

TRẺ SINH NON



BS Nguyễn Thị Kim Anh
Khoa Sơ Sinh

MỤC TIÊU

1. Định nghĩa, phân loại về sinh non
2. Đặc điểm cấu tạo giải phẫu trẻ sinh non
3. Các vấn đề thường gặp ở sinh non
4. Kế hoạch điều trị trẻ sinh non
5. Theo dõi tái khám trẻ sinh non

ĐỊNH NGHĨA

- Sơ sinh non tháng khi tuổi thai trước 37 tuần (< 259 ngày)
- Trẻ non tháng có nguy cơ cao do chưa trưởng thành về giải phẫu và chức năng.
- Nguy cơ biến chứng càng cao khi tuổi thai và cân nặng lúc sinh càng thấp.
- Xác định tuổi thai giúp tiên lượng nguy cơ bệnh tật và tử vong.

PHÂN LOẠI

Theo tuổi thai

- Non muộn: 34w - < 37w.
- Non vừa: 32w - < 34w
- Rất non: 28w - 32w
- Cực non: < 28w

Theo cân nặng lúc sinh

- Nhẹ cân vừa: < 2500gr
- Rất nhẹ cân: < 1500gr
- Cực nhẹ cân: < 1000gr

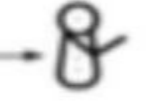
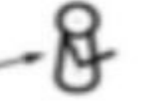
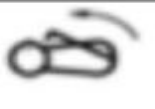
Đặc điểm hình thể trẻ sanh non

- Da mỏng, đỏ, có nhiều lông tơ.
- Sụn vành tai chưa phát triển: càng non sụn vành tai mềm và méo mó.
- Mầm vú < 5mm.
- Khác với trẻ đủ tháng bị SDD bào thai: gầy gò, da nhăn nheo, ít lớp mỡ dưới da.

Đặc điểm hình thể trẻ non tháng

- Nếp rãnh lòng bàn chân: vạch mỏng manh chỉ có nếp ngang phía trước.
- Bộ phận sinh dục ngoài chưa hoàn chỉnh:
 - + Bé trai: tinh hoàn chưa xuống bìu, da bìu ít nếp nhăn, còn đỏ
 - + Bé gái: môi bé và âm vật lộ.

Thang điểm New Ballard Score

Điểm	-1	0	1	2	3	4	5
Tư thế							
Góc cổ tay							
Góc khuỷu tay							
Góc nhượng chân							
Dấu khăn quàng							
Gót - tai							

Độ trưởng thành thần kinh cơ

Da	Trong suốt, dính, dễ tổn thương		Trong mờ, đỏ, giống thạch		Nhấn, hồng, thấy mạch máu		Bong da, hồng ban, ít mạch máu		Nứt nẻ, các vùng nhạt, hiếm mạch máu		Da giấy, nứt sâu, không thấy mạch máu		Da dày, nứt, nhăn nheo
Lông	Không có		Thưa		Rậm		Mỏng		Có vùng không có		Gần như không có		
Lòng bàn chân	Gót – ngón 40 - 50 mm: -1< 40 mm: -2		> 50 mm, không có nếp nhăn		Chỉ chân đỏ mờ		Chỉ chân nằm ngang, phía trước		Chỉ chân ở 2/3 trước		Chỉ chân khắp lòng bàn chân		
Vú	Không sờ thấy		Khó sờ thấy		Quầng vú phẳng, không mamm vú		Quầng vú hơi nhô, mamm vú 1 - 2 mm		Quầng vú nhô, mamm vú 3 - 4 mm		Quầng vú nhô rõ, mamm vú 5 - 10 mm		
Mắt/tai	Mi mắt khéplòng lẻo: - 2chặt: - 1		Mi mắt mởVành tai phẳng, giữ nguyên nếp gấp		Vành tai cong nhẹ mềm, đàn hồi chậm		Vành tai cong rõ, mềm, săn sàng đàn hồi		Vành tai chắc, tạo dáng, đàn hồi ngay		Sụn vành tai dày, tai cứng		
Bộ phận sinh dục(nam)	Bìu phẳng, nhẵn		Tinh hoàn chưa xuống bìu, nếp nhăn bìu mờ		Tinh hoàn trong ống bẹn, nếp nhăn bìu hiếm thấy		Tinh hoàn đang xuống, bìu ít nếp nhăn		Tinh hoàn xuống thấp, nếp nhăn bìu rõ		Tinh hoàn trong bìu, nếp nhăn bìu sâu		
Bộ phận sinh dục(nữ)	Âm vật lộ, hai môi phẳng		Âm vật lộ, môi bé nhỏ		Âm vật lộ, môi bé lớn		Môi lớn và môi bé to bằng nhau		Môi lớn lớn, môi bé nhỏ		Môi lớn che môi bé - âm vật		
Điểm	-10	-5	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Tuần	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44

Các vấn đề thường gặp ở trẻ sinh non

Đặc điểm	Các bệnh lý liên quan
Hệ hô hấp • Trung khu hô hấp chưa trưởng thành • Phổi chưa trưởng thành • Thiếu surfactant	• Ngạt chu sinh • Cơ ngừng thở • Bệnh màng trong • Loạn sản phế quản phổi
Thần kinh • Não chưa trưởng thành • Điều hòa nhịp thở kém	• Ngạt chu sinh • Xuất huyết não và trong não thất • Bệnh não ở trẻ sinh non
Hệ tiêu hóa • Ruột, gan chưa trưởng thành • Phản xạ bú nuốt yếu • Chậm hấp thu • Dễ tổn thương	• Chậm tăng trưởng • Viêm ruột hoại tử • Trào ngược dạ dày thực quản • Hít sặc • Vàng da bệnh lý

Các vấn đề thường gặp ở trẻ sinh non

Thận • Không có khả năng điều hòa nước, điện giải, kiềm toan • Độ lọc cầu thận thấp	• Mất nước, dư dịch • Rối loạn điện giải kiềm toan • Dễ ngộ độc thuốc
Hệ tim mạch • Rối loạn chức năng tim mạch, dẫn mạch do nhiễm trùng, giảm thể tích	• Hạ huyết áp • Còn ống động mạch
Huyết học • Thể tích máu lớn 100ml/kg • Dự trữ sắt kém • Thiếu Erythropoietin	• Thiếu máu

Các vấn đề thường gặp ở trẻ sinh non

Miễn dịch • Chưa hoàn thiện	• Dễ nhiễm trùng huyết, viêm phổi, viêm màng não...
Nội tiết • Thiếu hormone thượng thận • Trục hạ đồi-tuyến yên-tuyến giáp chưa trưởng thành	• Hạ huyết áp • Hạ đường huyết • Thiếu hormone giáp
Khả năng dự trữ và điều hòa nội môi kém	• Hạ thân nhiệt • Hạ đường huyết • Hạ canxi máu
Mắt, tai	• Bệnh lý võng mạc • Điếc, giảm thính lực

Hạ thân nhiệt

- Nguy cơ mất nhiệt do khả năng điều nhiệt kém,
- Tỷ lệ diện tích bề mặt da lớn hơn, da mỏng, mô mỡ dưới da ít.
- Hạ thân nhiệt làm tăng tiêu thụ oxygen, ngưng thở, cao áp phổi và rối loạn chuyển hóa như hạ đường huyết, toan...

Cần nhớ:

- **Ngăn hạ thân nhiệt** xảy ra lúc nào cũng dễ dàng hơn nhiều so với **giải quyết hậu quả** của hạ thân nhiệt.

Hạ thân nhiệt

Những triệu chứng khi trẻ bị hạ thân nhiệt nặng:

1. Nhịp tim nhanh, có thể có nguy cơ giảm cung lượng tim.
2. Rối loạn nhịp tim.
3. Hạ huyết áp.
4. Độ bão hòa oxy giảm.
5. Suy hô hấp diễn tiến xấu hơn.
6. Toan nặng hơn.
7. Hạ đường huyết.

Bất thường hô hấp

1. Trẻ yếu và không thở ngay lúc mới sinh.
2. Bệnh màng trong.
3. Cơ ngừng thở ở trẻ sinh non
4. Loạn sản phế quản phổi (bệnh phổi mạn ở trẻ sinh non)

Cấu trúc hô hấp ở trẻ sinh non

- Thiếu surfactant
- Tế bào nội mô phế nang ít, dễ tổn thương
- Cấu trúc đường thở gelatinous nhiều hơn sụn, đường thở hẹp dễ gập
- Khớp sụn sườn yếu, độ chun dẫn kém
- Phát triển phế nang và mạch máu 36w đến 24 tháng sau sinh

Ngưng thở ở trẻ sinh non

- Ngưng thở > 20s hoặc ngưng thở ngắn hơn kèm giảm nhịp tim hoặc SpO₂
- Ngưng thở ngắn 5 -10 s là bình thường và thường xảy ra
- Ngưng thở do cơ chế trung ương
- Ngưng thở do tắc nghẽn trên đường hô hấp và cơ hô hấp yếu

Loạn sản phế quản phổi

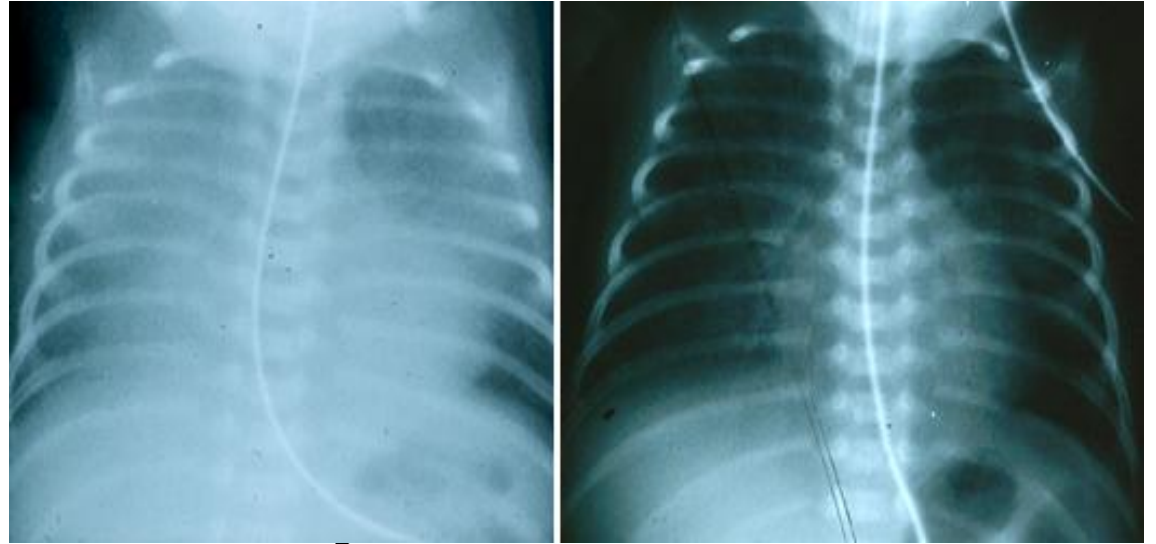
Các tác nhân chính làm tiến triển bệnh:

- Thông khí cơ học
- Ngộ độc oxygen kéo dài: là tác nhân chính.
- Nhiễm trùng và phản ứng viêm.
- Tác nhân phụ trợ: phù phổi, PDA...

Còn ống động mạch

Hậu quả về sinh lý bệnh học:

- Phù phổi.
- Xuất huyết phổi
- Phổi hợp làm tăng nguy cơ loạn sản phổi.
- Ảnh hưởng lên tuần hoàn não và hệ thống, nguy cơ VRHT và XH não.



Hạ huyết áp hệ thống

- Hạ HA hệ thống sau sinh gây nguy cơ như XH nội sọ và tử vong.
- Yếu tố nguy cơ kết hợp hạ HA hệ thống:
 - Ngạt lúc sinh, thiếu oxy mô
 - PDA ảnh hưởng huyết động học.
 - Nhiễm trùng.
 - Chưa trưởng thành receptor và hệ thống điều hòa HA.
 - Chưa trưởng thành tuyến thượng thận.

Xuất huyết não ở trẻ sinh non

- Nguy cơ XH não dễ xảy ra ở trẻ < 32 tuần hay < 1500g.
- Trẻ càng non tháng, nguy cơ bị XH não càng cao.
- Tần suất cao trong vòng 5 ngày đầu tiên sau sinh.
- Mạch máu não trẻ non tháng dễ bị ảnh hưởng khi HA hệ thống thay đổi.
- Vị trí XH não hay gặp ở vùng màng dưới ống nội tủy và quanh não thất.

Xuất huyết não ở trẻ sinh non

Nguy cơ XH não tăng khi:

- Huyết động học thay đổi: tăng hoặc giảm HA. PDA ảnh hưởng huyết động học.
- Sinh ngạt.
- Rối loạn đông máu, NTH nặng...
- Có thể do chăm sóc, di chuyển, đặt NKQ hoặc hút đàm không đúng.

Rối loạn đường huyết

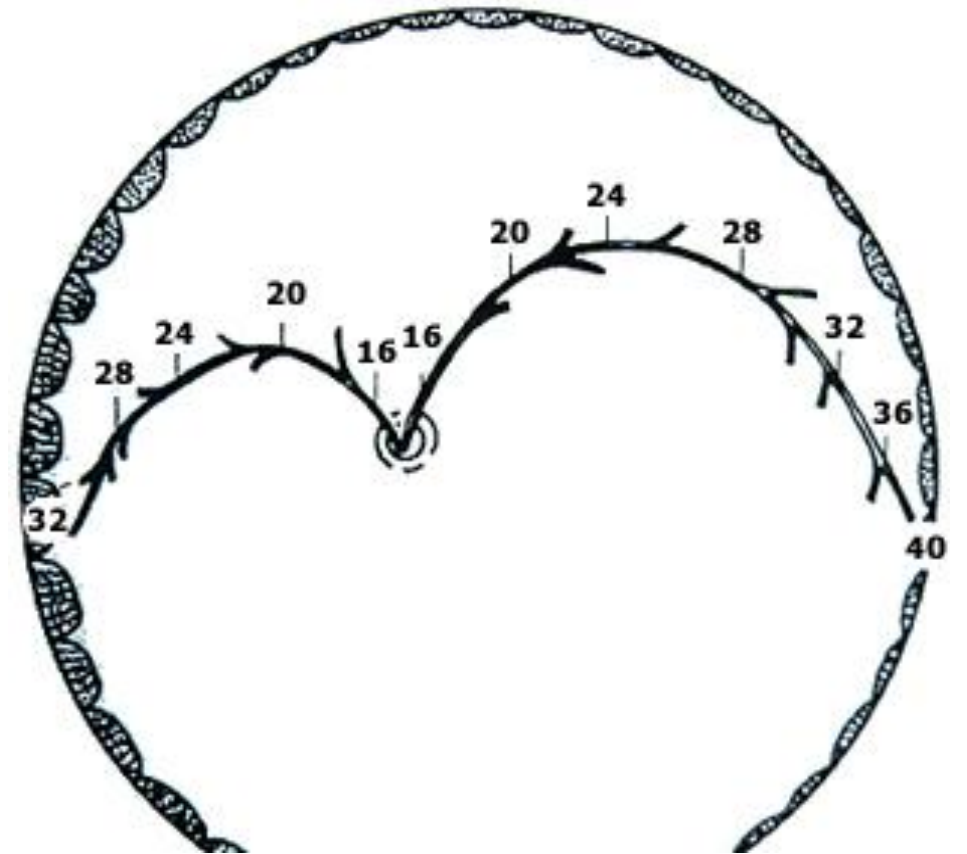
- Tăng hoặc giảm đường huyết có thể xảy ra do ảnh hưởng của việc cung cấp đường hoặc do rối loạn chuyển hóa.
- Trong giai đoạn bào thai, dự trữ đường trong 3 tháng cuối thai kỳ → nguy cơ hạ đường huyết ở trẻ sinh non

Viêm ruột hoại tử

- Một trong những nguy cơ cao nhất ở trẻ sinh non.
- Tuổi thai càng thấp nguy cơ càng cao.
- Tỷ lệ bệnh thay đổi tùy trung tâm, khoảng 2-5% tổng số nhập NICU, và 6- 7% ở trẻ non tháng rất nhẹ cân.
- > 90% sơ sinh bị viêm ruột hoại tử đã ăn đường miệng trước đó.
- Tỷ lệ tử vong chung khoảng 9 đến 28%
- Tử vong ở trẻ < 1500g cao, khoảng 45%

Bệnh võng mạc ở trẻ sinh non

- Không có mm võng mạc thời điểm 15 -16w
- mm võng mạc bắt đầu hình thành 15 -18w gđ thai
- Phát triển hoàn tất võng mạc góc mũi 36w, võng mạc góc thái dương 40w



Những nguy cơ và biến chứng ngắn hạn

1. Hạ thân nhiệt
2. Ngưng thở
3. Bệnh màng trong
4. Loạn sản phế quản phổi
5. Còn ống ĐM ở trẻ sinh non
6. Hạ huyết áp hệ thống
7. Viêm ruột hoại tử
8. Nhiễm trùng huyết muện
9. Tăng hay giảm đường huyết
10. Thiếu máu
11. Xuất huyết não
12. Bệnh võng mạc ở trẻ sinh non

*Thời điểm xuất hiện
Ảnh hưởng liên quan*

CHẨN ĐOÁN

□ Hỏi bệnh sử

- Kinh chót của mẹ
- Siêu âm thai đặc biệt trong 3 tháng đầu để đánh giá tuổi thai chính xác
- Tiền sử thai kỳ: bệnh mãn tính, dùng thuốc và lạm dụng các chất (thuốc lá, gây nghiện) của mẹ, các nhiễm trùng của mẹ trong giai đoạn bào thai, đánh giá nguy cơ mất máu trong quá trình sinh, các sang chấn sản khoa.

CHẨN ĐOÁN

□ Khám lâm sàng

- ✓ **Đánh giá tuổi thai:** Thang điểm New Ballard
- ✓ **Đánh giá sự phù hợp giữa tuổi thai và CNLS:** Biểu đồ Fenton
 - Phù hợp tuổi thai: 10-90 percentile
 - Nhẹ cân so với tuổi thai: < 10 percentile
 - Lớn cân so với tuổi thai: > 90 percentile

□ Đánh giá các YTNC

- Hạ thân nhiệt
- Hạ đường huyết
- Suy hô hấp, cơn ngưng thở
- Hạ huyết áp
- Nhiễm trùng
- Vàng da
- Viêm ruột hoại tử
- Thiếu máu

CHẨN ĐOÁN

▣ Cận lâm sàng

- Phết máu ngoại biên, CRP, cấy máu nếu nghi ngờ nhiễm trùng
- Đường máu mao mạch
- Bilirubin TP/TT, nhóm máu nếu có vàng da
- Điện giải đồ, chức năng gan thận nếu trẻ có nuôi ăn tĩnh mạch hay có bệnh lý nặng
- XQ phổi, KMĐM nếu có suy hô hấp
- Siêu âm não
- Siêu âm tim

ĐIỀU TRỊ

□ Lập kế hoạch điều trị

- Dự phòng hạ thân nhiệt: lồng ấp, giường sưởi
- Kiểm soát đường huyết
- Điều trị bệnh lý hô hấp: hỗ trợ hô hấp, bơm surfactant
- Điều trị nhiễm trùng và kiểm soát nhiễm trùng
- Dinh dưỡng: tĩnh mạch, tiêu hóa
- Theo dõi phát hiện và xử lý các vấn đề thường gặp ở trẻ sinh non trong quá trình nằm viện
- Lập kế hoạch chăm sóc lâu dài trong khi nằm viện và sau khi xuất viện

Mốc thời gian	Các vấn đề thường gặp
Trong ngày đầu	- Suy hô hấp - Sinh ngạt - Dị tật bẩm sinh
Trong tuần đầu	- Vàng da - Còn ống động mạch
Tuần 1-2	- Viêm ruột hoại tử - Xuất huyết não - Còn ống động mạch
Tuần 3 trở đi	Đánh giá tăng cân
Tuần 4	- Thiếu máu - Bệnh lý võng mạc - Loạn sản phế quản phổi - Đánh giá dinh dưỡng
Trong quá trình nằm viện	- Nhiễm trùng bệnh viện
Sau xuất viện	- Đánh giá dinh dưỡng - Thiếu máu - Bệnh xương chuyển hóa - Phát triển tâm vận - Khám ROP - Đo thính lực

Kiểm soát thân nhiệt

□ Các phương pháp giữ ấm trẻ

- **Nằm lòng ấp:** trẻ có thân nhiệt không ổn định, CNLS $\leq 1500\text{g}$, $\leq 32\text{w}$
- **Nằm giường sưởi:** đối với trẻ sinh non có bệnh lý nặng cần nhiều can thiệp để dễ dàng theo dõi và chăm sóc trẻ
- **Mẹ Kangaroo:** đối với trẻ đã ổn định

Kiểm soát đường huyết

□ Trẻ sinh non có nguy cơ rối loạn đường huyết như:

- Hạ đường huyết do dự trữ kém và tăng tiêu thụ glucose
- Nhưng lại dễ tăng đường huyết khi trẻ có stress, nhiễm trùng hay truyền glucose tốc độ cao.

□ Nên theo dõi đường huyết trong vài ngày đầu sau sinh đến khi ổn định

Điều trị nhiễm trùng và kiểm soát nhiễm trùng

- Chăm sóc trẻ: rửa tay, vệ sinh thân thể, vệ sinh giường và bề mặt xung quanh trẻ, hạn chế các thủ thuật không cần thiết, thực hiện thủ thuật vô trùng.
- Dinh dưỡng tiêu hóa sớm: ưu tiên dùng sữa mẹ.
- Sử dụng dịch truyền pha trung tâm.
- Nên đặt đường truyền trung tâm trên trẻ cần NATM kéo dài nhằm hạn chế chích vein nhiều lần.
- Dùng KS khi trẻ có NT hay nguy cơ NT cao trong khi chờ XN, không dùng thường quy.
- Theo dõi hàng ngày các dấu hiệu NTBV vì nguy cơ NT rất cao để điều trị kịp thời tránh biến chứng.

Điều trị bệnh lý hô hấp

- Hỗ trợ hô hấp (bài SHH sơ sinh)
- Bơm surfactant (khi có chỉ định)
- Cơn ngưng thở ở trẻ sinh non: < 34w, <10 ngày, cơn ngưng thở trên 20 giây hay kèm tím tái, chậm nhịp tim.
- **Caffeine citrate:**
 - ✓ Chỉ định: có cơn ngưng thở kéo dài, trẻ < 1250g cho sớm ngày đầu dù không có ngưng thở.
 - ✓ Liều: tấn công 20mg/kg, duy trì 5mg/kg/ngày sau 24 giờ liều TC
 - ✓ Ngưng thuốc khi: hết ngưng thở ít nhất 5 ngày hay sau 34w hiệu chỉnh.

Điều trị PDA ảnh hưởng huyết động

- Thường xuất hiện 24-48h sau sinh.
- Nên chỉ định SA tim sớm để chẩn đoán.
- **Điều trị còn ống động mạch có ảnh hưởng huyết động:**
 - ✓ Hỗ trợ hô hấp, hạn chế dịch, lợi tiểu trước sau đó đánh giá lại
 - ✓ Ibuprofen 10mg/kg N1 sau đó 5mg/kg N2,3.
 - ✓ Paracetamol: 15mg/kg/6h trong 3 ngày (3-7 ngày) nếu CCĐ Ibu
 - ✓ Đánh giá lại LS và SA tim sau đợt điều trị.
 - ✓ PT cột PDA hay thông tim làm tắc PDA nếu thất bại điều trị nội.

Dinh dưỡng

- Chú ý cung cấp đủ năng lượng theo nhu cầu.
- Dinh dưỡng tiêu hóa sớm nếu không có chống chỉ định, ưu tiên sữa mẹ.
- Trong quá trình tập ăn sữa theo dõi sát tình trạng kém dung nạp sữa, viêm ruột hoại tử
- Đánh giá tình trạng chậm tăng cân và phát triển thể chất của trẻ.
- Bổ sung vitamin và khoáng chất.

Phòng ngừa và điều trị thiếu máu

- Hạn chế lấy máu xét nghiệm nếu không cần thiết
- Lấy máu thể tích tối thiểu
- Truyền máu khi có chỉ định, cân nhắc lợi ích và nguy cơ
- Erythropoietin hiện không khuyến cáo sử dụng.
- Bổ sung sắt: khi ăn sữa đủ, liều nhu cầu 2mg/kg/ngày (sau 2 tuần tuổi). Liều tăng lên 4-6mg/kg/ngày nếu trẻ có thiếu máu.

□ Lưu ý:

- Khi trẻ đang NT nặng nên ngưng sắt uống,
- Đối với trẻ uống sữa SSC 24 không cần bổ sung sắt nếu không có thiếu máu.

Khám ROP

▣ Chỉ định tầm soát ROP theo Bộ Y Tế

- CNLS $\leq 2000\text{g}$ hoặc ≤ 34 tuần.
- Trẻ sinh non khác thở oxy > 30 ngày tuổi, NTH, thiếu máu phải truyền máu nhiều lần, đa thai...

▣ Thời điểm khám

- Bắt đầu lúc 3-4w sau sanh
- 31w tuổi hiệu chỉnh (đối với non ≤ 27 tuần).
- Tái khám mỗi 1-2 tuần một lần hay theo chỉ định của BS mắt cho tới khi mạch máu trưởng thành và ROP thoái triển.

Tầm soát thính lực

□ Chỉ định tầm soát thính lực

- Tiền căn gia đình (điếc di truyền)
- Nhiễm trùng bào thai
- Bất thường sọ mặt và tai
- Nhẹ cân (<1500 gr), trẻ sinh non (< 34 tuần)
- Tăng bilirubin máu cần phải thay máu
- Viêm màng não hay nhiễm trùng nặng
- Sinh ngạt
- Thở máy từ 5 ngày trở lên
- Các hội chứng liên quan nghe kém : Down, Apert, Alport, Tuner....

Tầm soát thính lực

□ Thời điểm tầm soát:

- Trước khi ra viện (nếu trẻ được ra viện trước 2 tuần tuổi).
- Trên 2 tuần tuổi ở bệnh nhân > 32 tuần tuổi thai.
- Hoặc tuổi điều chỉnh ≥ 34 tuần nếu trẻ có tuổi thai khi sinh ≤ 32 tuần
- Tình trạng bệnh đã ổn định hơn, không còn cần điều trị trong phòng hồi sức.
- Không trong giai đoạn điều trị thuốc kích thích hệ thần kinh trung ương.
- Không nằm lồng ấp.
- Theo nguyên tắc: trẻ tầm soát trước 1 tháng, chẩn đoán xác định trước 3 tháng và can thiệp sớm trước 6 tháng.

Sàng lọc suy giáp sinh non

- Khác với trẻ đủ tháng, suy giáp ở trẻ sinh non có tình trạng chậm tăng TSH (TSH bình thường hay thấp khi có suy giáp) do chưa trưởng thành của trục hạ đồi-tuyến yên-tuyến giáp.
- Do đó tầm soát suy giáp ở trẻ sinh non cần làm **ít nhất 2 lần** và xét nghiệm cả **TSH và fT4**.
- Thời điểm xét nghiệm: lần đầu N4 -7 sau sinh và lần 2 lúc 2- 4 tuần hay 2 tuần sau làm lần đầu.
- Đối với những trẻ còn rối loạn CNTG cần tiếp tục theo dõi đến khi xét nghiệm về bình thường.
- Có thể suy giáp thoáng qua (80%) hay vĩnh viễn (20%)

Sàng lọc bệnh xương chuyển hóa

□ Đối tượng cần tầm soát:

- Cân nặng lúc sinh $< 1500\text{g}$
- Tuổi thai lúc sinh < 28 tuần
- Nuôi ăn tĩnh mạch toàn phần > 4 tuần
- Không bổ sung thực phẩm tăng cường
- Sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến xương

□ Thời điểm tầm soát: 4-6w sau sanh

Sàng lọc bệnh xương chuyển hóa

□ Xét nghiệm máu tầm soát ban đầu: Ca, P, Albumin, ALP

- $\text{Ca}^{++} < 2,1 \text{ mmol/L}$ hoặc $> 2,6 \text{ mmol/L}$, hiệu chỉnh theo albumin),
- $\text{P} < 1,8 \text{ mmol/L}$ (5,5mg/dL)
- $\text{ALP} > 800 \text{ IU/L}$ hoặc $> 600 \text{ IU/L}$ và có xu hướng tăng

□ Khi nghi ngờ bệnh xương chuyển hóa cần làm thêm: PTH, định lượng vitamin D, XQ xương

- XQ xương: có thể phát hiện sự phì đại đường khớp giữa trán, lồng trán, sự dày lên các mối nối sụn sườn của cổ tay, xương sườn, và gãy xương dài.
- $\text{PTH} > 100 \text{ pg/mL}$
- $25\text{OH(D)} < 30 \text{ ng/mL}$

Tập bú nuốt

- Khi trẻ $\geq 32w$ tuổi
- Tri giác tốt, có phản xạ bú
- Thở < 60 l/p, tim < 180 l/p, SpO₂ $> 88\%$ trong > 48 giờ ăn qua ống trước đó
- Tuy nhiên khả năng bú, nuốt và thở của trẻ chưa hoàn chỉnh nên trẻ cần tập cho ăn bằng ống tiêm nhỏ giọt hoặc đút muỗng
- Tập bú tăng dần số lần ăn và thời gian bú mỗi lần, phần còn lại cho qua ống cho đến khi trẻ có thể bú hết và đủ các lần bú

Tiêu chuẩn xuất viện

- Duy trì được thân nhiệt khi trẻ tiếp xúc với nhiệt độ môi trường.
- Không có cơn ngưng thở và chậm nhịp tim liên tục trong 5 ngày.
- Có thể bú mẹ hay bú đủ lượng sữa theo nhu cầu mà không bị ảnh hưởng hô hấp.
- Tăng cân ổn định 10-15g/kg/ngày
- Mẹ biết cách chăm sóc và theo dõi trẻ

Tái khám sinh non sau xuất viện

□ XN khi tái khám:

- HĐ, ALP, Ca, P, Bilirubin TP/TT (nếu còn vàng da)
- TSH, FT4 (nếu chưa sàng lọc)
- SA não, SA tim (nếu còn PDA)

□ Đánh giá toàn diện khi tái khám:

- ***Dinh dưỡng và phát triển:*** CN, CD, VĐ theo biểu đồ Fenton. Can thiệp dinh dưỡng nếu không tăng cân hay chậm tăng cân.
- ***Thiếu máu:*** da xanh niêm nhợt, điều chỉnh liều sắt uống tùy tình trạng thiếu máu.

Tái khám sinh non sau xuất viện

- ***Phát triển tâm vận***: đánh giá các mốc PT có phù hợp với tuổi hiệu chỉnh. Khám nội TK nếu trẻ có dấu hiệu chậm PT tâm vận
- ***Xuất huyết não***
 - ✓ SA não thường qui ở trẻ < 32w lần đầu N3-7, nhắc lại lúc 4w hay thời điểm 36-40w hiệu chỉnh, hay bất cứ khi nào nghi ngờ có XHN.
 - ✓ Nếu trẻ có XH từ độ 2 trở lên thì SA não theo dõi mỗi tuần cho đến khi ổn định.
 - ✓ Khám ngoại TK nếu có biến chứng sau XHN như dẫn não thất.

Tái khám sinh non sau xuất viện

- **Sàng lọc:** ROP, thính lực
- **Các thuốc cần bổ sung:** Vit D 400UI/ngày, Vit E 25UI/ngày, Fe liều 2-6mg/kg/ngày tùy tình trạng thiếu máu, chế phẩm có Ca và P nếu nguy cơ có BXCH (ALP > 800 IU/L).
- Chủng ngừa theo lịch khi trẻ $\geq 2500\text{g}$.

THANK YOU

