TÌNH HUỐNG CUỐI TRẠI

TH 1: Bé trai, 2/2, 38 tuần, sanh mổ vì mẹ rặn ko chuyển, 3500g. Apgar 7/8. Sau sinh bé nằm với mẹ. Tiêu phân su 2h, tiểu 4h.

N2: bé lừ đừ, bỏ bú, chuyển khoa sơ sinh.

Khám: bé tỉnh, đừ, t: 36.8, mạch 150, thở co lõm nhẹ 50, tim đều, phổi thô, bụng mềm, thóp phẳng, trương lực cơ giảm, vàng da tươi tới mặt.

1. Hỏi tiền căn gì để chẩn đoán?

2. Chẩn đoán sơ bộ

3. Viết y lệnh xử trí lúc nhập viện.

4. Cls

Wbc 18.000 bình thường 18k <24h 🡪 <6k or >30k >24h 🡪 <5k or >20k

Neu 60%, Lym 40% SL <1000-1500 tiên lượng nặng

Hct 50, Hgb 16

PLT 130000 (bình thường 150-400)

Biện luận cls và kế hoạch điều trị tiếp theo.

5. Tiên lượng và giải thích.

|  |  |
| --- | --- |
| ĐVĐ | 1/ NTSS  2/ vàng da sơ sinh  3/ triệu chứng thần kinh |
| 1/ Tiền căn | NT  YTNC NTSS sớm:  - mẹ có sốt > 38 độ lúc chuyển dạ  - me có nhiễm trùng ối ( >=2/5 tiêu chuẩn)  +mẹ sốt > 38 độ lúc sanh KÈM  +nhịp tim mẹ > 100 l/p  +nhịp tim thai > 160 l/p  +dịch ối hôi, tiểu đau  +bạch cầu > 15k  - ối vỡ kéo dài > 18h  - ối vỡ sớm trước 37w, sanh non  - mẹ GBS (+), anh chị em có GBS (+) |
| Vàng da  Tiền căn gđ  Ba mẹ, anh chị em ruột có VD hay Thiếu máu tán huyết  Anh chị VDSS, được chiếu đèn  Có bệnh di truyền  Tiền căn mẹ  Sốt CRNN trong thai kỳ  ĐTĐ  Dùng thuốc trong thai kỳ (sốt rét)  Tiền căn sản khoa  Giác hút  Khởi phát CD bằng oxytocin  Kẹp rốn muộn > 2 phút sau sanh  Ngạt |
| 2/ CĐSB | NT huyết sơ sinh N2, TD VMN, theo dõi hạ đường huyết  Vàng da tăng bili gián tiếp, bệnh lý, mức độ nặng, TD biến chứng não cấp giai đoạn sớm, do NTH, bất đồng nhóm máu ABO, sinh lý |
| 3/ xử trí lúc NV  (3,5 kg, N2 ) | -nằm phòng cấp cứu  -đầu cao 30 độ  -điều trị đặc hiệu  (1)Vitafxim 1g/lọ  0,175g x 2 (TMC)  (1)Amipicillin 1g/lọ  0,175g x 2 (TMC)  (1)Gentamycin 0,08g/ lọ  0,0175g (TB)  Vitamin K1 0,01g  0,001 g (TB)  -1BT-S1(SM)  -CSII  - cls:  NTH: cấy máu, CTM, PMNB, CRP  VMN: chọc dò tủy sống  Hạ đường huyết: dextrostix  Td phụ của kháng sinh: chức năng thận (BUN, creatinin)  ổ nhiễm trùng NP: X-quang phổi  vàng da: bilirubin (TP,TT,GT)  Bất đồng nhóm máu ABO: nhóm máu con, nhóm máu mẹ |
| 4/ BL CLS và kế hoạch điều trị tiếp | Wbc 18.000 bình thường 18k <24h 🡪 <6k or >30k >24h 🡪 <5k or >20k  Neu 60%, Lym 40% SL <1000-1500 tiên lượng nặng  Hct 50, Hgb 16  PLT 130000 (bình thường 150-400)  -công thức máu:  Tiểu cầu giảm: ủng hộ chẩn đoán nhiễm trùng huyết  BC không tăng, neu không tăng, không thiếu máu: không phù hợp với nhiễm trùng 🡪tuy nhiên không loại trừ được NTH 🡪 lặp lại CTM và CRP sau 24 tiếng  - tiếp tục duy trì kháng sinh  - bú mẹ đủ  - ion đồ ( do bé bỏ bú sợ RL điện giải ) 🡪 tại sao không làm luôn từ đầu???? |
| 5/ Tiên lượng, giải thích | Tiên lượng nặng vì bé có viêm màng não và NTH |

TH2: Bé nam, con 2/2, sanh thường, APGAR 8/9, cân nặng 3kg, mẹ vỡ ối 10h trước sanh, nước ối không hôi, nhiệt độ lúc sanh 38 độ, không bất thường gì trong quá trinh mang thai  
10h sau sanh bé vàng da tới mặt, 2 ngày sau sanh bé vàng da đến cẳng chân, vàng tươi. Khám không phát hiện bất thường nào, không ho, không sốt, không ọc sữa, gan dưới bờ sườn 2,5 cm

1. Chẩn đoán sơ bộ ( nhớ ghi rõ các nguyên nhân nha NTH, bất đồng NM,...  
Vàng da tăng bili gián tiếp, bệnh lý, mức độ nặng, chưa có BC não cấp, nguyên nhân do NTH, bất đồng nhóm máu ABO, bất đồng nhóm máu Rh

2. y lệnh xử trí

Nằm phòng ngoài

Đầu cao 30 độ

Che mắt, che bìu, chiếu đèn tích cực

Điều trị đặc hiệu (3kg, N3)

(1) vitafxim 1g/ lọ

0,15g x 2 (TMC)

(1) Ampicillin 1g/lọ

0,15g x 2 (TMC)

(1) Gentamycin 0,08g/ lọ

0,015g (TB)   
Vitamin K1 0,01g/ lọ

0,001g (TB)

1BT-SM

CSIII

Đề nghị CLS

- vàng da: Bilirubin (TP, TT, GT)

- NTH: CTM, PMNB, CRP, cấy máu

- Nhóm máu mẹ, con (ABO, Rh), Coombs test (TT, GT)

- tác dụng phụ kháng sinh: Chức năng thận( BUN, creatinin)

- ổ np: x-quang ngực thẳng

3. CLS: WBC 18k, Neu 60%, Hb: 15k, Hct 50%, PLT: 200k, Mẹ O+, con A+, Bili gt la 260, tp la 270, tt la 10🡪Biện luận CLS, xử trí

**Biện luận:**

-CTM:

BC bình thường, neu không tăng không thiếu máu, TC bình thường:không phù hợp NT, tuy nhiên chưa loại trừ được NTH 🡪 lặp lại CTM, CRP sau 24 tiếng

-Bili TP 270/17.1= 15,8 mg/dl

Bilirubin GT 260/17.1 = 15,2

* Bilirubin gián tiếp tăng ưu thế: phù hợp chẩn đoán Vàng da tăng bili gián tiếp
* Bilirubin TP thuộc vùng nguy cơ cao > BPV 95th theo toán đồ Bhutani 🡪 phù hợp lâm sàng vàng da mức độ nặng, cần đo lại bilirubin sau 4-8h

- mẹ và con đều Rh(+), mẹ O+, con A+ 🡪 nghĩ nhiều nhất vàng da do nguyên nhân bất đồng nhóm máu ABO

🡪 đề nghị làm Coombs test trực tiếp để CĐXĐ

**xử trí:**

**-** tiếp tục kháng sinh

- chiếu đèn tiếp tục đến ngưỡng ngưng chiếu (Bilirubin TP~12-13mg%). Thử lại bilirubin

- bú mẹ đủ

- ion đồ, làm coomb test (TT,GT)

- sau xuất viện, hướng dẫn bà mẹ cách theo dõi vàng da

* Tham vấn cho cha mẹ cách theo dõi vàng da: chú ý mặt trước, bụng, ngực, tay, chân. Cho trẻ tắm nắng hàng ngày và khi tắm nắng, theo dõi bằng cách ấn vùng mũi, trán trong vòng 3-5s sau đó thả ra nhanh và quan sát nơi ấn
* Tham vấn dấu hiệu vàng da nặng:

+vàng da nhiều hơn (vàng da sậm màu hơn, vàng da tới dưới gối)

+triệu chứng thần kinh:bú ít hơn, ít thức để chơi, quấy khó dỗ, khóc thét

* Tham vấn cha mẹ theo dõi lượng tiêu và tiểu của trẻ

- hướng dẫn tái khám: sau 2 ngày, sau 1 tháng, sau đó mỗi 3 tháng để theo dõi sự phát triển tâm thần, biến chứng thần kinh

4. Tiên lượng trước mắt + giải thích

Tiên lượng nặng vì bé có vàng da nặng và NTH

TH 3: Bé nữ, con 1/1 PARA 1001, sanh thường 36 tuần, CNLS 2400 g, apgar 8/9, sau sanh nằm với mẹ, bú mẹ hoàn toàn. Mẹ vỡ ối 8h, ối trắng đục, mẹ sốt 38 độ trước sanh. N4 bé sốt liên tục 1 ngày, bỏ bú nên NV  
Khám: Tỉnh, lừ đừ, mạch 154, thở 50, co lõm nhẹ, T 38,2 C, tim đều ko âm thổi, phổi thô, bụng mềm, gan 2 cm dưới bờ sườn, lách ko sờ chạm, thóp phẳng, cường cơ giảm.  
1. Cần hỏi thêm tiền căn gì giúp ích cho chẩn đoán?

Hỏi tiền căn NTSS, đây là NTSS muộn🡪 cần hỏi về YTNC môi trường, người chăm

- mẹ, NVYT, những người xung quanh:

* có rửa tay trước và sau khi tiếp xúc với bé?
* Đang có bệnh lý nhiễm trùng khi tiếp xúc với bé ( viêm đường hô hấp, NT da, viêm đường ruột) ?

- con: bé có được thực hiện các thủ thuật xâm lấn sau sanh?

- bệnh phòng: có được lau chùi định kì ? các dụng cụ (lồng ấp, sonde dạ dày, bồn chậu, thau tắm bé…) có được tiệt trùng và giám sát ?

2. Chẩn đoán sơ bộ (ko cần biện luận)

Nhiễm trùng huyết SS N4, theo dõi viêm màng não, theo dõi hạ đường huyết  
3. Xử trí (gồm đề nghị CLS và y lệnh cụ thể)

Nằm phòng ngoài

Đầu cao 30 độ

(1,4kg, N4)

(1)vitafxim 1g/1 lọ

0.07g x2 (TMC)

(1)Ampicillin 1g/1 lọ

0,07g x2 (TMC)

(1)Gentamycin 0,08g/1 lọ

0,007g (TB)

Vitamin K1 0,01g

0,001g (TB)

1BT-SM

CSIII

Cận lâm sàng:

NTH: cấy máu, CTM, PMNB, CRP

Viêm màng não: CDTS

Td phụ kháng sinh: chức năng thận (BUN, creatinin)

Hạ đường huyết: Dextrostix

Ổ nhiễm trùng nguyên phát: X-quang ngực thẳng

4. CLS:  
CTM: BC 16k, Neu 68%, Hct 38%, TC 168k, CRP: 3,6 mg/L  
DNT: tế bào 1 con <20, Protein 0.35 g/L <1,7, lactat 2 mmol/L, glucose 1.2 mmol/L, Glucose máu 2 mmol/L >1/2

🡪loại VMN  
Biện luận kết quả CLS. Chẩn đoán và điều trị.

bé 36w

-CTM:

BC không tăng, Neu không tăng, không thiếu máu, TC không giảm, CRP không tăng: không phù hợp nhiễm trùng nhưng chưa loại trừ được NTH 🡪 lặp lại CTM, CRP sau 24h

- DNT: tế bào 1 con (<20), protein 0.35g/L (<1.7g/L), lactat: 2 mmol/L (<4), glucose DNT/ glucose máu = 1.2/2 >1/2

🡪 không phù hợp với CĐ viêm màng não

△: nhiễm trùng huyết SS, theo dõi Hạ ĐH

- tiếp tục kháng sinh, **sau 48h** nếu điều trị kháng sinh không đáp ứng, lặp lại CDTS

- bú mẹ đủ

- ion đồ

- lặp lại CTM, CRP 24h

TH 4: Trẻ ♂, 2/2, CNLS 3000g, không có yếu tố nguy cơ NTSS nào từ mẹ, con. Hai ngày tuổi vàng da ở mặt. Ba ngày tuổi vàng da tăng, nhập Nhi đồng 1. Bé bú tốt, tiêu tiểu bình thường, không ói, sốt, ho, khò khè. Khám lúc nhập viện có bất thường duy nhất là vàng da tới cẳng chân (lưu ý: trẻ SS thở co lõm ngực nhẹ, bờ gan cách bờ sườn < 3,5 cm là bình thường).  
1/ Đặt vấn đề.

HC vàng da (hoặc vàng da sơ sinh)  
2/ Ước tính nồng độ Bilirubin TP.

Vàng da tới cẳng da tương ứng với vùng 4 theo Kramer 🡪 giá trị bilirubin ước tính = 15 mg/dL  
3/ Chẩn đoán sơ bộ.

VD tăng Bili gián tiếp, bệnh lý, mức độ nặng, chưa có BC bệnh não cấp, nguyên nhân do bất đồng nhóm máu ABO, thiếu men G6PD  
4/ Xử trí lúc nhập viện.

Nằm phòng ngoài

Đầu cao 30 độ

Che mắt, che bìu, chiếu đèn tăng cường

1BT-SM

CSIII

Cận lâm sàng:

- CTM, bilirubin (TP,TT,GT)

- nhóm máu mẹ, con( ABO, Rh), Coombs test( TT,GT)  
5/ Tiên lượng và giải thích.

Tiên lượng nặng vì bé có vàng da nặng, có nguyên nhân NTH hoặc bất đồng nhóm máu

TH 5: Bé nam, con 1/1. Sanh thường, đủ tháng, CNLS 3000g, APGAR 8/9, mẹ không sốt trước trong và sau sanh, sau sinh nằm với mẹ, bú mẹ hoàn toàn, tiêu phân su sau 6g, tiểu sau 4g.

Giờ thứ 10: vàng da, bú tốt, không sốt, chỉ được theo dõi

Giờ thứ 30: vàng da tăng dần, nhập khoa Sơ sinh

TTNV: bé tỉnh, 37.2 oC, môi hồng, chi ấm, thở co lõm nhẹ 50l/p, phổi thô, tim đều rõ, da vàng tươi tới cẳng chân, bụng mềm, gan 2,5cm dưới bờ sườn, thóp phẳng, cường cơ vừa.

Chẩn đoán nghĩ nhiều nhất?

VD tăng bili gián tiếp, bệnh lý, mức độ nặng, chưa có biến chứng bệnh não cấp, nguyên nhân do NTH, bất đồng nhóm máu Rh, bất đồng nhóm máu ABO

Xử trí lúc nhập khoa?

Nằm phòng ngoài

Đầu cao 30 độ

Che mắt, che bìu, chiếu đèn tích cực

(3kg, N2)

(1) vitafxim 1g/1 lọ

0.15 x 2(TMC)

(1) Ampicillin 1g/1 lọ

0.15 x 2(TMC)

(1) Gentamycin 0.08g

0.015g (TB)

Vitamin K1 0.01g

0.001g (TB)

1BT-SM

CSIII

Đề nghị CLS:

- Bili (TP, TT, GT)

- nhóm máu mẹ, con (ABO, Rh), Coombs test (TT, GT)

- CTM, PMNB, CRP, cấy máu

- tác dụng phụ kháng sinh: chức năng thận (BUN, creatinin)

- ổ nhiễm trùng nguyên phát: X-quang ngực thẳng

\*\*\* Cận lâm sàng: WBC 18. Neu 70%. Hct 58% PLT 170, Bilirubin TP 280, TT 10, GT 270.

Mẹ O, Rh (+), con nhóm máu B, Rh (+).

Biện luận CLS?

- CTM:

bạch cầu không tăng, Neutro không tăng, không thiếu máu, TC không giảm: không phù hợp với nhiễm trùng, nhưng chưa loại trừ được NTH 🡪 lặp lại CTM + CRP sau 24h

- Bilirubin TP 280/17.1 =16.4

Bilirubin GT 270/17.1 = 15.7

🡪 Bilirubin GT tăng ưu thế: phù hợp Vàng da tăng bili gián tiếp, Bilirubin TP > BPV 95th theo toán đồ Bhutani: thuộc vùng nguy cơ cao 🡪 phù hợp với chẩn đoán vàng da mức độ nặng

🡪 đo lại bilirubin sau 4-8h

- mẹ con đều Rh(+), Mẹ O+, con B+: nghĩ nhiều nhất vàng da do nguyên nhân bất đồng nhóm máu ABO

Làm gì để chẩn đoán xác định?

Làm Coombs test trực tiếp

Kế hoạch điều trị cụ thể?

- Tiếp tục chiếu đèn ngưỡng ngưng chiếu đèn (12-13 mg/dL). Thử lại bilirubin

- tiếp tục điều trị kháng sinh

- bú mẹ đủ

- ion đồ, chờ kết quả coombs test

- sau xuất viện, hướng dẫn bà mẹ theo dõi vàng da tại nhà

* Tham vấn cho cha mẹ cách theo dõi vàng da: chú ý mặt trước, bụng, ngực, tay, chân. Cho trẻ tắm nắng hàng ngày và khi tắm nắng, theo dõi bằng cách ấn vùng mũi, trán trong vòng 3-5s sau đó thả ra nhanh và quan sát nơi ấn
* Tham vấn dấu hiệu vàng da nặng cần nhập viện:

+vàng da nhiều hơn (vàng da sậm màu hơn, vàng da tới dưới gối)

+triệu chứng thần kinh:bú ít hơn, ít thức để chơi, quấy khó dỗ, khóc thét

* Tham vấn cha mẹ theo dõi lượng tiêu và tiểu của trẻ

- Hướng dẫn tái khám: sau 2 ngày, 1 tháng, sau đó mỗi 3 tháng theo dõi sự phát triển, biến chứng thần kinh

ANH TÂM SỬA:

Vàng da tăng bilirubin gián tiếp, mức độ nặng, chưa biến chứng, nghĩ do nguyên nhân Nhiễm trùng huyết, bất đồng nhóm máu ABO, bất đồng nhóm máu hệ Rh,

Xử trí:

Nằm phòng ngoài

Đầu cao 30

Chiếu đèn 2 mặt, che mắt bìu

Ampicillin 1g/lọ 0.15g x2 lần/ ngày (TMC)

Cefotaxim 1g/lọ 0.15g x 2 (TMC)

Gentamycin 0,08g 0.015 g (TB)

Vitamin K1 0.01g 0.001g (TB)

Sữa mẹ

CS3

Đề nghị CLS: bilan Nhiễm trùng (CTM, PMNB, CRP, cấy máu), Xquang ngực thẳng, bilirubin TP, TT, GT, ure, cre, nhóm máu mẹ con (ABO, Rh), test de Coombs (TT +GT)

Biện luận CLS  
BC, Neu không tăng, không nghĩ Nhiễm trùng, nhưng không loại trừ. Đề nghị xét nghiệm lại CTM, CRP sau 24g

Bilirubin tăng GT ( 15.88 mg/dl) phù hợp

Rh mẹ con (+) nên giờ nghĩ nhiều nhất là do bất đồng hệ ABO

Đề nghị test de Coombs Trực tiếp để chẩn đoán xác định

Kế hoạch điều trị cụ thể:

Chiếu đèn tiếp tục cho tới ngưỡng ngưng chiếu đèn (12-13 mg/dl). Thử lại bilirubin

Tiếp tục KS.

(chỗ này mình k rõ lắm, là làm lại CLS rồi xem xét hoặc không xn lại thì điều trị tiếp cho đủ 10-14ngày????)

Bú mẹ đủ

Ion đồ

Khi nào xuất viện, theo dõi, tái khám……

Hướng dẫn bà mẹ theo dõi vàng da tại nhà:

Phơi nắng (? Giờ), mục đích phơi nắng là để quan sát da bé, dùng tay ấn trên da để xem vàng da,… theo dõi tiêu, tiểu, bú,…

Các triệu chứng cần nhập viện ngay?

Hướng dẫn tái khám: sau 2 ngày, 1 tháng, rồi mỗi 3 tháng để theo dõi sự phát triển, biến chứng thần kinh…

TH 6: bé nữ con 2/2, sinh thường, đủ tháng, cnls 3000gr, apgar 8-9. Trong lúc sinh thân nhiệt mẹ 38 độ C, ối vỡ trước sinh 8h, ối trắng đục. Sau sinh bé nằm cạnh mẹ ngay, bú mẹ hoàn toàn.  
12h sau sinh: bé vàng da ở mặt, bú giỏi, không quấy, nên cho tiếp tục theo dõi, không điều trị gì.  
Ngày 2: bé vàng da nhiều==>nhập nhi đồng 1.  
Ghi nhận khám: bé tỉnh, không sốt, môi hồng, chi ấm, mạch rõ, phổi thô, tim đều 150l/ph,gan 2 cm dưới bờ sườn, da vàng tươi đến cẳng chân.  
1**.Đặt vấn đề**

VDSS

NTSS  
2**.chẩn đoán:** VD tăng bili gián tiếp, bệnh lý, mức độ nặng, chưa có biến chứng bệnh não cấp, nguyên nhân do NTH, bất đồng nhóm máu ABO, bất đồng nhóm máu hệ Rh   
**3.Ghi y lệnh cụ thể lúc nhận bệnh**

-nằm phòng ngoài

-đầu cao 30 độ

-che mắt, chiếu đèn tích cực

(3kg,N1)

(1) Vitafxim 1g/1 lọ

0.15g x2 (TMC)

(1) Ampicillin 1g/1 lọ

0.15g x2 (TMC)

(1) Gentamycin 0.08g

0.015g (TB)

Vitamin K1 0.01g

0.001g (TB)

1BT-SM

CSIII

-cận lâm sàng: bilirubin (TP,TT,GT), nhóm máu mẹ, con (ABO,Rh), coombs test (TT,GT), bilan NT( cấy máu, CTM, PMNB, CRP), x-quang ngực thẳng, chức năng thận (BUN, creatinin)

**4.Lý giải đề nghị cận lâm sàng. Mong đợi gì?**

-Bilirubin(TP,TT,GT) : bilirubin GT tăng ưu thế, ngưỡng tăng bilirubin TP thuộc vùng nguy cơ cao > BPV 95th theo toán đồ Bhutani

-bất đồng nhóm máu ABO hoặc bất đồng nhóm máu hệ Rh:

* mẹ và con cùng Rh(+) và mẹ nhóm O+, con A+ hoặc B+
* mẹ Rh(-), con Rh(+)

- coombs test TT: CĐXĐ bất đồng nhóm máu, GT coi diễn tiến của tán huyết

-chẩn đoán NTH: cấy máu(+), bạch cầu tăng/ giảm, neutro tăng/giảm, thiếu máu, tiểu cầu giảm, PMNB thấy nhiều BC non, neutro non, bạch cầu có hạt độc, không bào, CRP tăng

- x-quang phát hiện ổ NT nguyên phát

- td phụ của kháng sinh: chức năng thận  
**5. Kết quả cls:**  
CTM BC 18000, Neu 60%, Lym 40%  
HGB 19g%, HCT 58%  
TC 180k  
CRP 8mg/L  
Bil toàn phần 16.83 mg/dl, Bil gián tiếp 15.04mg/dL  
Bé nhóm máu B+. Chưa thử nhóm máu mẹ

**biện luận kết quả xét nghiệm.**

-CTM: BC không tăng, neu không tăng, không thiếu máu, tiểu cầu không giảm: không phù hợp nhiễm trùng, chưa loại trừ được NTH 🡪 lặp lại CTM, CRP sau 24h

- bilirubin GT tăng ưu thế: phù hợp, BILirubin TP thuộc vùng nguy cơ cao > BPV 95th theo toán đồ Bhutani: phù hợp vàng da mức độ nặng

- con Rh(+) : vàng da có thể do bất đồng ABO nếu mẹ Rh(+), nhóm máu O hoặc bất đồng hệ Rh nếu mẹ có Rh(-) 🡪 đề nghị nhóm máu mẹ và cooms test TT để CĐXĐ

**Xử trí gì tiếp theo.**

**-** tiếp tục chiếu đèn đến ngưỡng ngưng chiếu đèn (bilirubin TP`12-13mg/dL). Thử lại bilirubin.

- tiếp tục điều trị kháng sinh

- bú mẹ đủ

- ion đồ, chờ kết quả làm Coombs test (TT,GT)

- sau xuất viện, hướng dẫn mẹ cách theo dõi vàng da:

* tham vấn bà mẹ theo dõi vàng da: quan sát mặt trước, vùng ngực, bụng, tay chân. Cho bé tắm nắng hàng ngày và theo dõi vàng da bằng cách ấn ngón tay lên trán hoặc vùng mũi bé 3-5s ,sau đó thả nhanh và quan sát vùng da vừa ấn
* tham vấn bà mẹ dấu hiệu vàng da nặng cần nhập viện:

+vàng da sậm màu hơn, vàng da qua gối

+có triệu chứng thần kinh: bú ít hơn, ít thức chơi hơn, quấy khó dỗ, khóc thét

* tham vấn bà mẹ theo dõi lượng tiêu và tiểu của trẻ

- hướng dẫn tái khám: sau 2 ngày, sau 1 tháng, mỗi 3 tháng để đánh giá sự phát triển, biến chứng thần kinh

TH 7: bé trai, 2/2, sanh thường, đủ tháng, CNLS : 3000g. Mẹ vỡ ối 8h trước sanh trắng đục. Apgar 8,9. Sau sanh bé nằm với mẹ, tiêu phân xu 2h, tiểu 4h sau sanh. Bé bú mẹ hoàn toàn  
N4 sau sanh : bé sốt, lừ đừ, bú ít. Mẹ cho đi khám bác sĩ tư, chẩn đoán điều trị không rõ. N5 : bé còn sốt -> BV NĐ 1  
Tình trạng nhập viện:  
- Bé tỉnh, nhiệt độ : 38 độ C. Nhịp thở 50 lần/phút. Phổi thô. Tim đều 150 lần/phút. Bụng mềm, gan 2,5cm dưới bờ sườn P. Trương lực cơ giảm  
**1. Làm gì nếu bạn là bs khám ngày thứ 4.**

Khám và cho bé nhập viện  
**2. Chẩn đoán lúc nhập viện**

Viêm màng não, theo dõi nhiễm trùng huyết, theo dõi hạ đường huyết  
**3. Ghi y lệnh cụ thể lúc nhập viện**

-nằm phòng ngoài

-đầu cao 30 độ

(3kg, N5)

(1) vitafxim 1g/1 lọ

0.15g x2(TMC)

(1) Ampicilin 1g/1 lọ

0.15g x2 (TMC)

(1) Gentamycin 0.08g/1 lọ

0.015g (TB)

Vitamin K1 0.01g

0.001g (TB)

1BT-SM

CSIII

-cận lâm sàng: CTM, PMNB, cấy máu, CRP, chọc dò tủy sống, x-quang phổi, BUN, creatinin, dextrostix  
**4. CLS :** Bạch cầu 18k, Neu%60% Lym 40%. Hb 14, Hct : 50%. Tiểu cầu160k. CRP : 8mg/l. DNT: tế bào 40 con, lympho 80%, lactate 2,5 mmol/L. Đạm 1,2 g/L. Glucose 2,6 / Glucose máu cùng lúc

**BL cls**

-bạch cầu, neu không tăng, không thiếu máu, tiểu cầu không giảm, CRP không tăng: không phù hợp nhiễm trùng nhưng chưa loại trừ được NTH 🡪 đề nghị lặp lại CTM, CRP sau 24h

- DNT: tế bào 40 con (tăng >20 con) : phù hợp 🡪 CĐXĐ: viêm màng não

lactate 2.5 mmol/L, đạm 1.2 g/L ( không phù hợp nhưng SLTB là quan trọng nhất)

**Đưa ra hướng điều trị tiếp**

**-** tiếp tục điều trị kháng sinh

- bú mẹ đủ

- ion đồ  
**5. Tiên lượng, vì sao.**

Tiên lượng nặng vì bé có viêm màng não và NTH

Đáp án:

1/ cho bé khám và nhập viện

2/ VMN-NTH có thể thêm hạ đường huyết

3/ Viết y lệnh:nằm phòng nào,đầu cao 30 ,kháng sinh, chăm sóc đề ngị CLS

4/ Số lượng bạch cầu mới là quan trọng ở trẻ sơ sinh,bất chấp mấy cái kia nên vẫn tiếp tục điều trị VMN

5/ Tiên lượng: nặng vì bé có viêm màng não và NTH