

Số: 1895 /QĐ-BVTD

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 11 tháng 11 năm 2016

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành phác đồ điều trị.

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Căn cứ Quyết định số 431-BYT/QĐ ngày 14/04/1977 của Bộ Y tế phân cấp cho Ủy Ban Nhân Dân TP. Hồ Chí Minh quản lý Bệnh viện Phụ sản trực thuộc Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh;

Căn cứ Quyết định số 1507/QĐ-UB ngày 08/04/2004 của UBND TP.HCM về việc cho phép đổi tên Bệnh viện Phụ sản TP.HCM thành Bệnh viện Từ Dũ trực thuộc Sở Y tế TP. HCM;

Căn cứ Quyết định số 834/2010/BVTD ngày 17/09/2010 về việc thành lập Hội đồng khoa học công nghệ xét duyệt phác đồ bệnh viện;

Căn cứ nội dung các biên bản cuộc họp xét duyệt phác đồ;

Xét đề nghị của Hội đồng chuyên môn và Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Từ Dũ TP. Hồ Chí Minh,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Nay đồng ý ban hành các phác đồ “Điều trị vàng da sơ sinh”, “Chậm tăng trưởng trong tử cung”, “Xử trí trẻ bị sang chấn sản khoa” tại bệnh viện Từ Dũ.

Điều 2. Phác đồ “Điều trị vàng da sơ sinh”, “Chậm tăng trưởng trong tử cung”, “Xử trí trẻ bị sang chấn sản khoa” là tài liệu tham khảo chính của bệnh viện trong công tác điều trị và quản lý chuyên môn tại bệnh viện Từ Dũ.

Điều 3. Các Ông (Bà) Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp, Trưởng khoa Sơ sinh, các trưởng khoa lâm sàng và các nhân viên y tế liên quan có trách nhiệm thi hành quyết định này kể từ ngày ký./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;

- Lưu: VT, KHTH. *Nhan*

**KT GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**



BS. CKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VÀNG DA SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Tần suất

Vàng da sơ sinh gặp ở khoảng 60 - 70% trẻ sơ sinh đủ tháng và khoảng 80% trẻ sơ sinh non tháng trong tuần lễ đầu sau sinh. Tất cả các trẻ bị vàng da cần được đánh giá và theo dõi vì vàng da nặng có thể dẫn đến nhiễm độc thần kinh.

2. Phân loại

Có hai loại vàng da sơ sinh là vàng da tăng bilirubin gián tiếp và tăng bilirubin trực tiếp. Vàng da tăng bilirubin gián tiếp chủ yếu do hiện tượng vỡ hồng cầu bào thai. Vàng da tăng bilirubin trực tiếp có liên quan đến bệnh lý của gan mật.

3. Vàng da sinh lý (vàng da không cần điều trị)

Vàng da sinh lý ở trẻ đủ tháng bắt đầu từ ngày 2-3, đạt đỉnh vào ngày 3-5, giảm dần và hết ở ngày 7-10. Trẻ sơ sinh non tháng thường vàng da nhiều nhất vào ngày 5 và hết trong vòng 2 tuần.

Mức độ Bilirubin của vàng da sinh lý còn đang bàn cãi vì chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như tuổi thai, cân nặng lúc sinh, bệnh lý kèm theo, tình trạng cung cấp dịch và dinh dưỡng có nghĩa là cùng một mức độ bilirubin nhưng có trẻ bị vàng da nhân nhưng có trẻ không cần điều trị. Vì vậy, nên sử dụng thuật ngữ "vàng da nhẹ" thay cho "vàng da sinh lý".

4. Tiêu chuẩn loại trừ vàng da sinh lý

- Vàng da xuất hiện trong vòng 24 giờ đầu sau sinh.
- Bilirubin toàn phần > 95th percentile theo giờ tuổi.
- Bilirubin tăng nhanh (> 0,2 mg/dL/giờ hoặc > 5 mg/dL/ngày).
- Bilirubin trực tiếp > 1,5-2 mg/dL hoặc >20% của Bilirubin toàn phần.
- Vàng da trên 2 tuần đối với trẻ đủ tháng.

II. VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN GIÁN TIẾP

1. Chẩn đoán

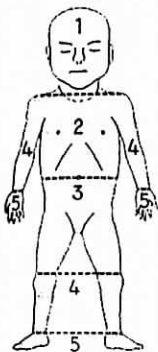
1.1. Các vấn đề cần xác định

- Thời điểm xuất hiện vàng da: lưu ý đặc biệt nếu vàng da bắt đầu xuất hiện trong vòng 24 giờ đầu sau sinh hoặc sau hai tuần tuổi.
- Dinh dưỡng: bú mẹ hoàn toàn hay bú sữa công thức, bú đủ sữa hay không...
- Triệu chứng đi kèm: bú ít, bỏ bú, gồng, giật, sốt, phân nhạt màu...
- 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
- Yếu tố nguy cơ vàng da nhân
 - Vàng da do tán huyết miễn dịch.
 - Thiếu men G6PD.
 - Ngạt.
 - Nhiễm trùng.

- Nhiễm toan máu.
- Albumin <3 mg/dL.

1.2. Khám

Đánh giá mức độ vàng da: nguyên tắc Kramer



Vùng	1	2	3	4	5
Bilirubin/máu (mgdl)	5-7	8-10	11-13	13-15	>15
Bilirubin/máu (mmol/l)	85-119	136-170	187-221	221-255	>255

Tìm dấu hiệu của vàng da nhân: li bì, mắt phản xạ bú, giảm trương lực cơ, gồng ưỡn người, khóc thét, co giật...

1.3. Cận lâm sàng thiết yếu

- Bilirubin toàn phần qua da. Lưu ý không dùng cho trẻ vàng da sớm và trẻ đã rọi đèn.
- Bilirubin máu toàn phần và gián tiếp.
- Nhóm máu, Rhesus mẹ và con.
- Tâm soát thiếu men G6PD và suy giáp bẩm sinh.
- Albumin máu nếu vàng da nặng hoặc trẻ nhẹ cân, nhỏ so tuổi thai.

1.4. Chẩn đoán nguyên nhân (thường gặp)

- Bất đồng nhóm máu mẹ con (ABO hoặc Rhesus)
 - Nghĩ đến khi vàng da trong 24 giờ đầu sau sinh.
 - Mẹ nhóm máu O và/hoặc Rhesus âm.
 - XN: Nhóm máu-Rhesus mẹ và con, test Coombs trực tiếp, tổng phân tích tế bào máu.
- Nhiễm trùng:
 - Có dấu hiệu nhiễm trùng sơ sinh hoặc ổ nhiễm trùng.
 - XN: Procalcitonin, tổng phân tích tế bào máu ± cấy máu.
- Tiêu các ổ tụ máu: có bướu xương sọ, sung huyết cơ học, sang chấn mô mềm....
- Đa hồng cầu:
 - Da niêm đỏ sậm
 - Hematocrite $\geq 65\%$

2. Phân loại

- Vàng da nhẹ:
 - Xuất hiện từ ngày 3 – 10, bú tốt, không kèm các yếu tố nguy cơ, mức bilirubin máu chưa đến ngưỡng phải can thiệp.
- Vàng da trung bình:
 - Vàng da đạt ngưỡng phải rọi đèn, không có những yếu tố của vàng da nặng.
- 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 $\mu\text{mol/L}$).

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Đặc hiệu: rọi đèn, thay máu
- Điều trị hỗ trợ

3.2. Rọi đèn

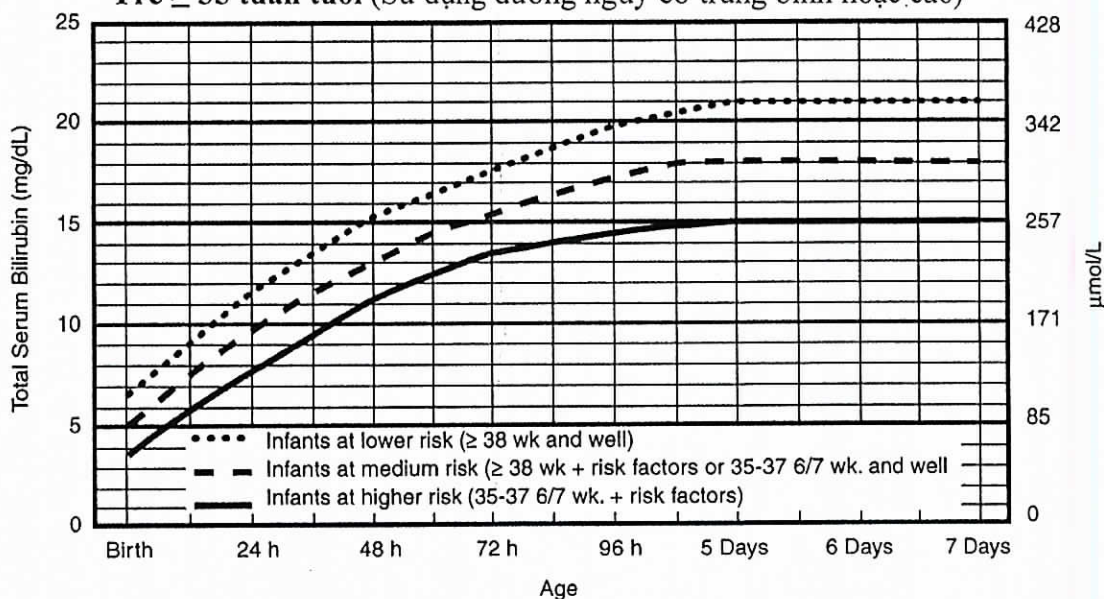
- Chỉ định
 - Gửi Khoa Sơ sinh rọi đèn ngay, không chờ kết quả xét nghiệm nếu:
 - + Vàng da trong 24 giờ đầu.
 - + Vàng da vùng 4 nếu 2 ngày tuổi.
 - + Vàng da vùng 5 nếu <4 ngày tuổi.
 - + Vàng da kèm dấu hiệu thần kinh
 - Cận lâm sàng: dựa vào bilirubin toàn phần đo qua da hoặc bilirubin toàn phần trong máu (mg/dL)

Trẻ <35 tuần tuổi

Tuổi thai (tuần)	Rọi đèn	Thay máu
<26	Ngay sau sinh	Tùy lâm sàng
<28	5-6	11-14
28 - <30	6-8	12-14
30 - <32	8-10	13-16
33 - <34	10-12	15-18
34 - <35	12-14	17-19

Bảng 1. Chỉ định điều trị dành cho trẻ <35 tuần tuổi thai

Trẻ ≥ 35 tuần tuổi (Sử dụng đường nguy cơ trung bình hoặc cao)



- Use total bilirubin. Do not subtract direct reacting or conjugated bilirubin.
- Risk factors = isoimmune hemolytic disease, G6PD deficiency, asphyxia, significant lethargy, temperature instability, sepsis, acidosis, or albumin < 3.0g/dL (if measured)
- For well infants 35-37 6/7 wk can adjust TSB levels for intervention around the medium risk line. It is an option to intervene at lower TSB levels for infants closer to 35 wks and at higher TSB levels for those closer to 37 6/7 wk.
- It is an option to provide conventional phototherapy in hospital or at home at TSB levels 2-3 mg/dL (35-50mmol/L) below those shown but home phototherapy should not be used in any infant with risk factors.

Hình 1. Chỉ định rọi đèn điều trị vàng da của trẻ từ 35 tuần tuổi trở lên

- Yếu tố nguy cơ gồm:
 - + Bệnh tán huyết miễn dịch.
 - + Thiếu men G6PD.
 - + Ngạt.
 - + Lừ đừ.
 - + Thân nhiệt không ổn định.
 - + Nhiễm trùng huyết.
 - + Toan chuyển hóa.
 - + Albumin máu <3 g/dL.
- Trẻ 35-37 6/7 tuần khỏe mạnh có thể sử dụng TSB ở đường nguy cơ trung bình. Có thể áp dụng mức TSB thấp hơn cho trẻ gần 35 tuần tuổi và mức TSB cao hơn cho trẻ gần 37 6/7 tuần tuổi.
- Có thể chỉ định rọi đèn với mức TSB thấp hơn 2-3 mg/dL (35-50 mmol/L) nếu cho rọi đèn tại trại hậu sản.
- Chỉ định dành cho trẻ đủ tháng:

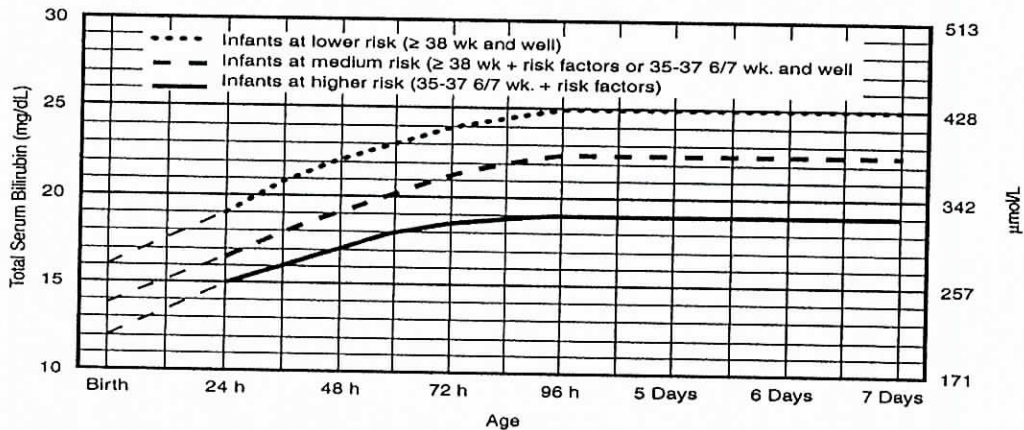
Ngày tuổi	Đánh giá lại (giờ)
<24 giờ	6
24-48 giờ	8-12
48-72 giờ	10-16
>72 giờ	17-24

Bảng 2. Hướng dẫn đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng dành cho trẻ đủ tháng

- Nguyên tắc
 - Rọi đèn liên tục, chỉ ngừng khi cho bú. Bỏ băng mắt khi cho bú, nhỏ mắt bằng Natri clorid 0,9% ngày 3 lần.
 - Vàng da nặng: phải điều trị rọi đèn tăng cường (Led+photobed) tại Khoa Sơ sinh, không điều trị tại các khoa Hậu sản, hậu phẫu,
 - Tăng lượng dịch nhập 10-20% nhu cầu hoặc cho bú ít nhất mỗi 2 giờ một lần (nếu không điều trị tại Khoa Sơ sinh).
- Ngưng rọi đèn
 - Khi ít nhất 5 ngày tuổi và bilirubin máu 13-14 mg%.
 - Hoặc bilirubin máu dưới mức chỉ định rọi đèn thường quy theo giờ tuổi ít nhất 2 mg%.
 - Nếu xuất viện trước 5 ngày tuổi phải tái khám sau 24 giờ vì có nguy cơ “đội ngược”.
 - Nếu trẻ có nguy cơ vàng da nặng phải tái khám sau xuất viện 24-48 giờ.
 - Dặn dò người chăm sóc trẻ các dấu hiệu cần tái khám ngay.

3.3. Thay máu

- Chỉ định
 - Vàng da sậm đến lòng bàn tay/bàn chân (<1 tuần tuổi) VÀ bắt đầu có biểu hiện thần kinh.
 - Bilirubin gián tiếp trong máu cao >20 mg% + bắt đầu có biểu hiện thần kinh (li bì, bú kém).
 - Mức bilirubin toàn phần trong máu (đối với trẻ <35 tuần tuổi) và theo giờ tuổi (đối với trẻ 35 tuần tuổi trở lên) đạt ngưỡng thay máu, không giảm ít nhất 1-2 mg/dL trong vòng 4-6 giờ rọi đèn tăng cường và điều trị hỗ trợ.
 - Vàng da tán huyết gây ra thiếu máu và phù nhau thai.
 - Theo tỷ số Bilirubin máu toàn phần/Albumin (B/A) (xem Bảng)
 - Theo mức bilirubin máu toàn phần theo giờ/ngày tuổi



- The dashed lines for the first 24 hours indicate uncertainty due to a wide range of clinical circumstances and a range of responses to phototherapy.
- Immediate exchange transfusion is recommended if infant shows signs of acute bilirubin encephalopathy (hypertonia, arching, retrocollis, opisthotonos, fever, high pitched cry) or if TSB is ≥ 25 mg/dL (85 μ mol/L) above these lines.
- Risk factors - Isoimmune hemolytic disease, G6PD deficiency, asphyxia, significant lethargy, temperature instability, sepsis, acidosis.
- Measure serum albumin and calculate B/A ratio (See legend)
- Use total bilirubin. Do not subtract direct reacting or conjugated bilirubin
- If infant is well and 35-37 6/7 wk (median risk) can individualize TSB levels for exchange based on actual gestational age.

Hình 2. Chỉ định thay máu điều trị vàng da của trẻ từ 35 tuần tuổi trở lên

Yếu tố nguy cơ	B/A	
	(mg%)/(g/dL)	(μ mol/L)/ (μ mol/L)
≥ 38 tuần	8.0	0.94
35-36 6/7 tuần, khỏe hoặc ≥ 38 tuần và nguy cơ cao hoặc tán huyết miễn dịch, thiếu men G6PD	7.2	0.84
35-37 6/7 tuần và nguy cơ cao hoặc tán huyết miễn dịch, thiếu men G6PD	6.8	0.80

Bảng 3. Tỷ lệ Bilirubin máu toàn phần/Albumin máu

- Tri hoãn chỉ định thay máu toàn phần nếu:
 - Đang suy hô hấp nặng hoặc sốc.
 - Không đặt được catheter tĩnh mạch rốn.
 - Không có máu thích hợp và máu tươi (< 5 ngày).
- Nguyên tắc
 - Chọn máu O cùng nhóm Rhesus của mẹ để thay máu cho các trường hợp bất đồng nhóm máu mẹ con.
 - Nếu máu con là nhóm A hoặc B và nhóm máu mẹ giống nhóm máu con thì dùng máu có nhóm máu cùng nhóm máu con và cùng nhóm Rhesus của mẹ để thay.
 - Máu để thay cần làm phản ứng chéo với huyết tương của máu mẹ.
 - Sử dụng máu tươi (≤ 4 ngày).
 - Tư vấn cho cha mẹ trẻ trước khi thay máu.

3.4. Điều trị hỗ trợ

- Albumin: chỉ định khi albumin máu < 3 g/dL (liều 1g/kg truyền trong vòng 2 giờ).
- Gamma globulin truyền tĩnh mạch:
 - Nếu vàng da tán huyết, không đáp ứng với điều trị rọi đèn tăng cường.
 - Nếu vàng da tán huyết, bilirubin toàn phần trong máu cách ngưỡng thay máu ≤ 5 mg/dL.
 - Liều lượng: 0,5 - 1 g/kg
 - Cách truyền: truyền ≥ 2 giờ
 - + 30 phút đầu: truyền 1,4 ml/kg/giờ.
 - + Còn lại: $\leq 1,9$ ml/kg/giờ.

4. Theo dõi

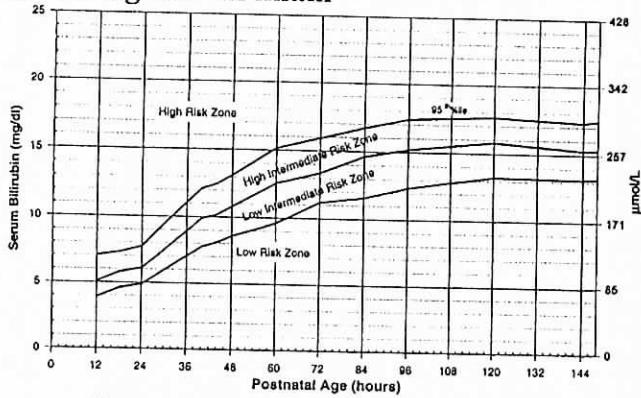
4.1. Vàng da nặng

- Xét nghiệm bilirubin máu mỗi 4 - 6 giờ.
- Theo dõi phát triển tâm thần vận động đến 2 tuổi nếu phải thay máu.

4.2. Vàng da trung bình

- Xét nghiệm bilirubin máu sau 48 giờ rọi đèn.

5. Hướng dẫn tái khám



Hình 3. Xác định nhóm nguy cơ vàng da của trẻ từ 35 tuần tuổi trở lên

5.1. Trẻ 35 đến < 38 tuần có yếu tố nguy cơ vàng da nặng

- Bilirubin đo qua da ở vùng nguy cơ trung bình cao hay cao: rọi đèn.
- Bilirubin đo qua da ở vùng nguy cơ trung bình thấp: tái khám sau 1 ngày nếu ≤ 96 giờ tuổi, 2 ngày nếu >96 giờ tuổi.
- Bilirubin đo qua da ở vùng nguy cơ thấp: xuất viện, tái khám sau 2 ngày.

5.2. Trẻ 35 đến < 38 tuần: không yếu tố nguy cơ vàng da nặng hoặc tuổi thai ≥ 38 tuần, có yếu tố nguy cơ vàng da nặng

- Bilirubin đo qua da ở vùng nguy cơ trung bình cao hay cao: rọi đèn.
- Bilirubin đo qua da ở vùng nguy cơ trung bình thấp: tái khám sau 1 ngày.
- Bilirubin đo qua da ở vùng nguy cơ thấp: xuất viện, tái khám sau 2 ngày.

5.3. Trẻ ≥ 38 tuần, không yếu tố nguy cơ vàng da

- Bilirubin đo qua da ở vùng nguy cơ trung bình cao hay cao: rọi đèn.
- Bilirubin đo qua da ở vùng nguy cơ trung bình thấp: tái khám sau 1 ngày nếu ≤ 96 giờ tuổi, 2 ngày nếu > 96 giờ tuổi. Có thể xuất viện.
- Bilirubin đo qua da ở vùng nguy cơ thấp: xuất viện, tái khám sau 2 ngày.



CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR, intrauterine growth restriction) là không đạt được chuẩn tăng trưởng trong tử cung, xác định dựa vào ponderal index dưới bách phân vị thứ 10. Chỉ số này cho thấy sự phát triển của mô mềm kém hơn sự phát triển của xương. Trẻ chậm tăng trưởng trong tử cung có thể không nhỏ so với tuổi thai (SGA, small for gestational age) và trẻ nhỏ so với tuổi thai có thể không có chậm tăng trưởng trong tử cung.

$$\text{Ponderal index} = \frac{\text{cân nặng lúc sinh} \times 100}{\text{chiều dài đầu-gót chân}^3}$$

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Do thai

- Gen: chủng tộc, giới tính, con so...
- Rối loạn NST: chiếm 20%
- Dị tật bẩm sinh: vô não, thiếu sản dạ dày ruột, HC Potter...
- Bất thường tim bẩm sinh
- Nhiễm trùng bào thai: khoảng 5%. Nhiễm CMV và Rubella bào thai gây chậm tăng trưởng trong tử cung nặng.
- Rối loạn chuyển hoá bẩm sinh: galactosemia, phenylketonuria, đái tháo đường sơ sinh ngắn hạn.

2.2. Do mẹ

- Giảm tuần hoàn tử cung-nhau: tiền sản giật, bệnh mạch máu thận mãn tính, tăng huyết áp mãn tính.
- Mẹ suy dinh dưỡng
- Đa thai
- Mẹ lạm dụng thuốc: thuốc lá, rượu, thuốc gây nghiện
- Mẹ thiếu oxy máu: bệnh lý huyết sắc tố, nhất là bệnh hồng cầu hình liềm
- Đột biến gen
- Khác: mẹ thấp bé, nhỏ tuổi, khoảng cách 2 lần mang thai gần, tử cung bất thường, điều kiện kinh tế xã hội kém, con so, đa sản, cân nặng trước khi mang thai thấp, tăng homocysteine máu.

2.3. Do nhau thai

- Suy bánh nhau
- Giảm tưới máu tử cung-nhau
- Bất thường cấu trúc bánh nhau
- Rối loạn trao đổi chất qua bánh nhau

III. PHÂN LOẠI

3.1. Chậm tăng trưởng trong tử cung đối xứng

- Là trẻ có vòng đầu, chiều dài và cân nặng giảm cùng tỷ lệ và đều giảm dưới bách phân vị thứ 10 so với tuổi.
- Do bệnh lý nội sinh trong bào thai (nhiễm trùng bào thai hoặc RLNST) hoặc những nguyên nhân ngoại sinh xảy ra sớm trong thai kỳ.

3.2. Chậm tăng trưởng trong tử cung không đối xứng

- Là trẻ có cân nặng giảm nhiều hơn vòng đầu và chiều dài, nhưng tất cả đều giảm dưới bách phân vị thứ 10 so với tuổi
- Nguyên nhân thường gặp là giảm tưới máu nhau thai, mẹ suy dinh dưỡng hoặc những nguyên nhân ngoại sinh xảy ra cuối thai kỳ.

IV. CHẨN ĐOÁN SAU SINH

4.1. Đánh giá ponderal index: dưới bách phân vị thứ 10 so với tuổi

4.2. Đánh giá các chỉ số nhân trắc

- Vòng đầu, chiều dài, cân nặng dưới bách phân vị thứ 10 so với tuổi. Sử dụng biểu đồ Lubchenco và Olsen hoặc CDC và WHO.

4.3. Đánh giá tuổi thai theo Thang điểm Ballard

- Nếu tuổi thai không xác định được dựa vào kinh chót hoặc siêu âm trong 3 tháng đầu thai kỳ.
- Tuổi thai dựa vào Thang điểm Ballard có sai số 2 tuần tuổi thai nếu trẻ có CNLS < 999g và chính xác nhất trong độ 30-42 giờ tuổi.

4.4. Tổng trạng

- Ốm, da nhão, ít mô mỡ dưới da
- Bụng lõm lòng thuyền
- Đầu to không tương xứng với thân

V. THEO DÕI CÁC BIẾN CHỨNG CỦA CHẬM TĂNG TRƯỞNG TRONG TỬ CUNG

5.1. Thiếu oxy máu

- Ngạt chu sinh: do giảm khả năng chịu đựng stress lúc chuyển dạ.
- Tăng áp động mạch phổi tồn tại: do tình trạng thiếu oxy máu trong tử cung mãn tính làm dày lớp cơ trơn mạch máu mao mạch phổi, dẫn đến giảm lượng máu lên phổi
- Viêm phổi hít phân su: rất hay gặp nếu trẻ chậm tăng trưởng trong tử cung và già tháng.
- Còn ống động mạch: trẻ chậm tăng trưởng trong tử cung kèm còn ống động mạch có nguy cơ bị xuất huyết phổi, xuất huyết não, viêm ruột hoại tử và suy thận nhiều hơn.

5.2. Hạ thân nhiệt

- Trẻ chậm tăng trưởng trong tử cung dễ bị hạ thân nhiệt do giảm lớp mỡ dưới da.

5.3. Chuyển hoá

- Hạ đường huyết
- Tăng đường huyết: Trẻ rất nhẹ cân giảm tiết insulin gây ra tăng đường huyết
- Hạ canxi huyết: có thể gặp ở trẻ chậm tăng trưởng trong tử cung bị ngạt.
- Bệnh gan: trẻ chậm tăng trưởng trong tử cung tăng nguy cơ cô đặc mật do nuôi ăn bằng tĩnh mạch, bệnh gan không mỡ (non fatty liver disease) ở trẻ nhỏ so tuổi thai.
- Khác: tăng triglyceride máu, giảm IGF-1...

5.4. Rối loạn huyết học

- Cô đặc máu và đa hồng cầu
- Giảm tiểu cầu
- Giảm bạch cầu đa nhân trung tính, giảm bạch cầu do giảm hoạt động tuyến ức
- Xét nghiệm đông máu bất thường

5.5. Suy giảm miễn dịch

- Giảm IgG, giảm kích thước tuyến ức 50%, giảm lymphocyte ngoại biên.

5.6. Khác

- Tăng nguy cơ viêm ruột hoại tử, nhất là trẻ có kèm mất hoặc đảo sóng cuối tâm trương của động mạch rốn.
- Tăng nguy cơ xuất huyết phổi, bệnh phổi mãn, xuất huyết não nặng và suy thận ở trẻ non tháng chậm tăng trưởng trong tử cung.

VI. XỬ TRÍ SAU SINH

- 6.1. Hồi sức sau sinh:** cần có người có kỹ năng hồi sức sơ sinh hỗ trợ lúc sinh
- 6.2. Phòng ngừa hạ thân nhiệt:** giữ ấm và theo dõi thân nhiệt sau sinh
- 6.3. Phòng ngừa hạ đường huyết:** bú mẹ sớm ngay sau sinh. Theo dõi đường huyết theo phác đồ Kiểm soát đường huyết ở trẻ nguy cơ cao
- 6.4. Rối loạn huyết học:** tổng phân tích tế bào máu để phát hiện sớm đa hồng cầu
- 6.5. Nhiễm trùng bào thai:** khám lâm sàng để phát hiện các triệu chứng của nhiễm trùng bào thai. Nên làm các xét nghiệm tầm soát TORCH.
- 6.6. RLNST:** nên tầm soát bất thường NST nếu khám lâm sàng nghi ngờ.

XỬ TRÍ TRẺ BỊ SANG CHẤN SẢN KHOA

I. ĐỊNH NGHĨA

Sang chấn sản khoa là những sang chấn xảy ra trong khi sinh, kể cả sinh thường lẫn sinh mổ. Trẻ > 4.500g tăng nguy cơ bị sang chấn sản khoa.

II. NGUYÊN NHÂN

2.1. Đầu

- Bướu huyết thanh: do tụ máu ngoài xương sọ. Ít làm vàng da tăng bilirubin máu
- Bướu huyết xương sọ: do tụ máu trong xương sọ. 5% có kèm vỡ xương sọ nếu tổn thương 1 bên, 18% có kèm vỡ xương sọ nếu tổn thương 2 bên. Có thể làm vàng da tăng bilirubin máu. Có thể có biến chứng viêm màng não hoặc viêm xương tuỷ.
- Xuất huyết dưới màng cân: do tụ máu ở khoang dưới màng cân. Thường xảy ra do sinh kèm hay sinh hút làm đứt tĩnh mạch liên lạc.
- Xuất huyết nội sọ: do chấn thương khi sinh.
 - + Xuất huyết dưới màng cứng: 73%
 - + Xuất huyết dưới màng nhện: 20%
 - + Xuất huyết trong nhu mô não: 20%
 - + Xuất huyết trong não thất, xuất huyết nội tuỷ

2.2. Dây thần âm: do kéo đầu quá mức trong khi sinh làm tổn thương nhánh quặt ngược của dây thần kinh lang thang. Thường liên quan đến sinh kèm.

2.3. Cổ và đầu

- Gãy xương đòn: dạng gãy xương thường xảy ra nhất khi sinh.
- Liệt đám rối thần kinh cánh tay: thường do sinh lâu một trẻ lớn cân.
- Liệt thần kinh hoành: do sinh ngôi mông khó.

2.4. Tuỷ sống

- Do lực căng trên cổ một bên hoặc kéo dài hoặc dẫn quá mức hoặc kéo quá mức cổ thai nhi. Chấn thương này thường xảy ra trong sinh ngôi mông hoặc sinh kèm.

2.5. Chấn thương tạng

- Thường xảy ra do sinh ngôi mông hoặc trẻ lớn cân

2.6. Chấn thương bộ phận sinh dục: thường xảy ra trong sinh ngôi mông.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Khám lâm sàng

- Da:
 - + Xuất huyết dưới da thường khu trú (ở đầu, cổ, ngực, lưng dưới...), không tiến triển, không kèm theo chảy máu vết tiêm.
 - + Mảng bầm (đường kính >1 cm): thường gặp khi sinh nhanh hoặc trẻ non tháng
 - + Dấu càn forceps: có ở 2 bên mặt.
 - + Vết trầy hoặc rách da: do dao mổ phạm phải trong mổ lấy thai. Thường ở mông, đầu hoặc đùi.
 - + Hoại tử mỡ dưới da: thường ở vai và mông. Tổn thương ở mô dưới da, giới hạn rõ. Thường xuất hiện 6-10 ngày sau sinh. Kích thước tổn thương 1-10 cm, hơi cứng hoặc cứng, máu da phía trên tím hoặc không màu.

- Đầu:
 - + Bướu huyết thanh: vùng tụ máu vượt quá rãnh liên sọ.
 - + Bướu huyết xương sọ: vùng tụ máu không vượt quá rãnh liên sọ.
 - + Xuất huyết dưới màng cân: vùng tụ máu lan rộng đến cổ và sau tai, có thể phủ xung quanh hai mắt. Kèm theo dấu hiệu mất máu nặng như thiếu máu, sốc giảm thể tích, giảm trương lực cơ, co giật, nhợt nhạt. Đôi khi dẫn đến tử vong.
 - + Xuất huyết nội sọ: lừ đừ, co giật, thóp phồng, mất phản xạ đồng tử, hôn mê, ngưng thở.
- Mặt: liệt mặt ngoại biên (mí mắt nhắm không kín, mắt rãnh mũi má, méo miệng)
- Mắt: bầm mí mắt, xuất huyết củng mạc, vỡ nhãn cầu
- Tai: rách, sưng, tụ máu
- Dây thanh âm: khóc thét hoặc thở rít. Nếu nghi ngờ, có thể nội soi thanh quản
- Cổ và vai: khám phản xạ nắm và Moro. Khám cử động tay, vị trí cân đối của đầu và vai
- Hô hấp: tổn thương tuỷ sống, xuất huyết nội sọ, liệt 2 dây thanh âm, liệt thần kinh hoành có thể gây suy hô hấp
- Tuần hoàn: vỡ gan/lách, tụ máu dưới màng cân có thể gây sốc giảm thể tích
- Bụng: tìm báng bụng, u bụng và bụng tăng kích thước
- Chân tay: quan sát cử động và bất thường hình dạng
- Bộ phận sinh dục: phù, bầm tím, tụ máu bìu và dương vật, thường gặp ở trẻ sinh ngôi mông.

3.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm xuyên thóp: đánh giá mức độ xuất huyết dưới màng cân.
- Siêu âm bụng: chẩn đoán vỡ gan, vỡ lách, xuất huyết thượng thận, tổn thương thận
- Xquang bụng: bóng hơi dạ dày ở vị trí bất thường khi có vỡ lách.
- Xquang sọ, xương: khi có gãy, vỡ xương.
- Xquang phổi: chẩn đoán liệt thần kinh hoành (hình ảnh vòm hoành nâng cao)
- CT scan: đánh giá xuất huyết nội sọ
- Đếm tiểu cầu để loại trừ xuất huyết do giảm tiểu cầu khi có xuất huyết dưới da.
- Theo dõi bilirubin qua da hoặc xét nghiệm máu nếu sang chấn dẫn đến tụ máu.
- Hematocrite: theo dõi tình trạng mất máu khi nghi ngờ có vỡ tạng, xuất huyết dưới màng cân...

IV. XỬ TRÍ

4.1. Da

- Xuất huyết dưới da: không cần xử trí, tự khỏi trong vòng 2-3 ngày.
- Hoại tử mỡ dưới da: Băng ép và theo dõi. Tự khỏi trong vòng vài tháng nhưng có thể bị canxi hoá. Theo dõi sát trong 6 tuần đầu triệu chứng của tăng canxi máu (nôn, sốt, sứt cân, tăng canxi máu). Điều trị bằng truyền dịch, furosemide và hydrocortisone.
- Mảng bầm: không điều trị đặc hiệu, tự khỏi trong vòng 1 tuần. Theo dõi vàng da tăng bilirubin máu, thiếu máu, tăng kali máu.

- Rách da: băng dính nếu tổn thương nông. Khâu bằng chỉ nylon 7-0 nếu tổn thương sâu. Theo dõi nhiễm khuẩn, nhất là tổn thương da đầu trên bướu huyết thanh.

4.2. Đầu

- Xuất huyết dưới màng cân: bồi phụ thể tích ngay nếu sốc giảm thể tích do xuất huyết, điều trị rối loạn đông máu nếu có, phẫu thuật nếu xuất huyết không tự cầm.
- Xuất huyết nội sọ: phải ổn định hô hấp và tuần hoàn nếu suy hô hấp, tuần hoàn
 - + XH dưới màng nhện: thường tự ổn định, không cần điều trị
 - + Xuất huyết ngoài màng cứng: phẫu thuật cấp cứu nếu xuất huyết nặng. Tiên lượng tốt nếu điều trị sớm
 - + Xuất huyết dưới màng cứng: phẫu thuật.
 - + Vỡ xương sọ: nứt xương sọ không cần điều trị. Vỡ lún xương sọ có thể điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật.

4.3. Mặt

- Tổn thương thần kinh VII: tự khỏi trong vòng vài tháng. Khám chuyên khoa thần kinh nếu không có tiến triển sau 2-3 tuần. Băng mắt bằng gòn che mắt và nhỏ nước mắt nhân tạo (methylcellulose 1%) mỗi 4 giờ nếu mắt nhắm không kín để phòng ngừa kích ứng do khô mắt.

4.4. Mắt

- Sung bầm mắt: tự khỏi trong vòng 1 tuần
- Xuất huyết dưới kết mạc: không điều trị, tự khỏi trong vòng 1-2 tuần.

4.5. Dây thanh âm

- Liệt dây thanh âm 1 bên: theo dõi sát. Tránh kích thích trẻ, cho bú mỗi cử ít lại, tăng số cử bú để giảm nguy cơ hít sặc. Tự khỏi trong vòng 4-6 tuần.
- Liệt dây thanh âm 2 bên: Đặt nội khí quản nếu bị nghẽn tắc đường thở. Có thể phải mở khí quản.

4.6. Vai và cổ

- Gãy xương đòn: Bất động (gài tay áo vào áo) để giảm đau. Có thể cho thuốc giảm đau.
- Liệt đám rối thần kinh cánh tay: Bất động và tập vật lý trị liệu.
- Liệt thần kinh hoành: điều trị hỗ trợ. Có thể phục hồi sau 1-3 tháng.
- Tổn thương cơ ức đòn chũm: tập vật lý trị liệu. Nếu không khỏi trong vòng 1 năm, có thể cần phẫu thuật.

4.7. Bụng

- Vỡ gan, lách: truyền máu, điều trị ngoại khoa
- Xuất huyết thượng thận: truyền máu, steroids tĩnh mạch
- Tổn thương thận: thường điều trị hỗ trợ, phẫu thuật nếu nặng.

4.8. Chân tay

- Gãy xương: bất động, hội chẩn chấn thương chỉnh hình

4.9. Bộ phận sinh dục

- Sung bầm: tự khỏi trong vòng 4-5 ngày, không điều trị.
- Chấn thương tinh hoàn: hội chẩn ngoại nhi, có thể cần phẫu thuật.



M