

# ĐÁNH GIÁ CÁC DẤU HIỆU VÀ TRIỆU CHỨNG CỦA HỘI CHỨNG CAI Ở TRẺ SƠ SINH BẰNG CÔNG CỤ ĐO LƯỜNG THEO FINNEGAN

Chương trình tập huấn độ tin cậy đồng nhất



Bản tiếng Việt của tài liệu này được thực hiện bởi  
Trung tâm Chuyển Giao Công Nghệ Điều Trị Nghiện Chất  
và HIV miền nam (SVH-ATTC), Đại học Y Dược TP. HCM,  
dưới sự đồng ý của tác giả giáo trình:  
**TS. Karen D'Apolito và BS. Loretta Finnegan**

## **Sách được xây dựng bởi**

**Tiến sĩ Karen D'Apolito**

Giám đốc Chương trình chuyên viên điều dưỡng trẻ sơ sinh (Neonatal Nurse Practitioner Program) tại Đại học Điều dưỡng Vanderbilt, Nashville, Tennessee 37240.

*Tài liệu này được dịch, hiệu đính, và phát hành vì mục đích của cộng đồng, hướng để cải thiện chất lượng dịch vụ y tế nói chung và điều trị nghiện chất và HIV nói riêng, hoàn toàn phi thương mại. Ấn bản được cung cấp miễn phí rộng rãi, không cho phép bất kỳ cơ quan/tổ chức nào có bất kỳ hành động mua bán, trao đổi vì lợi nhuận.*

## **Mọi chi tiết xin liên hệ**

**Văn phòng Dự án South VHATTC**

*Tầng 15, Tòa nhà trung tâm*

*Đại học Y Dược TP.HCM - 217 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, TP.HCM*

*Điện thoại: 028 3952 6005    Email: svhattc@gmail.com    Website: svhattc.org*

## Lời cảm ơn

Xin dành lời cảm ơn đặc biệt đến **Bác sĩ Loretta Finnegan** vì những đóng góp quan trọng vào việc phát triển Bộ công cụ đánh giá Hội chứng cai ở trẻ sơ sinh (FNAST) và Tiến sĩ Karol Kaltenbach vì sự cố vấn trong suốt quá trình xây dựng và phát triển chương trình.

Xin chân thành cảm ơn các điều dưỡng tại Bệnh viện Đại học Washington (**Undrea Bostic, Gayle Browning, Rosalie Houston, Vangie Kellogg, Christine Nelson, Jocelyn Sund**) vì đã nhiệt tình hỗ trợ trong quá trình xây dựng, phát triển và điều chỉnh phần định nghĩa của các mục.

Thiết kế và sản xuất video bởi **Mike Risher**, MRC Computer Services & Photography. Một số video được quay bởi **Doug Sturgeon**.

## Tại Việt Nam

Tài liệu được dịch và hiệu đính bởi *Trung tâm Chuyển giao Công nghệ Điều trị Nghiện chất và HIV miền Nam Việt Nam (SVHATTC)* dưới sự cho phép của tác giả gốc: TS. Karen D'Apolito và BS. Loretta Finnegan.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn sự hướng dẫn của PGS. TS. Đỗ Văn Dũng, ThS. Vũ Thị Tường Vi, ThS. BS. Nguyễn Song Chí Chung, BSCKII. Nguyễn Thị Từ Anh, BS. Tiêu Thị Thu Vân, DS. Nguyễn Quốc Hòa, DS. Nguyễn Việt Ngọc và các bác sỹ, điều dưỡng, nữ hộ sinh trong mạng lưới Khoa sản nhi tại Tp. Hồ Chí Minh.

Chúng tôi cũng xin chân thành cảm ơn TS. Sherry Lakins – Trường Đại học UCLA, PGS. TS. Gavin Bart – Đại Học Minnesota, ThS. BS Vũ Huy Hoàng, TS. Nadine Rogers – SAMHSA Việt Nam đã hỗ trợ về kỹ thuật và tài chính cho chúng tôi dịch thuật và in ấn tài liệu này.

## Tài liệu này dành cho

Các nhân viên y tế (điều dưỡng, bác sĩ, nhà nghiên cứu) thực hiện công tác đánh giá dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của hội chứng cai ở những trẻ sơ sinh có phơi nhiễm chất dạng thuốc phiện (opioid).

## Mục tiêu

Sau khi hoàn thành khóa học này, các nhân viên y tế có thể:

1. Đánh giá chính xác sự xuất hiện các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của hội chứng cai ở trẻ sơ sinh có phơi nhiễm opioid.
2. Tiến hành các bước kiểm tra thích hợp để đánh giá dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của hội chứng cai ở trẻ em có phơi nhiễm opioid.
3. Xác định dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của hội chứng cai ở trẻ sơ sinh có phơi nhiễm opioid bằng cách sử dụng Công cụ đo lường hội chứng cai ở trẻ sơ sinh theo Finnegan (FNAST – Finnegan Neonatal Abstinence Scoring Tool)
4. Đạt độ tin cậy 90% khi sử dụng FNAST.

## Nội dung chương trình

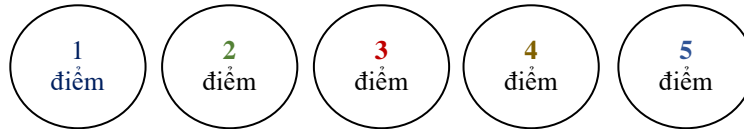
Tài liệu cần thiết kèm theo chương trình bao gồm:

1. Bản in hướng dẫn
2. Một đĩa DVD bao gồm:
  - a. Mô tả cách đánh giá dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của hội chứng cai ở trẻ sơ sinh sử dụng Công cụ đo lường hội chứng cai ở trẻ sơ sinh theo Finnegan (FNAST)
  - b. Bài đánh giá 1 (Exam 1) và bài đánh giá 2 (Exam 2). Sử dụng Exam 1 trước tiên để hoàn thành chương trình. Sử dụng Exam 2 khi cần thêm thực hành quan sát.
3. Một bản sao của bảng đánh giá FNAST, bảng ghi nhận quá trình ngủ, quá trình ngáp và hắt hơi phù hợp để sao chép lại.

## Khuyến cáo

### Trước khi xem Exam 1 và Exam 2 trong đĩa DVD

Bạn nhất thiết phải đọc kỹ bản in hướng dẫn này, nghiên cứu kỹ các định nghĩa và xem xét phần mô tả trong đĩa DVD trước khi xem các quá trình đánh giá. Exam 1 và Exam 2 được thiết kế để kiểm tra độ tin cậy giữa hai người quan sát (độ tin cậy đồng nhất) khi dùng FNAST. Nghiên cứu kỹ các định nghĩa trước khi xem các quá trình đánh giá này sẽ giúp bạn hoàn tất chương trình thành công.



Các ký hiệu trên trong phần định nghĩa dùng để chỉ điểm số phù hợp để đánh giá trẻ nếu có xuất hiện một dấu hiệu hay một triệu chứng cụ thể. Giá trị các điểm số này được sử dụng trong FNAST.

### Mô tả chương trình

Chương trình này mang tính tự hướng dẫn và cần khoảng 30 đến 45 phút để hoàn thành. Thời gian này được ước tính dựa trên độ dài của bài đánh giá và các hoạt động học tập kết hợp trong chương trình. Chương trình này cho phép bạn chủ động tham gia vào quá trình giáo dục. Một khi bạn đã xem qua khái niệm các mục đánh giá, bạn sẽ:

1. Xem xét phần diễn giải của quá trình đánh giá. Trong phần này, bạn sẽ quan sát một đứa trẻ bị phơi nhiễm với ma túy đang được đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của hội chứng cai. Trong quá trình hoàn thành đánh giá, người đánh giá sẽ mô tả các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của hội chứng cai xuất hiện. Khi quá trình đánh giá kết thúc, người đánh giá sẽ ôn tập lại các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của hội chứng cai và điểm số tương ứng khi sử dụng FNAST.
2. Mở bài đánh giá 1 (Exam 1). Trong bài này, bạn sẽ quan sát một trẻ phơi nhiễm opioid đang được đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của hội chứng cai. Khi hoàn thiện bài đánh giá, bạn sẽ tiến hành chấm điểm độc lập. Sau khi đã tự chấm điểm xong, bạn hãy chọn phần Exam 1 Review. Phần giải thích ngắn gọn về các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của hội chứng cai biểu hiện ở đứa trẻ này sẽ được thảo luận và kèm đó là số điểm tương ứng mà trẻ nhận được. Sau đó, bạn hãy so sánh điểm số của mình với điểm số được người đánh giá cung cấp trong DVD. Điều này sẽ giúp bạn đánh giá *độ tin cậy đồng nhất* khi dùng FNAST. Độ tin cậy này phản ánh mức độ đồng tình của hai người quan sát khi sử dụng cùng một công cụ đánh giá (Waltz&Bausell, 1981). Sử dụng bảng ở trang 30 trong tài liệu này để xác định phần trăm đồng ý của bạn với người hướng dẫn trong DVD. Để sử dụng FNAST thành thạo, bạn cần đạt mức đồng ý tối thiểu 90% với mức điểm cung cấp trong DVD. Nếu không, bạn nên xem xét lại:
  - a. Ôn tập lại các định nghĩa về các mục đánh giá được ghi trong tài liệu này.
  - b. Lặp lại chương trình một lần nữa, sử dụng bài đánh giá 2 trong DVD.

## Giới thiệu

Vấn đề nghiện ma túy ở phụ nữ mang thai tiếp tục là một vấn đề sức khỏe ở tầm quốc gia. Xấp xỉ 4% trẻ em ở Mỹ (4 triệu) được sinh ra bởi người mẹ có sử dụng chất cấm trong suốt quá trình mang thai (National Survey on Drug Use & Health, 2006; CDC National Vital Statistics, 2003). Các chất dạng thuốc phiện (opioid) như heroin, methadone hay các thuốc giảm đau kê đơn được xem là các chất gây nghiện. Ước tính có khoảng 55% đến 95% trẻ sơ sinh mà từng phơi nhiễm với các chất kể trên sẽ xuất hiện hội chứng cai (Harper và cs., 1974; Fricker và cs., 1978; Madden và cs., 1977). Hội chứng này có thể trở nên nghiêm trọng nếu không được đánh giá hoặc điều trị đúng mức. Do đó, những người chăm sóc trẻ có hội chứng trên cần được tiếp cận với kiến thức về hội chứng cai ở trẻ sơ sinh một cách chính xác.

Hội chứng cai là tình trạng xảy ra khi cơ thể thải trừ các chất gây nghiện ra khỏi hệ tuần hoàn. Hội chứng này đặc trưng bởi các dấu hiệu và triệu chứng kích ứng quá mức của hệ thần kinh trung ương, rối loạn chức năng hệ tiêu hóa, suy giảm hệ hô hấp, và rối loạn giấc ngủ (Finnegan, 1986). Khoảng 30% số trẻ em có xuất hiện hội chứng cai có thể được kiểm soát mà không cần sử dụng điều trị bằng thuốc (Merker, Higgins & Kinnard, 1985). Tuy nhiên, sự cần thiết của điều trị bằng thuốc phụ thuộc vào mức độ nặng của triệu chứng cai xuất hiện ở trẻ. Để xác định mức độ nặng của triệu chứng cai xuất hiện, các chuyên gia y tế cần biết đánh giá chính xác dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của hội chứng cai ở trẻ em có phơi nhiễm chất gây nghiện.

### Công cụ chấm điểm Hội chứng cai ở trẻ sơ sinh

Hiện có tổng cộng bốn bộ công cụ tính điểm hội chứng cai cho trẻ sơ sinh để đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng của tình trạng cai thuốc. Các công cụ này bao gồm: *Lipsit Tool* (Lipsit, 1975), *Chỉ số cai chất dạng thuốc phiện ở trẻ sơ sinh* hay *Neonatal Narcotic Withdrawal Index* (Green & Suffet, 1981), *Đánh giá hội chứng cai trẻ sơ sinh* hay *Neonatal Withdrawal Inventory* (Zahorodny và cs., 1998) và *Công cụ tính điểm hội chứng cai ở trẻ sơ sinh* hay *Neonatal Abstinence Scoring Tool*, còn được biết đến là *Công cụ đo lường hội chứng cai ở trẻ sơ sinh theo Finnegan* hay *Finnegan Neonatal Abstinence Score* (Finnegan, 1975). Mỗi bộ công cụ này đều bao gồm nhiều dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai xuất hiện ở trẻ có phơi nhiễm với opioid. Tuy nhiên, FNAST là bộ công cụ toàn diện nhất trên lâm sàng để đánh giá hội chứng cai ở trẻ sơ sinh.

### Bộ công cụ tính điểm hội chứng cai ở trẻ sơ sinh theo Finnegan (FNAST)

Bộ công cụ FNAST được phát triển bởi thạc sĩ Loretta Finnegan nhằm hỗ trợ nhân viên y tế trong việc đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai xuất hiện ở trẻ có phơi nhiễm với opiate. Bộ công cụ lâm sàng bao gồm một tập hợp 21 dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai được đánh giá và tính điểm trong giai đoạn xuất hiện hội chứng cai ở trẻ nhỏ (Finnegan,

Kron, COUNAUGHTON và EMICH, 1975). Các ý đánh giá của bộ công cụ này được xây dựng dựa trên việc quan sát 200 trẻ sơ sinh xuất hiện hội chứng cai sau khi có phơi nhiễm opioid trong tử cung.

Dựa trên các quan sát trên và một bài báo tổng quan, 21 dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai nổi bật nhất được xác định và sử dụng để xây dựng bộ công cụ. Mỗi ý đánh giá được tính điểm dựa trên mức độ. Các mức độ được xác định dựa trên độ nghiêm trọng của dấu hiệu và triệu chứng vì có liên quan đến bệnh tật và tử vong ở trẻ nhỏ (FINNEGAN và cs., 1975; FINNEGAN, 1990).

Tổng điểm hội chứng cai được xác định bằng cách tính điểm cho từng triệu chứng quan sát được trong quá trình tính điểm. Việc tính điểm nên được bắt đầu sau khi đứa trẻ được sinh 2 giờ và sau đó tiếp tục tiến hành mỗi 3 đến 4 giờ. Nếu tổng điểm lớn hơn hoặc bằng 8, phải lặp lại việc tính điểm mỗi 2 giờ cho đến khi đạt tổng điểm nhỏ hơn hoặc bằng 7 sau 24 giờ. Sau đó, quay trở lại tính điểm mỗi 3 đến 4 giờ. Nếu không cần dùng điều trị bằng thuốc cho trẻ sau 72 giờ sinh, có thể ngưng tính điểm và quan sát thêm 24 giờ nữa (FINNEGAN & KALTENBACH, 1992).

**Lưu ý rằng việc chấm điểm không mang tính thống kê mà phải linh hoạt.** Điều này có nghĩa là bất cứ dấu hiệu và triệu chứng nào của hội chứng cai xuất hiện trong suốt 3 đến 4 giờ trong quá trình tính điểm cần được ghi chép lại vào bộ công cụ tính điểm.

### **Kiểm soát bằng thuốc**

**Khi sử dụng FNAST, khuyến cáo bắt đầu điều trị bằng thuốc trong trường hợp:**

- Trẻ có tổng điểm lớn hơn hoặc bằng 8 trong 3 lần tính điểm liên tiếp hay điểm trung bình của 3 lần tính điểm liên tiếp lớn hơn hoặc bằng 8,
- Trẻ có tổng điểm lớn hơn hoặc bằng 12 trong 2 lần tính điểm liên tiếp, hay
- Trẻ có điểm trung bình của 2 lần tính điểm liên tiếp lớn hơn hoặc bằng 12,
- Với trẻ có điểm hội chứng cai nhỏ hơn 8 có thể dùng các biện pháp hỗ trợ như: quần tã, cho bú không dinh dưỡng (trang 31); tuy nhiên, khi điểm đạt 8 hoặc nhiều hơn thì cần bổ sung điều trị bằng thuốc bên cạnh các biện pháp hỗ trợ.

Khi ngưng điều trị bằng thuốc, cần tiến hành chấm điểm trong 3 ngày. Nếu trẻ có tổng điểm nhỏ hơn 8, có thể kết thúc việc chấm điểm (FINNEGAN & KALTENBACH, 1992).

Nhiều thuốc đã được sử dụng để điều trị hội chứng cai ở trẻ sơ sinh, bao gồm Phenobarbital, Paregoric, Cồn thuốc phiện, Morphine đường uống và Methadone đường uống. Paregoric hiện nay ít được khuyến cáo sử dụng do nồng độ cồn cao và nguy cơ gây độc do chất phụ gia và chất bảo quản trong công thức. Phenobarbital không phải là lựa chọn đầu tay cho hội chứng cai opioid ở trẻ sơ sinh do không làm giảm các triệu chứng trên đường tiêu hóa (tiêu chảy).

Phenobarbital còn có thể gây ức chế nghiêm trọng chức năng hệ thần kinh trung ương, suy giảm phản xạ bú ở trẻ và có thể tác động đến mối liên kết giữa mẹ và trẻ. Thêm vào đó, Phenobarbital có thời gian bán thải kéo dài (thời gian cần thiết để chuyển hóa một nửa lượng thuốc) và có thể gây dung nạp nhanh chóng với tác động hướng thần của thuốc. Trong 3 thuốc được dùng nhiều nhất ở trẻ sơ sinh (Cồn thuốc phiện, Morphine đường uống và Methadone đường uống), Methadone đường uống chứa lượng cồn trong công thức ít nhất; tuy nhiên lại chứa Chlorobutanol – chất có tác động an thần gây ngủ và có thời gian bán thải dài (xấp xỉ 32 giờ) – điều này có thể gây khó khăn khi ngưng thuốc. Cồn thuốc phiện có thể chứa lượng cồn lớn (Xem Bảng 1) và cũng chứa các alkaloid opiate bên cạnh morphine và cho tác động an thần. Morphine đường uống chứa 10% cồn, không có các chất bảo quản và chất phụ gia, và có thời gian bán thải ngắn xấp xỉ 6 – 7 giờ (AAP 1983, 1998; Zuckerman, 1995; Zenk, 2003; Werz & Macdonald 1982; Zenk và cs., 2003; Olsen & Lees, 1980). Điều này có thể giúp dễ dàng ngưng thuốc và dẫn đến sớm hồi phục. Do đó, hiện nay nhiều bác sĩ đang sử dụng morphine đường uống để điều trị hội chứng cai opiate ở trẻ sơ sinh (Sarkar & Donn, 2006).

**Bảng 1. Các thuốc sử dụng để điều trị hội chứng cai ở trẻ sơ sinh**

Thuốc	Thành phần
Paregoric	Morphine, các alkaloid Opium, dẫn xuất Phenanthrene, Camphor, Cồn (44-46%), acid Benzoic, Glycerin
Cồn Opium	Các alkaloid Opiate, Morphine, Cồn (17-21%).
Morphine đường uống	Morphine, không chất phụ gia, Cồn (10%)
Methadone đường uống	Chlorobutanol, Cồn 8%

*AAP Committee On Drugs, 1983, 1998*

Kiểm soát hội chứng cai bằng thuốc ở trẻ sơ sinh không nên được thực hiện một cách sơ sài hoặc chỉ thực hiện khi cần thiết. Việc điều trị cần có kế hoạch cụ thể và không nên tăng thêm trừ khi tổng điểm lớn hơn hoặc bằng 8 (Xem bảng 2). Bảng 2 cung cấp thông tin về liều dùng để điều trị hội chứng cai ở trẻ sơ sinh sử dụng Morphine đường uống (dung dịch 0,4 mg/ml). Việc dùng thuốc mỗi 3 đến 4 giờ cùng với khi bú giúp hạn chế việc đánh thức trẻ dậy để cho uống thuốc sau khi bú. Các khuyến cáo khi ngưng thuốc bao gồm:

- Tiếp tục liều Morphine đường uống, cần để giảm điểm xuống dưới 8 trong 24 giờ trước khi ngưng thuốc
- Giảm liều 0,05 mg/kg mỗi một đến hai ngày
- Ngưng Morphine đường uống khi trẻ ổn định ở liều 0,05 – 0,10 trong 2 ngày
- Sau khi ngưng Morphine đường uống 24 giờ có thể ngưng việc tính điểm và trẻ có thể được xuất viện (Child Health Network, 2002).



Do việc kiểm soát bằng thuốc phụ thuộc vào tổng điểm hội chứng cai của trẻ, việc nhân viên y tế đánh giá chính xác các dấu hiệu và triệu chứng cai thuốc ở trẻ có phơi nhiễm rất quan trọng. Vì vậy, chương trình này được phát triển nhằm hỗ trợ nhân viên y tế đánh giá chính xác các dấu hiệu và triệu chứng cai thuốc ở trẻ có phơi nhiễm trong thời gian mới sinh.

**Bảng 2. Hướng dẫn liều Morphine đường uống**

<b>Điểm</b>	<b>Liều hằng ngày</b>	<b>Ghi chú</b>
8-10	0,32 mg/kg/ngày	Cho uống liều đã chia, kèm theo việc cho bú theo kế hoạch
11-13	0,48 mg/kg/ngày	Tương tự trên
14-16	0,64 mg/kg/ngày	Tương tự trên
17+	0,8 mg/kg/ngày	Tương tự trên

*Child Health Network, 2002*

### **Các dấu hiệu và triệu chứng cai thuốc thường gặp**

Nhiều dấu hiệu và triệu chứng cai thuốc heroin và methadone được báo cáo trong các tài liệu y văn (xem Bảng 3). Các dấu hiệu và triệu chứng này được báo cáo lần đầu tiên vào những năm 1960s và vẫn phù hợp với hiện nay. Các dấu hiệu và triệu chứng giống nhau xuất hiện ở trẻ em có phơi nhiễm với bất cứ loại opioid nào trong tử cung. Các thuốc opioid kê đơn như OxyCodone, Percodan, Vicodin, Percoset và Dilaudid qua nhau thai và đi vào tuần hoàn của bào thai. Kết quả là những trẻ này có thể được sinh ra với dấu hiệu và triệu chứng cai opiate. Bên cạnh opioid, phụ nữ có thai cũng thường sử dụng các chất khác như rượu, cocaine, cần sa, methamphetamine, và các barbiturate. Cần lưu ý rằng việc sử dụng benzodiazepine với methadone có thể làm tăng tác dụng của methadone, dẫn đến tử vong ở người mẹ và thai nhi (Jones, 2004). Sử dụng đồng thời benzodiazepine và opioid có thể khiến việc kiểm soát hội chứng cai ở trẻ sơ sinh trở nên khó khăn hơn (Frank, Naughton & Winter, 2004). Do đó, cần tìm hiểu chi tiết tiền sử dùng thuốc của người mẹ trong suốt quá trình mang thai. Công cụ FNAST được phát triển đặc biệt để đánh giá trẻ em thông qua các dấu hiệu, triệu chứng và mức độ nặng nhẹ của hội chứng cai opioid, bộ công cụ này không sử dụng cho hội chứng cai các ma túy khác.

**Bảng 3.**

<b>Đặc điểm sinh lý</b>	<b>Heroin</b>	<b>Methadone</b>
Hắt hơi	✓	✓
Nghẹt mũi	✓	✓
Chảy nước dãi		✓
Tiêu chảy	✓	✓
Nôn mửa	✓	✓
Bú kém	✓	✓
Thở nhanh	✓	✓
Mất nước	✓	✓
Nổi đóm	✓	✓
Sốt	✓	✓
Xây xước da	✓	✓
<b>Hành vi thần kinh</b>	<b>Heroin</b>	<b>Methadone</b>
Mút tay	✓	✓
Dễ bị kích thích	✓	✓
Kích động	✓	✓
Run rẩy	✓	✓
Khóc to	✓	✓
Động kinh		✓
Ngáp	✓	✓
Ngủ không yên	✓	✓
Khóc tăng dần	✓	✓
Co giật	✓	✓
Tăng trương lực cơ quá mức	✓	✓
Phản xạ Moro quá mức	✓	✓
Tăng trương lực cơ	✓	✓
Tăng tỉnh táo	✓	✓
Xuất huyết não thất	✓	✓
Không phối hợp khi bú	✓	✓

*Ostrea, và cs., 1976; Alroomi, và cs.,1988; Finnegan & MacNew, 1974; Kron và cs., 1975; Suresh & Anand, 1987; Finnegan và cs., 1975; von Mandach, U., 2005; Biswas và cs., 2005; Fried, P., 1995.*

## **Thứ tự thực hiện**

**Thứ tự thực hiện nên được sắp xếp như sau:**

1. Xem và nghiên cứu định nghĩa của các mục đánh giá.
2. Xem phần mô tả quá trình đánh giá trong DVD. Việc này sẽ giúp bạn làm quen với các kỹ thuật sử dụng trong đánh giá và khái niệm của các mục đánh giá.
3. Quan sát các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của hội chứng cai ở đứa trẻ phơi nhiễm opioid trong bài đánh giá 1 (Exam 1). Bạn sẽ được hướng dẫn để ngưng DVD và tính điểm cho đứa trẻ bằng cách sử dụng bộ công cụ đo lường hội chứng cai ở trẻ sơ sinh theo Finnegan (FNAST).
4. Sau khi kết thúc việc chấm điểm, từng phần trong quá trình đánh giá sẽ được xem xét lại để chỉ ra các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai xuất hiện ở đứa trẻ. Khi tất cả các phần được xem qua, các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai xuất hiện ở trẻ nhỏ sẽ được chấm điểm bởi người hướng dẫn cùng với bộ công cụ đánh giá. Sau đó, bạn sẽ được hướng dẫn để tính số lần bạn đồng ý với điểm số người hướng dẫn đã chấm trong DVD. Sau đó bạn được hướng dẫn để tra cứu mức phần trăm tin cậy theo biểu đồ ở trang 30. Bạn cần đạt tối thiểu 90% đồng ý với người hướng dẫn.
5. Nếu bạn không đạt mức độ đồng ý tối thiểu 90%, hãy lặp lại chương trình và sử dụng bài đánh giá số 2 (Exam 2).

## **Đôi chiếu độ tin cậy đồng nhất**

Cần đôi chiếu thường xuyên độ tin cậy đồng nhất (giữa hai người quan sát) khi sử dụng công cụ này. Để làm được điều này, một người thực hiện đánh giá và một người khác quan sát. Cả hai người sau đó sẽ chấm điểm cho em bé một cách độc lập mà không có thảo luận về những gì đã quan sát được, xem xét mức độ đồng ý, kiểm tra phần trăm tin cậy giữa hai người (sử dụng hướng dẫn ở trang 30). Tần suất thực hiện đôi chiếu độ tin cậy đồng nhất phụ thuộc vào bạn và y tá giám sát hay người chăm sóc được phân công. Khi xác định được số lần thực hiện đôi chiếu độ tin cậy đồng nhất, cần cân nhắc tần suất thực hiện quá trình đánh giá hội chứng cai tại cơ sở điều trị. Nếu không thực hiện quá trình đánh giá vài tháng, việc thực hiện đôi chiếu độ tin cậy nên được thực hiện hàng tuần. Nếu quá trình đánh giá được thực hiện hàng ngày, việc đôi chiếu độ tin cậy có thể thực hiện hàng năm. Việc thường xuyên xác định độ tin cậy đồng nhất khi sử dụng công cụ FNAST là nhằm đảm bảo mọi người đều sử dụng cùng hệ tiêu chí đánh giá dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai thuốc ở trẻ em.

## **Định nghĩa các mục đánh giá trong bảng chấm điểm**

Nhằm đảm bảo tính chính xác khi sử dụng công cụ FNAST, tất cả các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai thuốc được định nghĩa dưới đây. Hiểu được định nghĩa sẽ tăng cường khả năng đánh giá chính xác các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai thuốc. Ngoài ra, các kỹ thuật sử dụng trong bài đánh giá cũng được mô tả. Bạn nên có một bản in của bảng công cụ chấm điểm khi xem qua các định nghĩa này. Việc này sẽ giúp bạn làm quen với các công cụ và từng mục đánh giá. Ôn tập lại nội dung này khi bạn tiếp tục tự đào tạo, đặc biệt kết hợp xem DVD mô tả qua trình đánh giá.

### ***Khóc***

Việc trẻ đủ tháng khỏe mạnh thỉnh thoảng khóc là chuyện thường gặp. Nhìn chung trong quá trình khóc, trẻ em bình thường sẽ tự an ủi mình bằng nhiều cách như mút ngón tay, mút bàn tay để hạn chế hoặc ngưng khóc trong khoảng 15 giây. Nếu trẻ không thể sử dụng các công cụ tự an ủi bản thân, người chăm sóc cần sự can thiệp bằng một số cách như ôm, đu đưa hoặc cho ngậm núm vú giả. Những cách kể trên có thể giúp đỡ dành đứa trẻ trừ khi chúng quá đói, đau hoặc đang có nhiều khó chịu do tình trạng bệnh lý (Brazelton, 1984).

#### **Khóc: Gào khóc**



Tính 2 điểm khi trẻ không thể giảm khóc trong vòng 15 giây bằng cách tự an ủi. Cũng cần tính điểm mục này nếu trẻ tiếp tục khóc không liên tục hoặc liên tục lên đến 5 phút dù có sự can thiệp của người chăm sóc trong suốt thời gian đánh giá.

Nếu xuất hiện các dấu hiệu này, cần tính điểm mục trên (gào khóc) kể cả khi đứa trẻ có gào khóc hay không (Finnegan, 1990). Bởi vì mỗi đứa trẻ khóc theo các cường độ khác nhau, không nên tính điểm mục này nếu tình trạng gào khóc không đi kèm với các triệu chứng lâm sàng khác được mô tả ở trên.

#### **Khóc: Khóc ré lên liên tục**



Tính 3 điểm khi trẻ không thể sử dụng các biện pháp tự an ủi để giảm khóc trong vòng 15 giây. Cũng cần tính điểm mục này nếu trẻ tiếp tục khóc không liên tục hoặc liên tục nhiều hơn 5 phút dù có sự can thiệp của người chăm sóc trong suốt thời gian đánh giá.

Nếu xuất hiện các dấu hiệu này, cần tính điểm mục này (khóc ré lên liên tục) kể cả khi đứa trẻ có khóc to liên tục hay không (Finnegan, 1991).

## ***Đặc điểm khi ngủ***

Điểm số của ba mục tiếp theo được tính dựa trên giấc ngủ dài nhất của trẻ trong thời gian tính điểm. Mục này được xét đến cả khi đứa trẻ ngủ sâu hay ngủ không sâu.

Trong giấc ngủ sâu, trẻ sẽ có nhịp thở đều đặn, mắt nhắm, không có cử động bất thường ngoại trừ giật mình hay động đậy có chu kỳ và không có cử động mắt (Brazelton, 1984).

Trong giấc ngủ không sâu, em bé sẽ có nhịp thở không đều đặn, mắt nhắm, một vài cử động bú, thỉnh thoảng có cử động cơ thể hay giật mình, có cử động mắt dưới mí mắt và có mở nhẹ mắt trong thời gian tính điểm (Brazelton, 1984).

**3**

điểm

Tính 3 điểm nếu trẻ ngủ ít hơn 1 giờ sau khi bú

**2**

điểm

Tính 2 điểm nếu trẻ ngủ ít hơn 2 giờ sau khi bú

**1**

điểm

Tính 1 điểm nếu trẻ ngủ ít hơn 3 giờ sau khi bú

*Lưu ý: nếu sử dụng chu kỳ tính điểm mỗi 3 giờ do chế độ ăn hoặc kế hoạch dùng thuốc trong vòng 3 giờ, mục Ngủ ít hơn 3 giờ không nên được tính điểm trừ khi trẻ tự thức giấc sau khi ngủ trong ít nhất 2 giờ trước khi bắt đầu chu kỳ tính điểm tiếp theo. Không tính điểm cho khoảng thời gian ngủ nếu đứa trẻ không tự thức dậy.*

### ***Ví dụ:***

Trong một chu kỳ 3 giờ (12:00-15:00), sau khi được cho bú, trẻ ngủ vào lúc 12:30, thức giấc lúc 13:15, và ngủ lại vào lúc 13:30. Vào lúc 14:35, trẻ lại thức và tỉnh luôn cho đến hết chu kỳ tính điểm là 15:00.

### ***Đánh giá:***

Trong ví dụ kể trên, đứa trẻ này đã ngủ trong 45 phút (12:30-13:15), và 65 phút (13:30-14:35). Vì 65 phút là khoảng thời gian ngủ liên tục dài nhất, em bé được tính 2 điểm: Ngủ ít hơn 2 giờ.

## ***Phản xạ Moro***

Phản xạ Moro là phản xạ bình thường ở trẻ mới sinh cho thấy được sự hoàn chỉnh của hệ thần kinh trung ương. Phản xạ này có thể xuất hiện bằng một vài cách. (Korones, 1981; Brazelton, 1984; Whaley & Wong, 1989).

1. Nhẹ nhàng nhấc em bé ra khỏi cũi bằng tay hoặc cả cánh tay và cho em bé nhẹ nhàng nằm xuống nệm (Hình A)



***Hình A***

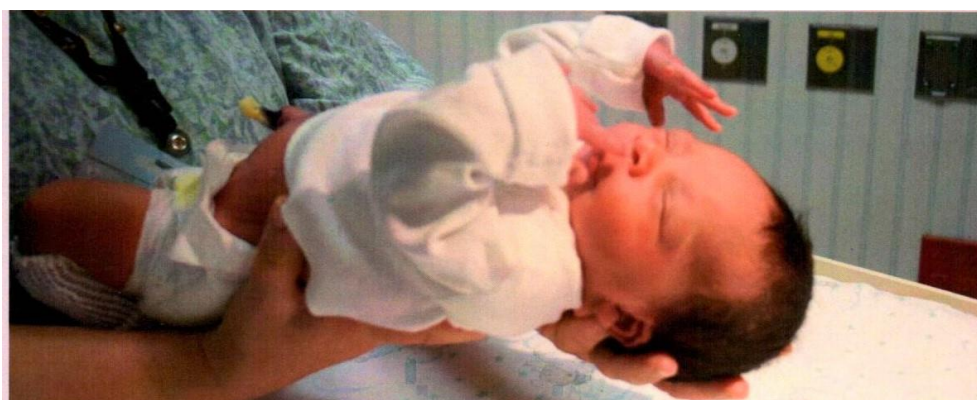
2. Giữ em bé nằm yên bằng cả hai tay, một bàn tay đỡ sau gáy và bàn tay còn lại đặt sau lưng đỡ phần thân trên (Hình B), sau đó, đột nhiên hạ bàn tay sau gáy (các ngón tay vẫn giữ phần cổ), để đầu em bé nghiêng góc  $30^{\circ}$  hướng xuống dưới.



***Hình B***

Khi phản xạ xảy ra, cánh tay của em bé sẽ giang ra và cẳng tay duỗi ra, bàn tay và các ngón tay mở rộng. Khi bàn tay được xòe ra, ngón trỏ và ngón cái sẽ tạo thành hình “chữ C” (Hình C). Tiếp theo đó, cánh tay được thu lại phần ngực ở tư thế cong lại hoặc có thể xếp chéo nhau. Có thể xảy ra hiện tượng mở rộng và cong phần hông và đầu gối của em bé. Phản ứng khóc cũng có thể xảy ra trong phản xạ Moro.

Nhìn chung, khi phản xạ Moro xuất hiện ở trẻ em bình thường, sự kích thích nhẹ của tay có thể xảy ra. Trong nghiên cứu của Parker và cs. (1990) trong quá trình khám phá về phản xạ Moro, sự kích thích này có thể gặp ở 6% trẻ khỏe mạnh sinh đủ tháng (N = 936). Sự kích thích cũng xảy ra ở những trẻ khóc hay dễ bị kích thích.



*Hình C*

### **Phản xạ Moro quá mức**



Tính 2 điểm nếu em bé có sự kích thích bàn tay rõ ràng trong quá trình hoặc tại thời điểm kết thúc phản xạ Moro. Sự kích thích được định nghĩa là run theo nhịp đối xứng và mang tính cưỡng chế. Trước khi nghiên cứu phản xạ Moro, cần giữ đứa trẻ im lặng nếu có khóc hoặc kích ứng. Điều này đảm bảo sự kích thích, nếu có xảy ra, là do hội chứng cai thay vì hoảng sợ (Finnegan, 1991). Tiếp tục tính điểm nếu một loạt (nhiều hơn 2) các phản xạ Moro không rõ ràng xuất hiện. Điều này có thể xảy ra khi bạn giữ em bé trong thời gian kiểm tra hoặc trong suốt quá trình tính điểm.

### **Phản xạ Moro quá mức một cách rõ rệt**



Tính 3 điểm nếu xảy ra sự kích thích hay rung giật bàn tay và/hoặc cánh tay trong hoặc sau khi bắt đầu phản xạ. Rung giật được định nghĩa là co thắt cơ lặp lại.

(cử động như nhịp đập) của cổ tay hoặc mắt cá chân không chủ đích (Korones, 1981; Daze & Scalon, 1985). Trong trường hợp không chắc chắn về việc xảy ra sự rung giật trong quá trình xác định phản xạ Moro, có thể kiểm chứng sự rung giật bàn tay một cách trực tiếp. Kiểm chứng này được thực hiện bằng cách bất ngờ gập ngược mu bàn tay của trẻ về phía sau (gập bàn tay ngược lại cổ tay), gập và thả một cách nhanh chóng.

Để xác định rõ hơn sự hiện diện của sự rung giật, có thể kiểm tra cả bàn chân của trẻ. Sự rung giật có thể được kiểm chứng bằng cách gập mu bàn chân. Đặt ngón tay của bạn lên trên mu bàn chân và đột ngột, bằng một cử động ngắn và nhanh, gập mu bàn chân về phía ngược lại mắt cá chân và thả ra (Hình D và E). Đôi khi khó xác định sự rung giật mắt cá chân khi sử dụng phương pháp gập bàn tay hoặc bàn chân như trên. Một kỹ thuật thay thế khác là nắm lấy vùng một phần ba trước của bàn chân ở tư thế khớp hông và khớp gối gập lại. Sau đó, vừa lắc nhẹ bàn chân kết hợp với từ từ kéo dẫn và duỗi bàn chân (Korones, 1981; Fenichel, 1990).

Nếu có sự hiện diện của rung giật bàn tay và bàn chân, đáp ứng sẽ bao gồm một vài cơn giật được lặp đi lặp lại của bàn tay và bàn chân sau khi duỗi. Việc xuất hiện một vài cơn co giật là bình thường, tuy nhiên rung giật kéo dài là bất thường. Nếu xuất hiện từ 8 đến 10 cơn, trẻ có khả năng ở tình trạng phản xạ quá mức một cách rõ rệt (Korones, 1981; Fenichel, 1990).



**Hình D**





**Hình E**

Đôi khi, do cơ bắp bị yếu, đứa trẻ có thể không biểu hiện phản xạ Moro khi bị kích thích. Tuy nhiên trẻ có thể tự giật mình và biểu hiện phản xạ Moro. Nếu có sự hiện diện của rung giật tay trong quá trình hoặc ở thời điểm kết thúc phản xạ hay nếu có sự hiện diện của co giật khi đứa trẻ biểu hiện phản xạ Moro một cách tự nhiên, cần tiến hành tính điểm mục này.

### ***Run rẩy***

Run và rung giật là những thuật ngữ đồng nghĩa. Các từ này được định nghĩa là những cử động hoặc rung vô ý thức xảy ra đều đặn với cùng cao độ và cường độ ở những thời điểm nhất định; chẳng hạn như, run tay khi cổ tay vẫn bất động (Parker và cs., 1990).

Nếu trẻ đang ngủ, một vài cử động rung giật ở tứ chi có thể xuất hiện. Không cần tính điểm trong trường hợp này vì việc trẻ giật mình hay có cử động khi ngủ là chuyện bình thường, đặc biệt là ở chân (Bralzeton, 1984).

*Lưu ý: một số tác nhân kích thích có thể gây ra run, cụ thể như tiếng động, chạm, hoặc cử động bị động ở khớp (McBride, 1984).*

### **Run nhẹ: khi tác động**

**1**  
điểm

Tính 1 điểm nếu đứa trẻ biểu hiện triệu chứng run có thể quan sát được ở tay và chân khi được giữ (Bralzeton, 1984; Parker và cs, 1990).

### Run vừa – nặng: khi tác động

2  
điểm

Tính 2 điểm nếu trẻ biểu hiện các triệu chứng run có thể quan sát được ở một hoặc cả hai cánh tay hay một hoặc cả hai chân, có thể kèm hoặc không kèm triệu chứng run có thể quan sát được ở bàn tay hoặc bàn chân khi trẻ ngủ, buồn ngủ, còn thức, hoạt động, hoặc tỉnh táo khi đang được giữ.

### Run nhẹ: khi không tác động

3  
điểm

Tính 3 điểm nếu trẻ biểu hiện các triệu chứng run có thể quan sát được ở bàn tay hoặc bàn chân khi nhân viên y tế không giữ đứa trẻ đó.

Khi quan sát triệu chứng run không do tác động, cần đảm bảo rằng trẻ phải không bị tác động ít nhất từ 1 đến 2 phút trong suốt quá trình đánh giá. Điều này có thể được thực hiện bằng cách quan sát hành vi của trẻ trong khoảng 1 phút trước khi lấy nhiệt độ cũng như trước khi thay tã. Vì mỗi lần đánh giá cần được cá thể hóa dựa trên các nhu cầu của trẻ, bạn có thể xác định thời điểm tốt nhất để quan sát triệu chứng run không do tác động.

### Run vừa – nặng: khi không tác động

Tính 4 điểm nếu trẻ biểu hiện các triệu chứng run có thể quan sát được ở một hoặc cả hai cánh

4  
điểm

tay hay một hoặc cả hai chân, có thể kèm hoặc không kèm triệu chứng run có thể quan sát được ở bàn tay hoặc bàn chân khi không bị nhân viên y tế tác động.

*Lưu ý: việc đánh giá triệu chứng run do tác động hay không do tác động là quan trọng. Biểu hiện của triệu chứng run không do tác động cho biết tình trạng bị kích thích quá mức của hệ thần kinh trung ương.*

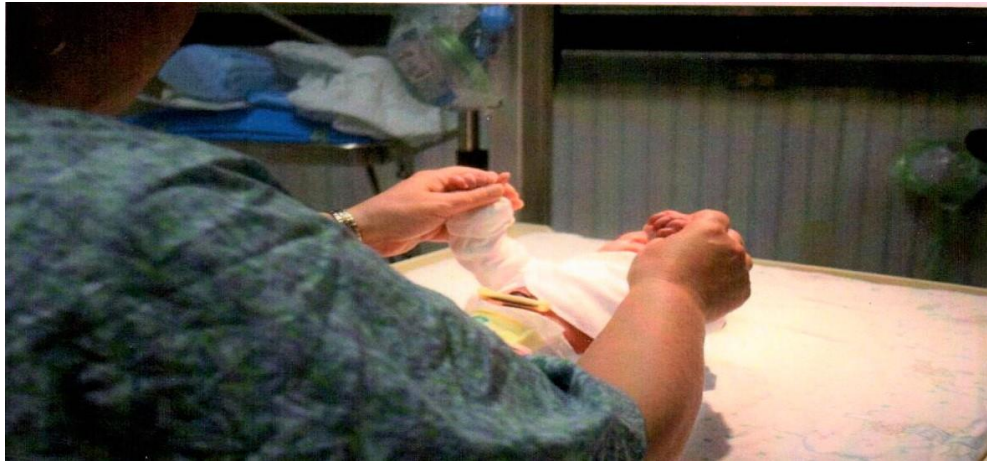
### ***Tăng trương lực cơ***

Trương lực cơ là khả năng đối kháng lại cử động của cơ, còn gọi là hiện tượng phản lại. Điều này có nghĩa khi kéo duỗi cơ và thả ra, cơ sẽ co lại vị trí ban đầu (Eng, 1987).

Thời điểm tốt nhất để đánh giá trương lực cơ là khi trẻ yên lặng, tỉnh táo hoặc thức và cử động. Trương lực cơ không nên đánh giá khi trẻ ngủ hay khóc (Daze & Scanlon, 1985; Finnegan, 1991). Vì vậy, cần đánh thức hay vỗ về trẻ nếu trẻ đang khóc trước khi đánh giá trương lực cơ. Để đánh thức trẻ, nhẹ nhàng nói hay đánh trẻ. Giữ trẻ tư thế thẳng đứng, đỡ dành hoặc nhẹ nhàng lắc có thể giúp trấn an trẻ đang khóc.

Có thể đánh giá trương lực cơ bằng nhiều cách khác nhau (Daze & Scanlon, 1985; Brann & Schwartz, 1983; Whaley & Wong, 1989). Để đánh giá đầy đủ trương lực cơ, cần thiết phải sử dụng nhiều hơn một trong số các kỹ thuật đánh giá sau:

1. Kéo-ngồi-dậy (Hình F đến I): khi trẻ đang nằm ngửa, nắm lấy tay và kéo trẻ ngồi dậy. Thông thường, trẻ sẽ cố gắng để tự nâng phần đầu tương ứng với cơ thể khi bị kéo. Tuy nhiên, đôi khi, phần đầu bị ngã ra sau. Nếu trẻ có thể nâng được đầu mình lên, đầu sẽ bị gập xuống ngực ngay khi đạt được tư thế ngồi.



*Hình F*



*Hình G*



*Hình H*



*Hình I*

**2**  
điểm

Tính 2 điểm nếu phần đầu trẻ không bị ngã ra sau khi được kéo lên tư thế ngồi, với toàn thân cứng đờ.

2. Nhấc bổng trẻ lên (Hình J): nhấc trẻ thẳng đứng trước mặt bạn, tay bạn giữ ở phần ngực của trẻ, ôm phía dưới tay trẻ. Khi nhấc, để ý xem trẻ có thể giữ đầu thẳng đứng với phần cơ thể bên dưới trong tư thế lưng thẳng, hông giãn nhẹ nhàng và chân hơi gập trong vòng 2 đến 3 giây hay không.



*Hình J*

2  
điểm

Tính 2 điểm khi dùng phương pháp này, nếu trẻ vẫn cứng đờ (như tằm ván với hai chân hơi co). Ở trẻ em bình thường, khi giữ trẻ thẳng đứng vẫn có thể xảy ra hiện tượng đầu trẻ ngã ra sau.

3. Gập và duỗi: khi trẻ đang nằm ngửa, kéo giãn rồi thả chân và tay của trẻ để theo dõi cơ co lại. Ở trẻ bình thường, một vài đối kháng lại sự kéo giãn có thể xảy ra, nhưng có thể kéo duỗi nhẹ và sau đó chân tay co lại xảy ra một cách hoàn toàn tự nhiên (Hình K & L).



*Hình K*



*Hình L*

2  
điểm

Tính 2 điểm khi dùng phương pháp gập và duỗi, nếu có sự co cứng của tay và chân trẻ (không thể nhẹ nhàng duỗi chân và tay) khi dùng phương pháp này.

4. Đốc ngược bụng trẻ (Hình M): giữ trẻ trong tư thế mặt úp xuống (sấp mặt), ở phía trên và song song với giường nằm, tay bạn giữ phần bụng và ngực của trẻ. Ở tư thế này, trẻ sinh đủ tháng bình thường sẽ cố gắng nhấc đầu ngang bằng với phần lưng và co nhẹ hông và đầu gối.



**Hình M**

**2**  
điểm

Tính 2 điểm khi sử dụng phương pháp dốc ngược bụng trẻ nếu trẻ có tình trạng ngẩng đầu quá mức, còn 2 chân và phần hông thì gập kéo dài.

*Chú ý:* Không cần thiết phải dùng tất cả các phương pháp trên để đánh giá sự tăng trương lực ở trẻ. Phương pháp “Kéo-ngồi-dậy” là phương pháp được ưu tiên hàng đầu. Khi không thể xác định bằng một phương pháp thì có thể sử dụng thêm một hoặc một vài phương pháp khác để xác định chính xác. Ngoài ra, khi trẻ không bị tác động, 2 cánh tay có thể sẽ duỗi ra thường xuyên (xảy ra 2 lần trở lên và kéo dài hơn 15 giây). Đây chính là dấu hiệu của tăng trương lực cơ chi trên. Khi có sự duỗi thường xuyên của 2 cánh tay trong lúc không bị tác động, cần sử dụng một trong các phương pháp trên để xác định xem trẻ có bị tăng trương lực toàn thân hay không. Phương pháp “Kéo-ngồi-dậy” là phương pháp được ưu tiên để đánh giá trương lực cơ.

### ***Xây xước da***

Sự xây xước da có thể là hậu quả của việc cọ xát liên tục một chi nào đó lên một mặt phẳng được phủ bởi vải, chẳng hạn như giường ngủ có phủ vải lạnh.

**1**  
điểm

Tính 1 điểm nếu có xây xước da ở cằm, gò, má, khuỷu tay, ngón chân hoặc mũi. Vùng mặc tã lót bị ửng đỏ vì lí do trẻ đi phân lỏng hoặc phân nước không được xem như là bị xây xước da. Những dấu hiệu này được đánh giá một cách riêng lẻ.

*Chú ý: Cần thận trọng vì sự xây xước da dễ bị đánh giá và ghi điểm sai khi triệu chứng thực tế của trẻ là đi phân lỏng hoặc phân nước. Ngoài ra, sự xây xước da cần được tiếp tục đánh giá đến khi các dấu trầy xước trên da biến mất.*

### **Giật mình (hiện tượng Myoclonic Jerks)**

Hiện tượng giật mình là những cơn co cứng không tự chủ hoặc là sự co rúm của một cơ nào đó. Hiện tượng này hiếm khi thấy ở trẻ mới sinh. Ở trẻ sơ sinh, sự co cứng hoặc co rúm đó thể hiện qua những lần cử động giật mạnh (một sự chuyển động nhanh trong khoảng thời gian ngắn) của cơ mặt hoặc các chi. Khi biểu hiện đó càng rõ ràng thì những cử động giật mạnh này giống với những cơn co giật kiểu myoclonic (giật rung cơ), đặc trưng bởi những cử động giật mạnh đơn lẻ hoặc phức hợp của cánh tay hoặc chân (Daze và Scanlon, 1985).

**3**  
điểm

Tính 3 điểm nếu trẻ có những chuyển động co rúm ở cơ mặt, các chi hoặc những chuyển động kiểu giật mạnh ở tay hoặc chân. Những chuyển động này khác với run rẩy. Giật mình liên quan đến sự co một cách nhanh và ngắn của các cơ hoặc chi, còn run rẩy được hiểu là sự dễ bị kích thích hoặc sự run của các chi (mô tả ở trang 17).

*Chú ý: Hiện tượng giật mạnh có thể khởi phát do kích thích, đặc biệt là do âm thanh, sự chạm vào trẻ hoặc do các chuyển động bị động của một chi nào đó (McBride, 1984).*

### **Co giật**

Các biểu hiện co giật đi chung với tính dễ kích thích của hệ thần kinh trung ương ở 2-11% trẻ sơ sinh có phơi nhiễm với các opioid (Herzlinger và cs., 1971; Zelson và cs., 1971; Kandall và Gartner, 1974; Finnegan và Ehrlich, 1990; Wilson, 1975). Trong các nghiên cứu về tỷ lệ gặp phải những cơn co giật liên quan đến thuốc, tất cả trẻ sơ sinh đều biểu hiện các triệu chứng cai khác trước khi xảy ra những cơn co giật. Nhìn chung, các cơn co giật xảy ra khi trẻ được 10 ngày tuổi. Những biểu hiện co giật chủ yếu ở trẻ có phơi nhiễm với methadone bao gồm các cơn co giật vận động toàn thân hoặc các cử động giật mạnh kiểu giật rung cơ theo nhịp (Herzlinger, Kandall và Vaughan, 1977; Goddard và Wilson, 1978; Jeremy và Hans, 1985).

### **Co giật toàn thân**

Co giật toàn thân thường được hiểu là các cơn co giật co cứng (tonic seizures), bao gồm các biểu hiện toàn thân như sự duỗi cứng của tất cả các chi. Co giật toàn thân thường đi kèm với triệu chứng ngạt và vài cử động kiểu giật rung (sự co và giãn xen kẽ của 1 cơ) (Blackburn, 1993; Daze và Scanlon, 1985).

**5**  
điểm

Tính 5 điểm nếu trẻ có biểu hiện co giật toàn thân. Nếu thấy có sự dễ kích thích toàn thể của các chi thì cần chạm vào hoặc gập những chi đang bị ảnh hưởng lại. Nếu tính dễ kích thích đó biến mất trong lúc chạm hoặc gập thì nguyên nhân dễ kích thích không phải do cơn co giật. Và ngược lại, nếu các chi vẫn dễ kích thích khi đã chạm hoặc gập lại thì nguyên do chính là từ cơn co giật (Daze và Scanlon, 1985).



Một điều quan trọng là phải chú ý quan sát các dấu hiệu co giật khó nhận biết (subtle seizures), gồm: nhìn chăm chăm, các cử động nhanh và không tự chủ của mắt, nhai, cử động của các chi như tay chèo hoặc chân đạp xe, uốn cong lưng và siết chặt tay (Korones, 1981).

Các cơn co giật khó nhận biết không phải là dấu hiệu hay gặp trong hội chứng cai của trẻ sơ sinh có phơi nhiễm với opioid (Finnegan và Kaltenbach, 1992). Tuy nhiên, nếu xuất hiện các dấu hiệu của co giật khó nhận biết, chúng cần được đánh giá và ghi điểm theo phân loại co giật toàn thể.

### **Đổ mồ hôi**

Tính điểm: Cho 1 điểm nếu trẻ có đổ mồ hôi ở trán, môi trên hoặc phía sau gáy (Blackburn và Loper, 1992; Finnegan và Kaltenbach, 1992). Không cho điểm nếu trẻ đổ mồ hôi là do bị quá nóng (mặc quá nhiều quần áo hoặc đắp chăn, mền toàn bộ cơ thể trẻ).

**1**  
điểm

### **Sốt**

Tính điểm:

**1**  
điểm

Cho 1 điểm nếu thân nhiệt từ 37,1-38,3<sup>0</sup>C

**2**  
điểm

Cho 2 điểm nếu thân nhiệt > 38,4<sup>0</sup>C

Đo bằng nhiệt kế kẹp nách

*Chú ý: Nên để trẻ mặc cùng loại quần áo giữa các ngày đánh giá. Sự dao động thân nhiệt có thể xảy ra nếu trẻ được mặc đồ thêm trong khi đã mặc áo sơ mi, tã lót và được quấn khăn. Nếu trẻ có tăng thân nhiệt trong trường hợp này, cần cởi hết đồ cho trẻ, trừ tã, áo lót và khăn quấn. Sau đó 5 phút, đo lại thân nhiệt của trẻ để xác định xem liệu trẻ bị sốt là do triệu chứng cai hay là do mặc quá nhiều đồ. Theo khuyến cáo đối với tất cả trẻ sơ sinh có triệu chứng cai, khi chưa được chăm sóc can thiệp thì trẻ nên được quấn trong một cái khăn (Lauridsen-Hoegh, 1991; Torrence và Horns, 1989).*

### ***Ngáp liên tục***

**1**  
điểm

Tính 1 điểm nếu trẻ ngáp quá 3 lần trong giai đoạn đánh giá.

### ***Da nổi đốm***

Da nổi đốm là tình trạng đổi màu ở da và thường giống với một bề mặt có vân cẩm thạch với những vùng da màu hồng và nhợt nhạt hoặc trắng. Da nổi đốm thường xuất hiện ở vùng ngực, thân mình, cánh tay và chân của trẻ.

**1**  
điểm

Tính 1 điểm nếu da trẻ có nổi đốm ở ngực, thân mình, cánh tay hoặc chân.

### ***Nghẹt mũi***

Nghẹt mũi xảy ra khi 2 lỗ mũi ngoài bị nghẹt cục bộ do dịch tiết, khiến cho việc thở gây tiếng động. Chảy nước mũi đôi khi cũng xuất hiện.

**1**  
điểm

Tính 1 điểm nếu trẻ phát ra tiếng động khi thở do dịch tiết nhiều ở mũi và có thể liên quan hoặc không liên quan đến chảy nước mũi.

### ***Hắt hơi***

**1**  
điểm

Tính 1 điểm nếu trẻ hắt hơi hơn 3 lần trong khoảng thời gian đánh giá. Trẻ có thể hắt hơi từng cái cách quãng hoặc liên tiếp.

### ***Phập phồng cánh mũi***

Phập phồng cánh mũi nghĩa là trong khi thở, 2 lỗ mũi có căng rộng ra bên ngoài. Tình trạng này thường xuất hiện khi trẻ hít vào nhằm tăng lượng không khí vào được phổi (Whaley và Wong, 1989).

**2**  
điểm

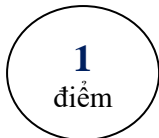
Tính 2 điểm nếu trẻ có phập phồng cánh mũi ở bất cứ thời điểm nào trong suốt quá trình kiểm tra.

## ***Nhịp thở***

(>60 nhịp/ phút) hoặc (>60 nhịp/ phút có co kéo)

Nhịp thở bình thường của trẻ sơ sinh nằm trong khoảng 30-60 nhịp/phút và thông thường bao gồm cử động vùng bụng (Whaley và Wong, 1989). Khi thở gắng sức, sự co kéo (thành ngực lõm vào khi thở) có thể xảy ra. Sự co kéo đó có thể là dấu hiệu của việc phổi không căng phồng đủ trong lúc hít vào. Nguyên nhân của điều này có thể là do bệnh phổi hoặc do tắc nghẽn đường thông khí ở mũi, thanh quản, khí quản hoặc cuống phổi (Korones, 1981).

*Tính điểm:*



Cho 1 điểm nếu nhịp thở của trẻ > 60 nhịp/phút không có co kéo



Cho 2 điểm nếu nhịp thở của trẻ > 60 nhịp/phút và có sự co kéo

Khi đo nhịp thở, trẻ phải không khóc. Khi đếm nhịp thở, đặt một tay ở lưng, sườn hoặc ngực của trẻ, đặc biệt khi trẻ đang ngủ. Hoặc có thể đếm bằng cách quan sát trực tiếp vùng ngực và bụng của trẻ. Số lần hít vào phải được đếm trong thời gian đủ 1 phút để xác định được nhịp thở của trẻ.

## ***Mút núm quá nhiều***



Tính 1 điểm nếu trẻ hay xoay đầu qua một bên để tìm thức ăn (nhiều hơn 3 lần/thời gian đánh giá) trong khi có những cử động tay nhanh ngang qua miệng nhằm cố gắng mút nắm tay, 2 bàn tay hoặc núm vú giả trước khi hoặc sau khi được cho bú (Finnegan và Kaltenbach, 1992). Cũng cho 1 điểm nếu trẻ cố gắng mút núm vú giả trong khi di chuyển phần đầu từ phía này sang phía khác và không thể mút núm vú giả một cách đầy đủ.

## ***Lười bú***



Tính 2 điểm nếu trẻ có mút núm quá nhiều trước khi được cho bú (xem mục trên), nhưng lại hiếm khi mút trong lúc cho bú, chỉ bú được 1 lượng nhỏ sữa bình và/hoặc trẻ có phản xạ mút không khớp (gặp khó khăn trong mút và nuốt).

Cũng cho 2 điểm nếu trẻ liên tục ngậm bình trong khi bú và dừng lại để thở. Thông thường thì trẻ sẽ bú ở một nhịp đều đặn mà không cần phải thường xuyên ngừng lại để thở.

Hoạt động bú bình thường là kết quả của một chuỗi các hành vi phối hợp ăn ý với nhau, bao gồm: mút, nuốt và thở (Wolff, 1968; Vandenberg, 1990; Burke, 1977).

*Chú ý: Lười bú có thể được tính điểm trong lần đánh giá hiện tại hoặc cũng có thể lần đánh giá tiếp theo. Cả 2 trường hợp đều chấp nhận được. Dù chọn lần đánh giá nào để tính điểm thì cũng phải đảm bảo tính thống nhất và phù hợp với mỗi giai đoạn quan sát.*

### **Trớ sữa và nôn**

**Bị trớ sữa:** là sự trào ngược thụ động của các chất trong dạ dày và thực quản ra khỏi miệng trẻ. Ở trẻ sơ sinh, bị trớ sữa trong lúc ợ không phải là chuyện ít khi xảy ra. Tuy nhiên, trong thang điểm này thì sự trớ sữa là thường xuyên ( $\geq 2$  lần) và không liên quan đến việc ợ (Whaley và Wong, 1989; Harper và Yoon, 1987).



Tính 2 điểm nếu trẻ có bị trớ sữa, không liên quan đến ợ và xảy ra từ 2 lần trở lên trong 1 lần cho bú (Whaley và Wong, 1989).

**Nôn:** là sự tống nhanh và mạnh các chất trong dạ dày ra khỏi miệng trẻ (Harper và Yoon, 1987).



Tính 3 điểm nếu trẻ bị nôn vọt từ 3 lần trở lên trong khi cho bú hoặc ngay sau khi cho bú.

### **Phân**

#### **Phân lỏng**



Tính 2 điểm nếu trẻ đi tiêu lỏng có hoặc không có bốc mùi. Phân hơi vón cục, mềm xốp hoặc đầy hạt lợn cợn và lỏng hơn bình thường. Bên cạnh đó, mông trẻ cũng có thể bị ửng đỏ hoặc không.

#### **Phân nước**



Tính 3 điểm nếu trẻ đi tiêu có dạng phân bất kỳ kèm với một vệt nước (đọng thành vòng) trên tã. Tương tự, mông của trẻ cũng có thể bị ửng đỏ hoặc không.

*Chú ý: Nếu trẻ không đi tiêu lỏng hoặc nhiều nước nhưng mông lại ửng đỏ thì cần phải tìm nguyên nhân của việc vùng mông mặc tã lót bị đỏ. Trong trường hợp này, mông đỏ ửng không phải là triệu chứng của hội chứng cai và nguyên nhân cần được tìm hiểu rõ.*

Trên đây là những định nghĩa của các mục được hợp thành trong bộ công cụ FNAST. Sau khi xem qua và quen với các định nghĩa này, hãy làm Exam 1 và tính điểm một cách độc lập. Sau đó, tiếp tục theo dõi bài tập để xác định xem điểm số của bạn có đúng với điểm số mà người hướng dẫn đưa ra hay không. Tiếp theo, hãy xác định “phần trăm tương thích” của bạn (số lần bạn đồng ý với số điểm mà người tường thuật đưa ra) bằng cách sử dụng Biểu đồ độ tin cậy đồng nhất những người quan sát ở trang kế tiếp. Nếu bạn không đạt đủ tối thiểu 90% sự tương thích với số điểm của người tường thuật thì làm theo các bước sau:

1. Xem kỹ lại định nghĩa của từng mục.
2. Hoàn thành chương trình một lần nữa (sử dụng Exam 2).

## CÁCH XÁC ĐỊNH ĐIỂM SỐ PHẦN TRĂM ĐỘ TIN CẬY CỦA BẠN

Đầu tiên, bạn theo dõi Exam 1 trong đĩa DVD và sử dụng công cụ FNAST để tính điểm cho trẻ theo từng mục một. Khi bạn tính điểm xong, người hướng dẫn sẽ đưa ra số điểm chính xác cho trường hợp của trẻ. Bạn cần phải so sánh điểm do bạn tính và điểm do người tường thuật đưa ra. Để so sánh, hãy đếm tổng số lần mà kết quả của bạn tương thích với kết quả của người tường thuật. Tiếp theo, xác định tổng số sự tương thích trong biểu đồ phía dưới.

Số phần trăm trong Biểu đồ độ tin cậy đồng nhất những người quan sát được tính toán dựa trên tổng cộng 21 mục, đại diện cho tổng số mục mà trẻ có thể được tính điểm trong một đợt thăm khám. Khi xác định phần trăm độ tin cậy của bạn, không cần để ý đến giá trị điểm thực sự của mỗi mục. Những con số này không quan trọng trong việc tính điểm độ tin cậy.

### Ví dụ

Dấu hiệu và triệu chứng	Điểm trong DVD	Điểm của bạn
Khóc ré lên	2	-
Rùng mình lúc tỉnh - nhẹ	1	1
Mút núm quá nhiều	1	-
Lười bú	2	2

Ở ví dụ này, trong 4 mục được liệt kê thì có 2 sự tương thích giữa điểm của bạn và điểm trong DVD. Các giá trị số “2” và “1” không được dùng để đếm tổng sự tương thích.

### Biểu đồ độ tin cậy đồng nhất những người quan sát theo FNAST

Tổng số mục tương thích	Tổng số mục không tương thích	Điểm số phần trăm
21	0	100%
20	1	95%
19	2	90%
18	3	85%
17	4	80%

Chú ý: Khi sử dụng công cụ này, kết quả của bạn được xem là đáng tin cậy nếu bạn đạt từ 90% trở lên. Độ tin cậy 100% là trường hợp tối ưu.

Tất cả trẻ sơ sinh có những dấu hiệu và triệu chứng cai nên được giữ trong một môi trường yên tĩnh có ánh sáng mờ. Trẻ cũng nên được quấn một cách gọn gàng bằng khăn mềm nhưng phải cho 2 bàn tay của trẻ thoải mái để bú. Nên ôm giữ trẻ một cách chậm rãi để giảm nguy cơ trẻ bị rụng mình và xảy ra phản xạ Moro quá mức. Khi chăm sóc, cần tìm cách kiểm soát các chi của trẻ và cho trẻ mút núm vú giả để giảm thiểu khả năng trẻ bị kích thích vì hệ thần kinh trung ương của trẻ lúc này đã bị tăng động sẵn. Trẻ có thể được mẹ chăm sóc trong phòng hậu sinh, tuy nhiên, các bà mẹ cần được hướng dẫn cách chăm sóc con và phải hiểu được tầm quan trọng của việc giảm tiếng ồn và ánh sáng khi ở trong phòng của mẹ. Các bà mẹ có thể giúp tính điểm hội chứng cai của trẻ bằng cách ghi lại thời điểm trẻ ngủ sau khi cho bú và thời điểm trẻ thức dậy. Những thời điểm trẻ ngáp hoặc hắt hơi giữa các đợt tính điểm cũng nên được ghi nhận lại. Các nhân viên trong phòng chăm sóc trẻ cũng có thể ghi lại những thời điểm trên bằng cách sử dụng các phiếu ở trang 38-39.

### **CÁC BIỆN PHÁP LÀM DỊU**

Một điều quan trọng là cần cung cấp sự chăm sóc hỗ trợ cho những trẻ có biểu hiện hội chứng cai trẻ sơ sinh. Dù trẻ có được điều trị bằng thuốc hay không thì sự chăm sóc hỗ trợ này vẫn rất cần thiết. Khi điểm FNAST của trẻ < 8 thì sự chăm sóc hỗ trợ chính là liệu pháp điều trị duy nhất được áp dụng. Khi liệu pháp này không đủ hiệu quả làm giảm các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai thì các biện pháp dùng thuốc mới được thêm vào. Hình N là danh sách các biện pháp làm dịu có thể được áp dụng trong sự chăm sóc hỗ trợ cho trẻ có biểu hiện những dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai.



Hình N

Dấu hiệu - Triệu chứng	Can thiệp hỗ trợ
Khóc quá mức	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cho mút vú giả</li> <li>- Ôm trẻ</li> <li>- Ôm trẻ và đu đưa hoặc đi qua đi lại</li> <li>- Cho trẻ nằm nôi đu đưa tự động</li> </ul>
Thay đổi giấc ngủ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giữ môi trường yên tĩnh (giảm ồn và ánh sáng)</li> <li>- Quần khăn gọn gàng xung quanh trẻ</li> <li>- Làm tối môi trường hoặc che mắt trẻ khỏi ánh sáng xung quanh</li> <li>- Tiếp xúc da với mẹ hoặc người thân khác</li> </ul>
Rùng mình/Phản xạ Moro quá mức	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giữ môi trường yên tĩnh (giảm ồn và ánh sáng)</li> <li>- Quần khăn gọn gàng nhưng để tay trẻ thoải mái để bú được</li> <li>- Làm tối môi trường hoặc che mắt trẻ khỏi ánh sáng xung quanh</li> <li>- Kiểm soát các chi (giữ nhẹ nhàng tay trẻ trên ngực của trẻ trong khi uốn cong 2 chân trẻ) khi chăm sóc lúc trẻ chưa được quần khăn hay mặc đồ</li> </ul>
Sốt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mặc đồ thoáng mát</li> <li>- Có thể dùng áo sơ mi, tã lót hình thoi và khăn</li> </ul>
Nghẹt mũi	Sử dụng dụng cụ hút mũi (một ống bơm có quả bóp) khi cần thiết, đặc biệt là trước khi cho bú
Lười bú	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cho trẻ bú thành nhiều bữa nhỏ (cách mỗi 2 giờ thay vì 3-4 giờ)</li> <li>- Quần khăn cho trẻ trong khi cho bú bình</li> <li>- Áp dụng các công thức tăng calo giúp trẻ lên cân (thay công thức 20 calo bằng công thức 22-24 calo nếu trẻ không tăng cân)</li> <li>- Nếu trẻ bú bình lâu (hơn 20 phút), cân nhắc cho bú qua ống thông</li> <li>- Nếu trẻ bú lộn xộn, cân nhắc tạo áp lực nhẹ (ấn, xoa nhẹ) vào má trẻ khi cho bú</li> <li>- Không cho bú quá nhiều</li> </ul>
Xây xước da ở các chi (những vùng ửng đỏ ở gối, khuỷu tay và đỉnh mũi)	Sử dụng loại quần áo trong suốt ở những vùng bị ửng đỏ (hăm)
Phân lỏng/Phân nước	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dùng thuốc mỡ hay kem bôi để phòng xây xước da ở vùng mông</li> <li>- Kiểm tra và thay tã thường xuyên</li> </ul>

Torrence và Horn, 1989, Lauridsen-Hoegh, 1991, Weiner và Finnegan năm 2006, Beauman năm 2005, Velez và Jansson năm 2008.

## CÔNG CỤ TÍNH ĐIỂM HỘI CHỨNG CAI Ở TRẺ SƠ SINH FINNEGAN (FNAST)

Mã BN:            Tên:            Ngày sinh:            Ngày:            Cân nặng:

Dấu hiệu - Triệu chứng	Điểm	Sáng	Chiều	Ghi chú
Thời gian				
<b>Rối loạn hệ thần kinh trung ương</b>				
Gào khóc	2			
Khóc ré lên liên tục	3			
Ngủ sau 1 giờ sau khi bú	3			
Ngủ sau 2 giờ sau khi bú	2			
Ngủ sau 3 giờ sau khi bú	1			
Phản xạ Moro quá mức	2			
Phản xạ Moro quá mức rõ ràng	3			
Run nhẹ: khi tác động	1			
Run vừa-nặng: khi tác động	2			
Run nhẹ: không tác động	3			
Run vừa-nặng: không tác động	4			
Trương lực cơ tăng	2			
Xây xước da (1 số chỗ nhất định)	1			
Giật mạnh	3			
Co giật toàn thân	5			
<b>Rối loạn chuyển hóa - hô hấp - vận mạch</b>				
Đồ mồ hôi	1			
Sốt < 38,3°C	1			
Sốt ≥ 38,4°C	2			
Ngáp liên tục (>3 lần/quãng)	1			
Da nổi đốm	1			
Nghẹt mũi	1			
Hắt hơi (>3 lần/quãng)	1			
Phập phồng cánh mũi	1			
Nhịp thở > 60 lần/phút	1			
Nhịp thở > 60 lần/phút có co kéo	2			
<b>Rối loạn hệ tiêu hóa</b>				
Mút núm quá nhiều	1			
Lười bú	2			
Bị trớ sữa	2			
Nôn	3			
Đi tiêu lỏng	2			
Đi tiêu ra nước	3			
<b>Tổng điểm</b>				
Tên người ghi điểm 1				
Tên người ghi điểm 2				
<b>Độ tin cậy giữa 2 người quan sát</b>				
Điểm số trung bình hằng ngày				

**PHIẾU THEO DÕI GIÁC NGỦ**

Mã BN:

Tên:

Ngày:

Thời điểm cho bú			Thời điểm đi ngủ			Thời điểm thức dậy		
AM	PM		AM	PM		AM	PM	

*D'Apolito năm 2009*

## PHIẾU THEO DÕI NGÁP VÀ HẮT HƠI

Mã BN:

Tên:

Ngày:

<b>Thời điểm hắt hơi</b>	<b>AM</b>	<b>PM</b>	<b>Thời điểm ngáp</b>	<b>AM</b>	<b>PM</b>	<b>Ghi chú</b>

*D'Apolito năm 2009*

## **ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH**

Sau khi bạn đã có cơ hội tham gia chương trình này, hãy hoàn thành phần đánh giá chương trình tại website [Neoadvances.com](http://Neoadvances.com). Ý kiến đóng góp của bạn sẽ được sử dụng để hoàn thiện chương trình trong tương lai. Rất cảm ơn bạn đã hoàn thành phần đánh giá.

## VÀI NÉT VỀ TÁC GIẢ



*Karen D'Apolito*

*(Tiến sĩ, Chuyên viên điều dưỡng, Chuyên viên điều dưỡng trẻ sơ sinh đã có chứng chỉ)*

Tiến sĩ Karen D'Apolito là giám đốc của Chương trình chuyên viên điều dưỡng trẻ sơ sinh (Neonatal Nurse Practitioner Program) tại Đại học Điều dưỡng Vanderbilt. Bà đã làm việc trong mảng điều dưỡng trẻ sơ sinh từ năm 1973. Trong thời gian hoàn thành chương trình học tiến sĩ tại Đại học Washington ở Seattle, bà rất hứng thú khi làm việc với những trẻ sơ sinh có phơi nhiễm thuốc trong thời kỳ mang thai. Là một phần trong luận án tiến sĩ của mình, bà đã xây dựng phiên bản đầu tiên của Chương trình độ tin cậy giữa những người quan sát (Inter-Observer Reliability Program) cho Công cụ tính điểm hội chứng cai ở trẻ sơ sinh Finnegan (FNAST). Phiên bản thứ 2 của chương trình này sau đó được hiệu chỉnh và cập nhật lại với sự cố vấn của Tiến sĩ Loretta Finnegan và Tiến sĩ Karol Kaltenbach.

Tiến sĩ D'Apolito là thành viên ủy ban của **Renewal House**, một mái ấm và là một chương trình điều trị ngoại trú cho những bà mẹ đang hồi phục do nghiện và con của họ. Bà còn làm việc với giám đốc vùng của Các trung tâm điều trị methadone ở Tennessee để xây dựng một chương trình điều trị toàn diện cho phụ nữ mang thai trong giai đoạn hồi phục sau nghiện chất. Bà cũng làm việc với Chính quyền điều trị opioid của bang Tennessee, Cục sức khỏe tâm thần và các dị tật phát triển bang Tennessee, Các dịch vụ về rượu và chất gây nghiện để phát triển một chương trình điều trị tiêu chuẩn, tập trung vào việc quản lý sự lệ thuộc opioid trong thai kỳ. Bà đã phát biểu trong các hội nghị toàn quốc và quốc tế về vấn đề chăm sóc và quản lý hội chứng cai ở trẻ sơ sinh.

Từ năm 2001, Tiến sĩ D'Apolito đã tổ chức nhiều hội thảo cho nhân viên điều dưỡng về các chủ đề chăm sóc, quản lý và thiết lập Độ tin cậy giữa những người quan sát khi sử dụng FNAST. Bà đã có nhiều bài báo trong lĩnh vực này và là thành viên trong ban biên tập của nhiều báo như “Neonatal Network” (Mạng lưới trẻ mới sinh), “The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing” (Tập chí điều dưỡng về chu kỳ sinh và trẻ mới sinh) và “The Journal of Obstetrics,

Gynecologic and Neonatal Nursing” (Tập chí điều dưỡng về khoa sản, sinh dục và trẻ mới sinh”. Bà còn làm biên tập khách mời cho vài ấn bản của tạp chí “The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing”. Tiến sĩ D’Apolito là thành viên của “Hội Điều dưỡng trẻ mới sinh quốc gia” (National Association of Neonatal Nurses), “Học viện điều dưỡng trẻ mới sinh” (Academy of Neonatal Nursing), “Hội điều dưỡng nghiên cứu miền nam” (Southern Research Nursing Society), “Hiệp hội chu kỳ sinh quốc gia” (National Perinatal Association) và “Trung tâm nghiên cứu nghiện chất của Đại học Michigan” (University of Michigan Substance Abuse Research Center). Bà cũng là đồng nghiên cứu viên của thử nghiệm lâm sàng NIDA MOTHER so sánh việc sử dụng methadone và buprenorphine ở phụ nữ lệ thuộc opioid trong thai kỳ. Năm 2008, bà nhận giải thưởng “Sức khỏe bà mẹ trẻ em” của Hội chu kỳ sinh quốc gia vì những đóng góp quan trọng cho những trẻ mới sinh có phơi nhiễm với thuốc gây nghiện khi còn chưa ra đời.



***Loretta P. Finnegan***

***(Tiến sĩ Y khoa, Tiến sĩ luật danh dự, Tiến sĩ khoa học danh dự)***

Tiến sĩ Loretta P. Finnegan là Chủ tịch của Finnegan Consulting (Trung tâm cố vấn Finnegan), một tổ chức hướng đến giáo dục, nghiên cứu và điều trị các vấn đề liên quan đến sức khỏe phụ nữ và nghiện trong thai kì. Bà được xem là một chuyên gia quốc tế trong những mảng này và được công nhận vì đã xây dựng một công cụ đánh giá hội chứng cai opioid ở trẻ mới sinh. Công cụ này đang được sử dụng rộng rãi trong các khoa chăm sóc trẻ mới sinh trên toàn thế giới. Tiến sĩ Finnegan là người sáng lập và Giám đốc của một chương trình lớn có tên là “Family Center” (Trung tâm Gia đình). Đây là một chương trình toàn diện, đa ngành dành cho những phụ nữ có nghiện trong thời kì mang thai và con của họ ở Trường đại học Y khoa Jefferson và Bệnh viện Philadelphia. Bà đã phát biểu hơn 1000 lần trên khắp nước Mỹ và ở nhiều tổ chức quốc tế để chia sẻ những kinh nghiệm lâm sàng và nghiên cứu của mình về mảng sức khỏe phụ nữ và nghiện trong thai kì. Bà đã tham gia nhiều hội thảo, hội nghị chuyên đề, làm cố vấn kỹ thuật và giảng viên thỉnh giảng tại 24 quốc gia. Bà cũng là tác giả hoặc đồng tác giả của hơn 170 bài báo khoa học được xuất bản.

Quá trình đào tạo của bà bao gồm:

- Bác sĩ của Trường đại học Y khoa Drexel của Philadelphia, Pennsylvania
- Học viên khoa nhi ở Đại học Hahnemann
- Bác sĩ nội trú ngành Nhi và nghiên cứu sinh ngành Trẻ sơ sinh ở Bệnh viện đa khoa Philadelphia thuộc Đại học Pennsylvania.

Bà là người đứng đầu của Newborn Services (Các dịch vụ cho trẻ mới sinh) ở Bệnh viện đa khoa Philadelphia và là giáo sư ngành Nhi, Tâm thần và Hành vi con người của đại học Thomas Jefferson, Philadelphia. Bà có 3 bằng cấp danh dự:

- Tiến sĩ luật (Đại học Chestnut Hill)
- Tiến sĩ khoa học (Đại học Ursinus)
- Tiến sĩ khoa học thuật nắn xương (Đại học New England).



Năm 1990, Tiến sĩ Finnegan tham gia Học viện quốc gia về sức khỏe và được bổ nhiệm vài vị trí trong suốt nhiệm kỳ của mình, bao gồm: cố vấn cao cấp về các vấn đề phụ nữ của Học viện quốc gia về nghiện chất, Giám đốc văn phòng Sức khỏe phụ nữ, cố vấn y khoa cho giám đốc, Giám đốc nghiên cứu về sức khỏe phụ nữ - vị trí mà bà đã đảm nhiệm đến năm 2006.

Tiến sĩ Finnegan là người tiếp nhận rất nhiều trợ cấp điều trị và nghiên cứu từ Học viện quốc gia về sức khỏe, chính quyền bang, địa phương và nhiều tổ chức khác. Hiện tại, bà đang là thành viên của Ủy ban nghiên cứu Nhi khoa, hội viên của trường đại học về các vấn đề liên quan đến lệ thuộc thuốc và là thành viên của Ủy ban Y khoa danh dự Alpha Omega Alpha của Đại học Y khoa Drexel. Bà đã nhận được rất nhiều giải thưởng như:

- Giải thưởng Pacesetter của Học viện quốc gia về lạm dụng thuốc nhờ vào những thành tựu nổi bật trong điều trị, nghiên cứu và phòng ngừa sự lạm dụng thuốc.
- Giải thưởng Gimbel của Đại học Y khoa Pennsylvania vì đã có những đóng góp to lớn cho cộng đồng.
- Giải thưởng Betty Ford của Hội giáo dục Y khoa và Nghiên cứu về lạm dụng chất.
- Giải thành tựu về sức khỏe phụ nữ từ Ủy ban những tiến bộ của nghiên cứu về sức khỏe phụ nữ.
- Giải thưởng “SAMHSA Innovator” vì những đóng góp có ý nghĩa to lớn cho việc điều trị phụ nữ bị nghiện và con của họ.
- Huy chương “100 Drexel”.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alroomi Davidson, J., Evans, T, Galea, P, Howat (1988). Maternal narcotic abuse and the newborn Archives of Diseases in Child 63, 8-83.
2. AAP Committee on Drugs (1983). Neonatal Drug withdrawal. Pediatrics, 72, 895-902.
3. AAP Committee on Drugs. (1998) Neonatal Drug withdrawal. Pediatrics 101, 1079-1088
4. Beauman, S. (2005). Identification and management of neonatal abstinence syndrome. Journal of Infusion Nursing, 28(3), 159-167.
5. Biswas, AK., Feldman, BL, Davis, D, & Zintz, E. (2005). Myocardial ischemia as a result of severe benzodiazepine and opioid withdrawal. Clinical Toxicology, 43(3), 207-209.
6. Blackburn, S.T. (1993). Assessment and management of neurologic dysfunction. In C. Kenner, A. Brueggenmeyer, and Gunderson (ed.), Comprehensive Neonatal Nursing A Physiologic Perspective, pp. 656-657. Philadelphia: The W.B. Saunders Co.
7. Blackburn, S.T., Loper, D.L. (1992). Maternal, Fetal and Neonatal Physiology, A Clinical Perspective. p 683 Philadelphia: The W. B. Saunders Co.
8. Brann, Aw., & Schwarz, J.F. (1983). Central nervous system disturbances. In A. Fanaroff and R. Martin (ed.), Behrman's Neonatal Perinatal Medicine, p. 351. St. Louis: The C V. Mosby Co.
9. Brazelton, T.B. (1984). Neonatal Behavioral Assessment Scale. Philadelphia: J.B. Lippincott Co. Burke, P.M, (1977). Swallowing and the organization of sucking in the human newborn. Child Development, 48, 523-531.
10. Coles, C., Smith, Fernhoff, P., & Falek, A. (1984). Neonatal ethanol withdrawal: Characteristics in clinically Normal, nondysmorphic neonates. Journal of Pediatrics, 105(3), 445-451.
11. D'Apolito, K., & Hepworth, J. (2001). Prominence of withdrawal symptoms in polydrug-exposed infants. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 4, 46-60.
12. Daze, A.M., and Scanlon, Jw. (1985). Neonatal Nursing, p. 88-96. Baltimore: University Park Press
13. Eng, G.D. (1987). Neuromuscular diseases. In G.Avery (ed.), Neonatology: Pathophysiology and Management of the Newborn, p. 1164. Philadelphia: J.B. Lippincott.
14. Fenichel, G.M. (1990). Neonatal Neurology, p. 9-10. New York: Churchill Livingstone.
15. Finnegan, L., & McNew, B. (1974). Care of the addicted infant. American Journal of Nursing, 74, 665-693.
16. Finnegan, L.P., & Ehrlich, S. (1990). Maternal drug abuse during pregnancy: Evaluation and pharmacotherapy for neonatal abstinence. In Modern Methods in Pharmacology: Testing and evaluating drugs of abuse. Vol.6. New York: Wiley Liss, Inc.

17. Finnegan, L.P. (1990). Neonatal abstinence syndrome, In N.M. Nelson(ed.), *Current Therapy in Neonatal: Prprenatal Medicine*, pp. 314-320. Philadelphia: B.C. Becker, Inc.
18. Finnegan, L.P., & Kaltenbach, K. 1992). Neonatal abstinence syndrome. In R.A. Hoekelman, S.B.Friedman, N.M. Nelson, and H.M. Seidel(ed.), *Primary Pediatric Care*, pp.1367-1378. St. Louis: The C.V. Mosby Co.
19. Finnegan, L., Connaughton, J., Kron, R.E., & Emich, J. (1975). Neonatal abstinence syndrome. Assessment and management. *Addictive Diseases an international Journal*, 2, 141-158.
20. Franck, LS, Naughton, I, & Winter, I. (2004). Opioid and benzodiazepine withdrawal symptoms in pediatric intensive care patients. *Intensive Critical Care Nursing*, 20(6), 344-351.
21. Fricker,HS, & Segal, S.(1978). Narcotic addiction, pregnancy, and the newborn. *American Journal of Diseases in Children*, 132, 360-366.
- 22.Fried, P.A., Watlomspm. B., Dillon,R., & Du|berg, C.(1987). Neonatal neurological status in a low-risk population after prenatal exposure to cigarettes, marijuana, and alcohol. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 8(6), 318-326.
23. Goddard, J., & Wilson, G.S. (1978). Management of neonatal drug withdrawal. *Journal.of Pediatrics*, 92(5), 861 - 862.
24. Gorski, P, Davidson, J., & Braze|ton, B. (1979). Stages of behavioral organization in the high-risk neonate: Theoretical and Clinical considerations. *Seminars in Perinatology* 3(1), 61-72.
25. Green M, Suffet F. (1981). The neonatal narcotic withdrawal index: A device for the improvement of care in the abstinence syndrome. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 8, 203-213.
26. Harper, RG, et al. (1974). The effect of a methadone treatment program upon pregnancy heroin addicts and their infants. *Pediatrics*, 54, 300-305.
27. Harper, R.G., & J.J. Yoon, J.J. (1987). *Handbook of Neonatology* p. 490-491. Chicago: Year Book Medical Publishing, Inc.
28. Herzlinger, R.A., Randall, S.R. & Vaughan, H.G. (1971). Neonatal seizures associated with narcotic withdrawal.*Journal of Pediatrics*, 91, pp. 638-641,
29. Jeremy, R.J. & Hans, S.L. (1985). Behavior of neonates exposed in utero to methadone as assessed on the Braze|ton scale. *Infant Behavior & Development*, 8, p.323.
- 30.Jones, H. E. (2004). Practical considerations for the clinical use of Buprenorphine. *Science & Practice Perspectives*, pp.4-19.
31. Kandall, SR, & Gartner, LM. (1974). Late presentation of drug withdrawal symptoms in

- newborns. *American Journal of Children*, 127, 58-61.
32. Kantor, G.K. (1978). Addicted mother, addicted baby: A challenge to health-care providers. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 3 (5), pp.286-289.
  33. Korones, S.B. (1981). High-risk Newborn Infants, pp. 162-166; 208-209; 348-350. St. Lewis: The C.V. Mosby Co.
  34. Kron, R, Kaplan, S., Finnegan, L., Litt, M., & Phoenix, M. (1975). The assessment of behavioral changes in infants undergoing narcotic withdrawal. *Comparative data from clinical and objectives methods. Addictive Diseases an International Journal*, 2, 257-275.
  35. Lauridsen-Hoegh, P. (1991). Caring for chemically dependent babies. *Journal of the Registered Nurses Association of British Columbia*, 21 (1), 12-16.
  36. Lipsitz J. (1975). A proposed narcotic withdrawal score for use with newborn infants, *Clinical Pediatrics*, 14: 592-594.
  37. Madden, JD et al. (1977). Observation and treatment of neonatal narcotic withdrawal. *American Journal of Obstetric & Gynecology* , 127, 199-201.
  38. Merker, L., Higgins, L., & Kinnare, E. (May)Jun1985). Assessing narcotic addiction in neonates. *Pediatrics Nursing*, 11(3),177-181.
  39. National Center for Disease Control & Prevention. (2003). National Vital Statistics.
  40. Olsen, G.D., & Lees, M.H., (1980). Ventilatory response to chronic prenatal methadone exposure. *Journal of Pediatrics* 96(6), 983-989.
  41. Oro, A., & Dixon, S. (1987). Perinatal cocaine and methamphetamine exposure: Maternal and neonatal correlates. *Journal of pediatrics*, 111, 171-178
  42. Ostrea, EM., Chavez, CJ., & Strauss, ME. (1976). A study of factors that influence the severity of neonatal narcotic withdrawal. *Journal of Pediatrics*, 88, 642-645.
  43. Parker, S., Zuckerman B. Bauchner H., Frand D., Vinci R., and Cahra| H. (1990). Jitteriness in full-term neonates: Prevalence and correlates. *Pediatrics*, 85(1), 117-23.
  44. Rahbar, R., Fomufod, A., White, D, & Westney, L. (1993). Impact of intrauterine exposure to phencyclidine (PCP) and cocaine on neonates. *Journal of the National Medical Association*, 85(5), 349-352.
  45. Rosen, T. & Bateman, D. (2003). Infants of addicted mothers. In Fanaroff, A.A., & R.J. Martin (ed.). *Behfman's Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant*, pp. 661-673. St. Louis: The C.V. Mosby Co.
  46. Sarkar, S., & Donn, S. (2006). Management of neonatal abstinence syndrome in neonatal intensive care units: A national survey. *Journal of Perinatology* 1(26), 15-17.
  47. Smith, L., Yonekura, M., Wallacwe, T., Berman, N., Kuo, J., & Berkowitz, C.(2003). Effects of prenatal methamphetamine exposure on fetal growth and drug withdrawal

- symptoms in infants born at term. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24(1), 17-23.
48. Substance Abuse and Mental Health Administration. Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health. National Findings. Office of Applied Studies, NSDUH Series H-30, DHHS, Publication No. SMA 06-4194, Rockville, MD.
  49. Suresh, S., & Anand, K. (1998)- Opiate tolerance in neonates: Mechanisms, diagnosis, and assessment and management. *Seminars in Perinatology*, 22, 425-433.
  50. Tabor, B., Smith-Wallace, T., & Yonekura, M. (1990). Perinatal outcome associated with PCP versus cocaine use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16(3), 337-348.
  51. Torrence, C.R., & Horns, K.M. (1989). Appraisal and caregiving for the drug addicted infant. *Neonatal Network*, 8(3), 49-58.
  52. Vandenberg, K. (1990), Nippling management of the sick neonate in the NICU: The disorganized feeder. *Neonatal Network*, 9(1), 9-16.
  53. Velez, M., & Jansson, L. (2008). The opioid dependent mother and newborn dyad: Nonpharmacologic Care. *Journal of Addiction Medicine*, 2(3), 113-120.
  54. Von Mandach, U. (2005). Drug use in pregnancy. *Thearapeutische Umschau (German)*, 62(1), 29-35.
  55. Waltz, C., & R, B. Bausell. (1981). *Nursing Research: Design, Statistics and Computer Analysis*, p.61. Philadelphia: F.A. Davis Co.
  56. Weiner, S., & Finnegan, L (2006). Drug withdrawal in the neonate. In the *Handbook of neonatal Intensive Care*, G. Merenstein & S. Gardner (Eds.), 6th Edition, pp. 192-209. Mosby: St. Louis, MO.
  57. Werz, M., Macdonald, R. (1982). Opiate alkaloids antagonize postsynaptic glycol & GABA responses: Correlation with anticonvulsant action. *Brain Research*, 236(1), 107-119.
  58. Whaley, L.F. & Wong, D.L. (1989). *Essentials of Pediatrics Nursing*, p.187, 196. St. Lewis: The CV. Mosby Co.
  59. Willson, G.S. (1975), Somatic growth effects of perinatal addiction. *Addictive Diseases*, 2(1-2), 333 -345.
  60. Wolff, P.H. (1968). The serial organization of sucking in the young infant. *Pediatrics* 42(6), 943-955.
  61. Zelson, C., Rubio, E., & Wasserman, E. (1971). Neonatal narcotic addiction: 10 year observation. *Pediatrics* 48, 178-189.
  62. Zahorodny W, Rom, C, Whitney W, et of. (1998). The neonatal withdrawal inventory: A simplified score of newborn withdrawal. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19:

89-93.

63. Zelson, C., Rubio,E., & Wasserman, E.(1971). Neonatal narcotic addiction: 10 year observation. *Pediatrics*, 48, 178-189.
64. Zenk, K., Sills, J., Koeppel,R. (2003). *Neonatal narcotic addiction: A Comprehensive Guide*. California: ICU, Inc.
65. ZuckermanB,Frاند D,BrownE. (1995). Overview of the effects of abuse and drugs on pregnancy and offspring. *NIDA Research Monographs* 149:16-28.

#### **Finnegan Scoring System Bibliography**

1. Finnegan, L.P. (1990). Neonatal abstinence syndrome, In N. Nelson(ed.), (current Therapy in Neonatal Perinatal Medicine, p. 314-320. Philadelphia: B.C. Becker, Inc
2. Finnegan, L"P. (1985). Effects of maternal opiate abuse on the newborn. *Federal Proceedings*, 44, 2314-2317.
3. Finnegan, L.P., & S. Ehrlich, S. (1987). Maternal drug abuse during pregnancy and pharmacotherapy for neonatal abstinence syndrome, (NAS). *Pediatric. Research*, 21A, 234.
4. Finnegan, L.P., & Kaltenbach, K (1992). Neonatal abstinence syndrome In A. Hoekelman, S.B. Friedman, N.M. Nelson, and H.M. Seidel(ed.), *Primary Pediatric Care*, pp.1367-1378. St. Lewis: The C.V. Mosby Co.
5. Finnegan, L.P., Kron, R.E., Connaughton, J.F., & Emich, J.P. (1975). Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. *Addiction Diseases an International Journal*, 2(1), 141-157.
6. Finnegan, L.P., & MacNew, B.A. (1974). Care of the addicted infant. *American Journal of Nursing*, 74 (4), 685-693.





Bản hướng dẫn  
**Ấn bản thứ hai**

Nguyên tác  
**TS. Karen D'Apollito**  
**BS. Loretta Finnegan**

Thiết kế bìa: **Hoàng Nguyên**  
Hỗ trợ in ấn: **Quốc Thái**

**Trung Tâm Chuyển Giao Công Nghệ Điều Trị Nghiện Chất Và HIV Đại Học Y Dược TP.HCM  
(UMP-VHATTC)**

Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 217 Hồng Bàng, Quận 5, TP. HCM

Điện thoại: (+84) 28-3952-6005

E-mail: svhattc@gmail.com