Trình bệnh vàng da sơ sinh

Bn nữ 4 ngày tuổi, nhập viện vì vàng da, bệnh 3 ngày

* Vàng da phát hiện 2 ngày tuổi
* Sinh hiệu ổn, ko co giật, ho, sốt, tiểu vàng trong, phân vàng, vàng da tới lòng bàn chân, mẹ máu O

# Bệnh sử, tiền căn, khám

* ở trẻ sơ sinh bình thường, nếu gan dưới hạ sườn >=3,5 cm: coi như bất thường, tìm nguyên nhân. Tuy nhiên nếu gan khám lần đầu 2cm, sau đó tăng lên 2,5 -3cm cũng là bất thường
* đường kính thóp: khoảng cách của 2 cạnh đối diện, bình thường thóp cân xứng thì 2 đường kính của thóp bằng nhau. Nếu suy dinh dưỡng, rối loạn thì thóp trước bị ảnh hưởng trước 🡪 đánh giá thóp trước là đủ, thóp sau ko có ý nghĩa nhiều

# tóm tắt bệnh án, đặt vấn đề, biện luận

Đặt vấn đề:

* Hội chứng vàng da sơ sinh
* Mẹ nhóm máu O
* sợ biến chứng của vàng da chứ ko sợ vàng da 🡪 phải biện luận để phòng ngừa, xử lý sớm biến chứng. nguyên nhân vàng da ko phải là yếu tố quan trọng hang đầu trong vàng da; đôi khi không xác định được nên nguyên nhân biện luận cuối cùng.
* Thứ tự biện luận: vàng da tăng trực tiếp hay gián tiếp? mức độ vàng da nặng/nhẹ? Biến chứng? yếu tố nguy cơ? Nguyên nhân
* Tăng trực tiếp hay gián tiếp: trong các yếu tố thì màu sắc da là quan trọng nhất: tăng trực tiếp màu vàng chanh, gián tiếp màu vàng cam. nếu sanh ra chưa vàng da, nhưng vàng da trong tuần đầu thì hầu như chắc chắn là gián tiếp. còn màu sắc phân khó đánh giá, nếu tắc mật hoàn toàn thì phân mới bạc màu, còn nếu tắc do viêm gan thì phân vẫn bình thường
* Có 2 yếu tố nguy cơ:
* Ytnc diễn tiến vàng da nặng: xuất viện trước 48h, mẹ nhóm máu O. phải học các yếu tố này, nếu bé chưa vàng da thì dùng các yếu tố này tiên đoán, còn nếu pé vàng da rồi thì dùng toán đò Bhutari để tiên đoán khả năng diễn tiến vàng da nặng
* Ytnc bệnh não/bn vàng da nặng: vàng da do tán huyết
* Vàng da sinh lý rõ nhất ngày 3-4. Thời điểm vàng da nặng của đứa trẻ (trừ bất đồng nhóm máu Rh vàng da trong ngày đầu, diễn tiến nhanh trong ngày 2-3) đa số ở ngày 3-4. Nếu xuất viện trước 48h đa số chưa vàng da hoặc chớm vàng da, khi đó ngày 3-5 vàng da tăng lên chồng với vàng da sinh lý, mà chỉ có người nhà thì theo dõi ko được. đa số các nguyên nhân vàng da nặng diễn tiến nặng trong tuần đầu, ít khi trễ hơn. Nếu cho xuất viện ngày 4-5 thì tăng gánh nặng y tế. nếu cho xuất viện trước 48h thì phải hẹn tái khám vào ngày 5 ngoài việc dặn người nhà các dấu hiệu vàng da nặng. nếu xuất viện lúc 72h thì đánh giá lúc trước xuất viện là đủ.
* Nguyên nhân:
* Trên bé này bất thường nhóm máu ABO nghĩ nghiều nhất. không thể loại trừ vàng da sinh lý
* Bướu huyết thanh chỉ nằm trên đầu; trên người thì gọi là khối tụ máu/bầm máu
* Thiếu men G6PD: thường xuất hiện ở ngày thứ 4, gặp ở bé trai.
* Vàng da do sữa mẹ diễn tiến muộn, sau 1 -2 tuần mới vàng da nhiều 🡪 hầu như ko gây ra bệnh não # vàng da do bú mẹ ko đủ: Khởi phát sớm ngày 2-3 do bú mẹ hoàn toàn mà ko kiểm soát được lượng sữa bú (pé sụt cân nhiều >12% cân nặng lúc sanh, tiêu tiểu ko đủ, dấu mất nước, tăng bilirubin)
* Suy giáp: hoocmon giáp qua được nhau thai ko? Bao nhiêu lâu mới biểu hiện triệu chứng suy giáp: 1 tháng

Bilirubin gián tiếp tan trong mỡ, nên ngấm vào mô nào nhiều mỡ: mô não và mô dưới da nhiều mỡ nhất 🡪 vàng da sậm hơn so với tăng bilirubin trực tiếp

Rối loạn chức năng não do bilirubin chia ra:

* Cấp:
  + Sớm: hồi phục tốt
  + Trung gian: có thể hồi phục tốt nếu ko có co giật, tăng trương lực cơ…
  + Diễn tiến nặng: khả năng di chứng rất cao
* Mạn hay vàng da nhân: là giai đoạn di chứng.

Dấu hiệu sớm để thấy có biểu hiện bệnh não do bilirublin/ trẻ vàng da nặng: li bì, bú kém, giảm trương lực cơ, ít cử động tự phát. Giai đoạn trễ hơn thì tăng trương lực cơ, co giật.

# Xử trí

Xử trí trước rồi mới cho xét nghiệm:

* Chiếu đèn: bé vàng da tới lòng bàn tay/chân 🡪 bil> 15; mà pé 96 giờ tuổi, tra toán đồ Bhutari thì nếu ko có yếu tố nguy cơ thì >20 là chiếu đèn, nếu có thì >17 là chiếu, như vậy pé này phải chiếu dù chưa có kết quả xét nghiệm. còn ngưỡng thay máu thì cao hơn, muốn thay máu phải có giá trị bilirubin máu; khi không có nhất quán giữa lâm sàng và xét nghiệm thì yêu cầu xét nghiệm lại. dùng chiếu tăng cường (nếu bệnh viện có điều kiện, chiếu tăng cường cho tất cả các trẻ có chỉ định vẫn được; còn nếu ko thì nên chiếu tăng cường cho những pé vàng da nặng hơn, những pé chưa nặng lắm có thể chiếu qui ước), lien tục (ko nên chiếu ngắt quãng; do khi chiếu thì bilirubin chuyển thành dạng đồng phân cấu hình, dạng này chuyển hóa 2 chiều, nên khi ngừng chiếu đèn nó sẽ chuyển ngược lại)
* Tăng lượng cường dinh dưỡng: tăng bú mẹ, nếu ko đủ thì thềm sữa công thức, nếu ko được thì cho ăn qua sonde dạ dày, nếu được tiều hóa có vấn đề thì mới truyền dịch.

Toán đồ của “ARP” bilirubin trên 30 là thay máu, giữa 25-30 thì cân nhắc: nếu lâm sàng ổn thì có thể chiếu đèn trước rồi coi có hiệu quả ko (chiếu 4-6h coi nếu giảm > 1mg% là được; nhưng phải coi phương thức chiếu, chiếu 2 mặt, bộc lộ đủ, dịch và năng lương phải đủ thì mới hiệu quả được), còn nếu có biểu hiện bệnh não thì thay máu khẩn.

Chiếu đèn có hiệu quả ko dựa vào:

* Lâm sàng: đi tiêu nhiều hơn sệt sệt phân xanh, tiểu sậm màu hơn. Vàng da: đứa nào chiếu đèn vô cũng giảm vàng da, do chuyển thành dạng đồng phân cấu trúc và cấu hình, nhưng quan trọng nó có thải ra ngoài được ko
* Bil máu

Chiếu tới khi nào ngưng: khi bil máu dưới ngưỡng chiếu đèn 2mg% (ở pé này là tới 13mg% là được). đứa nào chiếu đèn xong ngưng chiếu cũng vàng da nhiều hơn.

Trong tán huyết đồng miễn dịch thì bất đồng nhóm máu ABO hiện nay là nhiều nhất; nếu nghi bất đồng nhóm máu Rh, ABO, đặc biệt là khi Coomb test dương thì có thể dùng IVIG. hiện nay chiếu đèn hiệu quả, phát hiện sớm nên ít khi phải thay máu.

Ngưỡng chiếu đèn/thay máu:

* >35 tuần: >15mg% là chiếu đèn, >25 là thay máu, >30 là thay máu khẩn
* <35 tuần: >5 CN là chiếu đèn; >10 CN là thay máu

# Cận lâm sàng

Xét nghiệm:

* Công thức máu, phết máu ngoại biên: làm để coi Hct, mảnh vỡ hồng cầu. CRP ko cần do pé ko có yếu tố nguy cơ nhiễm trùng, ko triệu chứng nhiễm trùng; Ion đồ ko cần do ko có biểu hiện nghi ngờ rối loạn điện giải
* Albumin máu làm: coi tỉ số alb/bili
* Chức năng thận ko cần: do ko dùng thuốc nào ảnh hưởng lên thận, ko có nguy cơ suy thận (mất nước…)
* Làm nhóm máu ABO, Coomb test

Trong 3 giá trị bilirubin máu, hỏi là nếu chỉ được chọn 2 cái thì chọn cái nào: chọn toàn phần và trực tiếp, do 2 cái này người ta đo trực tiếp được, còn gián tiếp là trừ ra, sai số nhiều.

Xét nghiệm pé này ra:

* Hct 40%: trong giai đoạn sơ sinh vẫn có thể bình thường; ko kết luận được, nếu có làm xét nghiệm mấy ngày trước, Hct cao hơn giờ giảm xuống thì có thể nói tán huyết. tuy nhiên Hct này vẫn phù hợp với bất đồng nhóm máu ABO do khi đó, pé tán huyết ko nhiều, ko có dấu hiệu thiếu máu trên lâm sàng, Hct ko giảm nhiều, gan lách ko to
* Albumin 3,86 🡪 tỉ số Bil/Alb <8 🡪 chiếu đèn tiếp, chưa cần thay máu
* Coomb test (-) ko loại trừ được bất đồng nhóm máu, do tỉ lệ dương chỉ khoảng 10-20%. Nếu dương tính thì càng ủng hộ
* Bất đồng nhóm máu nhóm máu ABO là phù hợp trên lâm sàng và cận lâm sàng

# Linh tinh

Tại sao bất đồng nhóm máu ABO thường nhẹ?

Tại sao mẹ O con A hoặc B thì mới có bất đồng nhóm máu mà mẹ A con B thì ko có?