BỘ CÂU HỎI TỰ SOẠN ÔN THI LÂM SÀNG NHI

Nguyễn Đình Thắng – YA 2014-2020.

PHẦN NHI SƠ SINH.

1. Phân biệt nhiễm trùng sơ sinh sớm và nhiễm trùng sơ sinh muộn (mắc phải).

Nguồn: slide của cô Thanh Bình.

	NTSS sớm (<72h)	**NTSS muộn (>72h)**
-Biến chứng khi sinh.	-Thường có	-Hầu như không
-Đường lây.	-Từ mẹ sang (đường máu, nhau thai, tiếp xúc đường sinh dục).	-Mắc phải từ môi trường sau sinh.
-Triệu chứng lâm sàng.	-khởi phát đột ngột, nhiều cơ quan liên quan, ***viêm phổi*** thường gặp.	-Âm ỉ hoặc cấp tính, NT tại chỗ, ***VMNM*** thường gặp.
-Tỷ lệ tử vong	-5-20%	-5%

2. Kể tên các tác nhân gây NTSS sớm hay gặp nhất?

Nguồn: cô Thanh Bình.

- Theo cô, có 3 con gây NTSS sớm hay gặp nhất là

+ Liên cầu khuẩn nhóm B, hay kí sinh ở âm đạo.

+ E. coli.

+ Listeria monocytogenes.

Lưu ý: còn các tác nhân gây NTSS muộn gần giống với các tác nhân gây nhiễm trùng bệnh viện.

3. Bài tập case lâm sàng của cô Bình:

Mẹ bị thủy đậu, ở 1 thai 8 tuần và 1 thai trước sinh 3 ngày khác gì nhau?

- Nếu mẹ bị thủy đậu, ở thai 8 tuần: dễ gây sảy thai, thai lưu, và hay gặp hơn là các dị tật bẩm sinh.

- Còn mẹ bị thủy đậu, ở thai trước sinh 3 ngày, thì con sinh ra có thể bị thủy đậu, và có thể kèm theo Zona (tùy thuộc vào lượng kháng thể).

4. Các yếu tố tham gia bảo vệ thai nhi trước sinh?

Nguồn: cô Thanh Bình giảng trên lớp.

Các yếu tố tham gia bảo vệ thai nhi trước sinh:

-bánh nhau: quan trọng nhất là hàng rào nhau thai (bình thường hàng rào này chỉ có IgG đi qua được).

- ***máu con***: chứa bạch cầu,….

- ***Da của thai nhi***: nếu chưa có tổn thương, thì da thai nhi bảo vệ rất tốt.

- ***Nước ối, màng ối***: bình thường màng ối có 2 lớp.

Ngoài ra còn có các yếu tố khác.

Lưu ý: khi ối vỡ, các yếu tố gây nhiễm trùng từ đường dưới có thể là: từ đường tiểu, đường âm đạo và từ hậu môn.

5. Các hình thái lâm sàng của NTSS ?

Nguồn: slide cô Thanh Bình.

- Các dạng lâm sàng bao gồm:

+ Nhiễm trùng huyết

+ Viêm màng não mủ

+ Khu trú: Viêm phổi, nhiễm trùng đường tiểu, viêm ruột hoại tử.

+ Tại chỗ: nhiễm trùng da – nhiễm trùng rốn.

Cần chẩn đoán phân biệt với:

- BN hô hấp: thở nhanh thoáng qua, hít phân su, bệnh TBS.

- BN TK: xuất huyết não, rối loạn chức năng, thuốc.

- BN tiêu hóa: thủng ruột, tắc ruột..

6. Công thức để chẩn đoán NTSS là gì?

Chẩn đoán = yếu tố nguy cơ + lâm sàng + cận lâm sàng.

7. Các yếu tố nguy cơ của NTSS sớm?

Nguồn: Slide của cô Thanh Bình.

a. Các yếu tố nguy cơ chính.

- Nhiễm trùng ối

- Mẹ sốt >= 38 độ C trước, trong và 3 ngày kể từ khi chuyển dạ.

- Đẻ non tự nhiên =< 35 tuần thai.

- Ối vỡ tự nhiên < 37 tuần thai.

- Thời gian vỡ ối >= 18 giờ.

- Một trong 2 trẻ sinh đôi bị NTSS sớm do vi khuẩn.

- Mẹ ký sinh liên cầu khuẩn nhóm B trong âm đạo.

=> Nếu trẻ >= 1 yếu tố cần cho kháng sinh ngay dù khóc to, hồng hào sau sinh.

b. Các yếu tố nguy cơ phụ.

- Thời gian vỡ ối từ 12 - < 18h.

- nhiễm trùng đường tiểu đã được điều trị hoặc điều trị không rõ.

- Đẻ non tự nhiên > 35 tuần.

- Ối vỡ tự nhiên > 37 tuần thai.

=> Không cần cho kháng sinh ngay, theo dõi sát 4 triệu chứng của biểu hiện lâm sàng sớm trong 24-72h.

8. Các triệu chứng lâm sàng của NTSS sớm do vi khuẩn?

- có thể tham khảo thêm tại trang 61 sách giáo khoa tập 2.

- Nguồn: slide của cô Thanh Bình.

Có 8 triệu chứng:

a. Trẻ không khỏe mạnh.

b. Triệu chứng thần kinh

- Tăng hoặc giảm trương lực cơ

- dễ kích thích , li bì hoặc hôn mê

- Thóp phồng, co giật.

- giảm phản xạ.

c. Triệu chứng tim mạch.

- Da tái, tím và nổi bông.

- Thời gian phục hồi màu da > 3s.

- Nhịp tim =< 100 l/p hoặc >= 180 l/p.

- Huyết áp tụt.

d. Triệu chứng tiêu hóa.

- Nôn ói, bú kém hoặc bỏ bú.

- Dịch dạ dày dư > 1/3 thể tích cữ trước.

- Tiêu chảy.

- Chướng bụng.

e. Triệu chứng hô hấp:

- Tím, rên rỉ.

- Rối loạn nhịp thở.

- Thở nhanh + co kéo.

- Ngưng thở.

f. Triệu chứng huyết học.

- xuất huyết nhiều nơi / tử ban

- gan lách to

g. Triệu chứng da niêm

- Hồng ban

- Vàng da xuất hiện trong 24h đầu

- Nốt mủ

- Phù nề, cứng bì.

h. Rối loạn thực thể.

- không tăng cân / sụt cân.

- sốt / hạ thân nhiệt.

9. Làm sao biết dịch dạ dày dư > 1/3 thể tích cữ trước?

Theo cô Thanh Bình.

- Nếu trẻ có đặt sonde dạ dày thì theo dõi qua sonde dạ dày.

- Còn trẻ không đặt sonde thì 3 tiếng sau khi ăn (đáng lẽ lúc này trẻ đã tiêu hóa hết), nếu thấy trẻ nôn ra sữa còn lợn cợn chứng tỏ sữa chưa được hấp thu.

10. cận lâm sàng của NTSS sớm ?

Nguồn: slide cô Thanh Bình.

a. Công thức máu: gợi ý nhiễm trùng khi:

- Bạch cầu > 25000/mm3 hoặc < 5000/mm3.

- Tiểu cầu < 150 000/mm3.

b. CRP:

- giá trị CRP tăng có thể phát hiện từ 6-18h và đỉnh từ sau 8-60h khi bị viêm nhiễm.

=> không sử dụng đơn độc để chẩn đoán , đánh giá nguy cơ NTSS sớm.

c. tăng Fibrin: > 3,8 g/l ngày 1 và 4 g/l nếu sau ngày 1.

d. dịch não tủy:

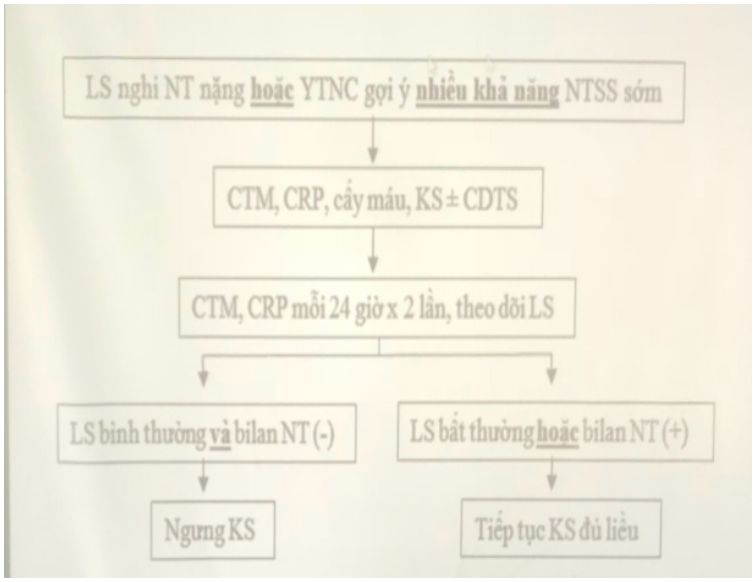
- số lượng bạch cầu: >30/mm3.

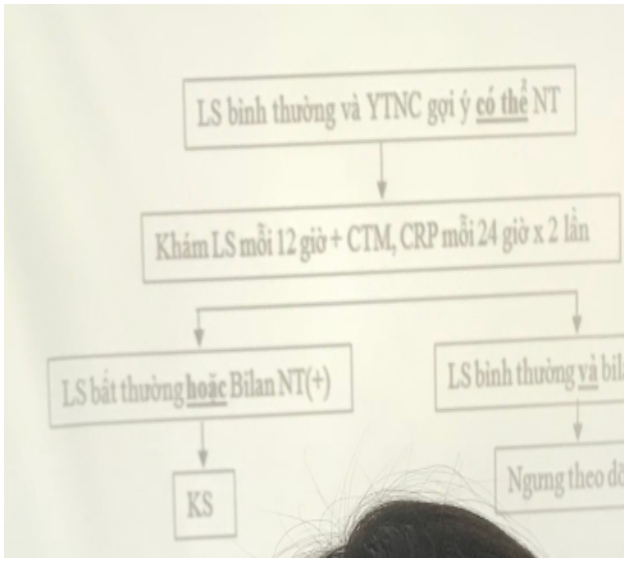
- Glucose < ½ đường máu cùng lúc

- Protein: 170 mg/dl.

11. Tiếp cận 1 bệnh nhân nghi NTSS sớm?

Nguồn: Slide của cô Thanh Bình.





12. Lựa chọn kháng sinh ban đầu trong NTSS sớm ?

Nguồn: Slide cô Thanh Bình.

- Kháng sinh được lựa chọn nên có tác dụng với liên cầu B, E.coli và L. monocytogenes.

- Thường kết hợp**: Ampicillin + aminoglycoside.**

- Listeria và liên cầu B nhạy cảm với ampicillin, trong khi E.coli ít bị tác dụng.

- Trường hợp nghi ngờ VMNM đặc biệt với vi khuẩn gram (-).

=> kết hợp cephalosporin thế hệ 3: **cefotaxime**. Kháng sinh thấm qua màng não tốt.

=> Ampicillin được dùng liều cao hơn so với NT tại vị trí khác.

13. Một số lưu ý của NTSS muộn?

Nguồn: slide cô Thanh Bình.

- > 72h tuổi

- Bao gồm 2 dạng:

+ mắc phải trong cộng đồng

+ lây nhiễm tại các cơ sở chăm sóc sơ sinh.

- Nhiễm trùng bệnh viện: có thể được định nghĩa từ > 72h tuổi.

14. Các biến chứng não của tăng bilirubin ?

Nguồn: Slide cô Thanh Bình.

Chia thành 2 loại:

- Bệnh não cấp tính do bilirubin (ABE): các biểu hiện lâm sàng cấp tính của BIND.

- Bệnh não mạn tính do bilirubin (CBE) = vàng da nhân (kernicterus): biểu hiện lâm sàng mạn/ di chứng của BIND.

Ghi chú: BIND: bệnh não do bilirubin.

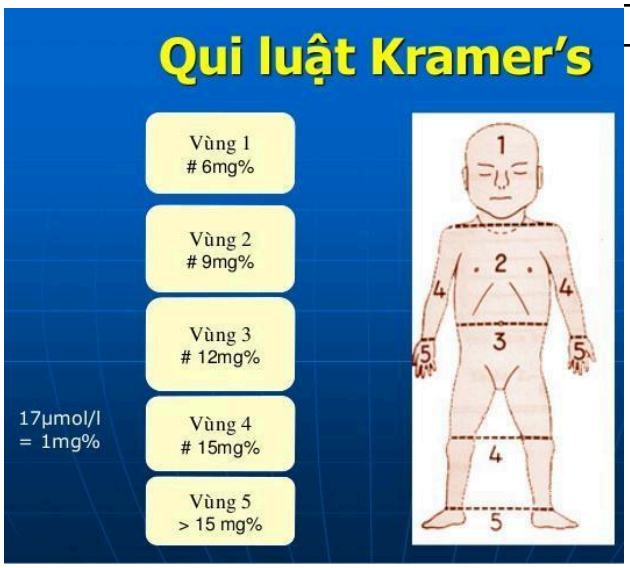
14. Phân biệt vàng da do tăng Bilirubin gián tiếp và trực tiếp ở trẻ sơ sinh ?

Nguồn: Slide cô Thanh Bình.

Đặc điểm	***Tăng Bili GT***	***Tăng Bili TT***
-Thời điểm xuất hiện	-sớm trong tuần đầu.	-muộn thường sau 2 tuần.
-Màu sắc vàng da	-sáng, tươi, vàng nghệ.	-xạm, không tươi, vàng chanh.
-Nước tiểu vàng đậm	-không.	-có.
-Màu phân	-vàng bình thường.	-nhạt màu.
-Gan, lách	-có thể to	-To, chắc

15. Quy tắc Kramer ?

Nguồn: internet, hình này y hệt hình trên slide của cô Thanh Bình.



Lưu ý: Khám lâm sàng đánh giá Bilirubin máu -> không tin cậy.

16. Tại sao cả người lớn và trẻ em đều có vỡ hồng cầu, nhưng vàng da chỉ xảy ra ở trẻ em?

Giải thích của cô Thanh Bình:

- Do các nguyên nhân sau mà trẻ em có vàng da:

+ Thể tích hồng cầu lớn, Hb, Hct đều cao.

+ Đời sống hc ngắn: 80-90 ngày (trung bình 95 ngày) trong khi người lớn là 120 ngày.

+ UGT chưa trưởng thành: (7 ngày: 1%, 14 tuần # trưởng thành).

+ Bài tiết ở gan kém.

+ Tăng chu trình ruột gan (Thiếu VK chí, PH kiềm, Beta- Glucuronydase).

17. Phân độ vàng da nặng (WHO 2007).

Nguồn: slide cô Thanh Bình

Tuổi	Vị trí vàng da	Phân loại
1 ngày	Bất kỳ đâu	Nặng
2 ngày	Cánh tay, 2 cẳng chân	
ngày	Bàn tay và bàn chân	

18. Một số lưu ý về bất đồng nhóm máu mẹ con hệ Rh và hệ ABO.

Cô Thanh Bình giảng:

**** Bất đồng nhóm máu mẹ con hệ Rh:***

- Thường từ đứa con thứ 2 trở đi.

- Vàng da sớm vài giờ + thiếu máu rõ -> nghi ngờ cao nhất là bất đồng nhóm máu mẹ con hệ Rh.

- Nếu có **chỉ định truyền máu** cho con thì truyền hoặc:

+ Hồng cầu rửa O-

+ Huyết thanh AB – hoặc của con mà Rh-

**** Bất đồng nhóm máu mẹ con ABO.***

- có thể xuất hiện ngay từ đứa con đầu.

- Vàng da muộn (2-3 ngày), nhưng khi xuất hiện vàng da thì *thường tiến triển rất nhanh.*

- Hiếm khi có **chỉ định truyền máu**, nhưng nếu truyền thì hoặc:

+ truyền HC rửa O

+ Huyết thanh AB hoặc huyết thanh A,B tùy nhóm máu con.

19. câu hỏi về nhà của cô Bình: tại sao suy giáp lại gây vàng da?

Nguồn: benhhoc.com

- Do gan cần hormon giáp để chuyển caroten thành vitamin A.

Khi suy giáp lượng hormon giáp cung cấp không đủ.

Dẫn đến vàng da do ứ đọng caroten.

Thứ 2, giảm vận chuyện Bilirubin vào tế bào gan, làm tăng vàng da

20. Cô Bình E: Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm trùng sơ sinh sớm?

- NTSS sớm= YTNC + LS + CLS

21. Cô Bình E: Các triệu chứng có thể gặp ở 1 bệnh nhân NTSS sớm?

Nguồn: Sách Nhi Y Huế tập 2.

Chúng ta sẽ đi từ toàn thân đến cơ quan.

a. Triệu chứng toàn thân:

- sốt

- giảm thân nhiệt

- giảm cân nặng.

- cân nặng không tăng.

b. Triệu chứng về da:

- hồng ban

- tử ban

- vàng da xuất hiện trong 24h đầu.

- nốt mủ

- viêm rốn

- cứng bì.

c. Triệu chứng thần kinh

- Tăng/ giảm trương lực cơ.

- Dễ kích thích.

- Mắt có các cử động bất thường.

- Co giật

- Run cơ.

- Thóp phồng.

- Giảm phản xạ,

- Li bì/ hôn mê.

d. Triệu chứng về tim mạch

- da tái

- tím và nổi vân tím

- thời gian hồi phục màu sắc da >3s.

- Nhịp tim ≤ 100 lần/phút hoặc ≥ 180 lần/phút.

- Sốc với HA tâm thu <5mmHg.

e. Triệu chứng hô hấp.

- Tím

- Thở rên

- Rối loạn nhịp thở, ngưng thở.

- Thở nhanh + co kéo.

f. triệu chứng tại bụng:

- Gan to

- Lách to

g. Triệu chứng tiêu hóa:

- Bú kém, bỏ bú

- Nôn ói

- Dịch cặn dạ dày > 1/3 thể tích bữa bú trước

- Tiêu chảy

- Chướng bụng.

22. Cô Bình E: Đánh giá tuổi thai theo sản khoa và sơ sinh?

- Theo sản khoa:

+ Ngày đầu kì kinh cuối

+ Siêu âm quý đầu

+ Bề cao tử cung

+ Thai máy

+ hoặc ngày cấy phôi, ngày bơm tinh trùng……

- Theo nhi khoa:

+ Thang điểm new ballard: + Trẻ < 26 tuần tuổi thai: tốt nhất < 24 giờ tuổi là đánh giá, còn trẻ ≥ 26 tuần, có thể đến 96h giờ đầu tiên, sau 96h không còn chính xác. Nếu trẻ sinh ra bị ngạt, dùng thuốc an thần hoặc có bệnh lý thần kinh, đánh giá thanh điểm new ballard có thể bị sai.

Cách khám: xem thêm sgk.

+ Theo phản xạ nguyên thủy:

`1) Phản xạ tìm bắt vú:

- Hình thành: 28 tuần tuổi thai.

- Phát triển tốt: 32-34 tuần

- Kết thúc: 3-4 tháng sau sinh

- Cách khám: Dùng ngón tay kích thích với điểm giữa môi trên , điểm giữa môi dưới, hoặc 2 bên khóe miệng.

Trẻ có phản xạ quay đầu về phía bên bị kích thích, đồng thời mở miệng tìm bắt vú.

2) Phản xạ bú

- Hình thành: 28 tuần tuổi thai

- Phát triển tốt: 32-34 tuần tuổi thai, đồng bộ từ tuần thứ 34, hoàn chỉnh từ tuần thứ 37

- Mất đi: trẻ được 12 tháng

- Cách khám: Dùng ngón tay út sạch cho tiếp xúc môi dưới, lưỡi.

Trẻ có phản xạ mở miệng, mút ngón tay và kéo ngón tay vào sâu.

3. Phản xạ cầm nắm

- Hình thành: 28 tuần thai

- Phát triển tốt: 32 tuần thai

- Mất đi; sau 2 tháng tuổi.

- Cách khám: Đưa ngón tay vào lòng bàn tay trẻ, trẻ có phản xạ tự động nắm tay lại và giữ chặt ngón tay bạn

4. Phản xạ Moro

- Hình thành: 28-30 tuần

- Phát triển tốt: Thai 37 tuần.

- Mất đi : trẻ được 3-6 tháng

- Cách khám

Bước 1: Giữ trẻ ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.

Bước 2: sau đó đột ngột thả trẻ ngửa ra sau (dùng tay đỡ đầu trẻ ở điểm rơi 30 độ, tránh để đầu trẻ chạm xuống bề mặt có thể gây tổn thương.

Bước 3: Trẻ sẽ phản ứng qua 3 giai đoạn:

(1): Giang rộng cánh tay, mở rộng, xòe bàn tay.

(2)Gập và co cẳng tay, hai cánh tay như ôm vật gì vào lòng.

(3) Có thể òa khóc.

Sách cũ: đập mạnh tay xuống bàn khám, trẻ phản ứng qua 3 giai đoạn như trên.

5. Phản xạ bước đi tự động

- Hình thành: thai 35-36 tuần.

- Phát triển tốt: thai lúc 37 tuần

- Mất đi: trẻ từ 3-4 tháng.

- Cách khám: giữ cho người trẻ thẳng, để bàn chân trẻ tiếp xúc với mặt phẳng cứng.

Trẻ có phản xạ duỗi chân và nhấc chân lên vẻ như bước đi trên bề mặt.

6. Phản xạ duỗi chéo

- Hình thành: 28-30 tuần.

- Thì 1 xuất hiện: 30-32 tuần

- Thì 1 rõ, thì 2 xuất hiện: 34 tuần

- Phản xạ hoàn chỉnh: 37 tuần.

- Cách khám:

+ Trẻ nằm ngửa thoải mái

+ Một tay người khám, nắm một bên chân đứa trẻ giữ gối thẳng và tay kia kích thích gan bàn chân bị giữ.

+ Quan sát bàn chân bên đuối diện sẽ xuất hiện 3 thì

(1): trẻ co chân lại

(2) Trẻ duỗi ra

(3) dạng chân tự do và đưa sát gần chân bị kích thích.

Chú ý:

- Dựa trên tuổi thai:

+ Sơ sinh non tháng muộn: 34 - < 37 tuần.

+ Sơ sinh non tháng vừa: 32 - < 34 tuần.

+ Sơ sinh rất non: 28 - < 32 tuần.

+ Sơ sinh cực non: < 28 tuần.

+ Đủ tháng: tuổi thai 37 tuần đến < 42 tuần (hoặc từ 259-293 ngày).

+ Già tháng: tuổi thai từ 42 tuần hoặc hơn (từ ngày 294 ngày hoặc hơn).

23. Cô Bình E: Định nghĩa tiêu chảy ở trẻ em?

Sách bài giảng LS nhi khoa trang 81.

- **Tiêu chảy** được định nghĩa là đi cầu phân lỏng hoặc té nước trên 3 lần trong 24h.

- Phân lỏng là phân không đóng thành khuôn.

- **Ở trẻ bú mẹ**, bình thường phân cũng nhão, lỏng , ngày từ 1 – 2 lần.

Khi đó để xác định tiêu chảy phải dựa vào tăng số lần và tăng mức độ lỏng của phân mà bà mẹ cho là bất thường

24. Cô Bình E: Phân loại độ dinh dưỡng sơ sinh

***** Phân loại sơ sinh dựa trên cân nặng trẻ lúc sinh (không kể tuổi thai)

- Sơ sinh có cân nặng thấp: < 2500 gram.

- Cân nặng rất thấp: < 1500 gram

- Cân nặng cực thấp: < 1000 gram.

***** Phân loại dựa trên tuổi sơ sinh và cân nặng lúc sinh: Sử dụng biểu đồ fenton dành riêng cho trẻ trai và trẻ gái để xác định.

25. Cô Bình E: Đánh giá Biểu đồ fenton? Cần những thông tin gì?

- Đánh giá biểu đồ fenton:

- Sơ sinh cân nặng thấp so với tuổi thai: CN/ tuổi < đường bách phân vị thứ 10

- Sơ sinh cân nặng phù hợp tuổi thai : CN/ tuổi từ đường bách phân vị thứ 10 đến thứ 90.

- Sơ sinh cân nặng lớn tuổi thai: CN/ tuổi thai > đường bách phân vị thứ 90

- Cần những thông tin gì:

+ Tuổi thai: tính theo tuần

+ Cân nặng tính theo kg

+ Chiều cao: tính theo cm

+ Vòng đầu tính theo cm

26. Cô Bình E: Nhận biết phần cơ quan sinh dục của trẻ đủ tháng?

Theo slide YHN:

- Vú: vòng sắc tố khoảng 10mm, núm vú khoảng 2mm

- Sinh dục

+ tinh hoàn nằm trong bìu

+ Nữ: môi lớn phát triển che kín âm vật, môi nhỏ.

- Biến động sinh dục:

Sưng vú hoặc ra huyết.

Theo sách bài giảng Nhi Khoa lâm sàng Huế 2020.

- Trẻ trai đủ tháng:

+ Kích thước dương vật lúc sinh khoảng > 2cm.

+ Tinh hoàn nằm trong bìu.

+ Gần như luôn biểu hiện hẹp bao quy đầu rõ.

+ Tràn dịch tinh mạc cũng là biểu hiện thường gặp (Thường biến mất lúc khoảng 1 tuổi).

+ Kiểm tra dị tật lỗ tiểu đóng thấp/ ở trên, cong dương vật.

+ Khám tìm tinh hoàn và lưu ý tình trạng thoát vị bẹn, quan sát màu sắc bìu dái.

- Trẻ gái đủ tháng:

+ khám môi lớn, môi bé và ân vật, lỗ tiểu và lỗ âm hộ.

+ Có môi lớn phát triển trùm kín môi bé

+ Có thể thấy hiện tượng ra máu âm đạo (biến động sinh dục).

27. Cô Bình E: Phân biệt vàng da bệnh lý và vàng da sinh lý?

m	**Vàng da sinh lý**	**Vàng da bệnh lý**
ın n	Sau 24h tuổi	Sớm vào ngày đầu sau sinh - Trẻ non tháng (<35 tuần) vào ngày thứ 2
VD	Nhẹ đến trung bình	Trung bình đến rõ đậm VD lòng bàn tay và lòng bàn chân
VD	Tăng chậm Đỉnh ngày thứ 3-5 (trẻ đủ tháng), ngày thứ 5-6 (non tháng).	Tăng nhanh (Bili máu tăng > 5mg/dL.ngày, >3,4 micromol/L/ giờ).
ın kéo	- Dưới 10 ngày.	> 14 ngày (trẻ đủ tháng) > 21 ngày (trẻ non tháng)
khác	Không có (chỉ vàng da đơn thuần).	Có kèm bất kỳ một dấu hiệu nào
tiếp áu	Không tăng	>1,5 mg/dl ở bất kỳ thời điểm nào (>10% lượng Bili toàn phần).

28. Trẻ 5 ngày sau sinh, không dùng ngày sinh dự sinh và sản khoa, dựa vào đâu để đánh giá tuổi thai?

- dựa theo phản xạ nguyên thủy: xem lại câu 22.

- Dựa vào các đặc điểm hình thái: Da, lông tơ, lòng bàn chân, vú, mắt/ tai, cơ quan sinh dục.

29. Trẻ sơ sinh vào viện vì nôn, xử trí như nào? Cận lâm sàng quan trọng nhất? Xét nghiệm cần đề nghị?

Không chắc

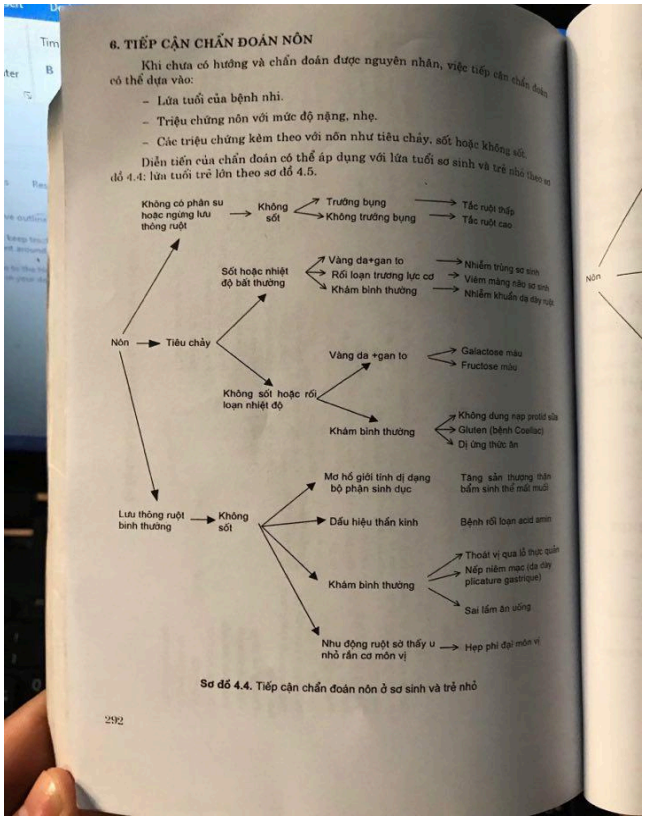
- Vào viện vì nôn: cho trẻ nằm tư thế đầu cao, đầu nghiêng sang một bên, tránh hiện tượng trào ngược vào phổi gây viêm phổi hít.

+ Tìm nguyên nhân gây nôn và xử trí theo nguyên nhân

+ Xử trí các biến chứng của nôn: như shock giảm thể tích, mất nước hay rối loạn điện giảm

+ Phân biệt với các bệnh lý ngoại khoa hoặc các bệnh khác:

Theo sách Nhi YHN



6. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN NÔN

Khi chưa có hướng và chẩn đoán được nguyên nhân, việc tiếp cận chẩn đoán có thể dựa vào:

- Lứa tuổi của bệnh nhi.
- Triệu chứng nôn với mức độ nặng, nhẹ.
- Các triệu chứng kèm theo với nôn như tiêu chảy, sốt hoặc không sốt.

Diễn tiến của chẩn đoán có thể áp dụng với lứa tuổi sơ sinh và trẻ nhỏ theo sơ đồ 4.4; lứa tuổi trẻ lớn theo sơ đồ 4.5.

Sơ đồ 4.4. Tiếp cận chẩn đoán nôn ở sơ sinh và trẻ nhỏ

2582

- Cận lâm sàng quan trọng nhất: Điện giải đồ.

30. Thông số trong công thức máu dùng để đánh giá nguy cơ NTSS?

- Nguồn: Sách nhi Y Huế.

- Bạch cầu <6000 hay >30.000/mm3 trong 24h đầu; <5.000 hay >25.000 trong những ngày tiếp theo.

- Giá trị tuyệt đối của BC đa nhân <1.000 -1.500/mm3.

- Tiểu cầu < 150.000/mm3

- Thiếu máu không rõ nguyên nhân.

Nếu được làm thêm phết máu ngoại vi thì có:

+ Bạch cầu non >10%

+ Tỷ lệ Neu non/ Neu toàn phần ≥ 0,2

+ Bạch cầu có hạt độc, không bào.

NHI Y6- ĐỢT 1:

Hai cô Bình: Cô Bình C và cô Bình E.

Bệnh án: Trẻ non tháng bình dưỡng NTSSS

31. Các yếu tố nguy cơ chính của NTSSS?

Nguồn: Slide của cô Thanh Bình.

a. Các yếu tố nguy cơ chính.

- Nhiễm trùng ối

- Mẹ sốt >= 38 độ C trước, trong và 3 ngày kể từ khi chuyển dạ.

- Đẻ non tự nhiên =< 35 tuần thai.

- Ối vỡ tự nhiên < 37 tuần thai.

- Thời gian vỡ ối >= 18 giờ.

- Một trong 2 trẻ sinh đôi bị NTSS sớm do vi khuẩn.

- Mẹ ký sinh liên cầu khuẩn nhóm B trong âm đạo.

=> Nếu trẻ >= 1 yếu tố cần cho kháng sinh ngay dù khóc to, hồng hào sau sinh.

32. Ngưỡng chiếu đèn ở trẻ đẻ non?

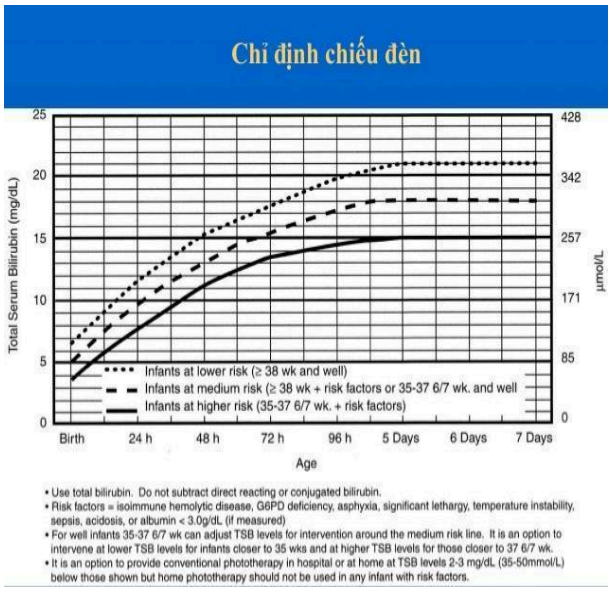
*** Theo Hội nhi khoa hoa kỳ 2004**

Chú thích:

…… : trẻ nguy cơ thấp: ≥ 38 tuần và khỏe mạnh

- - - : trẻ nguy cơ vừa: ≥ 38 tuần + yếu tố nguy cơ, hoặc 35 tuần – 37 tuần 6/7 ngày và khỏe mạnh.

—— : trẻ nguy cơ cao: 35 tuần – 37 tuần 6/7 ngày + yếu tố nguy cơ.



Chú thích: bên dưới

*** Theo tổ chức YTTG 2013:**

Chỉ định chiếu đèn:

	Chiếu đèn			
	Trẻ ≥ 35 tuần khỏe mạnh		Trẻ <35 tuần hoặc có các yếu tố nguy cơ	
	mg/dL	micomol/dL	mg/dl	micromol/dL
	Vàng da bất kỳ ở đâu			
2	15	260	10	170
3	18	310	15	250

- Dựa vào bilirubin toàn phần để chỉ định chiếu đèn.

- Các yếu tố nguy cơ: Tan máu (do bất đồng nhóm máu mẹ con , thiếu G6PD), nhiễm khuẩn, ngạt, nhiệt độ không ổn định, li bì, toan chuyển hóa hoặc Albumin < 30 g/L.

- Nếu trẻ 35-37 tuần khỏe mạnh, chỉ định chiếu đèn dựa vào TSB xung quanh đường

cong nguy cơ vừa. Trẻ <35 tuần theo biểu đồ phù hợp tuổi thai.

- Ngưng chiếu đèn khi bilirubin phía dưới đường cong 2-3mg/dL hoặc 35-50 micromol/dL.

33. Mẹ sinh non được tiêm gì trước đẻ?

- Khả năng cao là corticoid để trưởng thành phổi cho trẻ (không chắc cho lắm).

34. Trẻ sinh non dễ mắc những bệnh gì? Tại sao ?

- Nguồn: Sách sau ĐH Y Huế:

- Tuổi thai <28 tuần đẻ non: nguy cơ mắc SHH do bệnh màng trong, NTSS sớm qua đường mẹ thai, NTSS mắc phải, viêm ruột hoại tử, vàng da do tăng bilirubin tự do, dị tật bẩm sinh.

- Tuổi thai 33-37 tuần đẻ non, cân nặng tương ứng tuổi thai: nguy cơ mắc NTSS sớm, NTSS mắc phải, vàng da, DTBS, bệnh nghi ngờ rối loạn chuyển hóa bẩm sinh.

- Tuổi thai 33-37 tuần, đẻ non, cân nặng thấp hơn tuổi thai: nguy cơ ngạt, bệnh não thiếu khí, NTSS sớm., NTSS mắc phải, SHH hít phân su, HC cô đặc máu – bệnh lý đa hồng cầu, vàng da, DTBS.

35. Tiêu chuẩn chẩn đoán ngạt sơ sinh?

* Theo tiêu chuẩn

- PH < 7,0 ở máu cuống rốn.

- APGAR score ≤ 3 kéo dài 5 phút.

- Có các dấu hiệu tổn thương thần kinh trong thời kỳ sơ sinh: co giật, hôn mê, giảm trương lực cơ.

- Tổn thương đa cơ quan: suy hô hấp, hạ HA, suy gan, suy thận

=> Khó áp dụng cho những nơi điều kiện ko có cơ sở xét nghiệm.

* Theo WHO: ngạt khi APGAR tại thời điểm 1 phút ≤ 7.

36. Phân loại ngạt theo chỉ số APGAR?

* Theo slide của cô Bình.

- Ngạt nhẹ; khi APGAR 1 phút sau sinh =7.

- Ngạt trung bình: APGAR 1 phút từ 4-6 điểm

- Ngạt nặng: APGAR 1 phút ≤ 3 điểm.

37. Mức độ vàng da?

Theo slide cô Thanh Bình:

Vùng	Vị trí vàng da	Giá trị Bili Mg/dL
1	Mặt, cổ	4-8
2	Thân trên rốn	5-12
3	Thân dưới rốn	8-16
4	Cánh tay, cẳng tay và cẳng chân	11-18
5	Bàn tay và bàn chân	>15

38. Chỉ định, Chống chỉ định thay máu?

Theo slide cô Thanh Bình:

* Chỉ định thay máu

Vàng da tăng Bili gián tiếp:

- Có triệu chứng vàng da nhân.

- Giá trị Bilirubin (TSB) tăng đến giá trị cần thay máu.

* Chống chỉ định thay máu:

- Bệnh nhân đang sốc

- Suy hô hấp nặng

39. Theo dõi những gì trong quá trình chiếu đèn?

- Dựa vào Bilirubin, làm lại tùy thuộc vào mức độ Bilirubin ban đầu.

+ Nếu mức thay máu: 4-6h

+ chiếu đèn liên tục: 12-24h làm lại

……..

40. Tác dụng phụ của chiếu đèn?

Slide của cô Bình + Slide YHN

- Tăng/ hạ thân nhiệt

- Mất nước (nhu cầu dịch tăng 25%).

- Ban đỏ da

- HC da đồng: xem có tổn thương gan kèm theo.

- Ỉa chảy.

- Tổn thương võng mạc.

41. Điều trị thiếu máu khi tan máu?

- Dựa vào các triệu chứng lâm sàng: suy hô hấp, suy tuần hoàn

- Điều trị xem mức giảm Hb giảm nhanh hay không?

- Bổ sung sắt: không cần thiết, do tan máu ko những thiếu sắt, mà thậm chí thừa sắt => 3 tháng đầu ko bổ sung

- Thiếu máu thương hồi phục khi tán máu ổn định.

- Nếu có bổ sung sắt, sau 3 tháng.

42. Điều trị ngạt, cần theo dõi gì?

- Theo dõi: thần kinh, hô hấp, chức năng gan thận

- Siêu âm:

43.Tại sao mẹ bị Đái tháo đường, con sinh ra dễ bị vàng da sơ sinh?

- Do đa hồng cầu

- Do hạ đường huyết , gây giảm hoạt men UDPGT.

44. Thế nào gọi là chiếu đèn tích cực và thế nào là chiếu đèn thông thường?

* Theo slide cô Thanh Bình:

Bước sóng hay dùng để chiếu là 460-490nm. Thấp quá ví dụ bước sóng 380-430, đây là bước sóng tia cực tím, không có hiệu quả chuyển Bilirubin, thậm chí còn gây các tác dụng có hại lên da: bỏng, ung thư da,….

- Chiếu đèn tích cực: cường độ ≥ 30 microW/cm2/nm. Hay chọn loại đèn ánh sáng xanh LED.

- Chiếu đèn thông thường: cường độ > 10 microW/cm2/nm.

45. Lựa chọn loại đèn để chiếu đèn?

* Theo slide cô Thanh Bình

- Hiện có 4 loại đèn hay dùng để chiếu.

a. Đèn huỳnh quang ánh sáng trắng, ánh sáng xanh:

Cường độ 12-24 microW/cm2/nm.

b. Đèn ánh sáng xanh LED

Cường độ: 25-50 microW/cm2/nm

c. Đèn Biliblanket:

- Cường độ: 7-35 microW/cm2/nm

d. Đèn halogen

- Cường độ: 6-30 microW/cm2/nm.

Rút lõm hõm ức	Không có	Có (+)	Thấy rõ (++)
Cánh mũi phập phồng	Không có	Có (+)	Thấy rõ (++)
Thở rên	Không có	Qua ống nghe	Nghe bằng tai

- Đánh giá tổng điểm:

+ <3 điểm: Không suy hô hấp hoặc suy hô hấp nhẹ.

+ 4-6 điểm: Suy hô hấp vừa

+ 7 -10 điểm; Suy hô hấp nặng.

46. Chẩn đoán vàng da sơ sinh?



47. Chẩn đoán mức độ suy hô hấp ở trẻ em?

Theo sách bài giảng Nhi Khoa:

- Dựa trên chỉ số Silverman

Triệu chứng/ Mức điểm	0	1	2
Di động ngực bụng	Cùng chiều	Ngực < bụng	Ngược
Co kéo cơ liền sườn	Không có	Có (+)	Thấy rõ