**BỆNH ÁN**

1. HÀNH CHÍNH

Họ và tên: CB VÕ THỊ KIỀU LÂM

Giới nữ

Ngày sinh: 25/11/2020

Địa chỉ: Đồng Nai

Nhập viện: 28/11/2020

Phòng 202 khoa sơ sinh bệnh viện NĐ1

Chú ý hỏi giờ sinh, giờ bắt đầu vàng da, giờ NV

1. LÝ DO NHẬP VIỆN: vàng da
2. BỆNH SỬ

* Cách nhập viện 1 ngày (2 ngày tuổi) bé đang nằm viện Trưng Vương, bác sĩ thấy vàng da ở mặt, ngực, bụng tăng dần, sau 1 ngày vàng tới bàn chân kèm sốt 38,9 độ => nhập viện bệnh viện NĐ1
* Trong quá trình bệnh, bé không tím, không co giật, bú được không ọc sữa, tiêu phân vàng sệt, tiểu vàng trong, không ho
* Tình trạng lúc nhập viện:

Bé tỉnh

Môi hồng với khí trời, Sp02 93%

Mạch 140l/p

To 38,9

NT 50l/p

Cân nặng 2800g, chiều dài 46cm, vòng đầu 28cm

Vàng da đến cẳng chân, màu vàng cam

Chi ấm mạch rõ

Tim đều rõ 140l/p

Thở co lõm nhẹ 50l/p

Phổi không ran

Bụng mềm, không chướng

Thóp phẳng

1. TIỀN CĂN
2. Bản thân

Sản khoa: con 1/1, PARA 1001, sinh thường, đủ tháng 38w, cân nặng lúc sinh 3300g

Mẹ khám thai đầy đủ không ghi nhận bất thường trong thai kì: không nhiễm GBS, không nhiễm trùng tiết niệu, vỡ ối 2h trước sinh, không sốt trước trong và sau sinh, không ĐTĐ, THA thai kì.

Bé sinh ra khóc ngay

Tiêm ngừa: đã tiêm VGB, lao

Bú sữa mẹ và sữa công thức 30ml/cử cách nhau 3 tiếng

1. Gia đình: Mẹ nhóm máu A+
2. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN (7h ngày 8/12)

* Bé hết sốt, hết vàng da, bú được, tiêu phân lỏng 4-5 lần màu xanh, không nhầy máu, tiểu bình thường.
* Các cơ quan khác không ghi nhận bất thường

1. KHÁM (16h ngày 30/11)
2. Tổng trạng

Bé tỉnh

Môi hồng/ khí trời

Mạch 140l/p

Nhịp thở 50l/p

To 37o

CN 2800g, CD 46cm

Không vàng da

Chi ấm, mạch rõ

1. Cơ quan
2. Đầu mặt cổ

Cân đối, **vòng đầu 28 cm**

1. Lồng ngực

Cân đối, di động đều theo nhịp thở

Tim đều, T1, T2 rõ 140l/p, không tiếng tim bất thường, không âm thổi

Thở đều êm 50l/p, không co lõm ngực

Phổi không rale

1. Bụng

Cân đối, không chướng, di động theo nhịp thở

**Rốn khô, chưa rụng, da quanh rốn không đỏ**

Bụng mềm

Gan 1cm dưới bờ sườn

Lách không sờ chạm

1. Thần kinh

**Thóp phẳng, đường kính 2cm**

1. Cơ xương khớp

Trương lực cơ bình thường

1. Tiết niệu, sinh dục, hậu môn

Cơ quan sinh dục ngoài là nữ

Có lỗ hậu môn

1. TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bé gái 3 ngày tuổi nhập viện vì vàng da, bệnh 2 ngày:

* TCCN:

Vàng da lúc 2 ngày tuổi

Sốt 38,9 độ

* TCTT:

Vàng da tới cẳng chân, màu vàng cam

Gan, lách không to

* TC: Mẹ nhóm máu A+

1. ĐẶT VẤN ĐỀ
2. Nhiễm trùng sơ sinh sớm
3. Vàng da sơ sinh

(khi có triệu chứng bất thường mà không rõ nguyên nhân thì nghĩ có nhiễm trùng)

1. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ
2. Vàng da tăng bilirubin gián tiếp bệnh lý mức độ nặng chưa biến chứng nghĩ do nhiễm trùng huyết-theo dõi viêm màng não, vàng da sinh lý
3. BIỆN LUẬN

Bé vàng da, màu vàng cam, xuất hiện sớm lúc 2 ngày tuổi, tiêu phân vàng, tiểu vàng trong, gan lách không to nên nghĩ tăng bilirubin gián tiếp => bilirubin TP, TT

Bé vàng da đến bàn chân => Kramer V và tăng nhanh hơn 5mg/dl/ngày (từ bụng đến bàn chân trong vòng 1 ngày) => nghĩ vàng da bệnh lý mức độ nặng

Chỉ ước lượng bili trên LS khi trẻ đủ tháng (áp dụng được từ 35w) và chưa được điều trị. Chú ý màu sắc vàng, quan sát nơi có ánh sáng tốt, bộc lộ toàn thân khi khám

Vàng da mức độ nặng khi:

* Xuất hiện sớm <24h
* Tăng nhanh >5mg%/ngày
* Tới lòng bàn tay, bàn chân
* Có biến chứng
* Bili > 95th trên Bhutani

Vàng da không bệnh lý là vàng da có nguyên nhân nhưng không nặng, không tới mức gây biến chứng, khác với vàng da sinh lý (không bệnh lý thì thường bili 9-12mg%)

Nhớ học thêm YTNC vàng da nặng và YTTĐ bệnh não bili

Biến chứng:

Bé tỉnh, không co giật, bú được, nhịp tim 140l/p, nhịp thở 50l/p, trương lực cơ bình thường nên chưa nghĩ có bệnh lý não do tăng bilirubin

Các nguyên nhân gây vàng da trên bé này có thể là:

1. Nhiễm trùng huyết: bé 2 ngày tuổi, có sốt 38,9 độ => nhiễm trùng sơ sinh sớm nghĩ nhiều nhiễm trùng huyết, không loại trừ được viêm màng não vì triệu chứng lâm sàng trùng lấp nhiễm trùng huyết, triệu chứng đặc hiệu thóp phồng thường biểu hiện trễ => CTM, CRP, cấy máu, chọc dò dịch não tủy XN glucose, protein, lactate, đếm tế bào, cấy DNT, glucose máu cùng thời điểm chọc dò

* Nhiễm trùng tiểu không loại trừ được tại thời điểm hiện tại tuy nhiên không cần chẩn đoán xác định vì điều trị tương tự nhiễm trùng huyết, lấy mẫu nước tiểu dễ ngoại nhiễm phải dùng phương pháp xâm lấn có thể tăng nguy cơ nhiễm trùng cho bé và bé không có yếu tố nguy cơ nhiễm trùng tiểu.

1. Bất đồng nhóm máu: mẹ nhóm máu A+ nên không nghĩ bất đồng Rh, ABO
2. Đa hồng cầu: mẹ không tiền căn ĐTĐ thai kì, khám da bé không đỏ nên không nghĩ
3. NN khác:
   1. Suy giáp: vàng da kéo dài, không biểu hiện lâm sàng ở trẻ sơ sinh, thường sau 1 tháng mới có => tầm soát = TSH, fT4 khi vàng da kéo dài
   2. Vàng da do sữa mẹ: có thể vàng da với bili tăng cao nhưng không gây biến chứng => vẫn cho bú tiếp, thường hết sau khoảng 4-6 tuần (max cỡ 3 tháng), không ngưng sữa mẹ
   3. NN sinh lý không loại trừ, có thể kèm theo
4. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG

* Bilirubin TP, TT máu
* CTM, PMNB, CRP, cấy máu, chọc dò dịch não tủy XN glucose, protein, lactate, đếm tế bào, cấy DNT, glucose máu cùng thời điểm chọc dò
* Creatinin máu
* Không chẩn đoán biến chứng = CLS

1. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

- Bilirubin TP 365,57 umol/L => 21,4 mg/dl > 95th => nặng

Bilirubin TT 13,35 umol/L

Bilirubin GT 352,22 umol/L => 20,6 mg/dl

* Tăng bilirubin gián tiếp > 15mg/dl => chiếu đèn tăng cường

- CTM (28/11)

WBC 12,91 K/ul

% NEU 45,9%

%LYM 34,9%

RBC 5,25 T/L

HGB 17,5 g/dl

Hct 50,7%

MCV 96,6 fL

MCH 33,3 pg

PLT 323 K/uL

CRP 0,47 mg/L

* Bạch cầu, tiểu cầu bình thường
* Không thiếu máu, Hct bình thường

- DNT (29/11)

Dịch vàng lẫn nhiều hồng cầu

TB bạch cầu 25/mm3 (70% đa nhân)

Glucose 3.06 mmol/l; glucose máu 3,87 mmol/l => Glucose DNT/máu > 50%

Lactate 2,17 mmol/l

Protein 2,03 g/l

* Có viêm màng não

- Creatinin máu 72,58 mmol/l

- Coomb’s test:

Nhóm máu A+

Coomb’s TT, GT (-)

Coomb TT tìm KT trên HC => bất đồng nhóm máu, tỉ lệ (+) không cao nên nếu âm tính vẫn không loại trừ

Coomb GT tìm KT lưu hành trong HT

Định lượng men G6PD trên BN đang tán huyết không chính xác, làm khi HC về bình thường

1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Vàng da tăng bilirubin gián tiếp bệnh lý mức độ nặng chưa biến chứng nghĩ do nhiễm trùng huyết, viêm màng não

1. ĐIỀU TRỊ
2. Nguyên tắc

* Kháng sinh: phối hợp, đủ liều, đủ ngày
* Lặp lại CTM, CRP sau 24-48h đánh giá đáp ứng điều trị
* Chiếu đèn tăng cường
* Dinh dưỡng
* Điều trị triệu chứng: Hạ sốt

1. Điều trị cụ thể

* Taxibiotic 1g

0,14g x 4 (TMC)

* Ampicilin 1g

0,14g x 4 (TMC)

* Gentamycin 0,08g

0,014g (TB)

* Sacendol 0,08 g

1/3 gói (u) khi sốt >=38,5 độ

* Chiếu đèn tích cực che mắt, bộ phận sinh dục
* Theo dõi bilirubin máu mỗi 4-8h, phân, nước tiểu mỗi 24h
* Dinh dưỡng: sữa mẹ 60ml x 8 cử
* Vàng da không phòng ngừa được, khi đã vàng rồi thì phải theo dõi phòng ngừa biến chứng. Dặn dò cách theo dõi: quan sát nơi đủ ánh sáng mặt trời, không phơi nắng, vàng tới chân phải cho đi khám liền, nhận biết triệu chứng của biến chứng

1. TIÊN LƯỢNG

* Gần: nặng vì nhiễm trùng huyết-viêm màng não-vàng da tăng bilirubin gián tiếp nặng
* Xa: trung bình vì bé có đáp ứng điều trị: hết vàng da sau 6 ngày chiếu đèn, hết sốt, chưa biến chứng

TIẾP CẬN VÀNG DA

* Có thật sự vàng da không?
* Tính chất vàng da => sinh lý hay bệnh lý?
  + Màu sắc => tăng GT (vàng tươi, vàng cam) hay TT (vàng sạm)?
  + Thời điểm vàng da
  + Diễn tiến: theo dõi mỗi ngày
  + Mức độ
  + Triệu chứng kèm theo: tiêu, tiểu, gan lách…
* Biến chứng: tử vong/di chứng. Đánh giá nguy cơ biến chứng. Các dấu hiệu của biến chứng:
  + Bú kém (giảm <50% so với bình thường)
  + Lừ đừ, li bì, sau đó khóc thét
  + Giảm trương lực cơ

=> Các triệu chứng này cũng có thể gặp trong hạ đường huyết, NTSS

* + GĐ 2: tăng trương lực cơ duỗi (ngày 3-4)
  + N6-7: nặng
  + Mốc bili xảy ra biến chứng thường 20-25mg% tuỳ coi có YTTĐ không
* Nguyên nhân
  + Nhiễm trùng
  + Bất đồng nhóm m áu ABO, Rh, phụ (phụ thì hiếm gặp)
    - ABO thì thường sau 24h, ít khi trước 24h, đứa thứ 2 có thể nặng nếu cùng nhóm với đứa đầu, diễn tiến từ từ, dấu hiệu thiếu máu và tán huyết có thể không rõ (khác với Rh)
  + Đa HC: mẹ ĐTĐ, da đỏ nhiều
  + Bướu huyết thanh
  + Khác: suy giáp, thiếu G6PD (chú ý giới tính), do sữa mẹ (thường trễ, kéo dài, chẩn đoán loại trừ), tán huyết sinh lý
  + Thường mấy nguyên nhân sinh lý không loại trừ, có thể đi kèm theo

Về vấn đề chiếu đèn

* Có các loại đèn huỳnh quang, LED (thường trong cấp cứu, ít t/d phụ hơn),…
* Bộc lộ toàn thân, che mắt, bộ phận sinh dục
* T/d phụ: bỏng, mất nước, thay đổi thân nhiệt, tiêu chảy, phân đổi màu, sạm da (khi tăng bili TT+GT)…
* Khoảng cách: thường 30-40cm, cùng lắm là 20cm thôi không gần hơn nữa
* Chuyển bili thành đồng phân thải qua phân, không xâm lấn, ít biến chứng, giảm bili từ từ

=> Có thể dựa vào ngưỡng bili ước đoán để chỉ định điều trị lúc NV

* Dựa vào tuổi thai, ngày tuổi, YTTĐ?
  + Biến chứng dễ xảy ra khi có NT => ngưỡng giảm
  + Thường lấy ngưỡng 15mg% (cẳng chân) khi không YTTĐ, nếu có YTTĐ thì giảm ngưỡng 2-3mg%
  + Sinh non: CN x 5 (chiếu đèn); CN x 10 (thay máu)
  + Rất nhẹ cân, cực non => chiếu dự phòng
* Ngưng chiếu khi bili thấp hơn ngưỡng 2-3 mg%, đánh giá lại sau 4h nếu giảm >= 1 mg% thì có đáp ứng

Về vấn đề thay máu

* 160ml/kg => nguy cơ tai biến (V máu/ss = 80 ml/kg) => phải đúng chỉ định
* Thay máu ngay khi > ngưỡng 5mg%, chiếu đèn thất bại, thường lấy mốc > 25mg% với sinh non
* Chọn máu cùng nhóm với con khi không bất đồng nhóm máu
* Bất đồng ABO thì chọn HC O, HT A/B. Bất đồng Rh thì chọn Rh (-)
* Dùng TM đùi, TM rốn
* Ưu tiên HC rửa > HC lắng