

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 48

DỰ PHÒNG SINH NON



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 48

DỰ PHÒNG SINH NON

- 06 < Phòng ngừa chuyển dạ sinh non tự phát Lê Thị Thu Hà
- 12 < Cập nhật chứng cứ dự phòng sinh non Đặng Quang Vinh
- 18 < Sinh non và yếu tố di truyền Lê Long Hồ
- 20 < Giá trị của đo chiều dài kênh cổ tử cung trên song thai Phạm Thị Phương Anh
- 24 < Nhiễm khuẩn trong thai kỳ và sinh non Lê Tiểu My
- 27 < Dự phòng sinh non ở phụ nữ có bất thường tử cung bẩm sinh Hê Thanh Nhã Yến
- 30 < Dấu ấn sinh học dự báo chuyển dạ sinh non Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 33 < Cận ối: yếu tố tiên lượng sinh non tự nhiên Nguyễn Duy Linh
- 36 < "AFS – Cận ối" yếu tố tiên lượng sinh non Trần Thế Hùng
- 39 < Quan điểm mới trong điều trị chuyển dạ sinh non Hê Thanh Nhã Yến
- 42 < Thực hư vai trò giảm gò của magnesium sulfate trong chuyển dạ sinh non Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 45 < Magnesium sulfate – Vai trò bảo vệ não thai nhi sinh non Huỳnh Vĩnh Phạm Uyên
- 51 < Vai trò của sản khoa hiện đại đối với thai kỳ ở ranh giới có khả năng sống Nguyễn Mai An
- 55 < Chăm sóc trẻ non tháng Phạm Thị Thanh Tâm
- 58 < Những ảnh hưởng dài hạn của sinh non Lê Tiểu My
- 62 < Vỡ ối sớm ở tam cá nguyệt II của thai kỳ Phan Hà Minh Hạnh
- 66 < Quản lý thai kỳ tăng huyết áp mạn tính theo nhóm nguy cơ Bùi Quang Trung
- 70 < Thuyên tắc mạch trong thai kỳ Trần Thế Hùng
- 74 < Sảy thai liên tiếp và những hướng tiếp cận mới trong nghiên cứu Võ Như Thanh Trúc
- 80 < Xuất tinh sớm – Cập nhật chẩn đoán và điều trị Từ Thành Trí Dũng
- 84 < Điều trị thay thế testosterone theo EAU 2018 Dương Quang Huy
- 91 < Stand-up meeting: Kiến tạo văn hóa LEAN Võ Thị Hà
- JOURNAL CLUB
- 94 < Kích thích buồng trứng kẹp trong cùng một chu kỳ kinh nguyệt ở nhóm bệnh nhân có tiên lượng đáp ứng kém
- 96 < Vai trò của HbA1C trong dự đoán tiền sản giật ở thai phụ đái tháo đường type I
- 97 < Nguy cơ ung thư buồng trứng, ung thư vú và ung thư thân tử cung ở những phụ nữ điều trị hỗ trợ sinh sản
- 98 < Vỡ ối trước chuyển dạ
- 100 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 02 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 49: "MÃN KINH"
Tập 49 sẽ xuất bản vào tháng 3/2019.
Hạn gửi bài cho tập 49 là 30/11/2018.

Chuyên đề tập 50: "HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG"
Tập 50 sẽ xuất bản vào tháng 6/2019.
Hạn gửi bài cho tập 50 là 28/02/2019.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 - 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 - 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất). Journal Club là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500 - 1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để được tư vấn quảng bá trên Y học sinh sản, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Bạch kim 2018



MERCK



Hội viên liên kết Vàng 2018



Abbott



CHĂM SÓC TRẺ NON THÁNG

Phạm Thị Thanh Tâm

Bệnh viện Nhi Đồng 1



ĐẠI CƯƠNG

Sơ sinh non tháng là trẻ được sinh ra trước 37 tuần tuổi thai. Trẻ càng non tháng thì tỷ lệ sống sót càng thấp và tỷ lệ biến chứng, di chứng càng cao.

Tuy nhiên, nhiều bà mẹ không nhớ chắc chắn thời gian bắt đầu có thai hoặc khi có khó khăn trong việc đánh giá tuổi thai của trẻ, nên phần hướng dẫn chăm sóc trẻ sinh non/nhẹ cân dưới đây dùng chung cho trẻ sinh chưa đủ tháng và trẻ sơ sinh có cân nặng dưới 2,5 kg.

Tỷ lệ sinh non ở Việt Nam khoảng 10%.

Nguyên nhân gây sinh non: mẹ bị nhiễm trùng, viêm màng ối (40%), mẹ hút thuốc lá hoặc dùng thuốc, yếu tố kinh tế xã hội, tiền căn sinh non, stress, chùng tộc,...

Đánh giá tuổi thai

– Đánh giá tuổi thai: dựa vào kinh chót của bà mẹ,

siêu âm thai, đánh giá mức độ trưởng thành theo thang điểm Ballard mới (New Ballard Score)

– Đánh giá cân nặng tuổi thai theo Biểu đồ tăng trưởng cho trẻ non tháng (biểu đồ Fenton): trẻ đủ cân (trong giới hạn 2 bách phân vị thứ 3 và thứ 97, nhẹ cân (khi dưới bách phân vị thứ 3) hoặc lớn cân (khi trên bách phân vị thứ 97).

Bảng 2. Các biến chứng của trẻ non tháng.

Biến chứng xuất hiện ngay những ngày đầu sau sinh

- Hạ thân nhiệt
- Tăng, hạ đường huyết
- Rối loạn điện giải, toan chuyển hóa
- Bệnh màng trong
- Suy thận cấp
- Suy hô hấp
- Xuất huyết trong não thất
- Cơn ống động mạch
- Vàng da
- Cơn ngưng thở

Biến chứng xuất hiện trong thời gian nằm viện

- Nhiễm khuẩn
- Kém tăng trưởng
- Thiếu máu
- Viêm ruột hoại tử
- Bệnh vồng mạc trẻ non tháng
- Bệnh phổi mạn
- Nhuyễn xương
- Biến dạng xương sọ

Biến chứng lâu dài

- Chậm lớn
- Vấn đề tư duy
- Bại não
- Vấn đề thị lực
- Vấn đề thính lực

Bảng 1. Phân loại trẻ non tháng theo cân nặng lúc sinh và theo tuổi sau thụ thai.

	Phân loại	Cân nặng lúc sinh (g)
Theo cân nặng lúc sinh (g)	Nhẹ cân (LBW)	< 2.500
	Rất nhẹ cân (VLBW)	< 1.500
	Cực nhẹ cân (ELBW)	< 1.000
Theo tuổi sau thụ thai: (tuần) Gestational age (week)	Hơi non (late preterm)	34 - 37
	Non vừa (moderately preterm)	32 - 34
	Rất non (very preterm)	28 - 32
	Cực non (extremely preterm)	< 28

CHĂM SÓC TRẺ NON THÁNG

Nguyên tắc chăm sóc trẻ sinh non/nhẹ cân:

- Đảm bảo trẻ được nuôi bằng sữa mẹ.
- Đảm bảo chăm sóc vệ sinh. Tránh gây tổn hại cho trẻ.
- Giảm thiểu thời gian cách ly mẹ con. Chăm sóc bằng phương pháp bà mẹ Kangaroo.
- Phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng do non tháng.

Các biện pháp chăm sóc và ổn định yếu tố

nguy cơ

Xử trí tại phòng sinh

Tránh mất nhiệt và hồi sức ngay sau sinh thật tốt. Trẻ sinh non có nguy cơ ngạt chu sinh cao do không thể khởi phát nhịp thở sau sinh. Cần lau khô, giữ ấm và hồi sức để khởi phát nhịp thở với thông khí áp lực dương với bóng và mặt nạ hơn là đặt nội khí quản vì những nhịp bóp bóng qua nội khí quản đầu tiên cũng đã làm chấn thương phổi và dẫn đến bệnh phổi mạn sau này. Nếu trẻ có biểu hiện suy hô hấp ngay sau sinh: thở áp lực dương liên tục qua mặt nạ với bóng lưu lượng hoặc qua hệ thống T-piece (NCPAP) ngay tại phòng sinh. Nếu không có NCPAP tại phòng sinh: cho thở oxy & chuyển đến nơi có thể thở NCPAP ngay. Trẻ non tháng < 1.500 g cân được chuyển đến đơn vị chăm sóc tăng cường sơ sinh (NICU mức độ III) càng nhanh càng tốt sau khi ổn định tại phòng sinh để tăng khả năng được cứu sống. Trên đường chuyển viện cần giữ thân nhiệt và hỗ trợ hô hấp với NCPAP và cho caffeine trước chuyển viện để phòng ngừa cơn ngưng thở.

Ổn định thân nhiệt

Tiếp xúc da qua da mẹ ngay tại phòng sinh trong trường hợp trẻ không cần hồi sức hô hấp ngay hoặc sau khi trẻ đã ổn định với oxy/NCPAP. Nếu trẻ cần phải chăm sóc đặc biệt hoặc cách ly: nên dùng lồng ấp hơn là giường sưởi để giảm độ mất nước không nhận biết qua da, tránh những kích thích không cần thiết và tiếng động (nhất là các trẻ rất nhẹ cân). Cho các trẻ ELBW nên cài đặt độ ẩm của lồng ấp đến 75% và giữ thân nhiệt trẻ $\approx 36^{\circ}\text{C}$ trong tuần đầu để giảm mất nước không nhận biết qua da, tránh mất nước ưu trương. Khi chuyển viện để tránh hạ thân nhiệt nếu không có lồng ấp chuyển viện thì nên bọc

trẻ với túi plastic cho các trẻ < 29 tuần. Sử dụng phương pháp Chăm sóc da kề da “bà mẹ Kangaroo” để giữ ấm cho các trẻ đã qua giai đoạn bệnh nặng và khi trẻ đạt > 2 kg.

Hỗ trợ hô hấp

- Hội chứng suy hô hấp (bệnh màng trong): cần cho thở NCPAP ngay cho những trẻ non tháng có biểu hiện suy hô hấp, áp lực ban đầu 6 cm nước, nhất là các trẻ rất nhẹ cân. Xem xét dùng surfactant thay thế khi có chỉ định và giúp thở khi biểu hiện suy hô hấp nặng hơn. Ưu tiên các biện pháp cho surfactant ít xâm lấn (LISA) để tránh đặt ống nội khí quản.
- Cơn ngưng thở: cơn ngưng thở nặng khi kéo dài > 20 giây hoặc > 15 giây kèm chậm nhịp tim. Điều trị hỗ trợ hô hấp với NCPAP. Sử dụng caffeine liều tấn công 20 mg/kg/liều (caffeine cơ bản 10 mg/kg/liều), sau đó duy trì 5 – 10 mg/kg/ngày (caffeine cơ bản 2,5 – 5 mg/kg/ngày) cho đến khi hết ngừng thở. Có thể dùng theophylline, liều: 3 – 5 mg/kg/mỗi 8 – 12 giờ (duy trì nồng độ theophylline trong máu ở mức: 8 – 12 $\mu\text{g/mL}$). Theophyllin tác dụng trên cơn ngưng thở tương tự như caffeine nhưng liều điều trị gần với liều gây độc. Giúp thở với thông khí 2 áp lực, thông khí đồng bộ hô hấp không xâm lấn hay xâm lấn (CPAP, NIV, SIMV) khi không đáp ứng với các biện pháp trên. Tránh các động tác gây khởi phát cơn ngưng thở: hút vùng mũi hầu, cho ăn đường miệng, tư thế sai, nhiệt độ môi trường không thích hợp. Lưu ý tìm và điều trị các nguyên nhân gây ngưng thở như do nhiễm trùng, thiếu máu, trào ngược dạ dày thực quản, hạ đường huyết bên cạnh nguyên nhân do não non tháng.

Dịch – điện giải

Trẻ cực nhẹ cân có mức mất nước không nhận biết cao và rất dễ bị dư dịch, tăng đường huyết, tăng hạ natri máu nếu truyền dịch không thích hợp. Cần cho dịch có amino acid sớm từ ngày đầu sau sinh để ổn định đường huyết do điều hòa tiết insulin. Nên cho lipid sớm để cung cấp đủ năng lượng nếu không có chống chỉ định.

Dinh dưỡng

Lưu ý: trẻ non tháng < 1.250 g nên dinh dưỡng tĩnh mạch trong vài ngày đầu sau sinh để theo dõi tình trạng ruột, phát hiện viêm ruột hoại tử. Trẻ < 32 tuần nên cho ăn qua ống thông dạ dày hoặc

uống bằng muỗng vì phản xạ bú và nuốt chưa phối hợp hoàn hảo nên dễ bị hít sặc nếu cho bú. Trẻ non tháng phải được nuôi bằng sữa mẹ để dễ tiêu hóa và hấp thu, phòng ngừa viêm ruột hoại tử rất thường gặp ở trẻ càng non. Trẻ < 1.500 g: cần bổ sung vitamin D, canxi và bổ sung sắt cho trẻ ăn sữa mẹ khi trẻ được 2 – 6 tuần tuổi và đã dung nạp sữa qua tiêu hóa.

Tăng bilirubin máu

Chỉ định điều trị chiếu đèn và thay máu ở trẻ càng non với mức bilirubin như sau:

- Chiếu đèn:
 - < 28 tuần: bilirubin > 5 mg/dL (86 μ mol/L)
 - 28 – 29 tuần: bilirubin 6 – 8 mg/dL (103 – 137 μ mol/L)
 - 30 – 31 tuần: bilirubin 8 – 10 mg/dL (137 – 171 μ mol/L)
 - 32 – 33 tuần: bilirubin 10 – 12 mg/dL (171 – 205 μ mol/L)
 - > 34 tuần: bilirubin 12 – 14 mg/dL (205 – 239 μ mol/L)
- Thay máu:
 - 28 tuần: bilirubin 11 – 14 mg/dL (188 – 239 μ mol/L)
 - 28 – 29 tuần: bilirubin 12 – 14 mg/dL (205 – 239 μ mol/L)
 - 30 – 31 tuần: bilirubin 13 – 16 mg/dL (222 – 274 μ mol/L)
 - 32 – 33 tuần: bilirubin 15 – 18 mg/dL (257 – 308 μ mol/L)

Kiểm soát, điều trị nhiễm trùng, phòng ngừa viêm ruột hoại tử

Trẻ sinh non luôn có nguy cơ nhiễm trùng. Viêm màng ối, mẹ có bệnh do GBS (+) gây ra nhiễm trùng sơ sinh khởi phát sớm. Khi nghi ngờ nhiễm trùng, cần dùng kháng sinh theo kinh nghiệm ngay, hướng về tác nhân gặp ở từng giai đoạn. Vi trùng thường gặp nhất cho nhiễm trùng khởi phát sớm trong 72 giờ tuổi là: *GBS*, *E.coli*. Một số do HSV nếu có biểu hiện suy gan sớm. Vi trùng cho nhiễm trùng khởi phát muộn thường là *CONS*, *E.coli*, *Klebsiella*, *Acinetobacter* và *Candida*, nhất là trẻ có điều trị kháng sinh kéo dài, có nhiều thủ thuật xâm lấn, nằm thời gian dài trong khoa chăm sóc tăng cường sơ sinh. Lưu ý, việc sử dụng kháng sinh phổ

rộng kéo dài sẽ gây nhiễm nấm *Candida* máu.

Khi trẻ đang ổn định mà xuất hiện trở lại cơn ngừng thở, màu da tái nhợt, thân nhiệt không ổn định, toan chuyển hóa phải lưu ý nhiễm trùng huyết. Trẻ ăn không tiêu, có dịch dạ dày, tiêu máu, chướng bụng cần theo dõi viêm ruột hoại tử, nhất là ở các trẻ ăn sữa công thức, tăng tốc độ sữa nhanh.

Rửa tay, chăm sóc vệ sinh, chống lây nhiễm chéo cần được thực hiện nghiêm ngặt tại NICU để tránh nhiễm trùng bệnh viện đây là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho trẻ non tháng.

Thiếu máu

Trẻ sinh non dễ bị thiếu máu do dự trữ sắt giảm, giảm sản xuất erythropoietin, cần lấy máu xét nghiệm nhiều lần. (Ngược lại, trẻ nhẹ cân so với tuổi thai, trẻ chậm phát triển trong tử cung thường bị đa hồng cầu). Biểu hiện lâm sàng: thở nhanh, có cơn ngừng thở kèm chậm nhịp tim, tim nhanh, xanh tái, li bì, không dung nạp sữa, chậm tăng cân. Dự phòng thiếu máu: cân nhắc xét nghiệm cần thiết, lượng máu xét nghiệm, tần suất thử xét nghiệm. Cung cấp đủ năng lượng. Cung cấp sắt đường uống khi trẻ được 4 – 6 tuần tuổi cho đến 12 – 15 tháng tuổi. Dùng erythropoietin (EPO) để tăng tạo hồng cầu.

Bệnh lý võng mạc (ROP: retinopathy of Prematurity)

ROP là bệnh lý võng mạc ở trẻ non tháng do sự rối loạn phát triển của mạch máu võng mạc vì ngừng tiến trình tạo mới mạch máu võng mạc, gây mù. Có 4 độ tương ứng với 4 giai đoạn tiến triển của bệnh. Cần tầm soát cho trẻ sinh non < 1.500 g, < 29 tuần, trẻ 1.500 – 2.000 g còn yếu tố nguy cơ hoặc lâm sàng không ổn định. Thời điểm tầm soát: lúc 4 – 6 tuần tuổi hoặc khi tuổi thai đạt được 31 – 33 tuần. Điều trị để dừng sự tăng sinh mạch máu võng mạc quá mức, làm bong võng mạc, gây mù.

Thời điểm điều trị: trong vòng 72 giờ sau khi có chẩn đoán xác định và có chỉ định điều trị.

Phương pháp điều trị: dùng Laser quang đông hoặc tiêm nội nhãn, để dừng sự phát triển mạch máu quá mức.

 Mời xem tiếp
ở trang 61

Bảng 1. Tóm tắt kết cục sức khỏe tổng quát của trẻ sinh non.

Thính lực và thị lực	Nhiễm trùng	Xương	Chất lượng cuộc sống	Chức năng khi trưởng thành
Bệnh lý võng mạc do non tháng	Tăng nguy cơ nhiễm trùng	Giảm khối lượng xương	Không tàn tật: chất lượng cuộc sống không ảnh hưởng	Giảm tỷ lệ hoàn thành chương trình giáo dục ở trường
Giảm thị lực	Khởi phát nhiễm trùng sớm: nhiễm trùng gram âm	Loãng xương	Có tàn tật: chất lượng cuộc sống giảm	Thu nhập từ nghề nghiệp thấp, một phần do thiếu năng
Cận thị, viễn thị			Giảm sức khỏe tâm thần	Tỷ lệ thất nghiệp cao
Lác (lệ) mắt	Khởi phát nhiễm trùng muộn: nhiễm trùng gram dương	Tăng nguy cơ gãy xương khi trưởng thành	Giảm chức năng kinh tế - xã hội	Giảm khả năng sinh sản
Tăng nguy cơ bong võng mạc			Giảm sức khỏe và khả năng sinh lý	Ở nữ: tăng nguy cơ sinh non
Giảm khả năng xử lý âm thanh				

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Preterm birth – WHO fact sheet Feb 2018 – <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Grace Eunjin Lee and Kent Wilis – Long term effects of Preterm birth – The long term impact of medical complications in pregnancy, series in maternal – fetal medicine 2017.
3. Resch B, Paces B. Are late preterm birth infants susceptible to RSV infection as fullterm infants? Early Hum Dev. 2011; 87
4. Kotecha SJ, Watkins WJ et al., Effect of late preterm birth on longitudinal lung spirometry in school age children and adolescent. Thorax. 2012; 67 (1): 54-61
5. Himpen E, Vanden Broeck C, Oostra A, Calders P, Vanheesebrouck P. Prevalence, type, distribution, and severity of cerebral palsy in relation to gestational age: a meta analysis review. Dev Med Child Neuro. 2008; 50(5):334-40.
6. Williams J, Lee KJ, Anderson PJ. Prevalence of motor skill impairment in preterm children who do not develop cerebral palsy: a systematic review. Dev Med Child Neuro. 2010; 52 (3):232-7
7. Farooqi A, Hagglof B, Sedin G, Gotherfors L, Serenius F. Chronic conditions, functional limitations, and special health care need in 10 to 12 year old children born at 23 – 25 weeks’ gestation in the 1990s: A Swedish national prospective follow up study, Pediatrics 2006; 118 (5)
8. Marlow N, Wolke D, Bracewell MA, Samara M, EPICure study group. Neurologic, and development disability at six year of age after extremely preterm birth. N Engl J med2005; 352(1): 9-19
9. Hack M, Fflanery DJ, Schluchter M, Cartar L, Borawski E, Klein N. Outcomes in young adulthood for very low birth weight infants. N Engl J Med 2002; 346(3): 149-57
10. Hornik CP, Fort P, Clark Rh et al. Early and late onset sepsis in very low birth weight infant from a large group of neonatal intensive care unit. Ear Hum Dev. 2012; 88: S69

Tiếp theo trang 57 → CHĂM SÓC TRẺ NON THÁNG

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi khoa Bệnh viện Nhi đồng 1. Nhà xuất bản Y học. (2013)
2. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, et. al. (1991). New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatrics 119:417-423.
3. Cifuentes J, Bronstein J, Phibbs CS, Phibbs RH, Schmitt SK, Carlo WA. Mortality in low birth weight infants according to level of neonatal care at hospital of birth. Pediatrics. 2002 May;109(5):745-51.
4. Committee on Fetus and Newborn. (2012). Policy Statement: Level of Neonatal Care. Pediatrics 130(3):587-597.
5. Fanaroff AA1, Hack M, Walsh MC. (2003). The NICHD neonatal research network: changes in practice and outcomes during the first 15 years. Semin Perinatol. 27(4):281-7.
6. HK Oatley1 , H Blencowe1,2 and JE Lawn. (2016). Systematic reviews: The effect of coverings, including plastic bags and wraps, on mortality and morbidity in preterm and full-term neonates. Journal of Perinatology 36, S82-S88; doi:10.1038/jp.2016.35.
7. MJ Sankar, N Gupta, K Jain, R Agarwal and VK Pau. (2016). Efficacy and safety of surfactant replacement therapy for preterm neonates with respiratory distress syndrome in low- and middle-income countries: a systematic review. Journal of Perinatology 36, S35-S47; doi:10.1038/jp.2016.31.
8. Morley CJ, Davis PG, Doyle LW, et al. (2008). Nasal CPAP or intubation at birth for very preterm infants. N Engl J Med. 14;358(7):700-8. doi: 10.1056/NEJMoa072788.
9. Neonatal Resuscitation Textbook, 7th Edition (2016).
10. R J Baer, E E Rogers, J C Partridge, J G Anderson, M Morris, M Kuppermann, L S Franck, L Rand and L L Jelliffe-Pawloski. (July, 2016). Population-based risks of mortality and preterm morbidity by gestational age and birth weight. Journal of Perinatology | doi:10.1038/jp.2016.118.
11. Richard A. Polin and Waldeman A. Carlo. (2014). Surfactant replacement therapy for Preterm and Term neonates with Respiratory distress. Pediatrics, 133:156-163.
12. Waldemar A. Carlo et al, (2010). High Mortality Rates for Very Low Birth Weight Infants in Developing Countries Despite Training. Pediatrics, Vol. 126, N.5, e1072-e1080; DOI: 10.1542/peds.2010-118.