**BỆNH ÁN**

**(VDSS – nhóm 2)**

1. **HÀNH CHÍNH:**

Họ và tên: CB Nguyễn Thị Thanh Thu

Giới tính: Nữ

Ngày sinh: 3h ngày 26/09/2019

Địa chỉ: Tân Bình – TP. Hồ Chí Minh

Tuổi mẹ: 23 – nghề nghiệp: bán quần áo.

Ngày giờ nhập viện: 16h ngày 27/09/2019. (lúc NV: giờ thứ 37 sau sinh)

Phòng: 202 – Khoa sơ sinh – BV Nhi Đồng I.

1. **LÝ DO NHẬP VIỆN:** Vàng da
2. **BỆNH SỬ:**

Mẹ và dì khai bệnh:

Bé gái sinh ở nhà (mẹ không biết mang thai), CNLS 3100g, sau sinh, được chuyển vô BV Trưng Vương theo dõi.

Chiều ngày NV, phát hiện bé vàng da khi tắm, được chuyển qua BV NĐ I.

2 ngày qua, bé không sốt, không ho, bú được, tiêu tiểu bình thường.

Tình trạng lúc nhập viện:

* Bé tỉnh, môi hồng/KT
* Sinh hiệu:
  + Mạch: 120 l/p Nhịp thở: 44 l/p
  + Nhiệt độ: 37oC.
* Chi ấm, mạch rõ.
* Vàng da đến đến lòng bàn tay, bàn chân.
* CN: 3200g CD: 48cm VĐ: 36cm

1. **TIỀN CĂN:**
2. **Bản thân:**

a. Sản khoa

Con 1/1, PARA 1001, sinh rớt tại nhà, mẹ không biết mang thai (thể trạng béo phì, kinh nguyệt không đều). Sau sinh, bé khóc ngay, được nhân viên y tế trên xe cấp cứu cắt rốn tại nhà, sau đó chuyển bệnh viện Trưng Vương theo dõi.

Cân nặng lúc sinh: 3100 g, sau sinh khóc ngay, đi tiêu phân su trong vòng 24h sau sinh, bú được.

Chưa ghi nhận mẹ sốt trước, trong và 24h sau sinh, không đánh giá nước ối.

Trong quá trình mang thai, mẹ không biết mang thai, chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý, thể trạng béo phì.

b. Dinh dưỡng: bé bú mẹ hoàn toàn. Mỗi cử bé bú 10 – 15 phút, sau bú bé ngủ 2-3h. CN hiện tại 3250g (N6).

c. Chủng ngừa: HBV, BCG.

d. Tâm thần vận động: còn nhỏ.

e. Bệnh lí khác: không ghi nhận

f. Dị ứng: chưa ghi nhận

1. **Gia đình:** chưa ghi nhận bất thường.

Bệnh sử - tiền căn:

1. Thời điểm vàng da xuất hiện
2. Diễn tiến vàng da như thế nào?
3. Tri giác, bú, trương lực cơ
4. Tiền căn: anh chị vàng da, yếu tố nguy cơ NTSS, nhóm máu mẹ.
5. **KHÁM:** Ngày 1/10/2019 (bé 5 ngày tuồi)

**1. Tổng trạng:**

- Bé tỉnh, môi hồng/ khí trời, chi ấm, mạch quay rõ.

- Vàng da màu vàng tươi, nhạt (??)

- Sinh hiệu: Mạch 140l/p, Nhiệt độ 37độ C, Nhịp thở 50 l/p

- Cân nặng: 3250g.

**2. Đầu mặt cổ**

- Mắt, mũi, miệng, tai đối xứng, không dị tật

- Chưa ghi nhận các dị tật

**3. Ngực**

- Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở. Thở đều êm, tần số 50 l/p, không co lõm ngực.

- Tim: nhịp tim đều, T1 T2 rõ, tần số 140 l/p. không âm thổi.

**4. Bụng**

- Bụng cân đối, không chướng, di động đều theo nhịp thở, rốn khô, chưa rụng, không chảy dịch, da vùng quanh rốn không sưng đỏ, không khối thoát vị.

- Bụng mềm.

- Gan dưới bờ sườn 2cm.

**5. Tiết niệu, sinh dục, hậu môn**

- Cơ quan sinh dục ngoài là nữ.

- Không ghi nhận dị tật tiết niệu, sinh dục, hậu môn

**6. Tứ chi, cột sống**

- Không dính ngón, không thừa ngón, không dị dạng cột sống, không khoèo chân.

- Tay chân đối xứng 2 bên, khớp háng bình thường.

**7. Thần kinh, vận động:**

- Thóp phẳng.

1. **TÓM TẮT BỆNH ÁN:**

Bệnh nhi nữ, nhập viện vì vàng da ngày 1, có vấn đề:

* Vàng da đến lòng bàn tay, bàn chân.
* Sinh tại nhà, mẹ không theo dõi thai kỳ.

1. **ĐẶT VẤN ĐỀ:**

* Hội chứng vàng da.
* ~~Sinh tại nhà, mẹ không theo dõi thai kỳ.~~ Đặt luôn VĐ: Hội chứng NTSS

1. **BIỆN LUẬN:**
2. **Hội chứng vàng da**

* Bé có vàng da, xuất hiện sớm, vào ngày thứ 2 sau sinh, da vàng tươi nên nghĩ nhiều là vàng da tăng bilirubin gián tiếp.
* Vàng da bệnh lý: lúc nhập viện ghi nhận vàng da đến đến bàn tay, bàn chân. Vàng da xuất hiện sớm và mức độ vàng da 5 Kramer, nghĩ nhiều là vàng da bệnh lý.
* Mức độ: nặng – mức 5 Kramer.
* Biến chứng: lúc nhập viện ghi nhận bé tỉnh, bú được, không khóc thét từng cơn, trương lực cơ khá, tình trạng bé ổn đến ngày khám nên chưa nghĩ bệnh não cấp do tăng billirubin gián tiếp.
* Yếu tố nguy cơ:
  + Yếu tố nguy cơ vàng da nặng: vàng da tới bàn tay, bàn chân.
  + Yếu tố nguy cơ bệnh não do bilirubin: mẹ không theo dõi thai kỳ nên không đánh giá chính xác được tuổi thai của bé, chưa loại trừ nguyên nhân tán huyết.
* Nguyên nhân:
  + Tán huyết ABO: chưa loại trừ.
  + Tán huyết Rh: nhóm máu Rh (-) rất hiếm gặp, vàng da xảy ra sớm, kèm gan lách to, thiếu máu nên ít nghĩ tuy nhiên chưa loại trừ.
  + Thiếu men G6DP: bệnh di truyền lặn trên NST X nên không nghĩ ở bé gái.
  + Suy giáp bẩm sinh
  + Tự tiêu các ổ xuất huyết

Biện luận:

1. Vàng da tăng bil GT hay TT? (khám chú ý: màu sắc (quan trọng nhất trong phân biệt tăng bil GT hay TT, tri giác, gan lách có to không, trương lực cơ ntn?)
2. Vàng da có phải vàng da bệnh lý?
3. Mức độ? Nặng hoặc không nặng (không có nhẹ)
4. Biến chứng? (bệnh não cấp gđ sớm khó nhận biết, trương lực cơ bt/giảm, thường trùng lắp với triệu chứng NTSS, hạ đường huyết, gđ trung gian: tăng trương lực cơ duỗi từng cơn)
5. Nguyên nhân:

* Sớm (<24h): Bất đồng Rh, NTH.
* >24h: Bất đồng ABO, NTH, Đa HC, Bướu máu, Bú mẹ, Thiếu G6PD, Suy giáp bẩm sinh (vàng da kéo dài, triệu chứng SG xuất hiện trễ, 95% không biểu hiện gđ sơ sinh)

1. **Hội chứng nhiễm trùng:**

Vàng da là một trong những triệu chứng của NTSS, bé có YTNC của nhiễm trùng sơ sinh: sinh tại nhà, mt không vô khuẩn nên nghĩ có hội chứng nhiễm trùng. (Phần này anh giảng BA trước rồi nên không sửa nữa)

1. **CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ: (CĐ phải đủ 5 yếu tố đối với VD bệnh lý: VD tăng bil GT, bệnh lý, mức độ, biến chứng, nguyên nhân/ hoặc VD tăng Bil GT, không bệnh lý)**

* Vàng da sơ sinh tăng billirubin gián tiếp bệnh lý, mức độ nặng, chưa biến chứng nghĩ do bất đồng nhóm máu ABO, nhiễm trùng huyết.
* Xử trí lúc NV:
  + Nhập CC
  + Che mắt chiếu đèn 2 mặt (chỉ định chiếu đèn dựa vào LS: khi vàng da tới cẳng chân ở trẻ đủ tháng, không YTNC. Nếu nghĩ nguyên nhân tán huyết, chiếu đèn khi vàng da tới đùi vì tán huyến có thể vẫn đang diễn tiến)
  + Kháng sinh: Cefotaxim, ampicillin, gentamycin.
  + Vitamin K1 0.001g TB.

1. **ĐỀ NGHỊ CLS:**

Bil TP, TT.

CTM, PMNB, CRP

nhóm máu (ABO, Rh), Coombs test (TT, GT)

1. **KẾT QUẢ CLS:**
2. Billirubin:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Toàn phần  (umol/L) | Trực tiếp  (umol/L) | Gián tiếp  (umol/L) |
| Ngày 27/9 18h  (bé 39 giờ) | **273.8**  **16mg/dl** | 10.45 | 263.35 |
| Ngày 27/9 21h30 | **316.19**  **18.5 mg/dl** | 14.31 | 19.64 |
| Ngày 28/9 12h | 230.97  13.5 mg/dl | 19.64 | 211.33 |
| Ngày 29/9 11h | 201.12  11.8 mg/dl | 18 | 183.12 |
| Ngày 30/9 | 161.15  9.4 mg/dl | 16.26 | 144.89 |

Nhận xét:

TSB lúc bé 39 giờ tuổi, vượt quá ngưỡng chiếu đèn, có chỉ định chiếu đèn ở bé này, chưa có chỉ định thay máu.

Đánh giá mức độ nặng khi có kq Bil dựa vào toán đồ Bhutani

Chỉ định chiếu đèn: A screenshot of a cell phone

Description automatically generated

Chỉ định thay máu: (Khi có chỉ định thay máu làm thêm ion đồ)

A screenshot of a cell phone

Description automatically generated

1. **Nhóm máu:**

Con: B, Rh (+)

Mẹ: O, Rh (+)

1. **Coomb’s Test:**

Trực tiếp: dương tính

Gián tiếp: âm tính.

1. **CTM:** Bilan NT bình thường không loại trừ nhiễm trùng, đánh giá lại 12 – 24 h. bilan NT bất thường thì ủng hộ chẩn đoán.



1. **CRP định lượng: 6.1mg/L** (21h30 27/9/2019)

Nhận xét: CTM BC tăng cao, CRP tăng nhẹ nghĩ bé đang có tình trạng nhiễm trùng đi kèm. Đề nghĩ: cấy máu – KSĐ.

1. **CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:**

Vàng da tăng bil gián tiếp, bệnh lý, mức độ nặng, chưa biến chứng, do tán huyết hệ ABO – nhiễm trùng huyết.

1. **ĐIỀU TRỊ:**

* Chiếu đèn (mục tiêu điều trị: không để biến chứng xảy ra)

1. Chiếu đèn tấn công và quy ước (1 mặt/2 mặt)
   * + Tấn công: Cường độ AS 30 uW/cm2
     + Quy ước: Cường độ AS 5 – 10 uW/cm2 (NĐ 1 chi có quy ước, 1 mặt hay 2 mặt tuỳ mức độ VD)
2. Chú ý khi chiếu đèn:
   * + Che mắt, che bìu (bé trai)
     + Mất nước
     + Dị ứng da
3. Đánh giá hiệu quả chiếu đèn: Bil giảm >1mg% (4-6h) Nếu không đạt cần xem lại: Đèn (thời gian sử dụng không quá 2000h, bộc lộ trẻ ntn? Nguyên nhân vẫn đang diễn tiến (tán huyết, nhiễm trùng).
4. Ngưng chiếu đèn: Bil dưới ngưỡng can thiệp lúc đầu 2 -3 mg%

* Truyền IVIG: 1g/kg (không thường quy, nghĩ tán huyết đang xảy ra, đề nghị XN Coom’s Test, kq (+)).(bé này anh chỉ nói chiếu đèn và KS và Y6 thì vậy thôi. IVIG là chỉ định của BS điều trị)
* Kháng sinh:
  + Vitafxim 100mg/kg/ngày, chia 2 lần, TMC.
  + Ampicillin 100mg/kg/ngày, chia 2 lần, TMC.
  + Gentamycin 5mg/kg, TB.

1. **TIÊN LƯỢNG:**

* Tiên lượng gần: Nặng (toán đồ Bhutani thuộc nhóm nguy cơ cao nên đánh giá tiên lượng nặng, đánh giá lại sau 4-8h)
* Tiên lượng xa: chưa đánh giá tại thời điểm này được (tuỳ diễn tiến, đáp ứng và có biến chứng hay không)