Trình bệnh nhiễm trùng sơ sinh

bệnh án: pé nam, 11 ngày tuổi, nhập viện vì sốt ngày 1

* Sốt 38,5 độ, bú ít, quấy khóc, ộc sữa 2 lần sau bú, tiêu phân vàng, tiểu vàng 🡪 nhập viện
* Tình trạng lúc nhập viện: vàng da tới cẳng chân, tỉnh, chi ấm mạch rõ, bụng mềm, phổi ko ran, nhiệt độ 38 độ, thở 40l/ph, mạch 160 l/ph
* cân nặng lúc sanh 3100g; mẹ có bị viêm gan B nên ko cho con bú sữa mẹ
* Khám: sau 2 ngày nhập viện: vàng da tới cẳng chân, ko sốt, các cơ quan khác ko thấy bất thường.

# Bệnh sử, tiền căn, khám

Tiền căn: pé 11 ngày tuổi rồi, mới khởi phát 1 ngày (đây là nhiễm trùng khởi phát muộn-sau 72h): nghĩ nhiễm trùng từ môi trường, người chăm sóc (nếu khởi phát trước 72h thì nghĩ nhiễm trùng từ mẹ:phải hỏi ối vỡ sớm, thân nhiệt mẹ lúc sanh, mẹ nhiễm trùng trong thai kỳ, apga lúc sanh, ối đục…). pé này cần khai thác: nằm viện, can thiệp xâm lấn, chăm sóc có rửa tay ko, vật dụng xung quanh em bé có vệ sinh ko, điều trị kháng sinh kéo dài, quá tải bệnh viện, sanh non nhẹ cân, dị tật bẩm sinh…

Thân nhiệt ở trẻ sơ sinh dao động từ 36,5-37,5 độ (đo ở nách) (đo bằng nhiệt kế hồng ngoại ko chính xác bằng nhiệt kế thủy ngân)

8 nhóm triệu chứng nhiễm trùng sơ sinh: sách gk: ghi vô bệnh sử, thăm khám

Bà mẹ bị viêm gan siêu vi B: vẫn cho bú bình thường với điều kiện vú ko bị nứt nẻ, chảy máu, viêm; bé được chích vacin và huyết thanh viêm gan B trong vòng 24h

Hầu hết trẻ sơ sinh đều sờ được gan. Trẻ sơ sinh thường bụng gồng, sờ khó khăn; khám thì để tay đó, khi nó thở thì bụng xẹp xuống, tay ấn xuống để sờ.

Nhịp thở: phải đếm ít nhất 2 lần, với điều kiện em bé ko quấy khóc

Khám thần kinh: ko ghi cổ mềm hay cứng; khám là ghi đường kính thóp bao nhiêu

# Đặt vấn đê, biện luận, chẩn đoán

Vấn đề:

* Hội chứng nhiễm trùng sơ sinh
* Hội chứng vàng da

Biện luận: nhiễm trùng tại đâu? Khu trú hay toàn thân

Pé này là nhiễm trùng khỏi phát muộn, thì nhiễm trùng có thể ở:

* Đứa <2 tháng nhiễm trùng tiểu có thể chỉ biểu hiện sốt (rất khó khai thác tiểu lắt nhắt, tiểu gắt…). ở sơ sinh thường là nhiễm trùng tiểu trên. Nghĩ đến nhiễm trùng tiểu nhiều trên bé có nguy cơ: dị dạng đường tiết niệu… ở pé này triệu chứng nhiễm trùng ở các cơ quan khác ko thấy, nhưng có thể nhiễm trùng tiểu
* Nhiễm trùng huyết có thể có, do có biểu hiện toàn thân như sốt.
* có thể nghĩ đến nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương. Viêm màng não kèm với nhiễm trùng huyết ở thể khởi phát muộn nhiều hơn thể khởi phát sớm (50% so với 20%)?

🡪trên bé này các chẩn đoán sơ bộ:

* nhiễm trùng huyết – theo dõi viêm màng não
* phân biệt: nhiễm trùng tiểu

vàng da trên đứa này: có thể do nhiễm trùng, bất đồng nhóm máu ABO, do sữa mẹ. bé 11 ngày nên vàng da sinh lý bỏ qua một bên

# xử trí + cận lâm sàng

nguyên tắc dùng kháng sinh ở sơ sinh:

* Dùng đường tiêm, phổ rộng, phối hợp, đúng ngày, đúng liều
* Chọn loại kháng sinh:
  + nếu khởi phát sớm <3 ngày thì 3 tác nhân thường gặp là Strep B, Listeria, E.coli
    - strep B thường trú ở âm đạo mẹ, tên nó là S. agalactia, tán huyết beta (là tán huyết hoàn toàn, còn tán huyết alpha là tán huyết ko hoàn toàn). Điều trị con này xài cepha III, ampi (genta ko điều trị được)
    - Listeria monocytogen: nó ở tổn thương ở nhau thai. Kháng sinh: chỉ nhạy với ampi
    - E.coli: dùng cepha III, aminoglycosid
      * Kháng sinh có thể: ampi + cepha III; ampi + aminoglycosid (gentamycin; tác động lên tiểu đơn vị 30s ức chế tổng hợp protein). Có thể phối hợp 3 kháng sinh: aminoglycosid hiệp đồng với cepha III trong trường hợp nào? Sẽ hiệp đồng trong bệnh cảnh nhiễm trùng huyết, du khuẩn huyết thôi
  + Khởi phát muộn: thường gặp nhất là Staphylococus coagulase (-) theo tài liệu mới nhất (điều trị phối hợp gram dương và âm: dùng vancomycin + aminoglycosid); còn theo kinh điển thì gram (-) vẫn là thường nhất (dùng cepha III + genta), listeria và Strep vẫn có thể gặp, nên vẫn có thể điều trị như trường hợp khởi phát sớm
  + Bé này chọn: cepha III + ampi + amino (ampi và cepha III qua được màng não; aminoglycosid ko qua được)
* Liều kháng sinh: ghi trong y lệnh là phải đổi ra gram hết, ko được ghi mg
  + Genta: 2,5-7,5 mg/kg/ngày 1 lần/ngày: dùng liều 5: dùng 5-7 ngày. Thuốc dạng dung dịch: 2ml/80mg
  + Cepha III: cefotacin 50mg/kg cữ, số cữ: <7 ngày 2 lần/ngày, >7 là 3 lần/ngày, viêm màng não là 4 lần/ngày (bất kể ngày tuổi)
  + Ampi: giống cepha III
* Thời gian điều trị: tùy theo kết quả vi sinh
  + Nhiễm trùng huyết: 10-14 ngày
  + Nghi ngờ nhiễm trùng huyết: 7-10 ngày
  + Viêm màng não: 21 ngày
  + Lâm sàng ko rõ nhiễm trùng: 3 ngày nếu có bằng chứng loại trừ nhiễm trùng

Đề cho: ghi y lệnh xử trí lúc nhập viên: thuốc và cận lâm sàng luôn. Pé này 3,5 kg

* Kháng sinh:
  + Cefotaxim 0,18g x 3 TMC
  + Ampicilin 0,18g x3 TMC
  + Gentamycin 0,018g tiêm bắp
* Vitamin K1 (ngừa xuất huyết não muộn: thường xảy ra từ 2 tuần -6 tháng đối với trẻ ko được chích K1 sau sanh; nếu biết bn đã được chích rồi thì ko cần chích lại lúc nhập viện) 10mg/lọ liều 1mg tiêm bắp. (sau mỗi 15 ngày xài kháng sinh chích nhắc lại Vit K1: xài kháng sinh diệt các vi khuẩn đường ruột có lợi sản xuất vit K1 trong đường ruột: hiện nay ko còn khuyến cáo nữa do người ta thấy tác dụng ko nhiều)
* Điều trị triệu chứng
  + Sốt: hạ sốt bằng paracetamol dạng gói 80mg, viên nhét hậu môn 80mg: liều 10-15mg/kg: paracetamol ½ gói uống khi nhiệt độ >38 độ (ở nách) uống cách nhau 6 tiếng; liều tối đa 60-80mg/kg/ngày. Thi hỏi: liều ngộ độc, xử trí ngộ độc như thế nào
* Dinh dưỡng/chăm sóc: bú sữa mẹ/sữa công thức. pé này cho CS3
  + CS 3: người nhà chăm, theo dõi mỗi 8-12h
  + CS2: nhân viên y tế và người nhà, theo dõi mỗi 3-4h
  + CS1: nhân viên y tế chăm hoàn toàn, nằm NICU
* Xét nghiệm ban đầu: để chẩn đoán, hỗ trợ điều trị
  + Phết máu ngoại biên (mới đọc được bạch cầu non, bạch cầu nhân độc; nếu ko có người đọc phết máu ngoại biên thì làm CTM; phết máu ngoại biên chính xác hơn và có giá trị cao hơn CTM; có thể làm cả 2 cái)
    - NEU giảm dưới 3500 có giá trị chẩn đoán nhiễm trùng, dưới 1000-1500 giá trị tiên lượng nặng
    - Tiểu cầu <100K: có giá trị chẩn đoán nhiễm trùng
    - Bạch cầu
      * <24h tuổi: <6K hoặc > 30K
      * >24h: <5K hoặc >20K
    - BN (band neutrophile): bạch cầu đũa >10% có giá trị
    - Tỉ số NEU non/NEU trưởng thành >0,2 có giá trị
  + CRP >10 là bất thường, củng cố thêm chuẩn đoán. Nếu bình thường thì ko loại trừ nhiễm trùng; nếu 3 mẫu CRP âm + lâm sàng ổn thì mới loại trừ nhiễm trùng
  + Cấy máu
  + chọc dò tủy sống: chỉ định ở sơ sinh: có cấy máu dương; nghi ngờ nhiễm trùng tk trung ương, triệu chứng tk rõ (thóp phồng, co giật, dấu tk khu trú), nhiễm trùng huyết có sốt nhất là sốt >3 ngày (nếu mới sốt 1 ngày có thể theo dõi lâm sàng tiếp)
  + nhiễm trùng tiểu: điều trị cũng giống nhiễm trùng huyết, nên chưa cần thiết thử nước tiểu. nếu điều trị ko đáp ứng muốn điều trị theo kháng sinh đồ thì cho thử (chọc trên xương mu chính xác nhất; lấy giữa dòng bội nhiễm nhiều)
  + hỗ trợ điều trị
    - chức năng thận: nếu bất thường thì ngưng aminoglycosid

đứa này ra bạch cầu 27K, cao so với tuổi, vẫn còn sốt nên được cho chọc dò tủy sống luôn. Kết quả dịch não tủy: tế bào 14 (bình thường dưới 10; hiện nay lấy ngưỡng là 30 để chẩn đoán viêm màng não);

🡪sau khi có kết quả, chẩn đoán xác định ở đưa này là nhiễm trùng huyết.

cấy máu thường nếu ko mọc thì 7 ngày mới trả, nếu có vi trùng có thể trả về sớm hơn

Đánh giá đáp ứng với điều trị sau 48h

Tiên lượng:

* gần: bệnh này có thể chẩn đoán, điều trị được; nhiễm trùng huyết sơ sinh có thể diễn tiến nặng nên tiên lượng ở pé này là trung bình. Nếu vô bé lừ đừ, lâm sàng xấu thì thì là tiên lượng nặng
* xa: đáp ứng kháng sinh ko, có biến chứng ko: pé này mới vô ko biết đáp ứng điều trị sao nên chưa tiên lượng xa được

phòng ngừa nhiễm trùng:

* rửa tay trước và sau khi khám; sau khi tiếp xúc với dịch tiết, vật dụng xung quanh bệnh nhân; trước khi làm thủ thuật (các chỉ định rửa tay)

# linh tinh

hiện tại hội chứng đáp ứng viêm toàn thân ở trẻ sơ sinh ko còn xài nữa.