

Chức danh : Bác sĩ hạng III – Chuyên ngành Nhi sơ sinh

Các bước ổn định trẻ sơ sinh trước khi chuyển viện

- Ổn định đường huyết:

+ Cần thử đường huyết mao mạch ở những trẻ có nguy cơ hạ đường huyết như non tháng, nhẹ cân, nhỏ so tuổi thai, con mẹ đái tháo đường, lớn so tuổi thai, bệnh lý cấp tính (ngạt, suy hô hấp, nhiễm trùng huyết, dị tật bẩm sinh đường tiêu hóa....).

+ Xử trí hạ đường huyết nếu đường huyết mao mạch (toàn phần) $<45 \text{ mg/dL}$: 2 mL/Kg Glucose 10% bolus TM, truyền TM glucose 10% với tốc độ 4-6 mg/kg/phút, kiểm tra lại đường huyết 15-30 phút sau.

+ XN đường huyết huyết tương (đường huyết huyết tương) kiểm chứng nếu hạ đường huyết nặng.

- Ổn định thân nhiệt:

+ giữ thân nhiệt trẻ từ 36,5 – 37,5 độ C (đo ở hậu môn).

+ Lưu ý những trẻ có nguy cơ cao hạ thân nhiệt như: trẻ non tháng, nhẹ cân, phải hồi sức lâu, bị bệnh cấp tính (nhiễm trùng, tim mạch...), khuyết tật thành bụng bẩm sinh.

- Đảm bảo ổn định đường thở và hô hấp: Đánh giá tình trạng suy hô hấp dựa vào tần số thở, công thở (phập phồng cánh mũi, thở rên, co rút lồng ngực), tím tái, độ bão hòa oxy, nhu cầu oxy, khí máu, xquang ngực, tình trạng thần kinh...Chỉ định thở CPAP hoặc đặt NKQ kịp thời.

- Đảm bảo ổn định huyết áp:

+ Đánh giá các dấu hiệu của sốc: thở gắng sức, tím tái, giảm độ bão hòa oxy hoặc da xanh tái/nhợt, nhịp tim nhanh hoặc chậm, huyết áp giảm, mạch yếu, tưới máu ngoại vi kém (thời gian đầy lại mao mạch dài trên 3 giây, da lạnh, da nổi vân tím/nổi bông), nước tiểu giảm

+ Điều trị sốc

- Sốc giảm thể tích: Natri clorid 0,9% hoặc máu toàn phần (nếu có mất máu cấp) 10 ml/kg/liều truyền TM trong 15-30 phút

- Sốc tim: Dopamin 5-20 mcg/kg/phút

- Sốc nhiễm trùng: Natri clorid 0,9% 10 ml/kg/liều truyền TM trong 15-30 phút + Dopamin 5-20 mcg/kg/phút

- Làm các xét nghiệm cơ bản: đường huyết, công thức máu $\pm$ khí máu $\pm$ cấy máu

- Tư vấn gia đình, hỗ trợ về mặt tâm lý cho thân nhân bệnh nhân.

Các bước hồi sức cơ bản dành cho trẻ sơ sinh, bước nào quan trọng nhất

- 4 bước: thông đường thở, hỗ trợ thở, ấn tim/ngực, dùng thuốc

+ Thông đường thở: lau khô, bỏ khăn ướt, đặt trẻ ở tư thế cổ ngửa nhẹ, hút đàm nhớt nếu cần, kích thích thở, ủ ấm

+ Hỗ trợ thở: bóp bóng nếu trẻ không thở hoặc thở nấc hoặc nhịp tim <100 lần/phút

+ Ấn tim: Ấn tim nếu nhịp tim <60 lần/phút, phối hợp ấn tim và bóp bóng với tỷ lệ 3/1, sử dụng oxy nồng độ 100% nếu phải ấn tim, nên đặt nội khí quản nếu phải ấn tim.

+ Thuốc: dùng adrenaline nếu sau 30 phút bóp bóng và 60 phút phối hợp ấn tim và bóp bóng mà nhịp tim vẫn <60 lần/phút. Liều lượng: 0,1-0,3 mL/Kg nếu dùng qua TM rốn, 0,5-1 ml/kg nếu dùng qua ống NKQ

- Bước hỗ trợ thở là quan trọng nhất

Các yếu tố nguy cơ vàng da nặng

- + Vàng da sớm (trong vòng 24 giờ đầu sau sinh).
- + Non tháng
- + Tán huyết miễn dịch hay bệnh lý tán huyết khác
- + Anh/chị ruột của trẻ từng phải rời đèn trị vàng da
- + Tụ máu (bướu huyết xương sọ, sang chấn mô mềm...) hay bầm tím nặng....
- + Bú sữa mẹ hoàn toàn và bú không đủ

Tiêu chuẩn chẩn đoán vàng da nặng

- Vàng da xuất hiện trong vòng 24 giờ đầu sau sinh
- Bilirubin toàn phần trên 95 percentile theo giờ tuổi (Hình 1)
- Tốc độ tăng bilirubin toàn phần $>0,2$ mg (3,4 $\mu\text{mol/L/giờ}$)
- Vàng da kéo dài trên 2 tuần ở trẻ đủ tháng
- Vàng da tăng bilirubin trực tiếp (vàng da tắc mật)
- + Bilirubin trực tiếp >1 mg/dL (17 $\mu\text{mol/L}$), nếu TSB < 5 mg/dL (86 $\mu\text{mol/L}$)
- + Bilirubin trực tiếp $>20\%$ của TSB, nếu TSB > 5 mg/dL (86 $\mu\text{mol/L}$).

Nguy cơ cao và nguy cơ trung bình của nhiễm trùng huyết sơ sinh sớm

- + Yếu tố nguy cơ cao của NTHSS sớm
- Mẹ bị nhiễm trùng phải dùng kháng sinh điều trị.
- Song thai và thai còn lại nghi ngờ hoặc được chẩn đoán nhiễm trùng huyết.
- Sinh rớt
- + Yếu tố nguy cơ trung bình:
- Ối vỡ ≥ 24 giờ VÀ đủ tháng;
- Ối vỡ không rõ giờ hoặc ối vỡ ≥ 18 giờ VÀ non tháng.
- Sinh non (<37 tuần) sau chuyển dạ tự nhiên;
- Mẹ sốt trong khi sinh $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
- Mẹ nghi ngờ hoặc chẩn đoán xác định nhiễm trùng ối.
- Mẹ bị nhiễm trùng tiểu hoặc nhiễm GBS trong thai kỳ;

Chỉ định và chống chỉ định của chọc dò tủy sống trong xử trí NTHSS sớm

- Chỉ định trong các trường hợp sau:
- + Chẩn đoán xác định NTH;
- + Cây máu dương tính;
- + Đáp ứng kém với điều trị kháng sinh.
- Chống chỉ định: khi có tăng áp lực nội sọ, rối loạn đông máu, rối loạn huyết động học chưa kiểm soát, rối loạn huyết động học nặng, nhiễm trùng/thoát vị ở vị trí chọc dò.

Phác đồ xử trí sốc phản vệ

- Ngừng ngay thuốc gây sốc phản vệ
- Đặt nằm đầu phẳng.
- Nếu ngừng thở ngừng tim: Ấn tim, thông đường thở, thổi ngạt hoặc bóp bóng qua mask.

- Adrenalin 1⁰/₀₀ tối đa 0,3 ml TB/TDD; Nếu trẻ ngừng tim ngưng thở: adrenaline 1⁰/₀₀ 0,1 ml qua NKQ hoặc adrenalin 1/10.000 0,1 ml/kg
- Cột garrot phía trên nơi tiêm nếu được.
- Nếu còn sốc:
 - + Adrenalin truyền tĩnh mạch 0,1 – 0,5 µg/kg/phút.
 - + Truyền LR 20ml/kg/giờ
 - + Hydrocortison 5 mg/kg TM mỗi 4 – 6 giờ.
 - + Pipolphen 0,5 - 1 mg/kg TB mỗi 6 – 8 giờ.

Chỉ định bơm surfactant cho trẻ <32 tuần tuổi thai

- Thở NCPAP với FiO₂ ≥30% nếu trẻ <28 tuần tuổi thai; ≥40% nếu trẻ ≥28 tuần tuổi thai; ± KMĐM sau thở CPAP ít nhất 30 phút có a/A DO₂ < 0,22;
- Thở máy

Chỉ định bơm surfactant cho trẻ ≥ 32 tuần tuổi thai

Trẻ ≥32 tuần tuổi thai:

- + Suy hô hấp vừa đến nặng trên lâm sàng + Xquang bệnh màng trong VÀ để duy trì SpO₂ ≥ 90% (PaO₂ > 50 mmHg):
- + Phải thở máy với FiO₂ ≥ 30%, MAP ≥ 7 cmH₂O;
- + HOẶC phải thở NCPAP với FiO₂ ≥ 40% VÀ KMĐM sau thở CPAP 30 phút có a/A DO₂ < 0.22.
- Cần nhắc trong những trường hợp sau:
 - + Sinh mổ chủ động phải thở máy với FiO₂ 100% để duy trì SpO₂ ≥ 90% HOẶC KMĐM (sau thở máy hoặc CPAP ít nhất 6 giờ) có OI >15.
 - + Viêm phổi hít phân su phải thở máy với FiO₂ > 50% để duy trì SpO₂ ≥ 90% HOẶC: KMĐM (sau thở máy hoặc CPAP ít nhất 6 giờ) có OI >15.
 - + Xuất huyết phổi VÀ phải thở máy với FiO₂ 100% để duy trì SpO₂ ≥ 90% HOẶC KMĐM (sau thở máy hoặc CPAP ít nhất 6 giờ) có OI >15.

Những điểm khác biệt trong HSSS trẻ non tháng

- + Giữ ấm trẻ non tháng ≤ 28 tuần tuổi thai.
- Dùng túi polyethylene có dây kéo, cắt bỏ phần đáy để giữ ấm trẻ sơ sinh ngay sau sinh.
- Chuyển trẻ sang khoa Sơ sinh bằng bàn sưởi ấm.
- + Chống xẹp phổi sớm ngay sau sinh
- Sau khi làm các bước hồi sức ban đầu, trẻ tự thở, không thở nấc, nhịp tim > 100 lần/phút mà thở khó, gắng sức thì cần cho trẻ thở CPAP ngay với FiO₂ khởi đầu = 21 - 34% (VO₂= 0-1 L/phút, Vair = 5-6 L/phút với BNCPAP), Pressure = 5 cmH₂O để giữ SpO₂ theo mục tiêu (Phụ lục đính kèm).
- + Nồng độ oxy và áp lực dương sử dụng trong hồi sức trẻ sơ sinh non tháng
- Không nên khởi đầu hồi sức sơ sinh cho trẻ non tháng với nồng độ oxy > 65%
- Nên khởi đầu thông khí áp lực dương (bóp bóng) cho trẻ non tháng với nồng độ oxy 40% (gắn bóng giúp thở với nguồn oxy và không gắn túi dự trữ).
- Điều chỉnh nồng độ oxy theo chỉ số độ bão hòa oxy qua da trước ống động mạch mục tiêu.

- Thông khí áp lực dương (bóp bóng) với áp lực 20 – 25 cmH₂O phù hợp cho hầu hết các trường hợp sơ sinh non tháng. Nếu nhịp tim không tăng khi bóp bóng với áp lực này và lồng ngực không di động thì hút lại đàm nhớt, đặt lại tư thế đầu, mở miệng trẻ, đặt lại mặt nạ. Nếu nhịp tim vẫn không tăng thì mới tăng áp lực thông khí. Tăng vừa đủ để nhịp tim ≥ 100 lần/phút và độ bão hòa oxy qua da tăng từ từ.

+ Phòng ngừa tổn thương não

- Thao tác nhẹ nhàng khi đỡ sanh và chăm sóc trẻ non tháng.
- Không được để trẻ ở tư thế đầu thấp (tư thế Trendelenburg).
- Tránh sử dụng áp lực thông khí và áp lực của CPAP quá cao.
- Nên sử dụng máy đo độ bão hòa oxy qua da để điều chỉnh thông khí và oxy phù hợp. Đo khí máu động mạch ngay sau khi trẻ được chuyển về buồng Hồi sức tích cực để điều chỉnh kịp thời, đảm bảo nồng độ CO₂ không quá cao hoặc quá thấp.
- Tránh truyền tĩnh mạch nhanh. Nên tránh sử dụng hoặc phải tiêm chậm dung dịch tĩnh mạch ưu trương như Natri bicarbonate hoặc đường ưu trương.