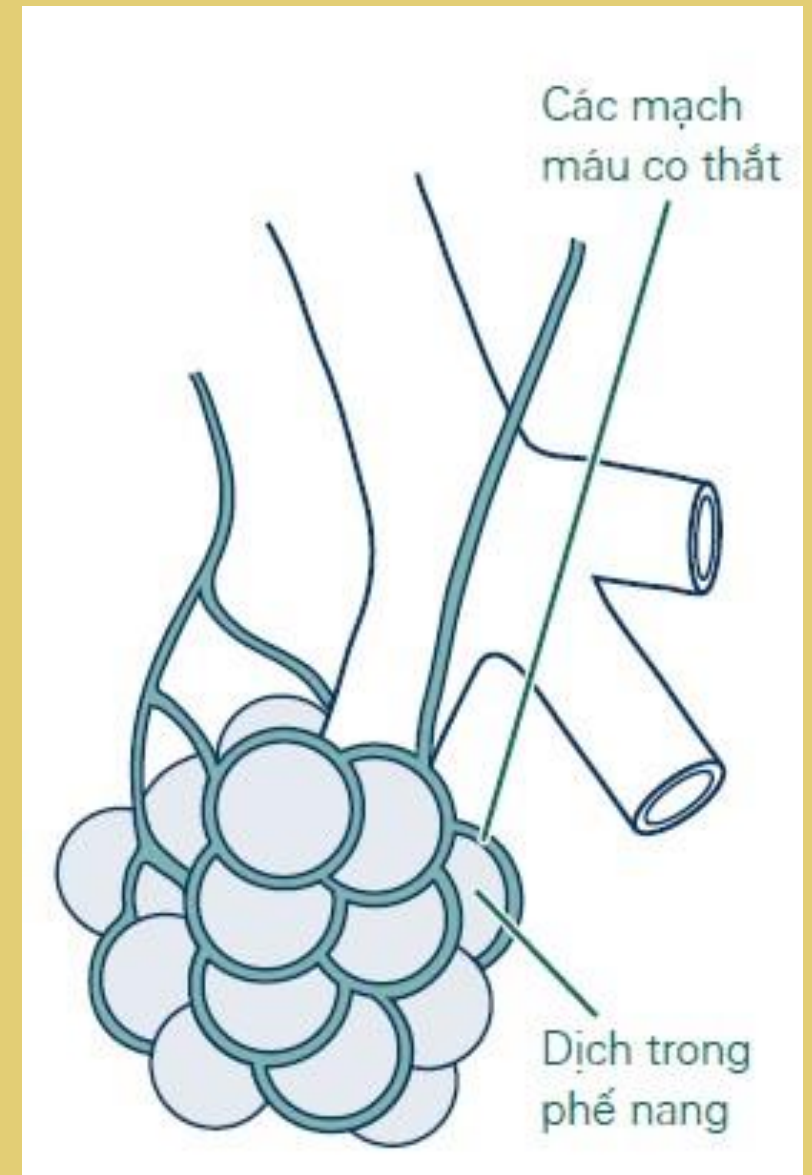
SINH LÝ BÀO THAI

Trong bào thai

- Phế nang chứa đầy dịch
- Bào thai trao đổi khí qua nhau

Trong thời kì bào thai:

- phổi không hoạt động
- Trao đổi khí qua nhau thai
- Phế nang chứa đầy dịch
- Các mạch máu co thắt



SINH LÝ BÀO THAI

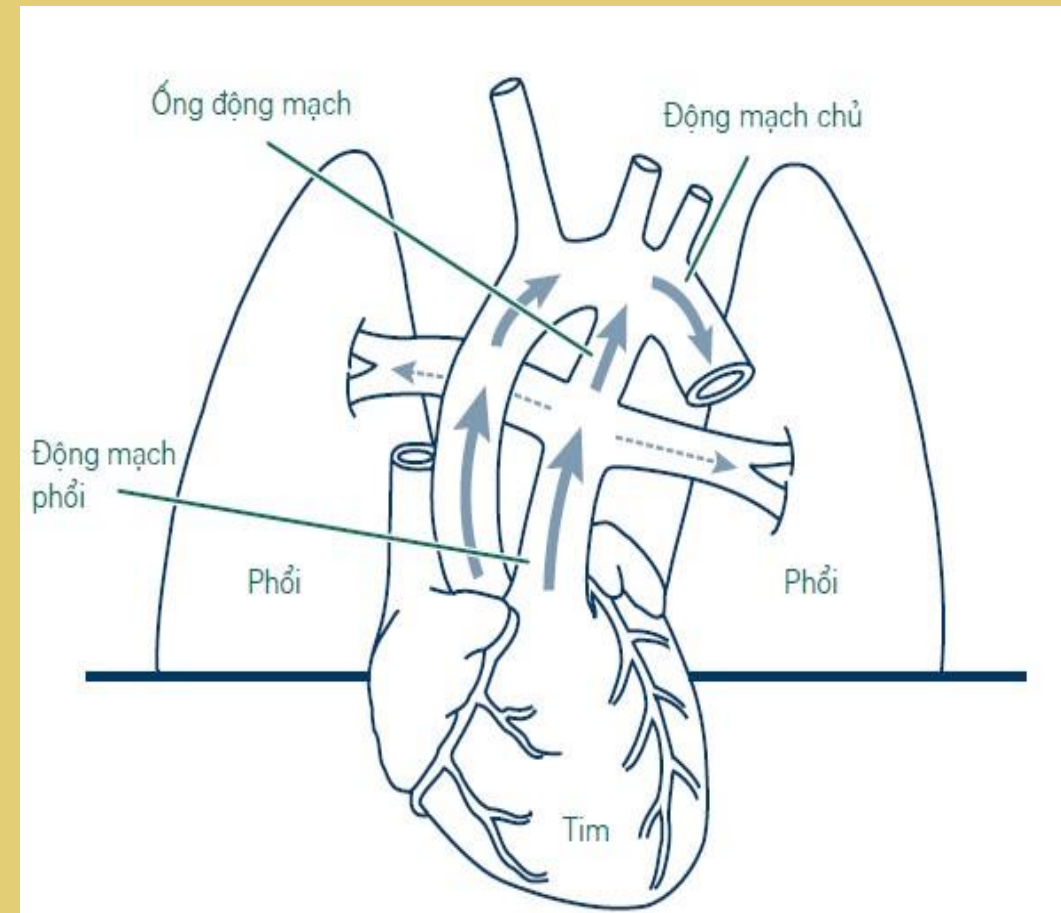
Trong bào thai

- Các tiểu động mạch phổi co thắt
- Lưu lượng máu lên phổi giảm
- Dòng máu bị chuyển hướng qua

ống động mạch

Thời kì bào thai:

- Máu qua phổi rất ít mà đi qua ống động mạch (~30%)
- Tồn tại lỗ bầu dục (~46%)
- Máu đi qua tm và đm rốn

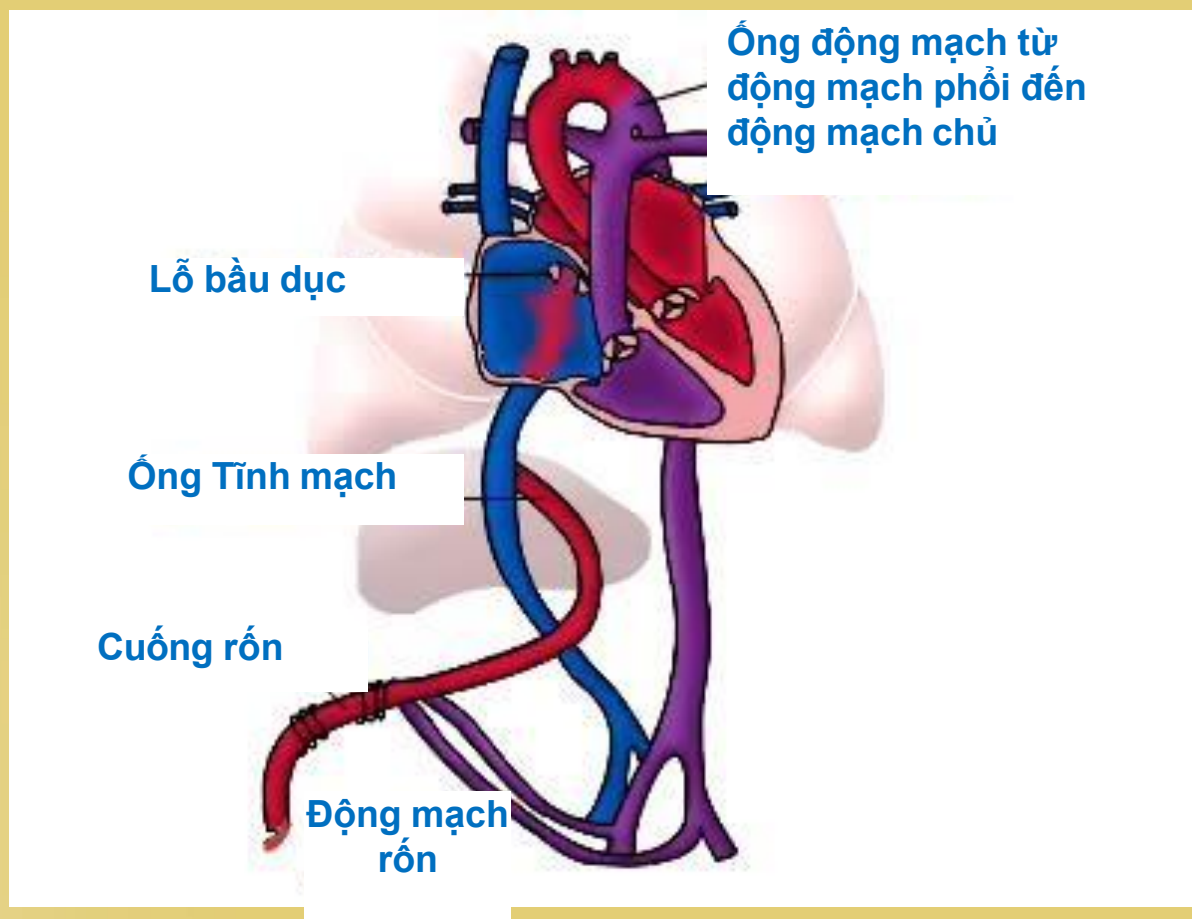


SINH LÝ BÀO THAI

Tuần hoàn rốn: 1 tĩnh mạch và 2 động mạch
Tuần hoàn qua nhau thai, phổi gần như không hoạt động

Trong bào thai

- Các tiểu động mạch phổi co thắt
- Lưu lượng máu lên phổi giảm
- Dòng máu bị chuyển hướng qua ống động mạch

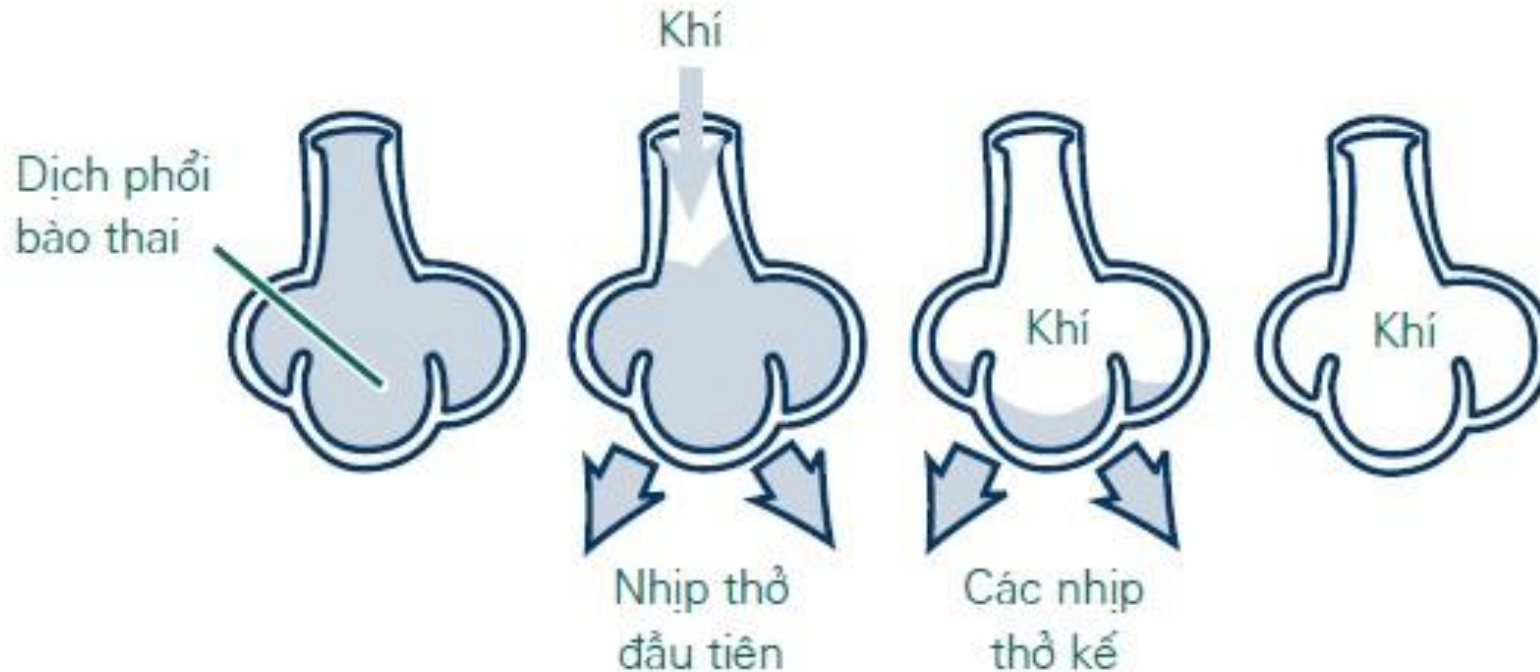


PHỔI VÀ TUẦN HOÀN SAU SINH

- 2 phổi nở ra chứa khí
- Dịch phổi của bào thai được hấp thu

Sau khi kẹp rốn-> trẻ khóc, khí đi vào phế nang, dịch bị đẩy ra ngoài, phế nang chứa đầy khí.

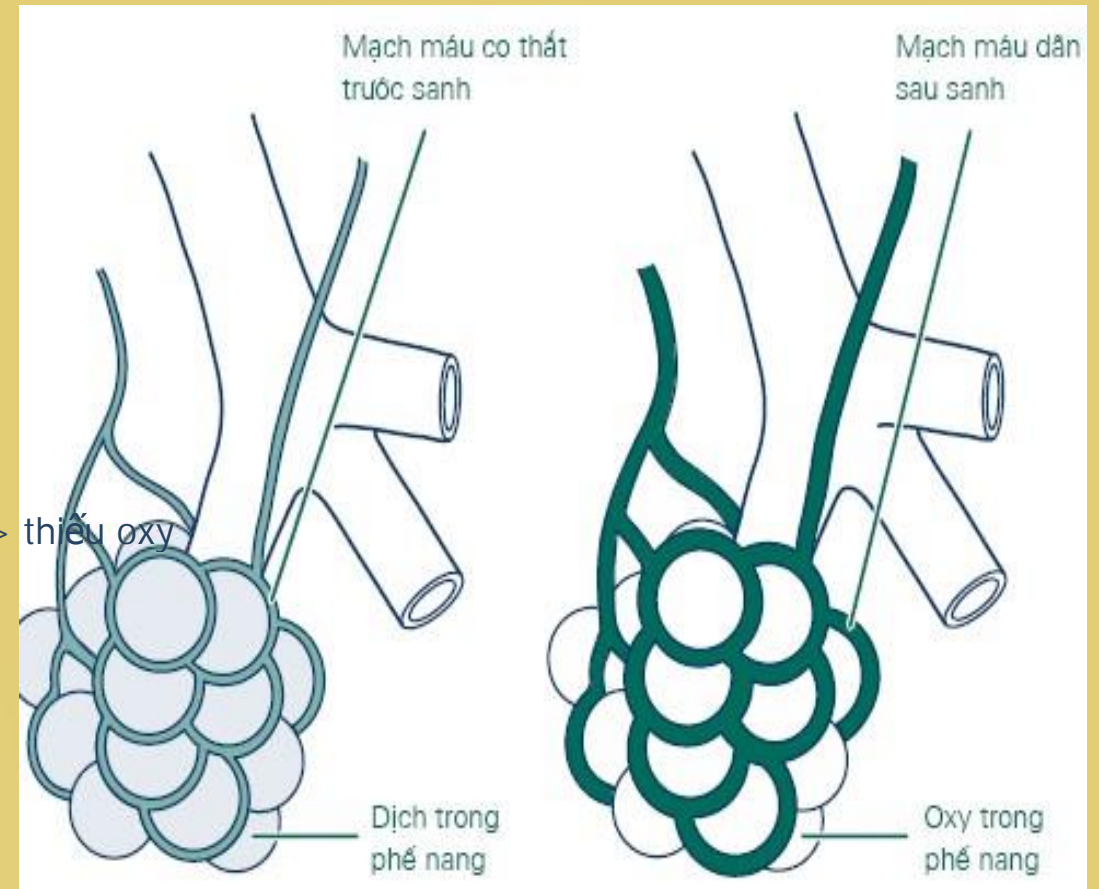
Vì lí do gì đó mà dịch ko ra ngoài hết=> trao đổi khí không tốt
Vd: phân su gây tắc nghẽn, màng phế nang mao mạch có vấn đề, khi cắt rốn làm HA hệ thống tăng lên, bệnh lí tim làm tim đập yếu



PHỔI VÀ TUẦN HOÀN SAU SINH

- Các tiểu động mạch phổi giãn
- Lưu lượng máu qua phổi tăng

Bất kỳ sự kiện gì gây cản trở khí vào phế nang hoặc cản trở trao đổi khí => thiếu oxy



PHỔI VÀ TUẦN HOÀN SAU SINH

Ống đm, lỗ bầu dục còn ở trẻ non tháng. 2 lỗ này đóng làm máu lên phổi nhiều hơn, trao đổi khí diễn ra, máu có ooxi nhiều hơn.

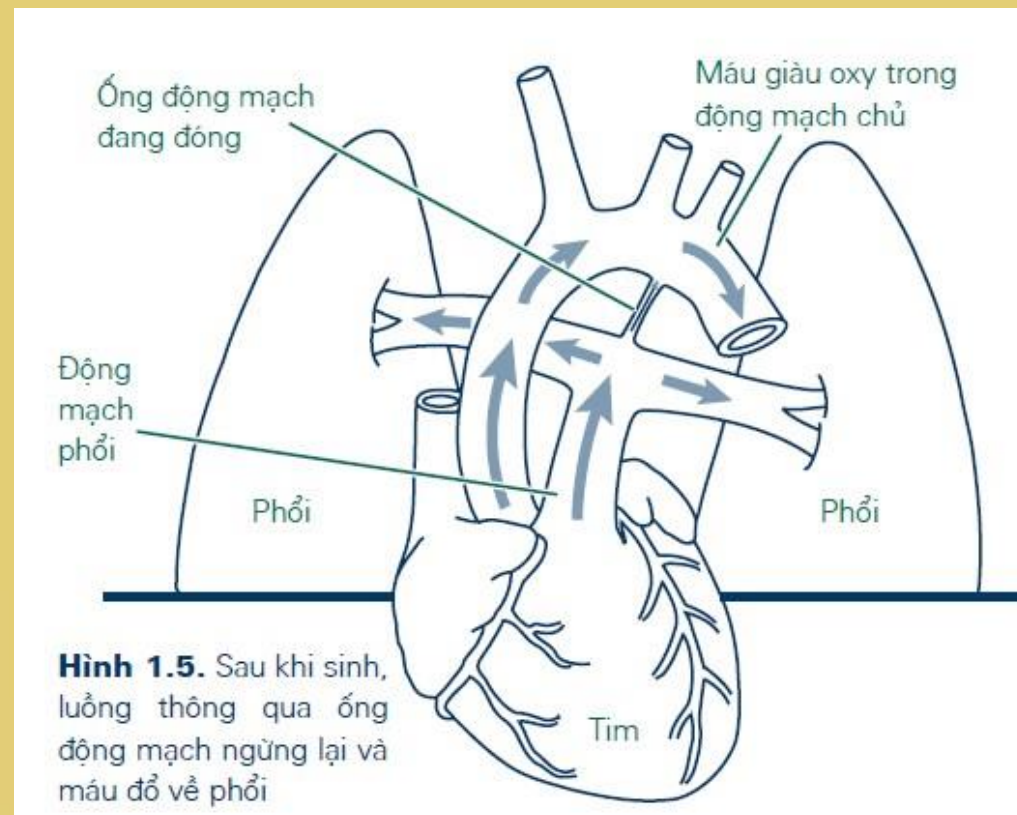
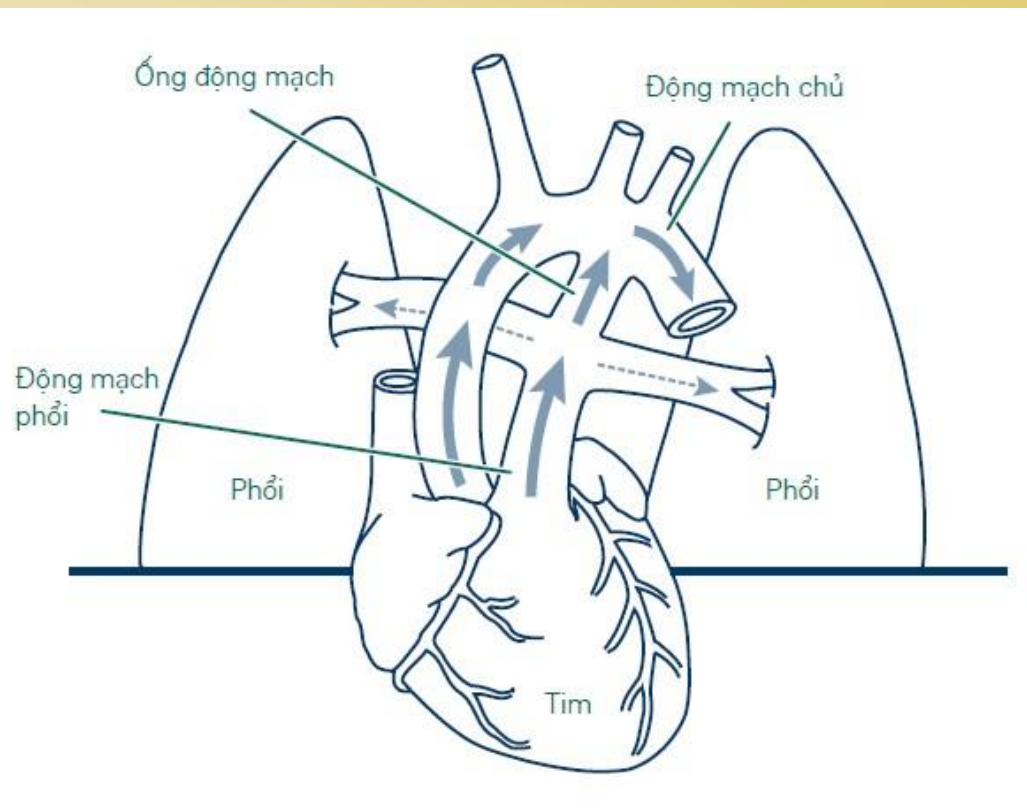
Nếu các cơ quan thiếu oxi kéo dài làm tổn thương các cơ quan không hồi phục, đặc biệt

là não -> di chứng **Trước sanh**

Hậu quả của thiếu oxi là tử vong hoặc di chứng

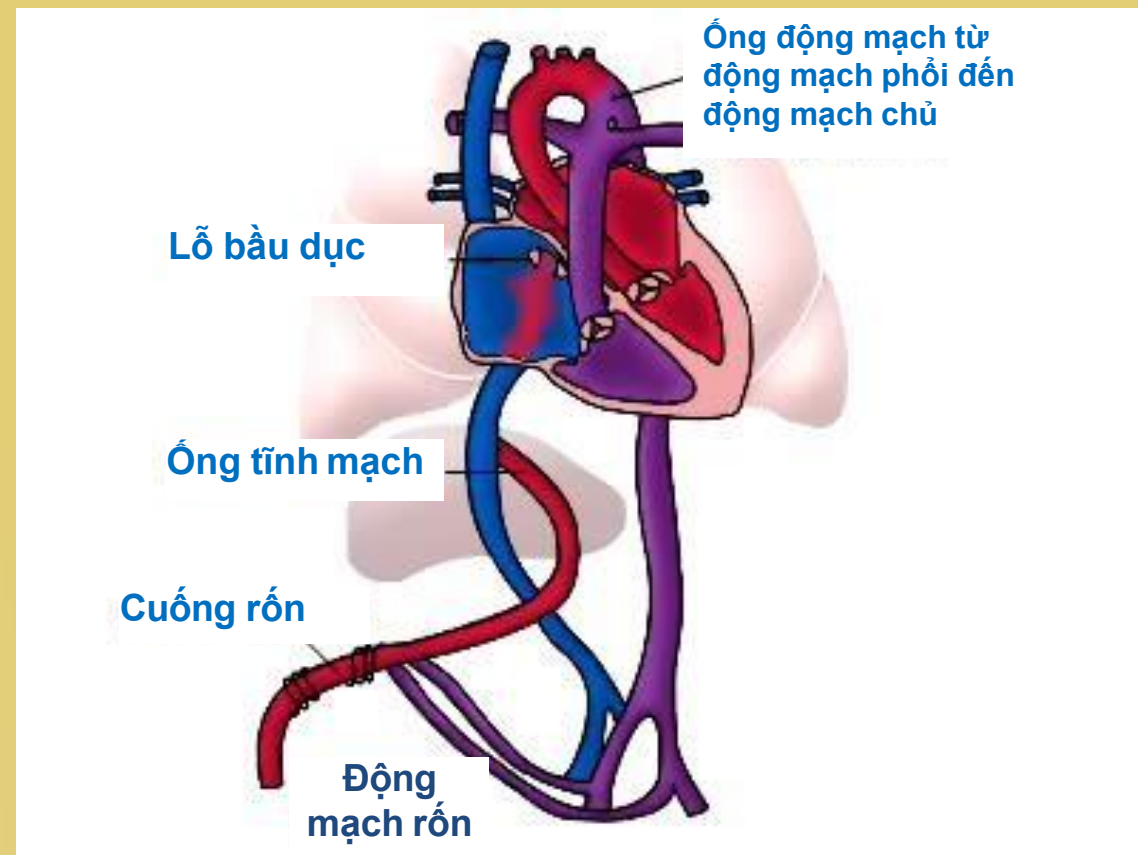
Vì vậy cần phát hiện và xử trí kịp thời

Sau sanh



PHỔI VÀ TUẦN HOÀN SAU SINH

- Nồng độ oxy trong máu tăng
- Ống động mạch co thắt lại
- Máu qua phổi để nhận oxy



GIAI ĐOẠN CHUYỂN TIẾP

- Dịch phế nang được hấp thu
- Động mạch và tĩnh mạch rốn co thắt làm tăng huyết áp toàn thân
- Các mạch máu ở phổi giãn nở

**CÁC VẤN ĐỀ NÀO CÓ THỂ XẢY RA
TRONG GIAI ĐOẠN CHUYỂN TIẾP?**

Trẻ khóc không nổi, APGAR thấp

- Trẻ thở không đủ mạnh để đẩy dịch ra khỏi phế nang, hoặc những chất như phân su có thể làm nghẽn dòng khí vào phế nang → phổi không chứa đầy khí
→ **ngăn cản oxy hóa máu tại phổi.**

Cắt rốn mất nhiều máu, tim hoạt động không nổi, hạ huyết áp hệ thống

- Mất máu quá mức, hoặc sức co bóp cơ tim kém, hoặc tần số tim chậm do thiếu oxy mô và thiếu máu cục bộ
→ **hạ huyết áp hệ thống.**

Thiếu surfactant do non tháng hoặc trẻ đủ tháng nhưng vì nhiễm trùng nặng làm phá hủy lớp surfactant

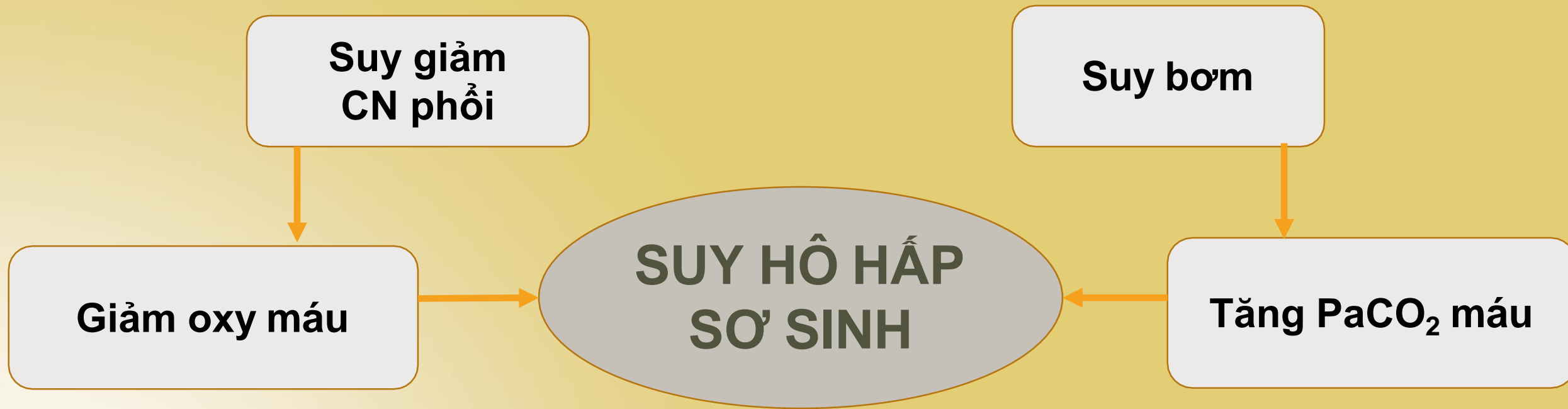
-> phế nang dẫn nở không đầy đủ

- Tình trạng kém căng đầy khí ở phổi, hoặc thiếu oxy
 - co thắt tiểu ĐMP kéo dài → giảm dòng máu tới phổi
 - giảm oxy hóa máu
 - **giảm cung cấp oxy tới các mô kéo dài**

**Tổn thương não không hồi phục,
tổn thương các cơ quan khác
hoặc tử vong**

màng phế nang - mao mạch có 8 lớp, nếu bị tổn thương => ảnh hưởng quá trình trao đổi khí

SINH LÝ BỆNH

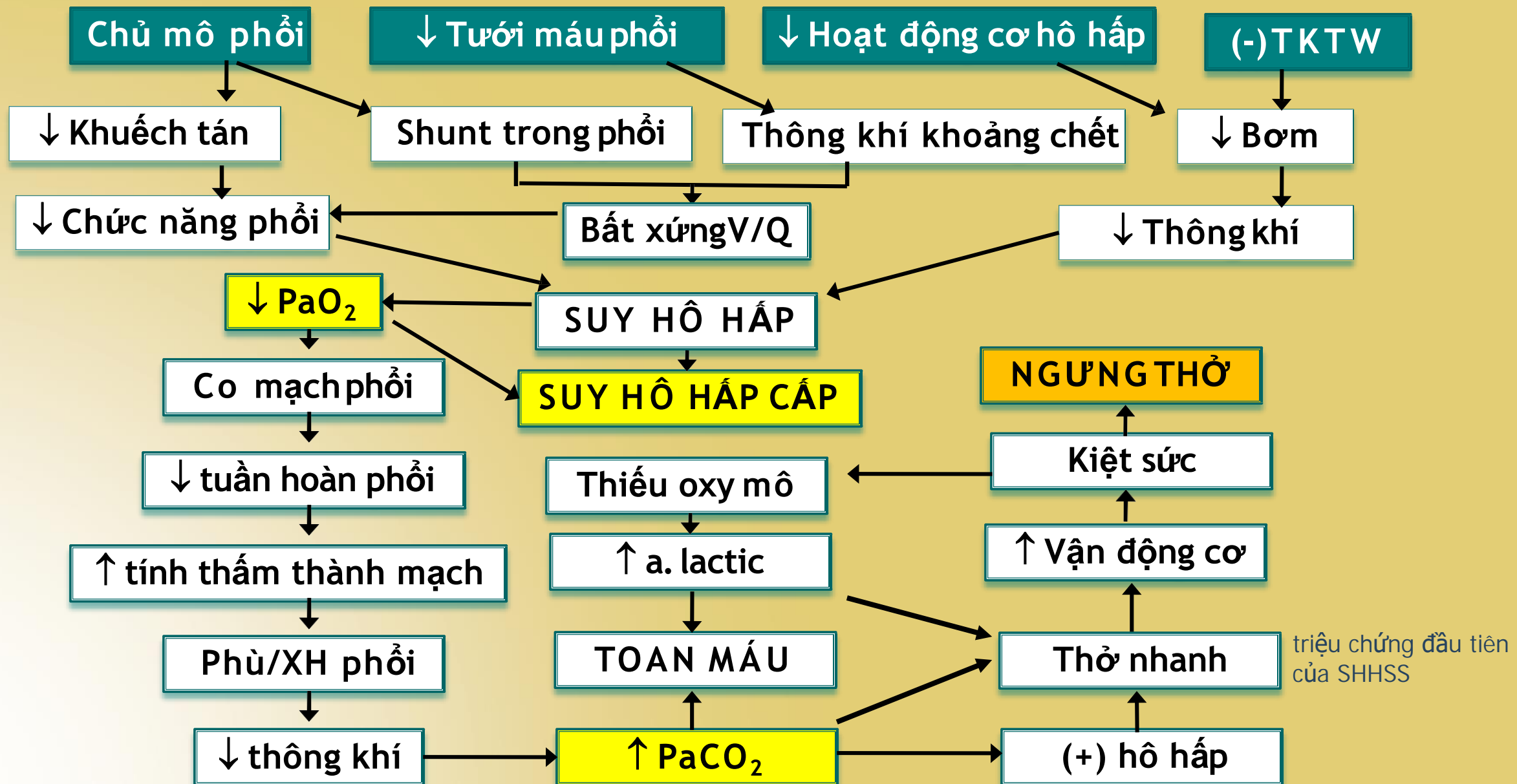


Suy giảm chức năng phổi: 1 số bệnh lí giảm tình trạng thông khí, bất đối xứng thông khí tưới máu

Suy bơm: hệ thần kinh cơ hoạt động không tốt

1 trong 2 cái này xảy ra thì suy hô hấp sẽ xảy ra

gây suy bơm



Màng phế nang mao mạch có 8 lớp: lớp dịch lọt phế nang có chất hoạt diện (surfactant), lớp biểu bì phế nang, màng đáy biểu bì, khoang kẽ, màng đáy mao mạch, lớp nội mạc mao mạch, lớp huyết tương, màng tế bào hồng cầu.

CÁC NGUYÊN NHÂN CHÍNH GÂY SUY HÔ HẤP:

- bệnh lí tại phổi (chủ mô phổi)
 - Giảm khuếch tán: do tổn thương màng phế nang mao mạch, thiếu oxi
 - Shunt trong phổi
- Giảm tưới máu phổi
- Hoạt động cơ hô hấp không đầy đủ
- Thần kinh trung ương bị ức chế

Bình thường $V/Q = 0.8$ đến 1 là tối ưu

Hậu quả cuối cùng là thiếu oxi dẫn tới tăng chuyển hóa acid lactic => TOAN CHUYỂN HÓA

Khi thiếu O_2 , mạch máu phổi sẽ co lại => thông khí giảm => CO_2 không tống ra được => trẻ thở nhanh để bù trừ=> thở nhanh là triệu chứng đầu tiên của suy hô hấp

Khi thấy trẻ thở nhanh là còn bù trừ được, nếu thấy trẻ thở chậm đi là ko bù trừ được nữa, chuyển qua suy hô hấp cấp.

Trẻ thở nhanh => cơ hô hấp hoạt động nhiều hơn => cơ càng mệt, thở không nổi => xảy ra cơn ngưng thở.

Dấu hiệu lâm sàng khi trẻ ngưng thở kéo dài: TÍM TRUNG ƯƠNG, $SpO_2 < 90\%$ (nhưng tùy trẻ, có trẻ dưới 90% vẫn chưa tím)

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- ❖ **Phập phồng cánh mũi** chỉ có ở trẻ sơ sinh, thường xảy ra ở kỳ hít vào, tuy nhiên không đặc hiệu, có thể xảy ra ở trẻ bình thường gắng sức
- ❖ **Thở rên** trẻ dưới 2 tháng mới có, thở rên do thanh môn đóng một phần thôi chứ không kín, xảy ra ở kỳ thở ra, là một trong những dấu hiệu để theo dõi điều trị, đánh giá xem nó có đáp ứng với điều trị không
- ❖ **Tần số thở bất thường**
 - co lõm hõm ức, co vùng dưới sườn (do tính đàn hồi của lồng ngực ở trẻ SS), trẻ bình thường gắng sức cũng có thể lõm nhẹ
 - ❖ **Co rút lồng ngực**
 - ❖ **Tím**

Tím trung ương (cần phân biệt với tím bẩm sinh có tím bằng test oxy, cho thở oxy xem BN có hết tím không, SpO2 có cải thiện không, nếu có thì nghĩ do phổi hơn còn không là do tim)
- Thở thanh** là dấu hiệu đầu tiên, ở trẻ SS tần số thở bình thường 40-60l/p.
 - Thở nhanh là >60l/p với điều kiện đếm ít nhất 2 lần khác nhau và trẻ nằm im không quấy khóc và không có các yếu tố khác làm tăng nhịp thở như sốt
 - 30-40 có thể bình thường nếu trẻ đang ngủ yên
 - Thở chậm là <30 l/p
- Cơn ngưng thở ở trẻ SS:**
 - Cơn ngưng thở sinh lý: <20s + không kèm theo tím và tần số tim không giảm (TS tim bình thường ở trẻ SS là 120-160, nhanh khi >180, chậm khi <100)
 - Cơn ngưng thở bệnh lý: >20s hoặc <20s kèm với tím hoặc giảm TS tim => phải đi tìm nguyên nhân mà SHH là một trong những nguyên nhân đó

Phập phồng cánh mũi: trẻ bth cũng có thể có, trẻ suy hô hấp cũng có

- Phập phồng cánh mũi kèm theo các triệu chứng khác mới chẩn đoán là suy hô hấp
- Có thể gặp ở trẻ bình thường gắng sức, nếu chỉ phập phồng cánh mũi mà không tím...

Thở rên: gặp ở trẻ sơ sinh không gặp ở trẻ lớn, cũng là dấu hiệu nặng

Tần số thở bất thường: đếm khi bé nằm yên, không bú trước đó, không quấy khóc, không sốt, đếm trong 1 phút. Bình thường dao động 40-60

- > 60 lần là thở nhanh, chỉ khẳng định sau 2 lần đếm
- 30-40 có thể là bình thường hoặc bất thường
- < 30 là thở chậm

Tần số thở thay đổi theo tuổi

Cơ ngưng thở:

- Cơ ngưng thở sinh lí: <20s + không kèm theo tím và tần số tim không giảm (tần số tim bình thường 120-160, chậm là <100, nhanh là >180)
- Cơ ngưng thở bệnh lí: >20s hoặc là <20s mà tím hay giảm tần số tim
- Tím ở đây là tím trung ương (cần phân biệt với tím bẩm sinh)

CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, yếu tố nguy cơ, cận lâm sàng.

Dựa vào ls và ytns đưa ra chẩn đoán sơ bộ. Rồi đề nghị cls để chẩn đoán xác định

➤ Yếu tố nguy cơ

- Trước sinh: mẹ ĐTĐ, nhiễm GBS,..
- Trong sinh: nhiễm trùng ối, sinh mổ, dịch ối nhuộm phân su,...
- Sau sinh: tuổi thai, hạ thân nhiệt,..

Mẹ ĐTĐ con sau sanh dễ bị hạ đường, thiếu đường cũng ảnh hưởng làm giảm tổng hợp surfactant

CHẨN ĐOÁN

➤ Lâm sàng

Hậu quả cuối cùng là toan chuyển hóa => làm kmđm là tiêu chuẩn vàng
Làm thêm các sn khác để chẩn đoán nguyên nhân: Xquang,....

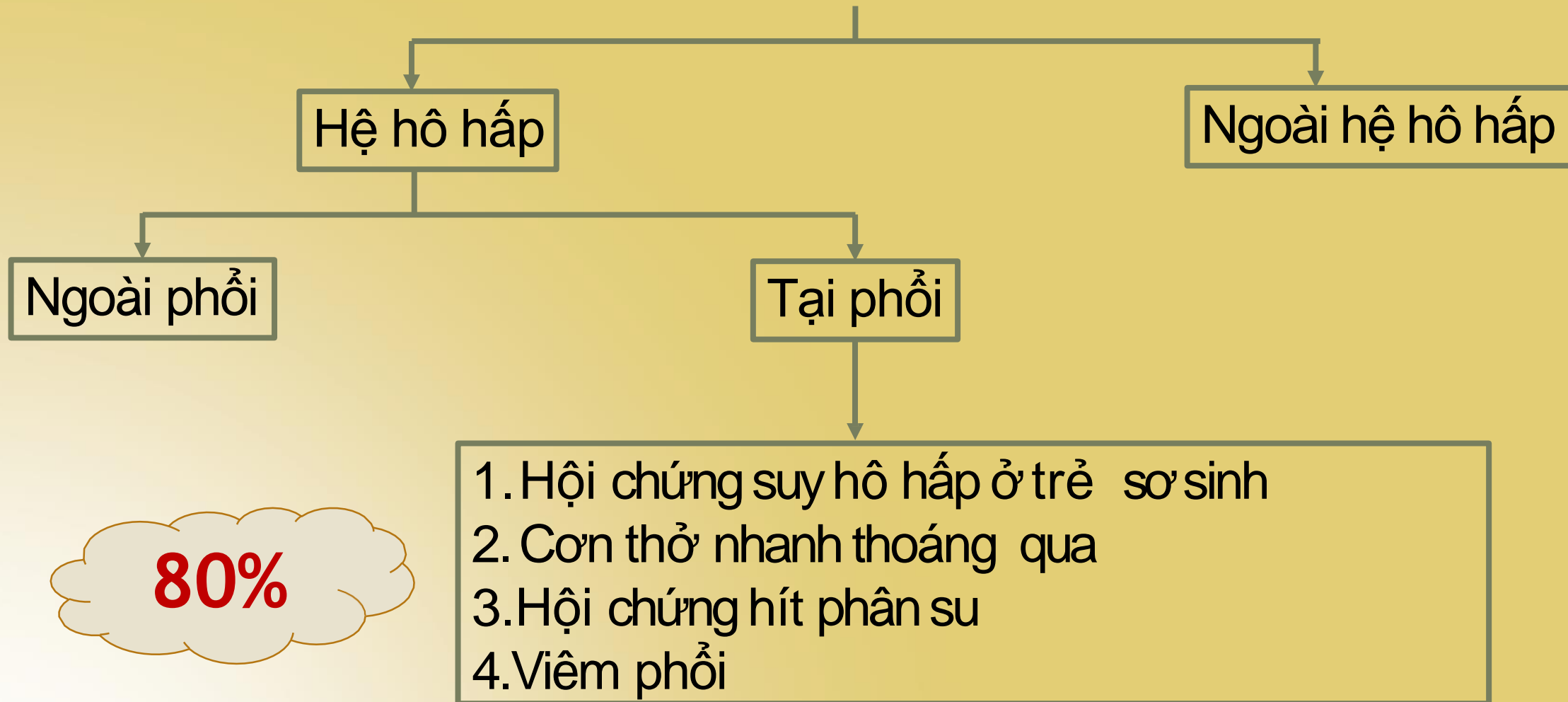
➤ Cận lâm sàng

- **KMĐM:** $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$, $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$

→ tiêu chuẩn vàng

- Xquang ngực
- Đường huyết
- Tìm NN: CTM, PMNB, CRP, cấy máu

NGUYÊN NHÂN



HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH (RDS)

Trước kia gọi là bệnh màng trong
Thường xảy ra ở trẻ non tháng (thường
chất này sản sinh từ tuần 26 trở đi)

càng non tỷ lệ mắc bệnh càng cao

- ❖ Do thiếu surfactant

- ❖ NN gây tử vong hàng đầu ở trẻ non tháng

- ❖ 30% tử vong sơ sinh do RDS & biến chứng

- ❖ Tần suất mắc bệnh tỷ lệ nghịch với tuổi thai

- ❖ 23 - 25 tuần: 91%

- 30 – 31 tuần: 52%

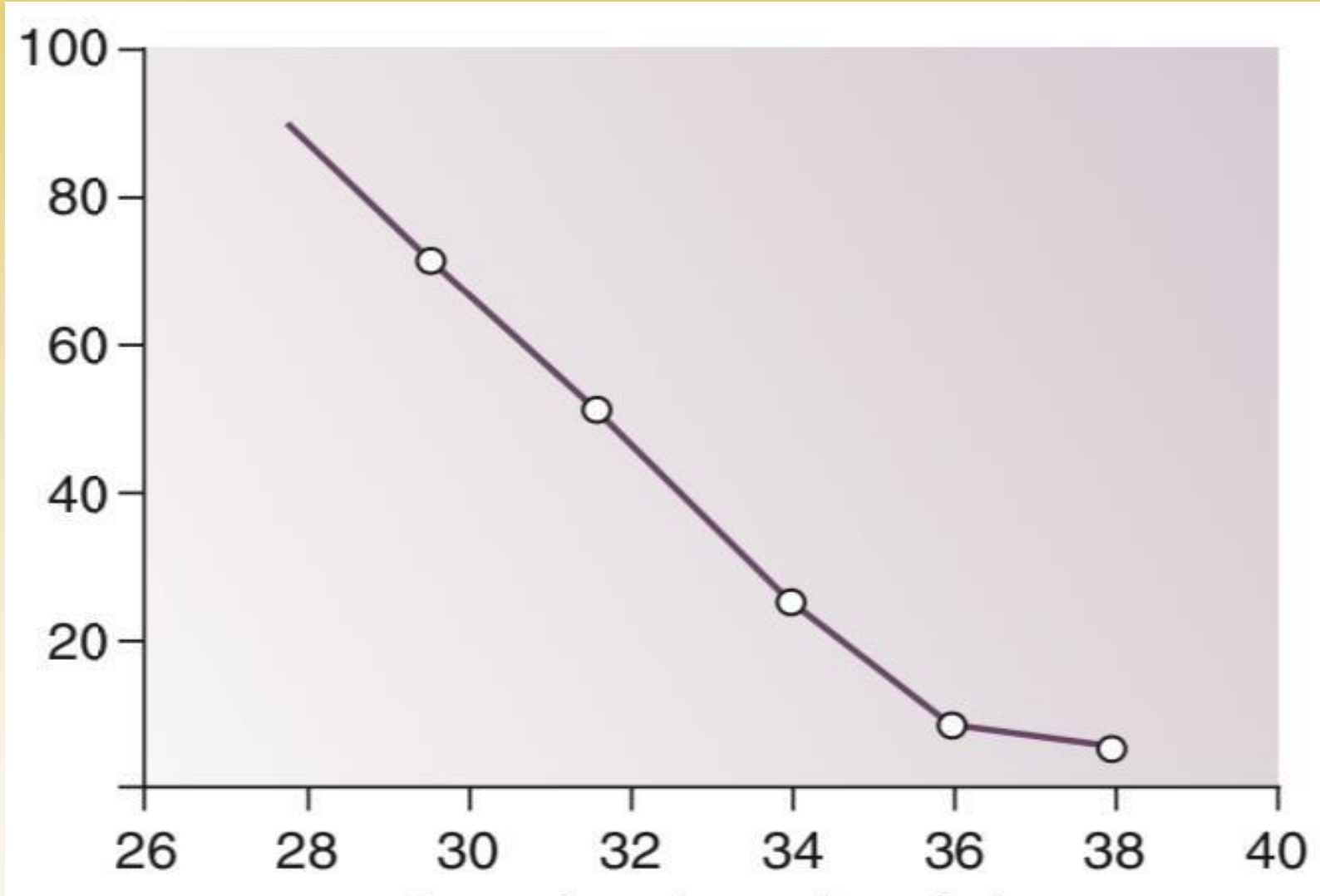
- ❖ 26 - 27 tuần: 88%

- 32 – 36 tuần: 15 – 30%

- ❖ 28 - 29 tuần: 74%

- > 37 tuần: 5%

HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH (RDS)



Bảng tỷ lệ % tử
vong theo tuổi
thai

HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH (RDS)

YẾU TỐ **TĂNG NGUY CƠ**

- Sinh non
- Mẹ ĐTĐ trong suốt thời gian mang thai
- Trẻ bị thiếu oxy/ toan máu/ sốc
- Sinh mổ chưa CD
- Con thứ 2/song sinh
- Bé trai

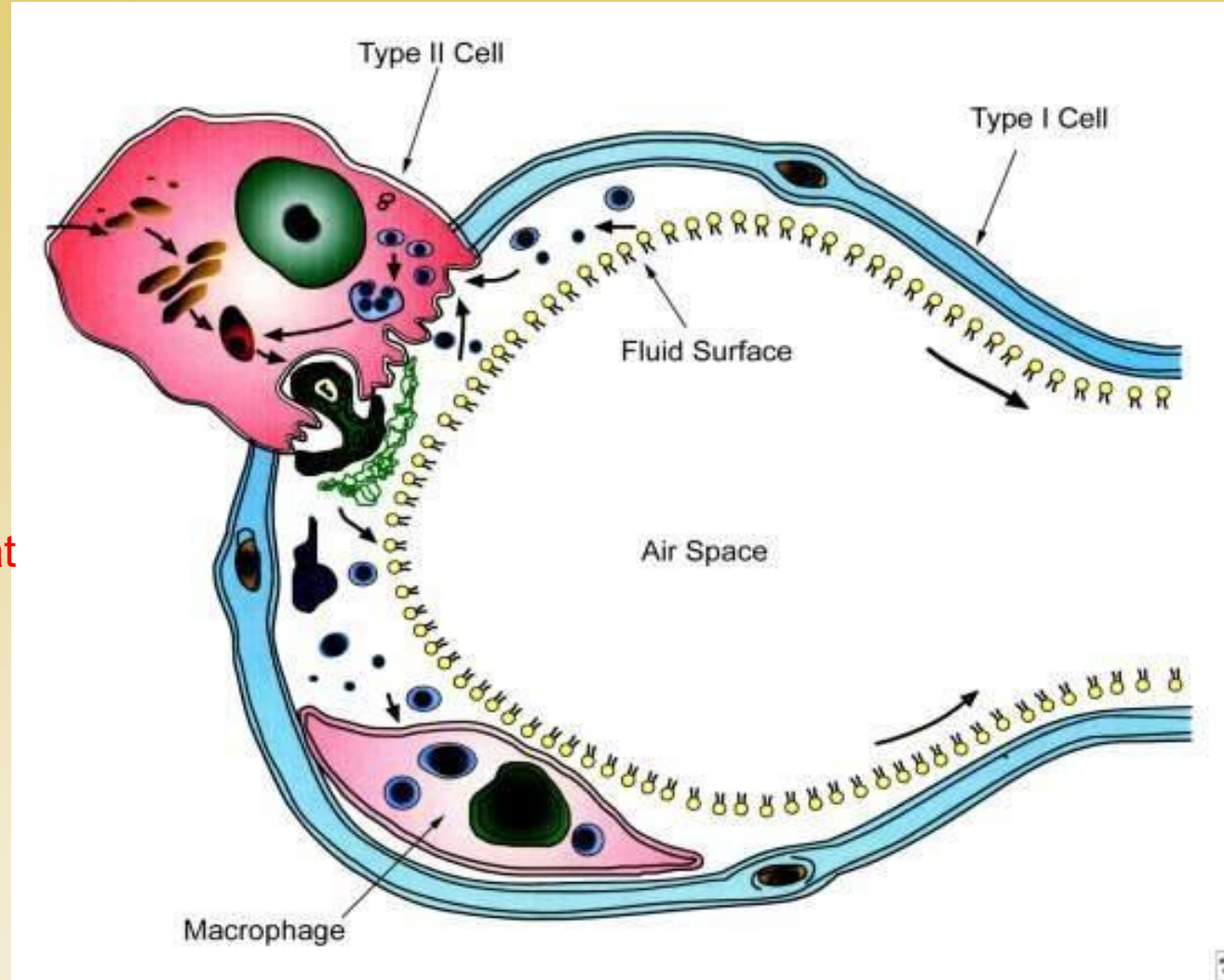
HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH (RDS)

YẾU TỐ **GIẢM NGUY CƠ**

- Mẹ THA mạn tính, bệnh tim mạch
- Viêm màng ối
- Hở eo tử cung
- Dùng steroid trước sanh

HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH (RDS)

Surfactant giúp phế nang không bị xẹp vào cuối thì thở ra. Thành phần là photpho lipid chiếm 80%
Các tế bào type II sản xuất ra surfactant



HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH (RDS)

LÂM SÀNG

❖ Khởi phát SHH vài giờ sau sanh (6h)

Nếu không can thiệp sớm, không phát hiện kịp thời trẻ sẽ diễn tiến ngày càng nặng (nặng nhất là 12h)
Đáp ứng tốt với can thiệp kịp thời: bơm surfactant cho bệnh nhân

❖ Diễn tiến trong 48 – 72h (nặng nhất 12h)
12-24h

❖ Thở nhanh, thở rên, phập phồng cánh mũi, co rút lồng ngực →
ngưng thở kéo dài → tím

❖ Nếu can thiệp tốt → cải thiện sau 3-5 ngày

HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH (RDS)

Cận lâm sàng

Toan hô hấp

Xquang khi nặng : trắng xóa 2 phổi khó phân biệt vs viêm phổi
nên điều trị song song cả 2

- ❖ Khí máu: $\text{PaCO}_2 \uparrow$, $\text{pH} \downarrow$
- ❖ Xquang: hình ảnh “kiếng mờ”, tổn thương dạng lưới, hạt, có thể thấy hình ảnh khí phế quản đồ. Hình ảnh trắng xóa 2 phế trường
→ nặng.

HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH (RDS)



Thấy được cây khí phế
quản, nhu mô phổi
Trước đây phân 4 độ
theo xquang giờ bỏ r

HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH (RDS)

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- ❖ Hỗ trợ hô hấp sớm với NCPAP
- ❖ Liệu pháp surfactant thay thế (tốt nhất 30-60 phút, có thể trong 6h)
- ❖ Điều trị hỗ trợ các hệ cơ quan chưa trưởng thành
- ❖ Theo dõi biến chứng: nhiễm trùng, TKMP, VRHT, PDA, ROP,...

Quan trọng nhất là hỗ trợ hô hấp cho bn: A airway – B breathing – C circulation

Đối với bệnh màng trong, nếu phế nang ko nở ra thì cho bn thở áp lực dương liên tục NCPAP để duy trì phế nang ko xẹp cuối kì thở ra

Điều trị đặc hiệu là liệu pháp surfactant thay thế, hiệu quả nhất là 30-60 phút sau sanh, có thể trong 6h đầu, không bơm nếu quá 24h tuổi

HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP Ở TRẺ SƠ SINH (RDS)

PHÒNG NGỪA

- ❖ Chăm sóc trước sinh tốt
- ❖ Theo dõi và điều trị nguy cơ sinh non
- ❖ Dùng steroid trước sinh cho mẹ

Dự phòng corticoid nếu có nguy cơ sanh non

HỘI CHỨNG HÍT PHÂN SU

Tuổi thai càng lớn nguy cơ càng cao, >42 tuần nguy cơ cao

- ❖ Thường ở trẻ già tháng /đủ tháng
 - ❖ Trẻ có bất thường dây rốn, sinh khó
 - ❖ 5-15 % trẻ sinh sống
 - ❖ 5% số này có VP hít phân su, 30% cần thở máy
- | | |
|------------------|-------------------|
| < 37 tuần: 2-5% | 37-42 tuần: 16% |
| 42 tuần: 20-25%% | > 42 tuần: 28-44% |

HỘI CHỨNG HÍT PHÂN SU

Xử trí đầu tiên là đặt nội khí quản hút phân su trước khi kích thích trẻ thở
Xquang: tổn thương tập trung ở rốn phổi, vòm hoành dẹt bị đầy xuống
Tỉ lệ tràn khí, rò khí chiếm khoảng 30-50% trong những trường hợp hít phân su

CHẨN ĐOÁN

- ❖ Trẻ SHH nặng ngay sau sinh hay tiến triển nặng dần sau đó
- ❖ Da và dây rốn nhuộm phân su, miệng hầu đầy nước ối lẫn phân su
- ❖ Xquang: có hạt đậm bờ không rõ tập trung rốn phổi, ứ khí ở phổi, có thể tràn khí màng phổi, xẹp phổi.
- ❖ KMĐM: PaO_2 giảm, PaCO_2 tăng, pH giảm

HỘI CHỨNG HÍT PHÂN SU



Xquang:

- Thông khí không đều, hạt đậm bờ không rõ, tập trung/rón phổi.
- Xẹp phổi và khí thủng rải rác không đều ở hai phổi.
- 30% - 50% có rò khí phổi
- Ứ khí ở phổi với vòm hoành bị đẩy dẹt xuống.

HỘI CHỨNG HÍT PHÂN SU

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- ❖ Hỗ trợ hô hấp Đặt nội khí quản
- ❖ Kháng sinh phổ rộng (bằng chứng chưa rõ)
- ❖ Có thể áp dụng liệu pháp thay thế surfactant Surfactant trong th này là bị phá hủy
- ❖ Theo dõi và điều trị BC: TKMP, NTB, toan CH...

VIÊM PHỔI SƠ SINH

YẾU TỐ NGUY CƠ

❖ Võ ối kéo dài

❖ Mẹ sốt trong CD

❖ Ngạt chu sinh

❖ Rò khí – thực quản

Đây là trường hợp nhiễm khuẩn sơ sinh
< 72h là nkss sớm (3 bệnh cảnh thường gặp là nhiễm khuẩn huyết, viêm màng não và vpss)
> 72h là muộn
Võ ối kéo dài là >18h

VIÊM PHỔI SƠ SINH

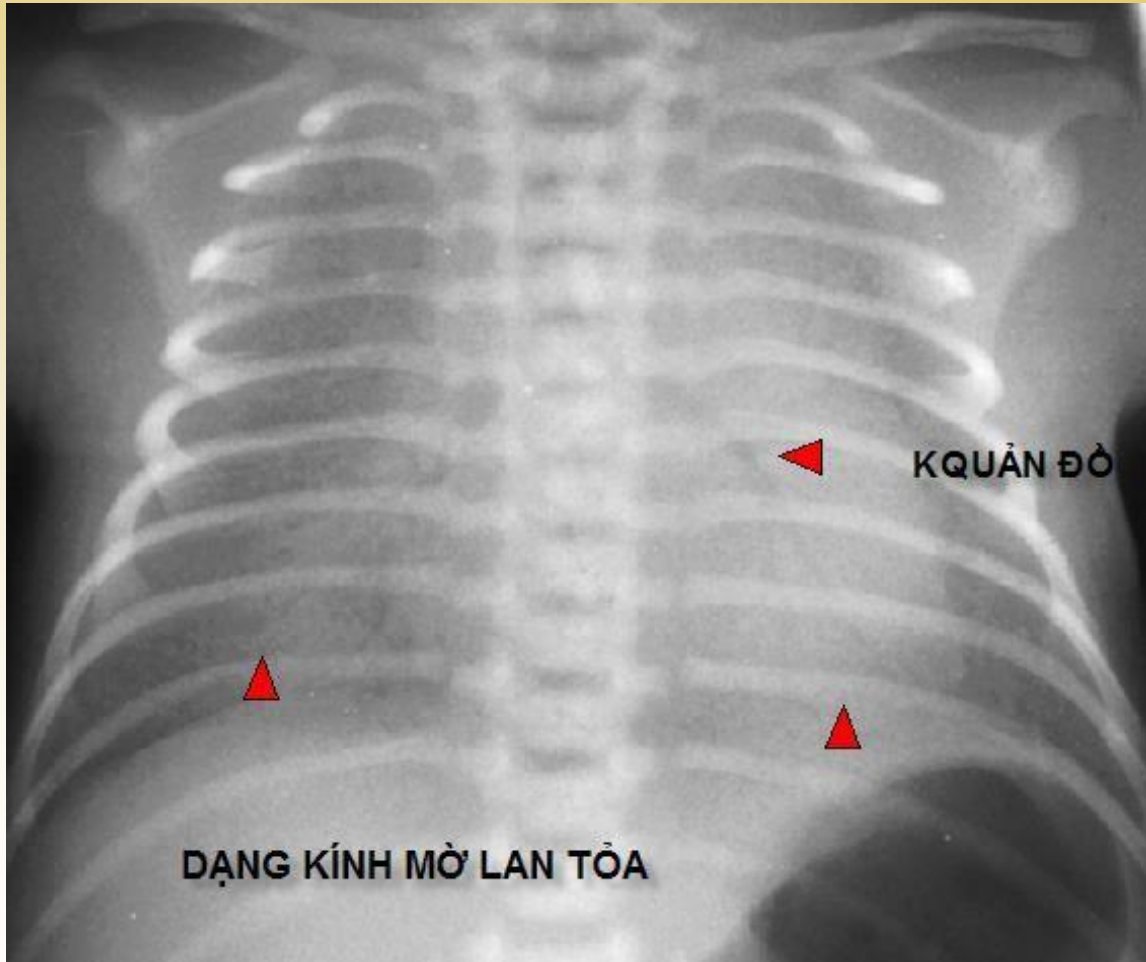
Hỏi tiền căn sản khoa

CHẨN ĐOÁN

- Tiền căn sản khoa
- Lâm sàng
- Xquang: có hình ảnh thâm nhiễm dạng mảng hay lưới
- Huyết đồ, CRP, cấy máu, KMĐM, cấy dịch khí quản (NTA)

VIÊM PHỔI SƠ SINH

Giống bệnh màng trong, khó phân biệt
kết hợp với các YTNC để phân biệt



- Mờ dạng kính lan tỏa 2 phế trường
- Hình ảnh khí phế quản đồ

VIÊM PHỔI SƠ SINH

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Hỗ trợ hô hấp Tùy theo tình trạng bn mà lựa chọn liệu pháp khác nhau
- Kháng sinh ban đầu: Ampicillin + Gentamycin
- Điều trị biến chứng (nếu có).

Kháng sinh ngay khi nghi ngờ vpss cho đến khi có bằng chứng loại trừ nhiễm trùng

CƠN THỞ NHANH THOÁNG QUA Ở TRẺ SƠ SINH

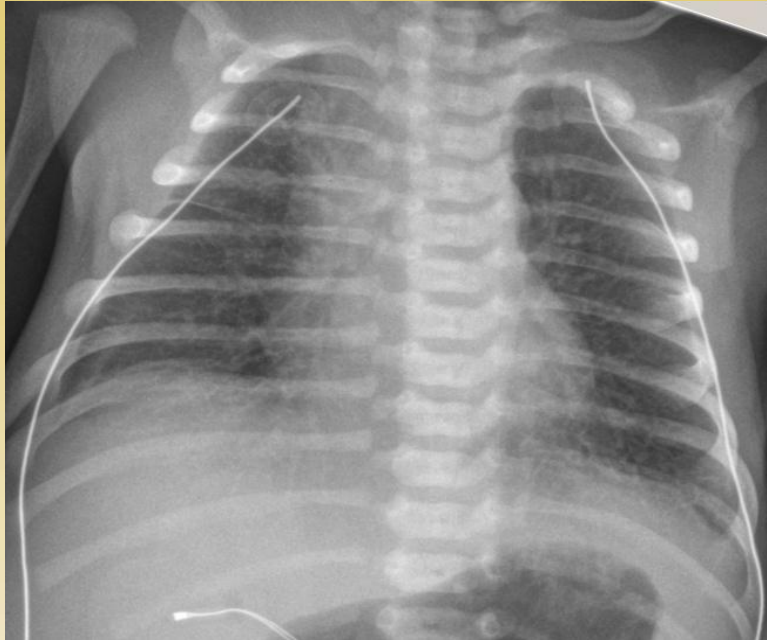
- Thường gặp nhất (40%)
thường gặp ở sinh mổ hơn
- 1-5% trẻ sinh sống, 9% trẻ sinh mổ
thường gặp ở trẻ đủ tháng hơn
- Đủ tháng và non tháng
- SHH ngay sau sinh/vài giờ đầu sau sinh, chủ yếu thở nhanh
- Bệnh thường tự giới hạn, có thể 24-48h, thường không cần hỗ trợ hô hấp
- Xquang: **ứ dịch mô kê, rãnh liên thùy** (hình ảnh sợi)
- **Yếu tố nguy cơ**: sinh mổ chủ động, sanh non 34- < 37 tuần, sanh ngạt, ngôi mông
- **Chẩn đoán khi loại trừ các nguyên nhân gây SHH khác (VP, RDS)**

Thường gặp nhất nhưng khó chẩn đoán nhất vì là chẩn đoán loại trừ

Thường gặp ở trẻ đủ tháng đặc biệt là trẻ mổ chủ động khi chưa chuyển dạ do dịch chưa thoát ra được hết, ứ đọng trong phế nang. Dịch được hấp thu dần đến khi hết thì hết thở nhanh

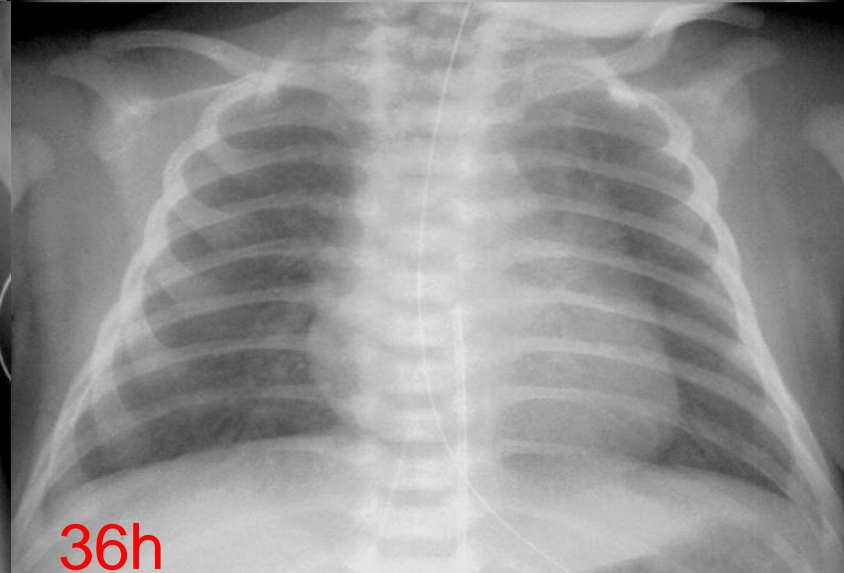
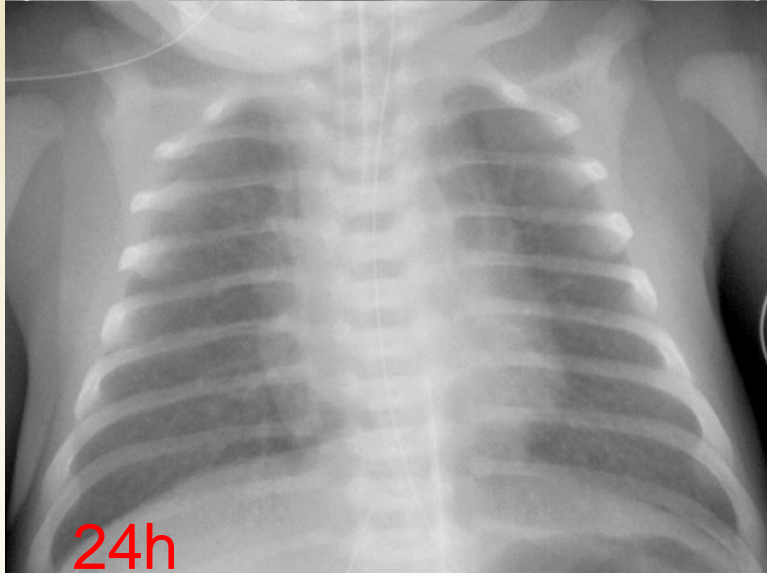
Không có điều trị đặc hiệu, theo dõi, hỗ trợ hô hấp nếu cần

CƠ'N THỎ' NHANH THOÁNG QUA Ở TRẺ SƠ' SINH



24-48h xquang
về bth

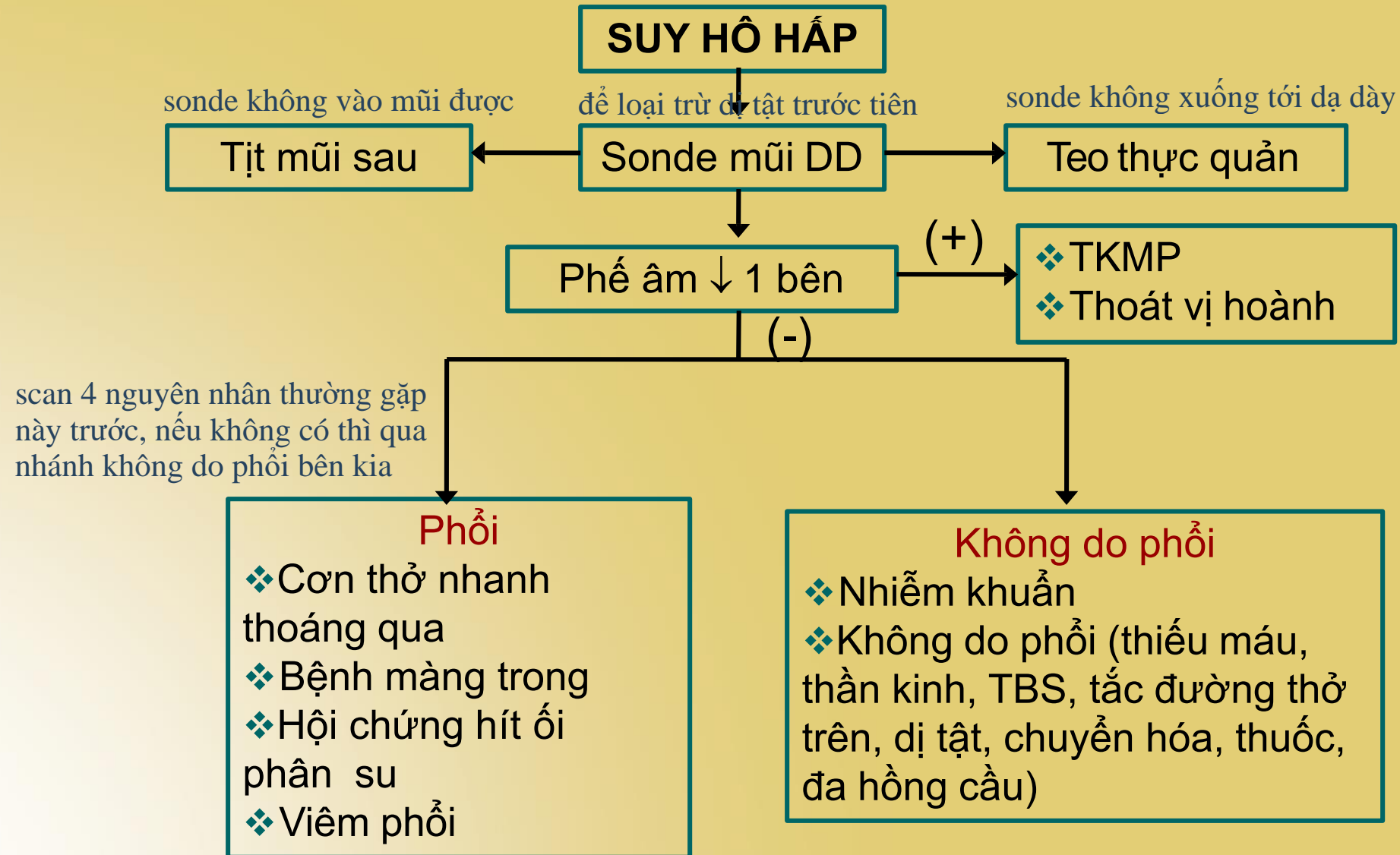
0h



24h

36h

LƯU ĐỒ TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN



ĐIỀU TRỊ

NGUYÊN TẮC

- ❖ Cải thiện trao đổi khí tại phổi
- ❖ Cải thiện dòng máu tới phổi và mô
- ❖ Giảm thiểu tiêu thụ oxy

ĐIỀU TRỊ

THÔNG ĐƯỜNG THỞ

- ❖ Hút đàm vùng mũi, miệng Hút miệng trước rồi hút mũi
- ❖ Dẫn lưu dạ dày Dạ dày chướng căng do bóp bóng kéo dài cản trở phổi dẫn nở
- ❖ Tắc mũi sau → ống thông miệng hầu
- ❖ Teo thực quản → hút liên tục túi cùng trên
- ❖ Thoát vị hoành → nằm nghiêng bên thoát vị, không bóp bóng qua mặt nạ, đặt NKQ sớm

ĐIỀU TRỊ

đặc biệt là trẻ sinh non

OXY LIỆU PHÁP

Khi mà cung cấp nồng độ cao quá có thể xảy ra biến chứng: bệnh lí võng mạc, bệnh phổi mãn tính
Nếu trẻ tím thì cho 100% giai đoạn đầu sau đó phải giảm dần
Không tím cho 40% - mức an toàn

- ❖ Oxy qua cannula chỉ thiếu oxy đơn thuần thôi
- ❖ Thở áp lực dương liên tục (CPAP) trẻ có xẹp phổi hoặc cơn ngưng thở
- ❖ Đặt NKQ và thở máy
- ❖ Trẻ tím \rightarrow $FiO_2 = 100\%$ \rightarrow giảm khi cải thiện
- ❖ SpO_2 mục tiêu cho trẻ sơ sinh 90 – 95% (PaO_2 45 – 70 mmHg)
- ❖ *Lưu ý tác dụng phụ khi thở Oxy liều cao (BPM, ROP)*

ĐIỀU TRỊ

Đây là biện pháp cuối cùng – thở máy

CHỈ ĐỊNH ĐẶT NKQ

- ❖ Co lõm ngực nặng, cơn ngừng thở nặng (>3 cơn/giờ và tim < 100 l/ph hay cần bóp bóng)
- ❖ Xuất huyết phổi
- ❖ Suy tuần hoàn
- ❖ Giảm oxy máu nặng: $SpO_2 < 90\%$ hay $PaO_2 < 45$ mmHg khi $FiO_2 > 50\%$
- ❖ Toan HH nặng: $PaCO_2 > 65$ mmHg và $pH < 7,2$
- ❖ Toan CH không bù đủ và $pH < 7,2$

ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ

Tối ưu lưu lượng máu tới phổi

❖ Chống sốc nếu có

❖ Hct tối ưu 35 – 50%

HCT bình thường ở trẻ SS 50-60%

Không được quá cao, <65%

❖ Bù toan

Bù toan do suy hô hấp phải cân nhắc, quan trọng là giải quyết shh cho bn rồi bù toan sau

ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ

Giảm tiêu thụ oxy và cung cấp năng lượng

- ❖ Duy trì thân nhiệt 36,5°C
- ❖ Đảm bảo dinh dưỡng, dịch và điện giải
- ❖ Cung cấp đủ năng lượng > 50 kcal/kg/ngày

ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ

Kháng sinh

- ❖ Ngay khi có nghi ngờ nhiễm trùng
- ❖ Ampicillin + Gentamycin
- ❖ Ngưng KS khi có bằng chứng loại trừ NT

Kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng (cls tại nhiều thời điểm, ít nhất 3 thời điểm khác nhau)

ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN

- ❖ Hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh
- ❖ Hội chứng hít phân su
- ❖ Viêm phổi
- ❖ Cơn khó thở nhanh thoáng qua

ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN

liên quan đến ngoại khoa, Nhi chủ yếu điều trị hỗ trợ rồi mời TMH can thiệp

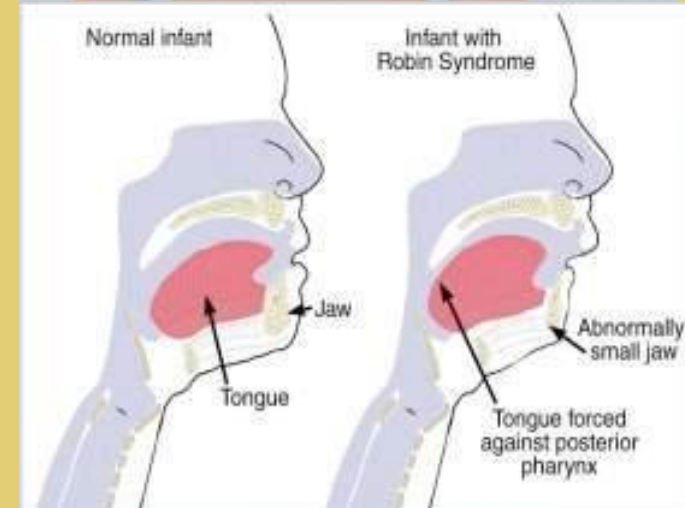
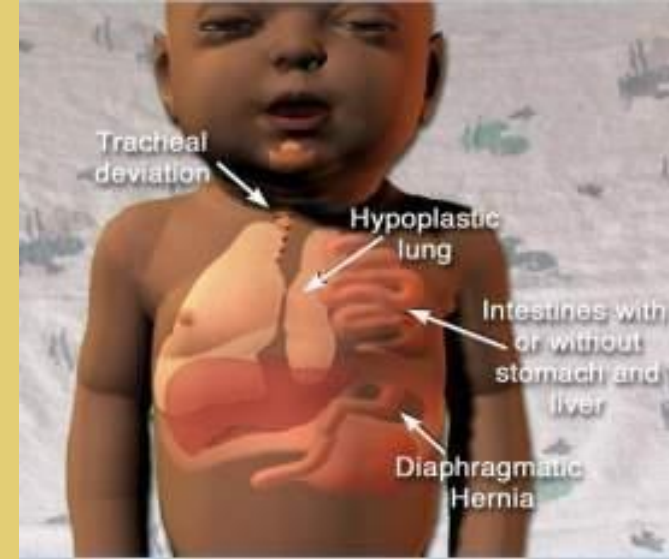
❖ Tịt mũi sau

❖ Teo thực quản

❖ Thoát vị hoành

❖ Hội chứng Pierre Robin

cằm lẹm, chẻ, lưỡi thụt ra phía sau => ảnh hưởng hô hấp



KẾT LUẬN

- ❖ Nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ sơ sinh
- ❖ KMĐM là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán
- ❖ Điều trị hỗ trợ hô hấp là quan trọng

CHÚC CÁC BẠN HỌC TỐT!

