

BV ĐKKV BÔNG SƠN

KHOA NHI



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

KHOA NHI

Năm 2022

CHƯƠNG 1: CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

LỌC BỆNH VÀ XỬ TRÍ CẤP CỨU

1. ĐẠI CƯƠNG

Tử vong trong bệnh viện thường xảy ra trong vòng 24 giờ đầu. Phần lớn các trường hợp tử vong này có thể ngăn ngừa được nếu trẻ bệnh nặng được lọc bệnh, phát hiện dấu hiệu cấp cứu sớm và xử trí kịp thời.

Lọc bệnh là một quy trình sàng lọc nhanh trẻ bệnh khi trẻ được đưa đến cơ sở y tế tại phòng đăng ký, ngoài ra có thể áp dụng tại phòng khám bệnh hoặc khoa cấp cứu.

2. PHÂN LOẠI

Nhanh chóng phân loại trở thành ba nhóm sau:

- Trẻ có **dấu hiệu cấp cứu** cần cấp cứu ngay hoặc chuyển vào khoa Cấp cứu.
- Trẻ có **dấu hiệu ưu tiên** sẽ được khám trước để đánh giá và điều trị kịp thời.
- Trẻ **không có dấu hiệu cấp cứu hoặc ưu tiên** sẽ được khám bệnh theo thứ tự.

Phân loại	Thời gian tối đa phải xử trí (phút)
Cấp cứu	0
Ưu tiên	10
Không cấp cứu, không ưu tiên	120

3. THỨ TỰ CÁC BƯỚC LỌC BỆNH

Hỏi bà mẹ lý do đưa trẻ đến khám cùng lúc quan sát và sờ tay chân trẻ.

3.1. Tìm những dấu hiệu cấp cứu đồng thời xử trí cấp cứu ngay hoặc chuyển vào khoa cấp cứu

Nếu trẻ có bất kỳ dấu hiệu cấp cứu nào phải cấp cứu ngay, kêu gọi giúp đỡ, sau đó tiếp tục và hoàn thành việc đánh giá và làm xét nghiệm cấp cứu: thử đường huyết bằng que (Dextrostix), dung tích hồng cầu (Hct).

Nếu Dextrostix < 50 mg/dL hoặc nghi ngờ hạ đường huyết và bệnh nhân còn tỉnh, uống được, cho uống glucose 15g/lần, lặp lại sau 5 - 10 phút nếu cần.

Tìm các dấu hiệu cấp cứu theo thứ tự ưu tiên:

• Dấu hiệu cấp cứu hô hấp:

- Ngừng thở hoặc cơn ngừng thở.
- Tím tái.
- Rút lõm ngực nặng.
- Thở rít thì hít vào khi nằm yên.
- Trẻ thở rít, hỏi bà mẹ trẻ có hít sặc không. Nếu có trẻ bị dị vật đường thở.

• Dấu hiệu sốc:

- Tay chân lạnh kèm.
- Thời gian đổ đầy mao mạch chậm >3 giây bằng cách ấn làm trắng móng tay.

Thời gian đổ đầy mao mạch là thời gian làm hồng trở lại móng tay.

- Mạch cổ tay yếu, nhanh hoặc không bắt được.

- Tìm vết thương đang chảy máu để cầm máu và hỏi bà mẹ nếu xuất hiện đột ngột sau chích thuốc hay cơn trùn cần nghi sốc phản vệ.

• Dấu hiệu hôn mê hoặc co giật:

- Mức độ tri giác được đánh giá nhanh bởi thang điểm AVPU:

A (alert): trẻ tỉnh.

V (voice): đáp ứng với lời nói.

P (pain): đáp ứng với kích thích đau (véo da hoặc kéo tóc vùng trán).

U (unconscious): hôn mê.

Trẻ cần cấp cứu khi không đáp ứng với kích thích đau hoặc đang co giật.

- Hỏi bà mẹ trẻ có bị chấn thương đầu cổ. Nếu có hoặc nghi ngờ, phải cố định cổ ngay.

• Dấu hiệu mất nước nặng ở trẻ bị tiêu chảy. Mất nước nặng khi có > 2 dấu hiệu sau:

- Trẻ li bì hoặc khó đánh thức.
- Dấu hiệu mất trũng.
- Nếp véo da bụng mất rất chậm (> 2 giây)..

3.2. Tìm các dấu hiệu ưu tiên để trẻ được khám trước, điều trị kịp thời

Trẻ có dấu hiệu ưu tiên khi có một trong các dấu hiệu sau:

- Sốt
- Li bì, bứt rứt, không yên.
- Suy hô hấp: (ngưỡng thở nhanh: trẻ < 2 tháng: ≥ 60 lần/phút; trẻ 2 tháng - dưới 12 tháng: ≥ 50 lần/phút; trẻ 12 tháng - 5 tuổi: ≥ 40 lần/phút).
- Gây mòn nặng hoặc phù 2 bàn chân.
- Lòng bàn tay rất nhợt
- Bỏng.
- Tai nạn, ngộ độc,
- Trẻ bệnh dưới 2 tháng tuổi,
- Có giấy chuyển viện tử tuyến trước

Những trẻ có dấu hiệu ưu tiên đều có nguy cơ diễn tiến nặng và nhanh, vì thế cần khám, đánh giá trước để xử trí kịp thời, không phải xếp chờ thứ tự khám. Nếu trẻ có chấn thương hoặc có vấn đề ngoại khoa thì cần có sự hỗ trợ của ngoại khoa.

3.3. Trẻ không có dấu hiệu cấp cứu, không có dấu hiệu ưu tiên

Nếu trẻ không có dấu hiệu cấp cứu cũng như ưu tiên thì chờ khám theo thứ tự.

Tiêu chuẩn chuyển vào khoa cấp cứu khi trẻ có một trong các dấu hiệu:

- Ngừng thở hoặc cơn ngừng thở.
- Tím tái.
- Rút lõm ngực nặng.
- Thở rít thì hít vào khi nằm yên.
- Sốc.

4. XỬ TRÍ

4.1. Cấp cứu hô hấp

	Xử trí cấp cứu
Dị vật đường thở	Thủ thuật Heimlich nếu trẻ > 1 tuổi Thủ thuật vỗ lưng ấn ngực ≤ 1 tuổi
Ngừng thở	Ngửa đầu Cố định cổ khi nghi ngờ chấn thương cột sống cổ Bóp bóng qua mask
Tím tái Rút lõm ngực Thở rít khi nằm yên	Thở Oxy

4.2. Cấp cứu sốc

	Xử trí cấp cứu
Sốc	Thở Oxy Lập đường truyền: Tĩnh mạch ngoại biên Truyền dịch nhanh 20ml/kg Giữ ấm
Sốc mất máu	Cầm máu Truyền dịch nhanh, truyền máu 20ml/kg
Sốc phản vệ	Adrenaline 1% 0,3ml tiêm dưới da

4.3. Cấp cứu trẻ hôn mê, co giật

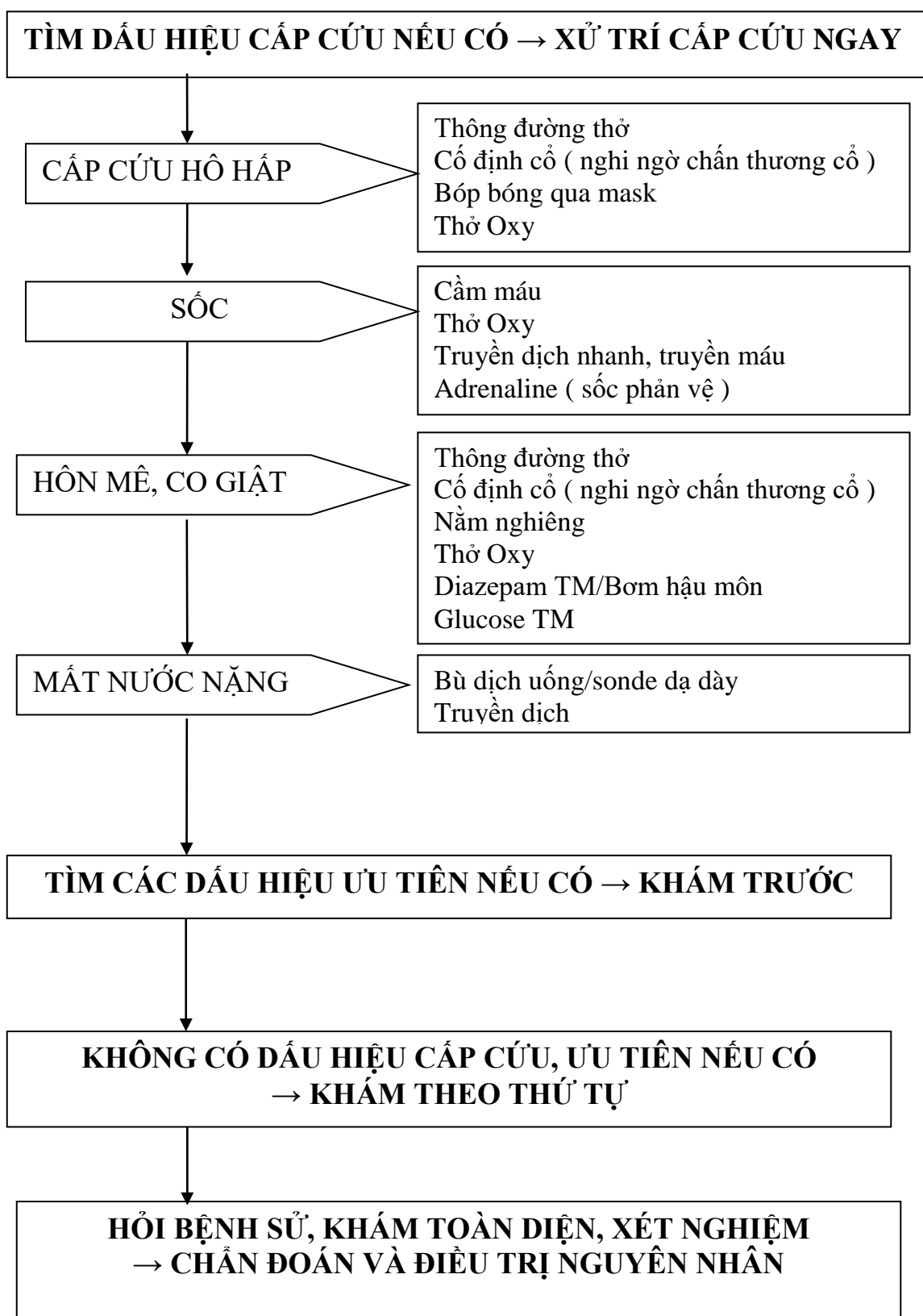
	Xử trí cấp cứu
Hôn mê	Thông đường thở Cố định cổ khi nghi ngờ chấn thương cột sống cổ Nằm nghiêng Glucose TM
Co giật	Thông đường thở Nằm nghiêng Diazepam TM/Bơm hậu môn

4.4. Cấp cứu mất nước nặng

	Xử trí
Mất nước nặng không SDD nặng	Truyền dịch theo phác đồ tiêu chảy mất nước nặng
Mất nước nặng kèm SDD nặng	Bù ORS qua sonde dạ dày

Tất cả trẻ sau khi được lọc bệnh và xử trí cấp cứu phải được hỏi bệnh sử, thăm khám toàn diện, chỉ định xét nghiệm để có chẩn đoán xác định và điều trị nguyên nhân

LƯU ĐỒ LỘC BỆNH VÀ XỬ TRÍ CẤP CỨU



CHƯƠNG 2: SƠ SINH

VÀNG DA TĂNG BILIRUBINE GIÁN TIẾP

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Vàng da tăng bilirubin gián tiếp là do tình trạng tăng phá hủy hồng cầu, giảm chức năng của men chuyển hóa bilirubin, hoặc tăng tái hấp thu bilirubin từ ruột. Hậu quả có thể gây tổn thương não, để lại di chứng nặng nề.

1.2. Nguyên nhân

1.2.1. Tăng sản xuất bilirubin:

Nguyên nhân hay gặp nhất gây vàng da tăng bilirubin tự do ở trẻ sơ sinh là tăng sản xuất bilirubin do bệnh lý gây tan máu.

- Tan máu miễn dịch do bất đồng nhóm máu mẹ con hệ ABO hoặc Rh.
- Bệnh lý tại hồng cầu: thiếu men G6PD, pyruvate kinase, bệnh lý màng hồng cầu, Thalassemia.
- Tan máu mắc phải: do dùng vitamin K liều cao, dùng thuốc ở mẹ như sử dụng oxytocin, thuốc chống sốt rét...

1.2.2. Giảm chức năng chuyển hóa bilirubin:

Hội chứng Crigler-Naajar, hội chứng Gilbert, bệnh lý chuyển hóa di truyền (galactosemia, suy giáp trạng bẩm sinh, rối loạn chuyển hóa tyrosin, methionin, thiếu α_1 antitrypsin...), con của những bà mẹ đái tháo đường.

1.2.3. Tăng tái hấp thu bilirubin từ ruột:

Hẹp môn vị, tắc ruột non, megacolon, tắc ruột phân su, sử dụng thuốc gây liệt ruột.

1.2.4. Vàng da do sữa mẹ

2. LÂM SÀNG

2.1. Biểu hiện lâm sàng

Phân vùng vàng da của Kramer

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

Vàng da xuất hiện đầu tiên ở mặt và cẳng mạc (Bilirubin toàn phần trong máu (TSB 4 - 8mg/dL), xuất hiện ở lòng bàn tay và chân (TSB > 15mg/dL).) Vàng da được phát hiện khi dùng ngón tay ấn vào vùng da nghi ngờ vàng da (trán, vùng trước xương ức, đùi, cánh tay, cẳng tay cẳng chân, bàn tay bàn chân) ấn khoảng 5 giây, buông ra quan sát xem có vàng không. Khám các dấu hiệu lâm sàng khác có thể gợi ý nguyên nhân, yếu tố nguy cơ làm tăng bilirubine gián tiếp, tìm triệu chứng của bệnh não cấp do tăng bilirubin như lừ đừ, mất phản xạ bú, tăng trương lực cơ, cơn xoắn vặn....

2.2. Bệnh não cấp do tăng bilirubin (ACE)

- Giai đoạn sớm: trẻ vàng da nhiều, ngủ gà, giảm trương lực cơ, bú kém

- Giai đoạn trung gian: trẻ lừ đừ, dễ bị kích thích và tăng trương lực cơ, có thể sốt, khóc the thé hay lơ mơ và giảm trương lực cơ, tăng trương lực cơ biểu hiện bằng uốn cổ và thân. Thay máu trong giai đoạn này trong một số trường hợp có thể cải thiện được các biểu hiện thần kinh

- Giai đoạn nặng: hệ thần kinh bị tổn thương và không hồi phục được, biểu hiện bằng tư thế uốn cổ - uốn người, khóc the thé, không bú được, có cơn ngưng thở, hôn mê, một số trường hợp co giật và tử vong

- Vàng da nhân: Là hình thức mãn của ACE, trẻ có biểu hiện của bại não thể múa vờn, rối loạn thính lực, loạn sản răng, mất nhìn trần, hiếm gặp thiếu năng trí tuệ và các tàn tật khác.

3. CẬN LÂM SÀNG

Vàng da sớm vào ngày 1 -2 hoặc vàng da nặng (vùng 4 - 5), cần làm các xét nghiệm giúp đánh giá mức độ nặng và nguyên nhân.

- Bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, albumin máu, điện giải đồ

- Nhóm máu (ABO, Rh), test Coombs

- CTM, HC lưới.

- XN nước tiểu và các XN khác để chuẩn đoán nguyên nhân như định lượng G6PD khi cần thiết

4. CHẨN ĐOÁN

a. Độ nặng vàng da

- Vàng da nhẹ: Vàng da nhẹ từ ngày 3 – 10, bú tốt, không kèm theo các yếu tố nguy cơ, mức Bilirubin trong máu chưa đến ngưỡng phải can thiệp.

- Vàng da bệnh lý: vàng da sớm, mức độ vàng nặng, kèm các yếu tố nguy cơ, mức Bilirubin vượt quá ngưỡng phải can thiệp

- Bệnh não cấp do tăng bilirubin (Vàng da nhân)

+ Vàng da nặng + Bilirubin gián tiếp tăng cao > 20 mg% và:

+ Biểu hiện thần kinh

b. Chẩn đoán nguyên nhân (thường gặp):

- Vàng da huyết tán do

+ Bất đồng nhóm máu ABO:

• Nghĩ đến khi: mẹ nhóm máu O, con nhóm máu A hoặc B.

• Chẩn đoán xác định: mẹ O, con A hoặc B + Test Coombs trực tiếp (+).

+ Bất đồng nhóm máu hệ Rh:

• Nghĩ đến nếu trẻ bị vàng da, xanh xao và phù trong vòng 24 giờ đầu.

• Thường vàng da xảy ra ở đứa con thứ 2 ở những bà mẹ có tiền sử xảy thai, nạo thai, rau bong non, làm thủ thuật chọc ối hay ngoại xoay thai

• Chẩn đoán xác định khi mẹ nhóm máu Rh (-), con nhóm máu Rh (+), test Coombs (+).

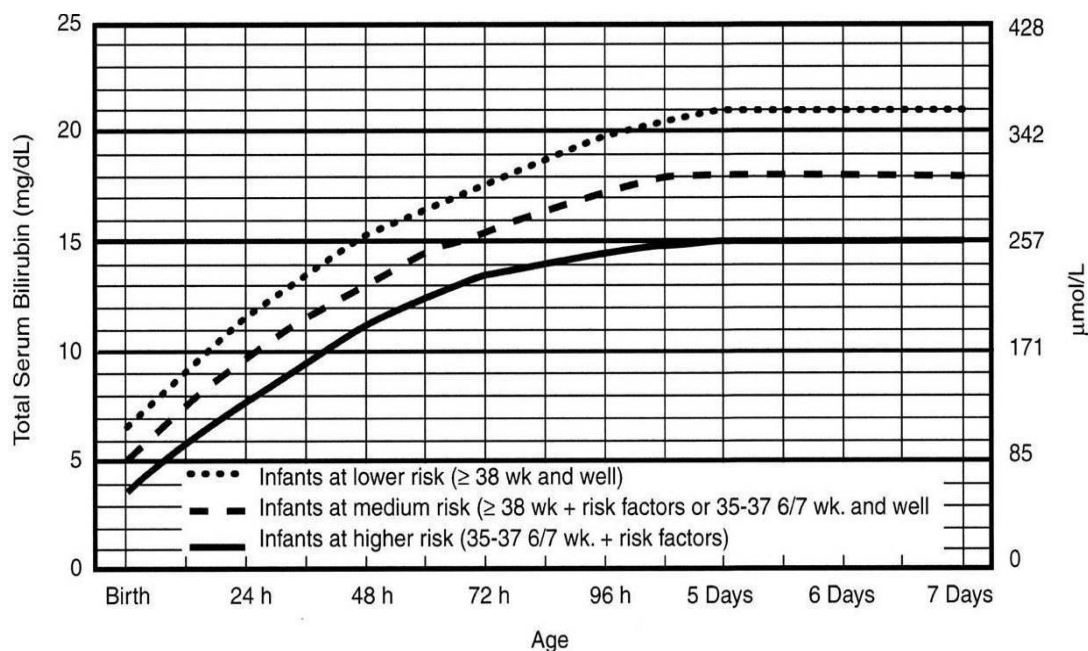
- Nhiễm trùng: vàng da + ổ nhiễm trùng/biểu hiện nhiễm trùng + xét nghiệm.

- Máu tụ: vàng da+bướu huyết thanh/bướu huyết xương sọ/máu tụ khác.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Ánh sáng liệu pháp (ASLP)

a. Chỉ định chiếu đèn:



- Đối với trẻ sơ sinh đủ tháng hoặc gần đủ tháng (trẻ trên 35 tuần):

Chỉ định chiếu đèn dựa vào định lượng bilirubin toàn phần (TSB)

+ Yếu tố nguy cơ: tan máu do bất đồng nhóm máu mẹ con, thiếu men G6PD, ngạt, nhiệt độ không ổn định, li bì, nhiễm khuẩn, toan chuyển hóa hoặc Albumin < 30g/dL

+ Ngừng chiếu đèn khi bilirubin 2-3mg/dL hoặc 35-50 micromol/ dL (dưới đường cong).

- Đối với trẻ sơ sinh non tháng < 35 tuần tuổi: chiếu đèn dựa bảng sau:

Cân nặng (gram)	Trẻ khỏe mạnh	Trẻ có yếu tố nguy cơ *
	Chiếu đèn (Bili mg%)	Chiếu đèn (Bili mg%)
< 1500	5-8	4-7
1501-2000	8-12	7-10
2000-2500	12-15	10-12

(*: trẻ có tán huyết, nhiễm trùng, thiếu oxy máu, toan chuyển hóa,...)

Trong một số trường hợp đặc biệt như trẻ có phù trong phù bào thai hoặc giảm albumin rất nặng, cân nặng của trẻ sẽ không tương xứng với tuổi thai. Bởi vậy, trong những trường hợp này sẽ chỉ định chiếu đèn dựa vào định lượng bilirubin toàn phần theo tiêu chuẩn của Viện quốc gia về sức khỏe trẻ em và phát triển con người (NICHD).

- Tuổi thai < 28 tuần: TSB > 86 micromol/l (5 mg/dl)
- Tuổi thai từ 28 – 29 tuần: TSB: 103 – 137 micromol/l (6- 8 mg/dl)
- Tuổi thai từ 30 – 31 tuần: TSB: 137 – 171 micromol/l (8 – 10 mg/dl)
- Tuổi thai từ 32 – 33 tuần: TSB: 171 – 205 micromol/l (10 12 mg/dl)
- Tuổi thai từ 34 – 35 tuần: TSB: 205 – 239 micromol/l (12 – 14 mg/dl)

Vàng da tăng bilirubin tự do ở trẻ đẻ non thường phổ biến hơn, nặng nề hơn và kéo dài hơn so với trẻ đủ tháng do chức năng của hồng cầu, gan và hệ thống tiêu hóa ở trẻ đẻ non chưa được hoàn thiện. Do đó, vàng da ở trẻ đẻ non cần phải theo dõi sát để có chỉ định chiếu đèn sớm và thời gian chiếu đèn sẽ kéo dài hơn so với trẻ đủ tháng.

a. Nguyên tắc:

- Chiếu đèn liên tục, chỉ ngưng khi cho bú.
- Che mắt khi chiếu đèn điều trị.
- Vàng da nặng: nên chọn ánh sáng xanh với hệ thống đèn 2 mặt
- Tăng lượng dịch cung cấp cho trẻ: tăng 10 – 20% nhu cầu

c. Ngừng chiếu đèn: khi

Ngưỡng bilirubin không gây bệnh não

Yếu tố nguy cơ, thúc đẩy đã ổn định

Đủ khả năng chuyển hóa hết lượng bilirubin tạo ra

- Trẻ < 35 tuần: TSB dưới ngưỡng chiếu đèn ≥ 2 mg/dL
- Trẻ ≥ 35 tuần khi TSB 13-14 mg/dL.

d. Tác dụng phụ của ánh sáng liệu pháp:

Tăng mất nước qua da gây mất nước, tăng hay hạ thân nhiệt, phát ban da, che dấu hiệu tím tái, tắc mũi do băng che mắt, tổn thương võng mạc, da màu đồng (Bronze baby).

5.2. Thay máu:

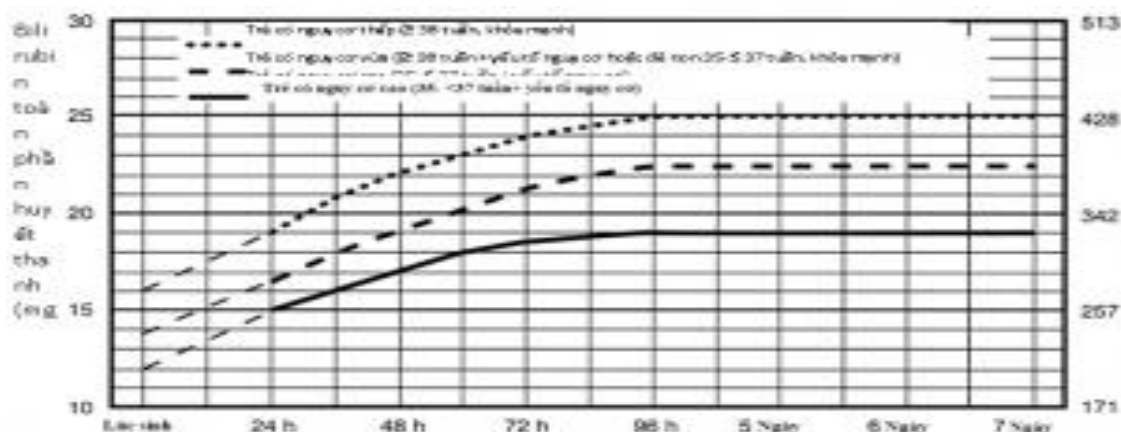
a. Chỉ định:

- Lâm sàng: vàng da nặng đến lòng bàn tay, bàn chân (< 1 tuần) + bắt đầu có biểu

hiện thần kinh, hoặc

- Mức Bilirubin máu tăng cao > 20 mg% + bắt đầu có biểu hiện thần kinh (li bì, bú kém).

- Với trẻ sơ sinh đủ tháng hoặc gần đủ tháng > 35 tuần: dựa vào mức bilirubin toàn phần theo biểu đồ sau:



- Với trẻ sơ sinh non tháng dưới 35 tuần: thay máu dựa theo bảng sau:

Cân nặng (gram)	Trẻ khỏe mạnh	Trẻ có yếu tố nguy cơ *
	Chiều đèn (Bili mg%)	Chiều đèn (Bili mg%)
< 1500	10-15	10-14
1501-2000	16-18	14-16
2000-2500	18-20	16-18

- Với những trường hợp trẻ có phù, cân nặng không tương xứng với tuổi thai, chỉ định thay máu dựa theo tiêu chuẩn của NICHHD

+ Tuổi thai < 28 tuần: TSB: 188 - 239 micromol/l (11 -14 mg/dl)

+ Tuổi thai từ 28 – 29 tuần: TSB: 205 – 239 micromol/l (12 –14mg/dl)

+ Tuổi thai từ 30 – 31 tuần: TSB: 222 – 274 micromol/l (13–16 mg/dl)

+ Tuổi thai từ 32 – 33 tuần: TSB: 257 – 308 micromol/l (15-18 mg/dl)

+ Tuổi thai từ 34 – 35 tuần: TSB: 291 – 325 micromol/l (17 – 19 mg/dl)

a. Số lượng máu thay: Trung bình 160ml/kg

b. Chống chỉ định thay máu

- Bệnh nhân nặng: đang suy hô hấp nặng hoặc sốc.

- Không có máu thích hợp hoặc máu tươi (< 7 ngày).

- Biện pháp điều trị thay thế: chiếu đèn 2 mặt liên tục.

5.3. Điều trị nguyên nhân: nhiễm trùng, tắc ruột, đa hồng cầu, suy giáp.

5.4. Điều trị hỗ trợ:

a. Cung cấp đủ dịch (tăng 10 – 20% nhu cầu).

b. Chống co giật bằng Phenobarbital.

c. Cho bú mẹ hoặc cho ăn qua sonde dạ dày sớm.

d. Vật lý trị liệu nếu vàng da nhân qua giai đoạn nguy hiểm.

e. Tăng bilirubin gián tiếp có thể phòng, điều trị bằng tin-mesoporphyrin, chế sản xuất heme oxygenase. Tuy nhiên, hiện FDA không chấp nhận thuốc này

f. Đối với trẻ bị bệnh tán huyết đồng miễn dịch và TSB tăng mặc dù chiếu đèn tích cực (theo AAP) hay gần ngưỡng thay máu 2–3mg/dL, truyền immunoglobulin 0,5-1 g/kg trong 2h và lặp lại sau 12h nếu cần thiết.

6. THEO DÕI

a. Trong thời gian nằm viện:

- Mức độ vàng da, biểu hiện thần kinh mỗi 4 – 6 giờ nếu vàng da nặng, mỗi 24 giờ trong trường hợp vàng da nhẹ.

- Bilan dịch ra vào, cân nặng mỗi ngày.

- Không nhất thiết phải đo Bilirubin máu mỗi ngày trừ trường hợp vàng da, đáp ứng kém với điều trị (vàng da không giảm, có biểu hiện thần kinh).

b. Tái khám mỗi tháng để đánh giá phát triển tâm thần vận động và có kế hoạch phục hồi chức năng kịp thời.

NHIỄM TRÙNG SƠ SINH

A. Nhiễm trùng sơ sinh sớm

1. TỔNG QUAN VỀ NHIỄM TRÙNG SƠ SINH

Nhiễm trùng sơ sinh (nhiễm khuẩn huyết sơ sinh) có thể được phân loại là nhiễm trùng sơ sinh sớm hoặc khởi phát muộn. Trong số trẻ sơ sinh có nhiễm khuẩn huyết sớm, 85% triệu chứng xuất hiện trong vòng 24 giờ đầu, 5% biểu hiện triệu chứng trong khoảng 24-48 giờ, và một tỷ lệ nhỏ hơn có trong vòng 48-72 giờ. Khởi phát nhanh nhất ở trẻ sơ sinh non tháng.

Nhiễm trùng sơ sinh sớm khởi phát có liên quan đến sự lây truyền các vi sinh vật từ mẹ. Sự lây nhiễm trực tiếp qua nhau thai hoặc lan dần từ đường âm đạo, sinh dục của mẹ, hoặc trẻ lây nhiễm khi đi qua đường ống đẻ lúc sinh. Các vi sinh vật phổ biến nhất liên quan đến nhiễm trùng khởi phát sớm bao gồm:

- Streptococcus nhóm B (GBS)
- Escherichia coli
- Staphylococcus coagulase âm tính
- Haemophilus influenzae
- Listeria monocytogenes

2. YẾU TỐ NGUY CƠ, ĐẶC ĐIỂM CỦA NHIỄM TRÙNG SƠ SINH SỚM

2.1. Yếu tố nguy cơ nhiễm trùng sơ sinh sớm

Đối với nhiễm trùng sơ sinh sớm trẻ thường có tối thiểu một yếu tố nguy cơ:

- Sinh non tự nhiên dưới 34 tuần tuổi thai
- Mẹ có bằng chứng nhiễm trùng
- Ối vỡ >24 giờ ở trẻ có tuổi thai < 34 tuần
- Phân lập được liên cầu nhóm B ở mẹ
- Bệnh lý nhiễm liên cầu nhóm B ở trẻ trước đó
- Trường hợp đa thai đã có 1 trẻ khẳng định hoặc nghi ngờ nhiễm trùng.

2.2. Dấu hiệu lâm sàng của nhiễm trùng sơ sinh sớm

Các triệu chứng nhiễm trùng sơ sinh sớm thường không đặc hiệu, dễ bị bỏ sót. Vì vậy nếu trẻ có yếu tố nguy cơ của nhiễm trùng, cần theo dõi sát các biểu hiện lâm sàng của trẻ.

- Suy hô hấp: Dấu hiệu suy hô hấp còn kéo dài sau 4 giờ tuổi là biểu hiện phổ biến nhất của nhiễm trùng sơ sinh sớm, với tỉ lệ khoảng 75%. Đa phần trẻ có tình trạng suy hô hấp tiến triển và sẽ có biểu hiện dấu hiệu nhiễm trùng trong vòng 24 giờ đầu sau sinh.

- Bệnh não cấp tính và co giật
- Vàng da sớm, da có vân tím
- Nhiễm toan chuyển hoá
- Cơn ngưng thở với giảm độ bão hòa oxy (SpO₂) và chậm nhịp tim
- Sốt dai dẳng hay hạ thân nhiệt bất thường
- Hạ glucose máu hoặc tăng glucose máu

2.3. Cận lâm sàng

- PTCSHH

- Cây máu: Cây máu phải được thực hiện trước khi bắt đầu sử dụng kháng sinh. Phần lớn những mẫu cây máu có kết quả dự đoán dương tính sẽ mọc sau 48 giờ kể từ lúc cấy mẫu. Nếu cây máu không mọc ở thời điểm 48 giờ thì thường cho kết quả âm tính.

- Cây các dịch khác:

+ Dịch não tủy: Xem xét chọc dịch não tủy nếu có dấu hiệu thần kinh. Tất cả những trẻ có kết quả cấy máu dương tính nếu không phải CoNS (coagulase negative staphylococci), nên được chọc dịch não tủy trừ khi tình trạng lâm sàng cải thiện thì việc chọc dịch não tủy là không cần thiết.

+ Nước tiểu: Xem xét việc cấy nước tiểu nếu nghi ngờ nhiễm trùng đường tiểu thấp.

+ Dịch màng phổi, dịch màng bụng nếu có

- Phản ứng CRP: tăng trong trường hợp nhiễm trùng sơ sinh sớm, giá trị >10mg/l thường gợi ý có tình trạng nhiễm trùng

- Procalcitonin (PCT): PCT thường có giá trị thấp ngay sau sinh thậm chí ở những trẻ có nhiễm trùng sơ sinh sớm. PCT thường tăng ở tất cả các trẻ trong vòng 24 giờ đầu sau sinh trước khi PCT giảm. Và những trẻ có nhiễm trùng sơ sinh sớm thường có mức PCT cao hơn so với trẻ không có nhiễm trùng.

Vào thời điểm 48 giờ PCT với giá trị khoảng 5ng/ml có thể gợi ý chẩn đoán nhiễm trùng sơ sinh sớm với độ nhạy 83% và độ đặc hiệu 88%. Sau 72 giờ tuổi, giá trị đo được của PCT có thể giúp đưa ra một số gợi ý nhiễm trùng. Và điều này sẽ được xem xét cùng với một số kết quả cận lâm sàng và dấu hiệu lâm sàng trong thực hành lâm sàng chẩn đoán điều trị và theo dõi điều trị nhiễm trùng sơ sinh sớm

- <0.5mcg/l không có khả năng nhiễm trùng hệ thống
- >=0.5 - <2mcg/l nguy cơ trung bình, bệnh nhân nên được theo dõi sát
- >=2mcg/l nguy cơ cao có thể đưa đến nhiễm trùng nặng.

3. ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG SƠ SINH SỚM

3.1. Nguyên tắc điều trị: bao gồm điều trị hỗ trợ và điều trị đặc hiệu

- Điều trị hỗ trợ: đảm bảo theo các bước A B C D

- Điều trị đặc hiệu: Quyết định sử dụng kháng sinh cho trẻ sơ sinh trong vòng 72 giờ đầu thường được chỉ định khi đánh giá về mặt lâm sàng có thể nhiễm trùng sơ sinh sớm, bao gồm sự hiện diện của yếu tố nguy cơ và biểu hiện lâm sàng

3.2. Sử dụng kháng sinh

Nếu có 2 hay nhiều yếu tố nguy cơ hoặc dấu hiệu lâm sàng sẽ bắt đầu sử dụng kháng sinh sau khi cấy máu.

Nếu có ít hơn 2 yếu tố nguy cơ hoặc dấu hiệu lâm sàng thì quyết định dựa vào tình trạng lâm sàng. Trong đa số trường hợp nên theo dõi dấu hiệu hô hấp và nhiệt độ mỗi 2 giờ trong 12 giờ đầu.

3.3. Điều trị và theo dõi nhiễm trùng

Nhiễm trùng sơ sinh sớm

Nếu bắt đầu kháng sinh dựa trên những tiêu chuẩn ở trên.

Làm xét nghiệm cơ bản

- Cấy máu
- Đếm tế bào máu (tổng phân tích tế bào máu ngoại vi)
- Chụp XQ phổi nếu dấu hiệu suy hô hấp còn sau 4 giờ tuổi. Có thể chụp sớm hơn nếu trẻ suy hô hấp tiến triển, đòi hỏi thông số hỗ trợ cao hơn để đảm bảo độ bão hòa oxy

Bắt đầu kháng sinh

- Ampicillin
- Gentamicin

Viêm màng não mủ thường không phổ biến trong nhiễm trùng sơ sinh sớm nhưng nếu nghi ngờ trẻ nên được chọc dịch não tủy. Trong trường hợp trẻ quá nặng không thể chọc dịch não tủy được nên thêm kháng sinh cefotaxime. Kháng sinh này hiếm khi được dùng trong nhiễm trùng sơ sinh sớm. Cần thảo luận với bác sĩ có kinh nghiệm khi sử dụng.

Theo dõi

- CRP hoặc PCT vào thời điểm 24- 48 giờ tuổi nếu lâm sàng không ổn định
- Kiểm tra kết quả cấy máu nếu trong trường hợp có thể mọc sớm

Ngưng kháng sinh sau 48 giờ điều trị nếu

- Trẻ ổn định và linh hoạt
- Cấy máu âm tính
- Nếu có một số dấu hiệu cho thấy trẻ không cải thiện thì phải kiểm tra procalcitonin vào thời điểm 48 giờ tuổi. Nếu procalcitonin $\leq 5\text{ng/ml}$ và cấy máu âm tính thì nên ngưng kháng sinh.

Nếu cấy máu dương tính với vi trùng không phải CoNS thì sử dụng kháng sinh có khả năng bao phủ được vi trùng. Thời gian sử dụng kháng sinh phụ thuộc vào cơ quan nhiễm trùng.

Kiểm tra PCT.

Nếu việc điều trị kháng sinh được tiếp tục sau 48 giờ thì phải đánh giá lại triệu

chứng lâm sàng và PCT hằng ngày. Mục đích của việc này để cố gắng ngưng kháng sinh sau 5-7 ngày nếu trẻ tốt hơn và PCT giảm.

B. Nhiễm trùng sơ sinh có liên quan đến chăm sóc y tế (nhiễm trùng sơ sinh muộn)

1. TỔNG QUAN NHIỄM TRÙNG SƠ SINH CÓ LIÊN QUAN CHĂM SÓC Y TẾ

Nhiễm trùng sơ sinh có liên quan đến chăm sóc y tế hay nhiễm trùng sơ sinh muộn xảy ra từ 4-90 ngày tuổi và có liên quan đến môi trường chăm sóc, đặc biệt là chăm sóc y tế trong đơn vị hồi sức tích cực. Tất cả trẻ nguy cơ cao được điều trị trong đơn vị Hồi sức tích cực khởi phát triệu chứng sau 48 giờ nhập vào đơn vị, được đặt đường truyền, các thủ thuật xâm lấn, thở máy đều có nguy cơ nhiễm trùng huyết có liên quan đến chăm sóc y tế. Các sinh vật liên quan đến việc gây ra nhiễm khuẩn huyết muộn bao gồm:

- Staphylococcus coagulase âm tính
- Staphylococcus aureus
- E coli
- Klebsiella
- Pseudomonas
- Enterobacter
- Candida
- GBS
- Serratia
- Acinetobacter
- Anearobes

2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

Lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng: tương tự như triệu chứng của nhiễm trùng sơ sinh sớm. Trẻ có thể biểu hiện triệu chứng một cách đột ngột hay “trở bệnh” với hiện

- Con ngưng thở dài, chậm nhịp tim, tím tái, tăng nhịp tim, thời gian phục hồi màu da kéo dài, tụt huyết áp biểu hiện shock nhiễm trùng

- Vàng da, tan máu

- Li bì, bú kém, co giật

- Không tiêu sữa, ọc dịch vàng, dịch máu

- Chướng bụng, mất âm ruột, thay đổi màu sắc da vùng bụng, tiêu phân nhầy máu

- Co giật, thóp phồng

- Rối loạn đông máu, xuất huyết da, niêm mạc, xuất huyết cơ quan

- Phù cứng bì

Cận lâm sàng:

- Cây máu: được thực hiện trước khi dùng kháng sinh

- Công thức máu ngoại biên: tăng bạch cầu, giảm tiểu cầu, đặc biệt trong trường

- Đông máu: rối loạn chức năng đông máu, giảm fibrinogen

- Điện giải đồ: rối loạn điện giải

- Procalcitonin, CRP tăng cao

- X quang phổi: nhiễm trùng có liên quan đến thở máy xâm lấn, kéo dài

- X quang bụng: khi có triệu chứng đường tiêu hóa, nghi ngờ viêm ruột hoại tử

- Xem xét chọc tuỷ sống

- Xem xét cấy nước tiểu

- Khí máu

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị: Điều trị đặc hiệu và điều trị hỗ trợ

Đảm bảo các bước A B C D

Nếu trẻ có tình trạng shock phải điều trị tích cực

3.2. Kháng sinh:

Sử dụng kháng sinh tốt nhất theo kháng sinh đồ. Trong thực hành lâm sàng, nên dựa vào đặc điểm tác nhân gây bệnh thường gặp tại đơn vị hồi sức sơ sinh.

Nếu có thở máy/ hoặc đường truyền trung tâm:

- Amikacin (Aminoglycosis)
- Ticarcillin/ciprofloxacin/perfloxacin/cefepime
- Vancomycin nếu nghi do tụ cầu
- Viêm phúc mạc thêm Metronidazole

Nếu không thở máy và không có đường truyền trung tâm:

- Ampicillin
- Gentamicin

Tất cả trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng sơ sinh muộn cần được chọc dò tủy sống. Trong trường hợp trẻ quá nặng hoặc tiểu cầu giảm <50,000 hoặc có chống chỉ định chọc DNT thì dùng thêm cefotaxime. Kháng sinh này hiếm được dùng trong nhiễm trùng sơ sinh sớm.

- Nếu trẻ xấu hơn nên đổi sang kháng sinh có phổ tác dụng tốt hơn.

Theo dõi

- Tình trạng lâm sàng
- PCT mỗi 24-48 giờ
- Kiểm tra kết quả cấy máu sau 48 giờ.

Nếu cấy máu dương tính thì quyết định dùng kháng sinh phù hợp bao phủ được loại vi trùng. Thời gian điều trị sẽ phụ thuộc vào loại vi trùng.

Nếu cấy máu dương tính với CoNS cần được xem xét nếu là đây là ngoại nhiễm. Nếu có đường truyền trung tâm và lâm sàng trẻ không khỏe thì đây có thể là nguyên nhân nhiễm trùng.

Ngừng kháng sinh

Một điều hết sức cần thiết là việc tiếp tục kháng sinh nên được đánh giá lại hàng ngày và việc ngưng kháng sinh càng sớm càng tốt nếu có thể nếu không cần dự phòng nhiễm trùng.

Nếu trẻ chưa được chọc DNT thì nên chọc DNT trước khi ngưng kháng sinh.

Ngưng kháng sinh sau 48-72 giờ nếu:

- Trẻ ổn định và tốt
- Cây máu âm tính
- PCT bình thường hoặc đang giảm nhanh.

Nếu kháng sinh vẫn còn kéo dài sau 48 giờ thì cần đánh giá lại tình trạng lâm sàng mỗi ngày và ngưng kháng sinh sau 5-7 ngày nếu:

- Trẻ tốt
- PCT giảm.

NHIỄM KHUẨN RỒN SƠ SINH

1. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm khuẩn rốn là tình trạng nhiễm khuẩn rốn và mô xung quanh rốn. Bệnh lý này chủ yếu gặp ở trẻ sơ sinh và dễ tiến triển nặng.

2. NGUYÊN NHÂN

+ Vi khuẩn gây nhiễm khuẩn rốn thường là *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp* và *Streptococcus pyogenes*.

+ Uốn ván là một bệnh nhiễm khuẩn rốn nặng, tỷ lệ tử vong cao, di chứng nặng nhưng sẽ không đề cập trong nội dung của bài này.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Yếu tố nguy cơ

- + Trẻ sinh non
- + Trẻ có đặt catheter động mạch rốn, tĩnh mạch rốn
- + Cắt rốn không vô khuẩn
- + Ối vỡ non, ối vỡ kéo dài

3.2. Triệu chứng lâm sàng

- + Nhiễm khuẩn rốn tại chỗ:
 - + Rốn ướt, sưng, đỏ.
 - + Vùng quanh rốn sưng, đỏ lan rộng dưới 1 cm.
 - Nhiễm khuẩn rốn nặng:
 - + Rốn sưng, đỏ hoặc chảy mủ, có mùi hôi.
 - + Vùng quanh rốn sưng, đỏ lan rộng xung quanh trên 1cm.
 - + Chướng bụng.
- ### 3.3. Cận lâm sàng
- + Công thức máu
 - + Phản ứng CRP

- + Cây máu nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết
- + Soi vi khuẩn, cấy mũ rốn
- + Siêu âm bụng

4. ĐIỀU TRỊ

- Nhiễm khuẩn rốn tại chỗ:
 - + Điều trị tại chỗ, không cần dùng kháng sinh toàn thân:
 - Rửa sạch tay.
 - Rửa sạch rốn và nhẹ nhàng thấm khô.
 - Bôi cồn 700 lên vùng rốn nhiễm khuẩn 3 lần/ngày cho đến khi hết mũ.
 - Rửa sạch tay sau khi chăm sóc rốn.
 - + Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc tại nhà.
 - + Hẹn khám lại sau 2 ngày. Khám lại ngay nếu bệnh không đỡ hoặc có các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân.
- Nhiễm khuẩn rốn nặng:
 - + Chăm sóc rốn như nhiễm khuẩn rốn tại chỗ.
 - + Nếu không có triệu chứng toàn thân: dùng kháng sinh ampicillin + gentamicin tiêm tĩnh mạch.
 - + Nếu có triệu chứng toàn thân: dùng cloxacillin + gentamicin.
 - + Nếu nhiễm khuẩn rốn trong bệnh viện, trẻ đang điều trị nhiễm khuẩn huyết: dùng vancomycin + aminoglycosides.
 - + Điều trị tiếp theo kết quả kháng sinh đồ.
 - + Theo dõi trẻ trong 24 giờ sau khi ngừng kháng sinh. Nếu hết nhiễm khuẩn rốn, trẻ bú tốt, không còn dấu hiệu cần nằm viện thì cho trẻ ra viện và hướng dẫn bà mẹ chăm sóc, theo dõi tại nhà.
 - + Xử trí các biến chứng hoặc các bệnh kèm theo.

5. PHÒNG NGỪA

5.1. Chăm sóc rốn ngay sau sinh

- Không bôi chất gì lên rốn.
- Không băng rốn.

5.2. Chăm sóc rốn sau sinh hàng ngày trước khi rụng rốn:

- Để rốn khô tự nhiên.
- Không bôi chất gì lên rốn.
- Không băng rốn.
- Quần tã thấp dưới rốn.
- Mặc áo sạch để che rốn.
- Nếu rốn bị ướt nước tiểu, rửa bằng nước chín và nước muối sinh lý, thấm khô bằng gạc sạch.

VIÊM PHỔI SƠ SINH

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm phổi là một trong những bệnh lý thường gặp và gây tử vong hàng đầu ở trẻ sơ sinh. Viêm phổi sơ sinh có thể được phân loại như sau:

- Viêm phổi khởi phát sớm: khởi phát trong vòng 3 ngày đầu sau sinh
- Viêm phổi khởi phát muộn: khởi phát sau 3 ngày tuổi hay còn gọi là viêm phổi mắc phải sau sinh.

2. NGUYÊN NHÂN

- Viêm phổi khởi phát sớm
 - Viêm phổi bẩm sinh/viêm phổi trong tử cung: do tác nhân gây bệnh truyền qua nhau thai, viêm phổi là một thành phần trong bệnh lý nhiễm khuẩn toàn thân ví dụ viêm phổi do Rubella, CMV. Cách lây truyền thứ hai là do hít nước ối bị nhiễm trong tử cung, thường kèm với ngạt trong bào thai.
 - Viêm phổi mắc phải trong quá trình sinh: khởi phát trong vòng vài ngày đầu sau sinh, thường do vi trùng ở đường sinh dục mẹ ví dụ như E.coli, Streptococcus nhóm B.
- Viêm phổi khởi phát muộn
 - Tác nhân gây bệnh ở môi trường cộng đồng hay môi trường bệnh viện, thường qua tiếp xúc với người gần gũi hoặc do dụng cụ vậy nhiễm.
 - Tác nhân thường gặp như phế cầu, tụ cầu, H.influenza, trực trùng gram âm hay virus.

Tuy phân loại như vậy, về cơ bản biểu hiện lâm sàng và tác nhân có thể trùng lặp. Xử trí viêm phổi nguyên tắc là điều trị hỗ trợ hô hấp tuần hoàn kèm theo điều trị tác nhân nhiễm khuẩn.

- Các yếu tố nguy cơ: viêm phổi mắc phải lúc sinh gồm có sinh non, vỡ ối sớm trên 18 tiếng, chuyển dạ kéo dài, mẹ bị nhiễm khuẩn ối, nước ối hôi.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Triệu chứng lâm sàng của viêm phổi:

+ Trẻ có các dấu hiệu suy hô hấp :

- Thở nhanh > 60 lần/phút hoặc thở chậm < 30 lần/ phút
- Cơ ngừng thở > 20 giây hoặc < 20 giây kèm nhịp tim giảm < 100 lần/phút.
- Rút lõm ngực.
- Phập phồng cánh mũi.
- Thở rên (thì thở ra).
- Tím tái trung tâm.
- SpO₂ < 90%.

+ Đôi khi triệu chứng cũng rất mơ hồ không đặc hiệu lúc khởi bệnh, triệu chứng hô hấp chỉ rõ ràng khi đến giai đoạn trễ của bệnh.

+ Viêm phổi cũng có thể là triệu chứng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ, phối hợp với triệu chứng nhiễm khuẩn toàn thân.

3.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân: công thức máu, cấy máu, X quang tim phổi; cấy dịch não tủy, cấy nước tiểu khi có dấu hiệu toàn thân đi kèm. Chú ý xét nghiệm vi trùng nên được làm trước khi cho kháng sinh.

+ Xét nghiệm hỗ trợ để điều chỉnh thông khí và dịch truyền phù hợp: khí máu, điện giải đồ.

+ Xquang của viêm phổi có thể không đặc hiệu, có thể có hình ảnh tổn thương khu trú, hoặc lan tỏa thâm nhiễm dạng đám, hoặc vân mờ (streaky density).

+ Có thể rất khó phân biệt giữa viêm phổi và bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh trong những giờ đầu sau sinh. Lâm sàng và X quang có thể tương đồng. Do đó nếu trẻ sinh non có suy hô hấp, kháng sinh thường được khuyến cáo. Triệu chứng suy hô hấp xuất hiện sau 4 giờ sau sinh thường là dấu hiệu gợi ý cho viêm phổi hơn là bệnh màng trong.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán với các bệnh lý có kèm theo suy hô hấp ở trẻ sơ sinh sau :

- Trần dịch hoặc tràn khí màng phổi
- Thoát vị hoành
- Tịt mũi sau
- Teo thực quản có dò thực quản khí quản
- Tim bẩm sinh
- Con thở nhanh thoáng qua ở trẻ sơ sinh

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Phát hiện sớm những trẻ có nguy cơ viêm phổi
- Xác định các dấu hiệu nghi ngờ viêm phổi.
- Hỗ trợ hô hấp
- Kháng sinh
- Điều trị hỗ trợ và biến chứng

4.2. Điều trị cụ thể

+ Điều trị theo nguyên nhân.

+ Hỗ trợ hô hấp: thở CPAP qua mũi hoặc thở máy đúng chỉ định.

+ Tổ chức y tế thế giới khuyến cáo kháng sinh đầu tay cho viêm phổi sơ sinh do vi trùng cộng đồng là Ampicillin và gentamicin. Viêm phổi mắc phải ở bệnh viện có thể cần dùng Ticarcillin/Cefepim +/- Amikacin. Thất bại với các kháng sinh này có thể dùng Imipenem. Dùng Vancomycin nếu nghi ngờ nhiễm tụ cầu hay phế cầu kháng methicilin.

+ Điều chỉnh kháng sinh thích hợp theo kết quả kháng sinh đồ hoặc có thể đổi kháng sinh nếu sau 2 ngày điều trị không cải thiện.

4.3. Xử trí hỗ trợ:

- Thông đường thở: hút đàm giải, thay đổi tư thế. Tư thế nằm đầu cao 30°: tránh trào ngược, hít sặc
- Giữ ấm

- Cung cấp dinh dưỡng, nước, điện giải: bú mẹ, nếu nhịp thở nhanh >70 lần/phút hoặc trẻ bú yếu: nuôi ăn qua ống theo nhu cầu

- Ngăn ngừa hạ đường máu: làm xét nghiệm đường huyết vì hạ đường huyết có thể làm nặng thêm tình trạng suy hô hấp. Nếu đường huyết dưới 45mg/dl (2,6mmol/l) thì xử trí hạ đường huyết.

- Tập vật lý trị liệu hô hấp

5. BIẾN CHỨNG

- Tràn khí màng phổi: trẻ đột ngột khó thở do tím tái không đáp ứng với oxy.

• Chụp XQ phổi: chẩn đoán xác định.

• Xử trí: chọc dò màng phổi giải áp hoặc dẫn lưu màng phổi.

- Xẹp phổi: tập vật lý trị liệu và/hoặc thở NCPAP.

6. PHÒNG BỆNH

- Dụng cụ hồi sức sơ sinh sạch.

- Chăm sóc trẻ sạch: rửa tay, kỹ thuật hút đờm rãi đúng quy trình.

HẠ ĐƯỜNG MÁU SƠ SINH

1. ĐỊNH NGHĨA

Hạ đường máu là một trong những vấn đề thường gặp trong giai đoạn sơ sinh, có thể thoáng qua trong giai đoạn đầu sau sinh. Tuy nhiên hạ đường máu dai dẳng có thể gây tổn thương não và để lại hậu quả lâu dài.

Hạ đường máu sơ sinh được xác định khi Glucose máu của trẻ dưới 2,6 mmol/L (47 mg/dL)

2. NGUYÊN NHÂN

Hạ đường máu có thể do giảm dự trữ Glycogen và hoặc tăng sử dụng Glucose, tăng Insulin. Có nhiều nguyên nhân:

2.1. Hạ đường máu do tăng Insulin

a. Do thay đổi chuyển hoá của mẹ:

- Truyền đường, thuốc trong thai kỳ
- Bệnh tiểu đường

b. Do di truyền bẩm sinh: Đột biến gen mã hóa sự điều hòa bài tiết Insulin của tế bào Beta đảo tụy như gen ABCC8, KCNJ11, SUR1, Kir6.2...

c. Tăng Insulin thứ phát

- Ngạt
- Hội chứng Beckwith-Wiedemann
- Mẹ điều trị thuốc Terbutaline
- Catheter động mạch rốn sai vị trí: dịch có nồng độ Glucose cao được truyền vào động mạch chậu và động mạch mạc treo tràng trên ở vị trí T11- T12, kích thích tụy tăng tiết Insulin
- Ngừng đột ngột dịch truyền Glucose cao
- Sau thay máu với lượng máu có nồng độ Glucose cao
- Khối u sản xuất Insulin u đảo tụy, tăng sản tế bào Beta tiểu đảo Langerhans

2.2. Trẻ to so với tuổi thai: Ngoài nguyên nhân do mẹ tiểu đường, có thể không

xác định được nguyên nhân. Là nhóm nguy cơ cao cần được sàng lọc hạ đường huyết.

2.3. Giảm sản xuất/ dự trữ Glucose

- Chậm phát triển trong tử cung
- Đẻ non
- Chế độ dinh dưỡng không đủ năng lượng
- Cho ăn muộn

2.4. Tăng sử dụng và/hoặc giảm sản xuất Glucose

a. Stress chu sinh: nhiễm trùng, sốc, hạ thân nhiệt, suy hô hấp, giai đoạn sau hồi sức

b. Rối loạn chuyển hoá bẩm sinh

- Carbohydrate (rối loạn chuyển hóa đường galactose, không dung nạp đường fructose)

- Axit amin (bệnh siro niệu MSUD, bệnh nhiễm axit Methylmalonic máu)

- Axit béo (rối loạn chuyển hóa carnitine, thiếu AcylCoA dehydrogenase)

c. Rối loạn nội tiết:

- Thiếu hormone tuyến yên/ Glucagon/ Cortisol/ Adrenaline

d. Đa hồng cầu

e. Mẹ sử dụng các thuốc chẹn beta (VD labetalol, propranolol)

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu và có thể muộn

- Kích thích/Run giật/Co giật
- Li bì/Ngơ ngác
- Tiếng khóc bất thường
- Thở rên/Thở nhanh/Cơn ngừng thở
- Vã mồ hôi

- Nhịp tim nhanh

- Hạ thân nhiệt

Trẻ sơ sinh cũng có thể có hạ đường huyết mà không có triệu chứng. Do đó, chú ý hỏi bệnh tim các thông tin đầy đủ và khám trẻ một cách toàn diện, đặc biệt chú ý đến:

- Trẻ có các triệu chứng nặng (co giật, tím tái, suy hô hấp...) cần phải cấp cứu ngay không?

- Tìm và xác định trẻ có nguy cơ hạ đường huyết để sàng lọc sớm: trẻ có cân nặng khi sinh nặng cân hay quá nhẹ cân so với tuổi thai, trẻ sinh non hay già tháng, trẻ cần điều trị ở NICU (VD Ngạt, nhiễm trùng), con của mẹ tiểu đường, mẹ được điều trị thuốc chẹn beta, trẻ có đa hồng cầu...

- Khám đầy đủ các cơ quan, chú ý khám thần kinh

3.2. Sàng lọc hạ đường huyết

Cần làm xét nghiệm Glucose huyết cho tất cả những trẻ sơ sinh có triệu chứng và sàng lọc hạ đường huyết cần thực hiện cho những trẻ sơ sinh bị bệnh và trẻ sơ sinh có nguy cơ.

Sàng lọc cần thực hiện ngay trong giờ đầu sau sinh, và tiếp tục theo dõi thường quy trong thời gian tiếp theo.

3.3. Xét nghiệm cận lâm sàng

a. Xét nghiệm xác định chẩn đoán

- Lấy máu xét nghiệm nồng độ Glucose huyết thanh cho xét nghiệm xác định. Xét nghiệm cần được làm sớm để có kết quả chính xác. Lượng Glucose máu sẽ giảm 0,8 – 1,1 mmol/L mỗi giờ nếu mẫu máu để ở nhiệt độ phòng.

- Xét nghiệm nhanh: Test Dextrostix. Lưu ý, lượng Glucose trong máu toàn phần thấp hơn khoảng 15% so với Glucose huyết thanh và có thể thấp hơn nữa khi có cô đặc máu.

Cần điều trị ngay khi có kết quả test nhanh này trong khi chờ chẩn đoán xác định từ xét nghiệm sinh hóa ở phòng xét nghiệm. Test nhanh này cần thiết trong quá trình theo dõi điều trị hạ đường huyết.

b. Xét nghiệm tìm nguyên nhân: cần làm cho trường hợp hạ đường huyết dai dẳng (khi hạ đường huyết nặng có co giật hoặc thay đổi ý thức ở một trẻ không có bệnh gì khác hoặc trẻ cần duy trì tốc độ truyền đường > 8- 10 mg/kg/phút để duy trì Glucose huyết thanh trên 2,8 mmol/L và kéo dài trên 1 tuần)

- Insulin huyết thanh xét nghiệm đồng thời với Glucose huyết thanh
- Cortisol

c. Trường hợp hạ đường huyết dai dẳng với insulin huyết bình thường, cần xem xét các xét nghiệm

- Hormone tăng trưởng (GH), ACTH, T4, TSH
- Glucagon
- Amino acid huyết thanh, niệu. Acid hữu cơ niệu
- Xét nghiệm gen

4. XỬ TRÍ

4.1. Xử trí ngay các tình trạng cần cấp cứu: (như co giật, tím tái, suy hô hấp...) nếu có.

4.2. Điều chỉnh đường máu: mục tiêu duy trì Glucose huyết thanh $\geq 2,6$ mmol/L trong ngày đầu sau sinh và $\geq 2,8$ mmol/L trong những ngày sau.

Điều chỉnh đường máu được thực hiện từng bước tùy theo mức độ hạ đường máu, có hoặc không có triệu chứng như sau:

+ Đo đường huyết và
+ Ghi nhận triệu chứng

< 25 mg/Dl (đổi mmol) và không triệu chứng

- Tiêm TM glucose 10% 2ml/kg tốc độ 1ml/phút.
- Truyền TM glucose 10% 5ml/kg/giờ duy trì trong vài ngày.
- Cho bú sớm hoặc sữa mẹ qua ống thông dạ dày.
- Theo dõi glucose mao mạch sau tiêm TM glucose 30 phút, và rồi 3giờ/lần đến khi ổn định (2 lần liên tiếp > 40 mg/dL).

< 25 mg/Dl (đổi mmol) và không triệu chứng

- Tiêm TM glucose 10% 2ml/kg tốc độ 1ml/phút.
- Truyền TM glucose 10% 5ml/kg/giờ duy trì trong vài ngày.
- Cho bú sớm hoặc sữa mẹ qua ống thông dạ dày.
- Theo dõi glucose mao mạch sau tiêm TM glucose 30 phút, và rồi 3giờ/lần đến khi ổn định (2 lần liên tiếp > 40 mg/dL).

< 25 mg/Dl (đổi mmol) và không triệu chứng

- Tiêm TM glucose 10% 2ml/kg tốc độ 1ml/phút.
- Truyền TM glucose 10% 5ml/kg/giờ duy trì trong vài ngày.
- Cho bú sớm hoặc sữa mẹ qua ống thông dạ dày.
- Theo dõi glucose mao mạch sau tiêm TM glucose 30 phút, và rồi 3giờ/lần đến khi ổn định (2 lần liên tiếp > 40 mg/dL).

< 25 mg/Dl (đổi mmol) và không triệu chứng

- Tiêm TM glucose 10% 2ml/kg tốc độ 1ml/phút.
- Truyền TM glucose 10% 5ml/kg/giờ duy trì trong vài ngày.
- Cho bú sớm hoặc sữa mẹ qua ống thông dạ dày.
- Theo dõi glucose mao mạch sau tiêm TM glucose 30 phút, và rồi 3giờ/lần đến khi ổn định (2 lần liên tiếp > 40 mg/dL).

4.2.1 Điều chỉnh chế độ ăn: áp dụng cho mức Glucose huyết thanh từ 2 - 2,6mmo/L và không có triệu chứng.

- Bú mẹ sớm ngay sau sinh. Trẻ có nguy cơ cần được cho ăn sớm ngay trong giờ đầu sau sinh và sàng lọc Glucose huyết sau đó 30 phút.

- Nếu trẻ không thể bú mẹ thì vắt sữa và cho trẻ ăn bằng phương pháp thay thế, lượng ăn đủ theo nhu cầu trong ngày.

- Có thể tăng cường bữa ăn 12 bữa/ngày.

- Theo dõi đường huyết trước ăn.

4.2.2. Truyền dịch

- Chỉ định cho các trường hợp hạ đường máu:

- Trẻ có triệu chứng
- Glucose huyết < 1,4 mmol/L
- Glucose huyết < 2,2 mmol/L (40mg/dL) sau khi đã được điều chỉnh bằng chế độ ăn.
- Trẻ không ăn được.

- Với mức Glucose < 1,4 mmol/L cần tiêm tĩnh mạch dịch glucose 10%, 2ml/kg trong 1 phút, sau đó truyền dịch.

- Tốc độ truyền đường (GIR) 6 – 8 mg/kg/phút, truyền dung dịch có nồng độ Glucose 10% liều duy trì 80- 120 ml/Kg/ngày.

- Nên dùng 2 nồng độ đường ngoại biên là 10% và 12%.
- Tốc độ dịch truyền là: Dung dịch Glucose 10%: $0,6 \times \text{CN} \times \text{GIR}$

Dung dịch Glucose 12%: $0,5 \times \text{CN} \times \text{GIR}$

- Theo dõi Glucose máu 3 giờ/ lần cho đến khi đường được > 2,6 mmol/L ở 2 lần xét nghiệm liên tiếp.

- Nếu Glucose còn thấp, tăng dần lượng dịch hoặc nồng độ Glucose. Dịch có nồng độ glucose dưới 12,5% cho phép truyền TM ngoại biên, dịch truyền có nồng độ Glucose trên 12,5% cần truyền TM trung tâm (TMTT), do đó cần điều trị tại những cơ sở y tế có thể đặt được TMTT.

4.2.3. Hạ đường máu dai dẳng

- Nếu kéo dài trên 2 ngày với tốc độ truyền đường đến 12mg/kg/phút, có thể phải điều trị thuốc Diazocid hoặc Hydrocortisone và cần phải tìm căn nguyên để điều trị (Xét nghiệm Insulin và cortisol máu trước khi điều trị Glucocorticoid).

Liều Hydrocortisone 5 mg/kg/ngày, chia 4 lần, tiêm TM hoặc uống.

- Glucagon: có thể cần (hiếm) khi đã sử dụng Glucocorticoid mà không hiệu quả.

- Việc sử dụng Diazocid hoặc Glucagon cần được hội chẩn với chuyên khoa nội

tiết.

4.2.4. Theo dõi khi Glucose huyết bình thường

- Nếu Glucose huyết thanh ổn định với điều trị truyền TM:

- Bắt đầu cho ăn 20ml/Kg/ngày
- Tăng dần lượng ăn và giảm dần dịch truyền cho đến khi ăn được hoàn toàn.

- Kiểm tra Glucose máu sau mỗi khi thay đổi điều trị, lưu ý kiểm tra đường máu trước ăn.

4.3. Điều trị theo nguyên nhân

Trường hợp hạ đường máu dai dẳng với nhu cầu tốc độ truyền đường trên 8 mg/kg/phút kéo dài trên 1 tuần cần có hội chẩn với chuyên khoa nội tiết để có điều trị thích hợp cho những trường hợp hạ đường máu do một số nguyên nhân không thường gặp.

CO GIẬT SƠ SINH

1. ĐẠI CƯƠNG: Co giật sơ sinh biểu hiện thường đa dạng đôi khi kín đáo dễ bỏ sót, gồm:

Cử động bất thường thay đổi trương lực cơ toàn thân và chi, ở mặt, miệng, lưỡi, ở mắt giật nhãn cầu.

Hệ thần kinh thực vật có biểu hiện như: cơn ngưng thở, thở kiểu tăng thông khí, thay đổi nhịp tim, huyết áp, phản xạ đồng tử.

Khác với trẻ lớn co giật trẻ sơ sinh thường có nguyên nhân rõ ràng, quan trọng khi xử trí co giật trẻ sơ sinh.

2. TRIỆU CHỨNG:

2.1 LÂM SÀNG:

- Co giật toàn thân hay khu trú.
- Đồng tử, phản xạ ánh sáng.
- Cơn ngưng thở..
- Bướu huyết thanh, bướu huyết xương sọ.
- Tìm dấu hiệu thiếu máu: màu sắc da, niêm.
- Ổ nhiễm trùng.
- Dị tật bẩm sinh não.

2.2 CẬN LÂM SÀNG (các xét nghiệm cần làm):

- PTCSHH, ĐGD, Glucose huyết
- Cây máu
- Siêu xuyên thóp
- Nước não tủy: sinh hoá, tế bào, cấy nước não tủy
- EEG.

3. CHẨN ĐOÁN: với các xét nghiệm trên thường đủ để chẩn đoán nguyên nhân co giật ở trẻ sơ sinh.

Co giật trẻ ở sinh cũng có thể do phối hợp nhiều nguyên nhân: giữa rối loạn chuyển hóa- điện giải + các bệnh thần kinh trung ương.

Ví dụ: Hạ đường huyết + Sinh ngạt + Xuất huyết não / Viêm màng não.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1 NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

- Chống co giật, hỗ trợ hô hấp.
- Điều trị đặc hiệu theo nguyên nhân .

4.2. CHỐNG CO GIẬT:

4.2.1 Thông đường thở: hút đờm nhớt. Thở oxy, hoặc đặt NKQ tùy thuộc mức độ thiếu Oxy máu.

4.2.2 Thuốc chống co giật:

Phenobarbital: 15-20mg/kg TM 15 phút, nếu còn co giật lập lại liều thứ hai 10 mg/ kg TM 15 phút, tổng liều tối đa không quá 40 mg/kg. Tùy nguyên nhân, sau đó có thể duy trì 3-5 mg/kg/ ngày (TB / uống).

Nếu không đáp ứng:

Phenytoin 15-20mg/kg TTM 20 phút, duy trì 4 - 8 mg/kg/ ngày.

Diazepam 0.1-0.3mg/kg TM 5 phút, duy trì 1- 0.5 mg/kg/ giờ.

4.3. ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU:

4.3.1. Hạ đường huyết: (Glucose máu <40 mg%):

Dextrose10%: 2ml/kg TM chậm 2-3 phút.

Duy trì: 6-8 ml/kg/ phút (Dextrose 10% 3-5 ml/kg/giờ). Theo dõi Dextrostix (Glucose máu) mỗi 2-4 giờ đến khi đường huyết ổn định.

4.3.2. Hạ Calci huyết (Ca ion < 4 mg% hoặc Ca toàn phần <7 mg%):

Calcium Gluconate 10% 1-2 ml/kg TM chậm phút.

Theo dõi sát nhịp tim và vị trí tiêm tĩnh mạch trong khi tiêm.

Nếu không đáp ứng lập lại liều trên sau 10 phút.

Duy trì Calcium Gluconate10% / kg/ ngày TTM hoặc dạng uống với liều tương

đương.

4.3.3. Hạ Magne máu (Mg <1.2mg%):

Magnesium Sulfate 50%: 0.1-0.2ml/kg TM chậm trong 5 phút. Theo dõi nhịp tim trong khi tiêm. Có thể lập lại 6 - 12 giờ, nếu Mg máu thấp

Duy trì Magnesium Sulfate 50%, uống 0.2 mg/kg/ ngày.

4.3.4. Lệ thuộc Pyridoxine:

Pyridoxine 50 mg TM.

Duy trì 10-100mg, uống chia 4 lần/ ngày.

4.3.5 Các nguyên nhân khác: hạ Natri máu, viêm màng não, xuất huyết não, màng não.

DINH DƯỠNG QUA ĐƯỜNG TIÊU HÓA

CHO TRẺ SINH NON, NHẸ CÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Trẻ sinh non, nhẹ cân không có cơ hội tăng trưởng và phát triển đầy đủ trong tử cung nên có những đặc điểm sinh lí khác với trẻ đủ tháng, các cơ quan chưa trưởng thành, trong đó có hệ tiêu hoá, hoạt động chức năng chưa hoàn thiện như trẻ đủ tháng. Với đặc điểm trong dinh dưỡng như: dự trữ hạn chế, hấp thu và tiêu hoá kém, nhiều bệnh lí đi kèm nhưng nhu cầu cao hơn so với trẻ đủ tháng.

Chiến lược dinh dưỡng tăng cường cho trẻ sinh non nhẹ cân phải đạt mục tiêu:

- Giảm sụt cân sau sinh

- Lấy lại cân nặng lúc sinh sớm

- Giúp tăng trưởng bắt kịp. Bao gồm: (1) Trong bệnh viện, giúp trẻ đạt được tốc độ tăng trưởng sau khi sinh xấp xỉ với thai nhi bình thường có cùng tuổi thai, (2) Sau xuất viện, giúp trẻ đạt được tốc độ tăng trưởng sau khi sinh xấp xỉ với trẻ bình thường có cùng tuổi điều chỉnh trong suốt năm đầu đời.

2. CHỈ ĐỊNH NUÔI ĂN ĐƯỜNG TIÊU HOÁ TỐI THIỂU

- Trẻ non tháng, thường < 32 tuần (hay < 1800g), không chống chỉ định nuôi ăn tiêu hoá.

- Bắt đầu sớm sau khi sinh, thường vào ngày 1-2 sau sinh, có thể kéo dài trong 3-6 ngày.

- Ưu tiên dùng sữa mẹ, nếu không có sữa mẹ dùng sữa công thức cho trẻ non tháng 20 kcal/oz với thể tích 10-20 ml/kg/ngày.

- Chú ý: có thể cho trẻ nuôi ăn tối thiểu khi đang thở máy hay có catheter rốn, ngưng nặng bắt đầu sau 48-72 giờ.

- Không pha loãng sữa cho trẻ ăn.

3. DINH DƯỠNG QUA ĐƯỜNG TIÊU HÓA

3.1 Tăng lượng sữa nuôi ăn

Khi bệnh nhân dung nạp với nuôi ăn tiêu hoá tối thiểu, tăng sữa với tốc độ tùy từng bệnh nhân từ 10-30 ml/kg/ngày. Hướng dẫn chung:

- Trẻ < 1000 g: tăng 10 ml/ kg/ngày,
- Trẻ 1000 – 1500 g: tăng 20 ml/ kg/ ngày
- Trẻ \geq 1500 g: tăng 30 ml/ kg/ ngày.

3.2 Cách nuôi ăn: nên nuôi ăn ngắt quãng

mỗi 2 giờ cho trẻ < 1000g và

mỗi 3 giờ đối với trẻ \geq 1000g.

Chỉ dùng bơm liên tục trong một số trường hợp đặc biệt: nhu động ruột kéo dài, hội chứng ruột ngắn hay kém dung nạp tiêu hoá kéo dài.

3.3 Các loại sữa nuôi ăn

- Sữa mẹ tăng cường một phần (pha 2 gói bột tăng cường trong 100 ml sữa mẹ) khi trẻ dung nạp với thể tích sữa mẹ khoảng 80-100 ml/kg/ngày hay đang ăn sữa công thức cho trẻ non tháng thì chuyển sang loại 22 kcal/oz.

- Sữa mẹ tăng cường đầy đủ (pha 4 gói bột tăng cường trong 100 ml sữa mẹ) khi trẻ dung nạp với thể tích sữa mẹ khoảng 130 ml/kg/ngày hay đang ăn sữa công thức cho trẻ non tháng thì chuyển sang loại 24 kcal/oz.

- Thể tích sữa: với sữa mẹ tăng cường là 180 ml/kg/ngày. Và đối với sữa công thức cho trẻ non tháng là 160 ml/kg/ngày.

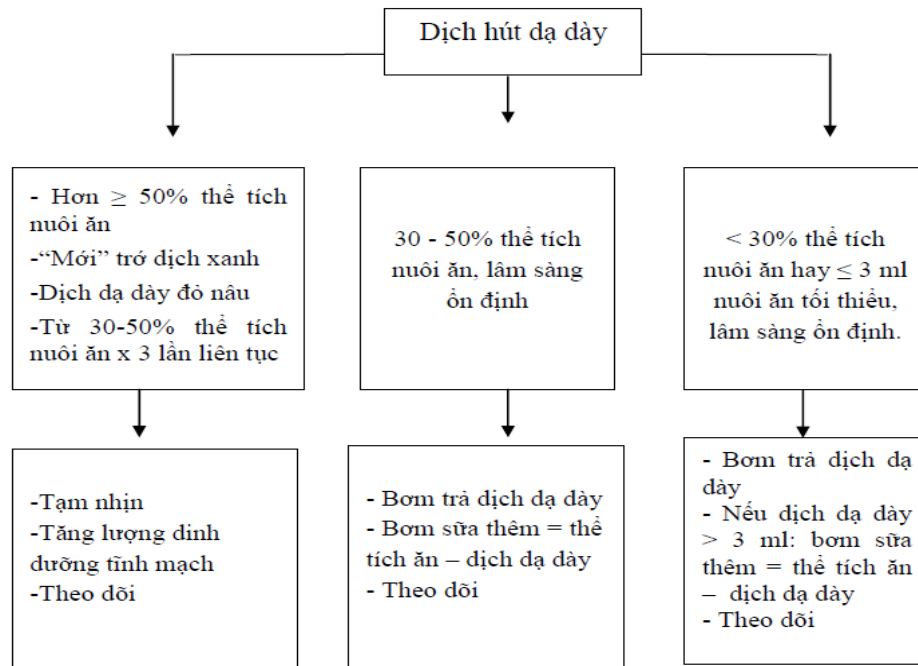
3.4 Hướng dẫn chung

Cân nặng	< 1000 g	1000 - < 1500 g	\geq 1500g
Nuôi ăn tối thiểu	1ml x 6 trong 3 -6 ngày	2 ml x 8 trong 3 ngày	N1: 3 ml x 8
Thể tích tăng thêm	Sau đó 1 ml x 12 và tăng 1ml mỗi 24 giờ	Sau đó 2 ml x 8 và tăng 1 ml mỗi 12 giờ	Từ N2: tăng 1 ml /mỗi 6 giờ
150 ml/kg/ngày	# N15	# N14	# N7

3.5 Các triệu chứng không dung nạp tiêu hóa, bao gồm:

- Trớ sữa, bụng chướng/vòng bụng tăng > 2 cm,
- Nhu động ruột giảm, đổi màu da bụng, phân máu,
- Triệu chứng toàn thân như cơn ngưng thở, cơn tím, tim chậm, li bì.

3.6 Xử trí hút dịch dạ dày



3.7 Các biện pháp có thể giúp cải thiện dung nạp tiêu hóa,

Bao gồm:

- Đặt nằm tư thế đầu cao khi ăn, tư thế nghiêng phải hay nằm sấp,
- Thể tích sữa ăn không quá 160 - 180 ml/kg/ngày,
- Điều trị bệnh nhiễm khuẩn đi kèm,
- Đảm bảo sonde nuôi ăn đúng vị trí và đúng kích cỡ,
- Thụt tháo nhẹ bằng Natri chlorua 0,9% nếu không tiêu quá 24 giờ,
- Điều trị trào ngược dạ dày thực quản.

3.8 Chuyển từ ăn qua ống sang bú

- Điều kiện chuyển khi trẻ > 32 tuần tuổi,
- Tri giác tốt, thở < 60 l/p, nhịp tim < 180 l/p, SpO2 > 88% trong > 48 giờ ăn qua

ống trước đó.

- 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.

3.8 Theo dõi dinh dưỡng tiêu hóa

3.8.1 Giai đoạn tại bệnh viện

- Thời điểm lấy lại cân nặng lúc sinh: khoảng 3 tuần ở trẻ < 1000g, khoảng 2 tuần ở trẻ 1000 – < 1500g, ngắn hơn ở trẻ \geq 1500g. 247

- Nếu trẻ tăng trưởng tốt: đánh giá lại mỗi tuần.

- Nếu chậm tăng trưởng: nếu trẻ đang được nuôi ăn sữa mẹ tăng cường toàn phần thì bổ sung $\frac{1}{2}$ số lần ăn là sữa năng lượng 27 kcal/oz, nếu trẻ đang dùng sữa non tháng loại 24 kcal/oz thì chuyển sang loại sữa năng lượng 27 kcal/oz. Sau 2 tuần đánh giá lại, nếu vẫn tăng trưởng kém xem xét thay thế loại 27 kcal/oz bằng loại 30 kcal/oz.

3.8.2 Giai đoạn sau xuất viện

- Khi trẻ xuất viện thì sau 1 tuần và 1 tháng cần tái khám để theo dõi tăng trưởng, albumin, Ca/P, phosphatase kiềm, Hct, hồng cầu lưới. Siêu âm thận lúc 2 tháng tuổi.

- Dùng sữa mẹ tăng cường hay sữa công thức cho trẻ non tháng 24 kcal/oz cho tới khi trẻ đạt 3500g. Sau đó chuyển sang sữa mẹ tăng cường hay sữa công thức cho trẻ non tháng loại 22 kcal/oz cho tới khi trẻ đạt 9 tháng tuổi hiệu chỉnh.

CHƯƠNG 3: HÔ HẤP

VIÊM ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm đường hô hấp trên là bệnh thường gặp ở trẻ em, bao gồm những bệnh lý viêm nhiễm trên nắp thanh quản: viêm mũi cấp, viêm họng cấp, viêm xoang cấp và viêm tai giữa cấp.

2. TRIỆU CHỨNG

1.1. LÂM SÀNG

- ❖ Viêm mũi cấp: là bệnh lý do virus nổi bật với triệu chứng chảy mũi và tắc mũi, có thể kèm với sốt và đau cơ.
- ❖ Ho xuất hiện 30% trường hợp và thường xảy ra sau triệu chứng ở mũi.
- ❖ Khám xoang mũi có thể thấy xương xoăn mũi sưng đỏ nhưng dấu hiệu này không đặc hiệu.
- ❖ Nguyên nhân thường do nhóm Rhinovirus
- ❖ Bệnh thường kéo dài trong 1 tuần, đôi khi (10%) kéo dài đến 2 tuần.

VIÊM HỌNG CẤP:

- ❖ Viêm họng do liên cầu:
 - Khởi phát nhanh với các triệu chứng đau họng, sốt, đau đầu, đau bụng, nôn, không ho.
 - Một số trẻ có thể có biểu hiện của tinh hồng nhiệt như tái quanh miệng, lưỡi dâu tây và ban sẩn đỏ trên da dễ nhầm lẫn với Tawasaki.
 - Khám họng thì thấy họng đỏ, 2 Amydal lớn kèm dịch xuất tiết vàng lẫn máu.
 - Hạch cổ 2 bên lớn và đau.
- ❖ Viêm họng do virus:
 - Khởi bệnh từ từ với biểu hiện chảy mũi, ho, khàn tiếng,
 - Viêm kết mạc
 - Tiêu chảy.
 - Thường do adenovirus.

1.2. CẬN LÂM SÀNG

- ❖ Viêm mũi cấp: PTCSHH.
- ❖ Viêm họng cấp do liên cầu: PTCSHH, ASLO.
- ❖ Cây dịch mũi (ít làm)
- ❖ Cây dịch ngoáy họng (ít làm);
- ❖ Ghi điện tim (nếu nghi ngờ nhiễm liên cầu khuẩn thứ phát có tổn thương tim)
- ❖ Siêu âm tim (nếu nghi ngờ nhiễm liên cầu khuẩn thứ phát có tổn thương tim)

3. CHẨN ĐOÁN

- Chủ yếu dựa vào lâm sàng,
- Cận lâm sàng ít có giá trị.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. VIÊM MŨI CẤP:

- Chủ yếu điều trị triệu chứng
 - Kháng sinh không có hiệu quả điều trị, có thể dùng kháng virus
 - Sốt: paracetamol 10 – 15 mg/kg/ mỗi 6 giờ
 - Tắc mũi: cho các thuốc chống sung huyết nhỏ hoặc xịt tại chỗ
 - Chảy mũi: kháng H1
 - Các biện pháp điều trị hỗ trợ: Vitamin C, kẽm, hít không khí ẩm, ẩm.

4.2. VIÊM HỌNG CẤP:

4.2.1. Viêm họng do liên cầu

- Kháng sinh: nên dùng sớm, dự phòng được thấp tim cấp
 - Penicillin V uống liều 250mg/lần x 2 – 3 lần/ngày trong 10 ngày.
 - Amoxicillin uống 750mg ngày một lần trong 10 ngày hoặc

50mg/kg/ngày chia 2 lần/ngày trong 6 ngày.

Dị ứng β - lactam dùng:

- Erythromycin 30 – 50mg/kg/ngày chia 2 lần/ngày trong 10 ngày
- hoặc Azithromycin 10mg/kg/ngày, ngày uống một lần trong 3 ngày.

- Điều trị triệu chứng

4.2.2. Viêm họng do virus

- Chưa có điều trị đặc hiệu
- Điều trị triệu chứng:

- Hạ sốt bằng paracetamol 10 – 15mg/kg/lần mỗi 6 giờ hoặc
- Ibuprofen
- Ngâm nước muối ấm hoặc viên ngậm để giảm đau họng.

VIÊM PHỔI DO VIRUS

Viêm phổi do virus xảy ra với tần suất cao 60 - 70% trong các trường hợp viêm phổi, nhất ở lứa tuổi 2-3 tuổi. Ở trẻ em, virus hay gặp RSV, cúm, á cúm, Adenovirus, Rhinovirus. Mùa hay gặp nhất là vào mùa đông (lạnh và ẩm). Hình thái và mức độ nặng của viêm phổi do virus thay đổi theo một số yếu tố như: tuổi, mùa, trạng thái miễn dịch của bệnh nhân, môi trường. Bệnh khó phòng tránh, dễ lây nhiễm và tái phát. Viêm phổi do virus có thể dẫn đến các biến chứng như suy hô hấp, tràn dịch màng phổi, bội nhiễm vi khuẩn...

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Giai đoạn ủ bệnh: dài hay ngắn tùy thuộc vào từng loại virus
- Giai đoạn khởi phát: triệu chứng viêm long đường hô hấp trên trong vài ngày (đau họng, chảy mũi, hắt hơi, ho), có thể kèm theo sốt nhẹ.
- Giai đoạn toàn phát: trẻ sốt vừa hoặc cao. Thở nhanh kèm theo rút lõm lồng ngực. Các trường hợp nặng có thể có tím, thở rên và mệt lả, đặc biệt ở trẻ nhỏ. Khám phổi có ran rít, ngáy hoặc ít ran ẩm. Triệu chứng thực thể nghèo nàn và không đặc hiệu. Trên lâm sàng rất khó phân biệt giữa viêm phổi virus với viêm phổi do vi khuẩn. Các triệu chứng ngoài phổi có thể gặp: nôn trớ, tiêu chảy, phát ban, viêm kết mạc, gan lách to...

1.2. Xét nghiệm

- PTCSHH: Số lượng bạch cầu bình thường hay tăng nhẹ tỷ lệ lymphocyte chiếm ưu thế.
- CRP: bình thường.
- Điện giải đồ: Nếu nghi ngờ có rối loạn điện giải
- Khí máu: Nếu có suy hô hấp
- Xquang phổi: tổn thương đa dạng và không điển hình, hay gặp hình ảnh thâm nhiễm khoảng kẽ lan toả hình lưới hay hình liểu rù.
- Chẩn đoán xác định:
 - + Test nhanh phát hiện kháng nguyên virus cho kết quả nhanh trong vòng 15 phút. Hiện đang được áp dụng với cúm A, B, RSV.

+ Real-time PCR phát hiện chuỗi RNA đặc hiệu của virus từ dịch tiết đường hô hấp, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

+ Chẩn đoán huyết thanh cũng có thể sử dụng với hai mẫu huyết thanh, 1 ở giai đoạn cấp và 1 ở giai đoạn lui bệnh để xác định sự tăng hiệu giá kháng thể đối với một loại virus (gấp 4 lần). Loại test này ít được dùng trên lâm sàng vì kết quả muộn.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nguyên tắc điều trị

- Chống suy hô hấp
- Chống nhiễm khuẩn
- Chống mất nước, rối loạn điện giải
- Đảm bảo dinh dưỡng
- Đảm bảo thân nhiệt

2.2. Điều trị cụ thể

a. Chống suy hô hấp

- Đặt trẻ nằm nơi thoáng khí, yên tĩnh, nới rộng quần áo, tã lót.
- Hỗ trợ kịp thời tùy theo mức độ suy hô hấp:
- Giảm tắc nghẽn đường hô hấp:

+ Đặt trẻ ở tư thế thích hợp: trẻ dưới 1 tuổi nằm tư thế thẳng (tư thế trung gian), trẻ trên 1 tuổi tư thế cổ hơi ngửa ra phía sau.

+ Thông thoáng mũi: nhỏ nước muối sinh lý trước khi ăn, bú và ngủ.

+ Vỗ rung kèm dẫn lưu tư thế, hút thông đường hô hấp khi có nhiều đờm.

+ Cho trẻ thở oxy mask, oxy gọng khi có khó thở, tím tái, cho thở liên tục đến khi hết tím tái và phải thường xuyên theo dõi nhịp thở, SpO₂, mạch, huyết áp, nhiệt độ... để kịp thời xử trí. Trường hợp tím tái nặng, ngừng thở có thể đặt ống thông nội khí quản để dễ dàng hút thông đường thở, thở oxy, bóp bóng hô hấp hỗ trợ.

- Kiểm tra khí máu để đánh giá và điều chỉnh thăng bằng kiềm toan.

b. Chống nhiễm khuẩn

- Sử dụng kháng sinh cho trẻ khi có bội nhiễm
- Vệ sinh sạch sẽ: hàng ngày vệ sinh răng miệng và da
- Chống nhiễm khuẩn bệnh viện.

c. Đảm bảo thân nhiệt

- Nói rộng quần áo, tã lót duy trì thân nhiệt ổn định.
- Theo dõi nhiệt độ nếu trẻ sốt cao:
 - + Dùng khăn mềm thấm nước ấm để lau cho trẻ hoặc đắp chườm tại các vị trí trán, nách, bẹn.
 - + Dùng thuốc hạ nhiệt khi trẻ có sốt từ 38,5°C trở lên. Không nên cho trẻ dùng aspirin.
 - + Cho trẻ uống nhiều nước hoặc bú tăng cường ở trẻ bú mẹ.
 - + Theo dõi sát thân nhiệt, đề phòng biến chứng sốt cao co giật.
- Trẻ sơ sinh đẻ non, suy dinh dưỡng cần phải ủ ấm và theo dõi sát nhiệt độ để phòng hạ thân nhiệt ở trẻ.

d. Đảm bảo dinh dưỡng:

- Trẻ được cung cấp đủ năng lượng theo cân nặng, lứa tuổi.
- Nếu trẻ bú kém cần cho trẻ ăn bằng thìa để đảm bảo số lượng.
- Trẻ ăn dặm hoặc trẻ lớn cần cung cấp thức ăn dễ tiêu và đảm bảo lượng calo cần thiết.
- Trẻ không tự ăn được cần phải tiến hành cho ăn qua ống thông hoặc nuôi dưỡng tĩnh mạch khi trẻ không bú được, nôn trớ hoặc ỉa chảy.
- Cân trẻ 1 tuần/lần để theo dõi sự phát triển của trẻ.

e. Chống mất nước, rối loạn điện giải:

- Theo dõi và đánh giá tình trạng mất nước (thóp, môi, mắt, nếp véo da, khát nước, tinh thần, nước tiểu...). Đảm bảo nước và dinh dưỡng đủ.
- Cho trẻ uống nhiều nước. Truyền dịch cho trẻ khi có chỉ định.
- Theo dõi tình trạng điện giải để kịp thời điều chỉnh cho bệnh nhân.

2.3. Thuốc kháng virus đặc hiệu: Phụ thuộc vào phân lập được virus (+).

- Oseltamivir (Tamiflu): Điều trị cúm A

+ Trẻ em trên 13 tuổi: 75mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

+ Trẻ em từ 1 – 13 tuổi: Dùng dung dịch uống tùy theo trọng lượng cơ thể:

<15kg : 30mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

16 – 23 kg : 45 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

24 – 40 kg : 60 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

40 kg : 75 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

+ Trẻ em dưới 12 tháng:

< 3 tháng : 12 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

3 - 5 tháng : 20 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

6 – 11 tháng : 25 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

- Zanamivir: dạng hít định liều. Sử dụng trong trường hợp không có Oseltamivir.

+ Người lớn và trẻ em trên 7 tuổi: 2 lần xịt 5 mg x 2 lần/ngày

+ Trẻ em 5-7 tuổi: 2 lần xịt 5mg x 1 lần/ngày

- Ribavirin: dạng khí dung.

- Điều trị RSV, Adenovirus

- Ganciclovir: điều trị virus CMV

+ Liều tấn công: 10 mg/kg/ngày x 7 ngày chia 2 lần truyền tĩnh mạch chậm.

+ Liều duy trì: 5 mg/kg/ngày duy trì đến khi PCR CMV âm tính.

3. TIÊN LƯỢNG

- Đa số các trường hợp viêm phổi do virus đều tự khỏi. Tuy nhiên 1 vài trường hợp viêm phổi do RSV có thể nặng ở những trẻ nhỏ dưới 6 tuần tuổi.

- Một số bệnh nhân có thể ho dai dẳng sau khi đã lui bệnh, 1 số bội nhiễm vi khuẩn cần điều trị như viêm phổi vi khuẩn.

4. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

- Tỉnh táo, ăn uống tốt

- Hết sốt, giảm hoặc hết ho

- Không khó thở, nhịp thở bình thường

- Phổi hết hoặc đỡ ran

- X quang phổi tiến triển tốt.

VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ EM

Viêm phổi là tình trạng viêm cấp tính lan toả cả phế nang, mô kẽ và phế quản, có thể một hoặc hai bên phổi.

Viêm phổi cộng đồng: viêm phổi mắc phải ở cộng đồng hoặc 48 giờ đầu nằm viện.

1. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán viêm phổi và mức độ nặng (viêm phổi, viêm phổi nặng) ở trẻ em chủ yếu dựa vào lâm sàng.

1.1. Viêm phổi

Trẻ ho, sốt kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu:

- Thở nhanh: < 2 tháng tuổi ≥ 60 lần/phút; 2 - ≤ 12 tháng tuổi ≥ 50 lần/phút; 1-5 tuổi ≥ 40 lần/phút; > 5 tuổi ≥ 30 lần/phút.

- Rút lõm lồng ngực (phần dưới lồng ngực lõm vào ở thì hít vào)

- Nghe phổi có tiếng bất thường: ran ẩm nhỏ hạt, ran phế quản, ran nổ, giảm thông khí khu trú.

2. Viêm phổi nặng

Chẩn đoán viêm phổi nặng khi trẻ có dấu hiệu của viêm phổi kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Dấu hiệu toàn thân nặng:

+ Bỏ bú hoặc không uống được

+ Rối loạn tri giác: lơ mơ hoặc hôn mê

+ Co giật

- Dấu hiệu suy hô hấp nặng

+ Thở rên,

+ Rút lõm lồng ngực rất nặng

+ Tím tái hoặc SpO₂ < 90%

- Trẻ dưới 2 tháng tuổi

2. CẬN LÂM SÀNG

- PTCSHH: bạch cầu máu ngoại vi, bạch cầu đa nhân trung tính, thường tăng cao khi viêm phổi do vi khuẩn; bình thường nếu do virus hoặc do vi khuẩn không điển hình.

- Phản ứng CRP
- Điện giải đồ: Nếu nghi ngờ có rối loạn điện giải
- Khí máu: Nếu có suy hô hấp
- Cây máu: Khi có nhiễm trùng huyết kèm theo.

- X quang tim phổi thẳng: đám mờ ranh giới không rõ lan toả hai phổi hoặc hình mờ hệ thống bên trong có hình ảnh phế quản chứa khí. Có thể thấy tổn thương đa dạng trong viêm phổi không điển hình.

- Xét nghiệm tìm nguyên nhân gây bệnh: dịch hô hấp (dịch tỵ hầu, dịch nội khí quản, dịch rửa phế quản): soi tươi, nuôi cấy. Với vi khuẩn không điển hình, có thể chẩn đoán xác định nhờ PCR tìm nguyên nhân từ dịch hô hấp hoặc ELISA tìm kháng thể trong máu.

3. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Thay đổi tùy theo lứa tuổi.

Bảng 1: Nguyên nhân gây bệnh viêm phổi theo tuổi.

Nhóm tuổi	Tác nhân gây bệnh (theo thứ tự tần suất)
1-3 tháng	Chlamydia trachomatis, RSV, các loại virus hô hấp khác, Bordetella pertussis.
1-24 tháng	VP nhẹ- trung bình: RSV, các loại virus hô hấp khác, Streptococcus pneumonia, Hemophilus influenza, C. trachomatis, Mycoplasma pneumonia.
2-5 tuổi	Các loại virus hô hấp, S.pneumonia, HI, C. trachomatis, M.pneumoniae, C.pneumoniae.
6-18 tuổi	M.pneumoniae, S.pneumonia, C.pneumonia, H.influenzae, Influenza virus typ A-B, Adenovirus, virus hô hấp khác.
Tất cả các lứa tuổi	VP nặng cần nhập khoa HSCC: S.pneumoniae, S.aureus, Streptococci group A, HIB, M. pneumonia, Adenovirus.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị kháng sinh
- Điều trị suy hô hấp
- Dinh dưỡng
- Điều trị triệu chứng và các rối loạn đi kèm
- Điều trị các biến chứng.

4.2. Tiêu chuẩn nhập viện:

- Viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng tuổi
- Viêm phổi nặng hay rất nặng ở trẻ từ 2-59 tháng tuổi
- Có dấu hiệu suy hô hấp
- Nghi ngờ có biến chứng
- Không đáp ứng với thuốc điều trị ngoại trú.

4.3. Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm:

4.3.1. Viêm phổi

Cần xem xét đáp ứng điều trị kháng sinh sau 48-72 giờ.

a. Viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng:

- Ampicillin 200mg/kg/ ngày kết hợp với Gentamycin 5-7,5mg/kg/ngày (TB hoặc TM). Một đợt dùng 5-10 ngày.
- VP rất nặng: Cefotaxim 200mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chia 3-4 lần phối hợp

Gentamycin.

b. Viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi:

- Lựa chọn hàng đầu là Amoxicillin: 80-90 mg/kg/ngày chia 3 lần uống.
- Điều trị thay thế khác:

+ Co-amoxiclav: theo liều Amoxicilline, hoặc

+ Cephalosporin thế hệ thứ II (cefuroxime, cefaclor), Cephalosporin thế hệ thứ III (cefopodoxim, cefdinir).

+ Macrolid khi dị ứng B-lactam, kém đáp ứng với kháng sinh điều trị ban đầu hay nghi ngờ viêm phổi không điển hình.

- Thời gian điều trị: 5 ngày.

c. Viêm phổi ở trẻ trên 5 tuổi:

Viêm phổi do vi khuẩn không điển hình rất thường gặp. Kháng sinh lựa chọn ban đầu là nhóm Macrolid. Dùng một trong các thuốc sau:

- Erythromycin 40 mg/kg/24 giờ, chia 3 lần, uống khi đói. Hoặc
- Clarithromycin 15 mg/kg/24 giờ, uống, chia 2 lần. Hoặc
- Azithromycin 10 mg/kg/24 giờ, uống một lần khi đói.

Thời gian điều trị 7 - 10 ngày. Azithromycin có thể dùng 5 ngày.

4.3.2. Viêm phổi nặng

Trẻ viêm phổi nặng được điều trị tại bệnh viện.

❖ Điều trị kháng sinh

Kháng sinh lựa chọn ban đầu thuộc nhóm Penicilline A kết hợp một thuốc thuộc nhóm Aminosit. Lựa chọn:

- Ampicillin 200mg/kg/24 giờ, chia 4 lần, tiêm tĩnh mạch chậm cách mỗi 6 giờ.

Hoặc

- Amoxicillin-clavulanic 90mg/kg/24 giờ, chia 3 lần, tiêm tĩnh mạch chậm hoặc tiêm bắp cách mỗi 8 giờ.

- Kết hợp với Gentamicin 7,5mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm 30 phút hoặc tiêm bắp một lần. Có thể thay thế bằng Amikacin 15mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm hoặc tiêm bắp.

- Dùng Ceftriaxon 80mg/kg/24h tiêm tĩnh mạch chậm 1 lần hoặc Cefotaxim 100 - 200 mg/kg/24 giờ, chia 2 - 3 lần tiêm tĩnh mạch chậm; dùng khi thất bại với các thuốc trên hoặc dùng ngay từ đầu.

- Thời gian dùng kháng sinh ít nhất 5 ngày.

- Nếu có bằng chứng viêm phổi màng phổi do tụ cầu nhạy với Methicilline (cộng đồng), dùng Oxacillin hoặc Cloxacillin 200mg/kg/24 giờ, chia 4 lần, tiêm tĩnh mạch chậm. Kết hợp với Gentamycin 7,5mg/kg/24 giờ, tiêm tĩnh mạch chậm. Chọc hút hoặc dẫn lưu mủ khi có tràn mủ màng phổi. Điều trị ít nhất 3 tuần.

- Nếu có bằng chứng viêm phổi do vi khuẩn không điển hình: uống Macrolid nếu trẻ không suy hấp. Nếu trẻ suy hô hấp, dùng Levofloxacin tiêm tĩnh mạch chậm 15-20 mg/kg/12h, ngày hai lần. Thời gian điều trị 1- 2 tuần.

VIÊM PHỔI KHÔNG ĐIỂN HÌNH Ở TRẺ EM

Năm 1938 Reiman đưa ra thuật ngữ viêm phổi không điển hình (atypical pneumonia) với tác nhân là Mycoplasma. Xu hướng viêm phổi không điển hình ngày một gia tăng. Tỷ lệ viêm phổi không điển hình từ 15-25% các trường hợp viêm phổi. lứa tuổi hay gặp là 2 đến 10 tuổi, trong đó tuổi tiền học đường chiếm 75-80%. Tỷ lệ người lành mang vi khuẩn không điển hình chiếm 30-35%.

1. NGUYÊN NHÂN VI KHUẨN GÂY VIÊM PHỔI KHÔNG ĐIỂN HÌNH

Có 3 loại vi khuẩn: - Mycoplasma pneumoniae: 55 - 70%

- Chlamydia pneumoniae: 10 - 15%

- Legionella pneumoniae: 5 - 7%

Đặc điểm chung của những vi khuẩn này là chúng chui vào trong tế bào vật chủ và phát triển, phá hủy tế bào vật chủ, bởi cấu trúc vi khuẩn bị thiếu hụt một phần ở thành vách tế bào, dễ biến thể, không đủ ARN. Vi khuẩn có khả năng tạo Hydrogen peroxid phá hủy tế bào. Những vi khuẩn này đều là vi khuẩn Gram âm.

2. TỔN THƯƠNG CƠ THỂ BỆNH

Tổn thương bộ máy hô hấp đa dạng. Chủ yếu ở tổ chức kẽ kèm tổn thương nhu mô phổi. Các tiểu phế quản nhỏ bị phù nề, hoại tử, nghẽn tắc mạch. Các đại thực bào và tế bào đơn nhân bị vi khuẩn phá hủy, tổn thương nhu mô lan tỏa.

3. LÂM SÀNG

- Đa số viêm phổi không điển hình có giai đoạn tiền triệu bằng triệu chứng viêm đường hô hấp. Đôi khi khởi phát nhanh đột ngột.

- Sốt cao, sốt liên tục > 39 - 40°C hay gặp.

- Ho nhiều, thành cơn hoặc ho khan lúc đầu sau có đờm khi ở giai đoạn xuất tiết trong lòng đường thở.

- Khàn tiếng khi ho nhiều

- Trẻ lớn có thể kèm đau ngực.

- Triệu chứng cơ năng và toàn thân thường râm rộ, nặng nề.

- Triệu chứng thực thể thường nghèo nàn. Thăm khám thu được ít biểu hiện rõ ràng như ran ở phổi hay triệu chứng khác.

- Một đặc điểm lâm sàng gợi ý viêm phổi không điển hình là thường có kết hợp tổn thương ngoài phổi như: tổn thương màng phổi, tổn thương gan, lách hay cơ tim v.v...

4. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm PTCSHH: số lượng BC tăng hoặc tăng nhẹ, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính có thể không tăng.

- Phản ứng CRP: thường tăng cao.

- Các xét nghiệm sinh hóa ít có biến đổi

- Khí máu khi có suy hô hấp.

- Xét nghiệm vi sinh: có giá trị chẩn đoán xác định căn nguyên vi khuẩn. Phương pháp nuôi cấy vi khuẩn trực tiếp hay phương pháp PCR, realtime PCR tìm đoạn gen vi khuẩn không điển hình từ các bệnh phẩm dịch tiết hô hấp.

- Xquang: hình ảnh tổn thương phổi trên phim chủ yếu là tổn thương ở nhu mô, lan tỏa, hình lưới, mờ không đều, rải rác toàn bộ 2 phế trường kiểu hình ảnh tổn thương tổ chức kẽ. Đôi khi có hình ảnh tổn thương đám mờ đậm tập trung kiểu hoại tử. Một số trường hợp có tràn dịch màng phổi một hoặc hai bên kèm theo, tuy lượng dịch không nhiều.

5. CHẨN ĐOÁN

- Lứa tuổi, yếu tố dịch tễ, biểu hiện lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa, huyết học, Xquang có giá trị gợi ý chẩn đoán viêm phổi không điển hình.

- Chẩn đoán xác định nguyên nhân dựa vào xét nghiệm vi sinh phân lập được vi khuẩn hay tìm được bằng chứng đoạn ADN của vi khuẩn.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Chống suy hô hấp:

- Nếu có suy hô hấp cần sử dụng liệu pháp ôxy gen, theo dõi sát nhịp thở, SaO₂, khí máu, hút thông đường thở.

- Truyền dịch: cung cấp đủ nước và điện giải.

6.2. Điều trị hỗ trợ:

Hạ sốt, cung cấp đủ dinh dưỡng, calo theo nhu cầu

6.3. Kháng sinh:

- Lựa chọn đầu tiên là kháng sinh nhóm Macrolid: Bao gồm hoặc Erythromycin (50 mg/kg /ngày), Clarithromycin (15 mg /kg /ngày) và Azythromycin (liều 10 mg/kg/ngày).

- Quinolone là nhóm kháng sinh tiếp theo có hiệu quả cao với vi khuẩn gây viêm phổi không điển hình, Levofloxacin 20 mg/kg/ngày.

- Có thể dùng dạng uống với thể viêm phổi không nặng. Nên dùng dạng kháng sinh tiêm khi viêm phổi nặng, có suy thở.

7. PHÒNG BỆNH

- Phòng bệnh đặc hiệu: hiện chưa có vacxin phòng bệnh đặc hiệu nhóm 3 loại vi khuẩn trên.

- Phòng bệnh không đặc hiệu chủ yếu dựa vào chăm sóc đủ dinh dưỡng, tiêm chủng đủ theo lịch, tránh ô nhiễm môi trường.

VIÊM PHẾ QUẢN

1. ĐỊNH NGHĨA:

Viêm phế quản cấp là tình trạng viêm thoáng qua của khí quản và phế quản, biểu hiện đầu tiên là ho. Nguyên nhân thường là do nhiễm siêu vi, tự giới hạn trong vòng 28 ngày (3 tuần) mà không cần điều trị.

2. LÂM SÀNG:

2.1. Bệnh sử:

- Tuổi, khởi phát triệu chứng.
- Liên quan triệu chứng với lúc ăn.
- Triệu chứng kèm (sốt, khò khè).
- Đặc trưng của ho: thời gian, các tác nhân làm giảm ho hay kích thích khởi phát ho.
- Tiền căn: bệnh đường hô hấp, ho, ngạt, tiêu phân mỡ, chậm lớn.
- Tiền sử gia đình: suyễn, viêm phế quản, viêm xoang, xơ hóa nang.
- Môi trường tiếp xúc: khói thuốc, bếp củi, chất độc hóa học, Ozone.

2.2. Thăm khám:

- Tăng trưởng và phát triển.
- Triệu chứng về hô hấp:
 - + Ran phổi, khò khè, ngón tay dùi trống.
 - + Đau căng xoang, sung nề, chảy mũi sau, viêm mũi, viêm mũi dị ứng, polype mũi.
 - + Lâm sàng cải thiện khi dùng thuốc giãn phế quản.

3. CẬN LÂM SÀNG

- PTCSHH
- Phản ứng CRP nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn
- Xquang phổi.

4. CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán VPQ cấp do siêu vi thường dựa trên lâm sàng, không cần các xét nghiệm máu khác.

- Khi nghi ngờ viêm phổi, xạ phổi thì cần phim phổi, khi đó thấy hình ảnh Dày thành phế quản, ứ khí.

- Cây đàm có ích khi bội nhiễm hay nghi ngờ vi trùng không thường gặp.

- Phân lập siêu vi thường khó, chỉ giúp ích cho mục đích dịch tễ học.

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

5.1. Cấp tính:

- Nhiễm trùng:

+ Virus: RSV, Parainfluenzae 1, 2, 3; Influenzae A và B; Adenovirus, Rhinovirus, Metapneumovirus.

+ Vi trùng: *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Bordetella pertussis*, *C. diphtheria*, *M. tuberculosis*.

- Tiếp xúc hóa chất: hít dịch dạ dày, khói thuốc, ô nhiễm.

5.2. Mạn tính:

- Xơ hóa nang, suyễn, lao, dị vật bỏ quên.

- Hội chứng rối loạn lông chuyển.

- Hít vào do có bất thường giải phẫu (dò khí - thực quản, chẻ thanh quản); rối loạn chức năng nuốt có hoặc không có trào ngược dạ dày thực quản.

- Suy giảm miễn dịch: IgA, IgG và các thành phần của IgG, suy giảm miễn dịch dịch thể, không có khả năng đáp ứng miễn dịch với kháng nguyên loại polysaccharides.

- Tổn thương do hít: hút thuốc, ô nhiễm trong nhà: khói thuốc lá, bếp củi, hóa chất (formaldehyde NO₂), ô nhiễm ngoài trời: SO₂, Ozone, NO₂.

- Phá hủy đường hô hấp mạn tính

- Theo sau nhiễm trùng hay chấn thương đường hô hấp chậm hồi phục hay lành không hoàn toàn.

- Chèn ép cơ học đường hô hấp (mềm khí phế quản) hay chèn từ ngoài vào (vòng mạch, hạch).

6. ĐIỀU TRỊ

- Thường chỉ cần nghỉ ngơi, thông thoáng khí và đủ độ ẩm. Nên tránh tiếp xúc với ô nhiễm không khí. Không cần dùng thuốc hay kháng sinh.

- Đàm đổi màu cũng không phải là bằng chứng nhiễm trùng.

- Kháng sinh dùng khi có bằng chứng nhiễm trùng.

- Không khuyến cáo dùng thuốc làm giảm ho.

- Có thể dùng giãn phế quản (uống hay khí dung) khi có khò khè.

- Corticoides dùng khi triệu chứng hô hấp nặng: khó thở, tắc nghẽn đường hô hấp

7. VIÊM PHẾ QUẢN MẠN HAY VIÊM PHẾ QUẢN TÁI PHÁT

- Khi triệu chứng kéo dài hơn 3 tuần.

- Do quá trình viêm mạn tính và phá hủy đường hô hấp.

- Cần loại trừ nguyên nhân ho kéo dài do tâm lý.

- Ho kéo dài có thể là biến chứng của viêm phế quản hay là biểu hiện của cơn suyễn.

8. DỰ HẬU LÂU DÀI

- VPQ ở trẻ < 5 tuổi: nguy cơ có đợt khò khè hay viêm phế quản lúc sắp dậy thì.

- Chú ý ở trẻ hút thuốc thụ động.

VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN CẤP

Viêm thanh khí phế quản cấp hoặc Croup là tình trạng viêm phù nề cấp tính vùng hạ thanh môn thường do siêu vi: Parainfluenza (tỷ lệ khoảng 70%), sau đó là RSV, Adenovirus. Thường gặp ở trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi.

1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

1.1. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa vào lâm sàng để chẩn đoán khó thở thanh quản.

* Có 3 triệu chứng cơ bản, cổ điển là:

- Khó thở thì hít vào, khó thở chậm.
- Có tiếng rít thanh quản (Carnage)
- Co kéo cơ hô hấp nhất là lõm ức và rút lõm lồng ngực.

* Có 4 triệu chứng phụ hay gặp:

- Khàn tiếng hay mất tiếng (khi nói, ho, khóc).
- Đầu gật gù khi thở, thường ngửa đầu ra sau trong thì hít vào.
- Quan sát thấy sụn thanh quản nhô lên khi hít vào.
- Nhấn mặt và nở cánh mũi.

1.2. Cận lâm sàng:

- PTCSHH
- Điện giải đồ: Nếu nghi ngờ rối loạn điện giải
- Khí máu: Nếu có suy hô hấp
- Phết họng loại trừ bạch hầu
- Khi suy hô hấp hoặc cần chẩn đoán phân biệt: X-quang phổi, CT-sanner cổ ngực.

1.3. Chẩn đoán mức độ khó thở thanh quản

Đánh giá mức độ khó thở thanh quản rất quan trọng. Điều này giúp cho tiên lượng và có thái độ xử trí kịp thời. Có 3 mức độ khó thở thanh quản theo 3 mức nặng nhẹ.

Độ 1:

- Khàn và rè tiếng khi khóc, nói.
- Tiếng ho còn trong hay hơi rè.
- Biểu hiện khó thở vào chưa điển hình, tiếng rít thanh quản nhẹ

- Hoặc chưa rõ cơ kéo cơ hô hấp phụ ít.
- Tình trạng toàn thân chưa ảnh hưởng.

Độ 2:

- Mất tiếng, nói không rõ từ
- Tiếng ho ông ổng như chó sủa
- Triệu chứng khó thở thanh quản điển hình tiếng rít thanh quản rõ
- Cơ kéo cơ hô hấp mạnh
- Trẻ kích thích, vật vã, hốt hoảng, lo sợ.

Độ 3:

- Mất tiếng hoàn toàn, khóc hoặc nói không thành tiếng, phào phào.
- Không ho thành tiếng hoặc không ho được.
- Triệu chứng khó thở dữ dội, có biểu hiện của tình trạng thiếu oxy nặng. Trẻ có thể tím tái, rối loạn nhịp thở.

- Tình trạng toàn thân bị ảnh hưởng rõ thần kinh (hôn mê, lơ đãng hay vật vã), tim mạch, da tái vã mồ hôi v.v...

1.4. Chẩn đoán nguyên nhân khó thở thanh quản

1.4.1. Khó thở thanh quản cấp tính:

- Dị vật đường thở: thường có hội chứng xâm nhập
- Viêm thanh quản cấp: nguyên nhân có thể là do vi khuẩn (*H.influenzae*, *Streptococcus.pneumonial*, *Staphylococcus.aureus*) hoặc virus (hay gặp nhất là virus cúm, sau đó là virus nhóm myxovirus).
- Tétanie: thường ở trẻ còi xương có biểu hiện co thắt thanh quản cấp tính.
- Bạch hầu thanh quản: có thể khởi phát từ từ nhưng khi có giả mạc gây tắc thì khó thở dữ dội. Phát hiện dựa vào khám họng, soi thanh quản, cấy tìm vi khuẩn bạch cầu.
- Viêm thanh quản do sởi: có biểu hiện viêm long đường hô hấp, mọc ban sởi và dựa vào dịch tễ học.

- Abscess sau họng: biểu hiện nhiễm trùng nặng và không nuốt được.

1.4.2. Khó thở thanh quản mạn tính:

- Thở rít thanh quản bẩm sinh do mềm sụn thanh quản, dị dạng sụn thanh quản.

- Hẹp thanh quản mạn tính: do hậu quả của chấn thương hoặc hẹp do u máu, dị dạng bẩm sinh.

- U nhú thanh quản: là loại u nhú, lành tính ở thanh quản, u phát triển nhanh, tái phát gây khó thở thanh quản từ từ. Chẩn đoán nhờ soi thanh quản.

2. XỬ TRÍ VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN CẤP Ở TRẺ EM

- Mức độ khó thở thanh quản.

- Có sốt hay không sốt.

- Đánh giá lại sau 10-15 phút điều trị

- Điều trị nguyên nhân

Cụ thể: theo mức độ khó thở thanh quản.

- Khó thở thanh quản độ 1: Điều trị ngoại trú, Dexamethason 0,15mg/kg/ liều duy nhất hoặc Prednisone 2mg/kg trong 2-3 ngày, cần tái khám mỗi ngày.

- Khó thở thanh quản độ 2: nhập viện, Dexamethason 0,6mg/kg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch một lần, có thể lặp lại sau 6-12 giờ nếu cần; hoặc cho uống với liều như trên, hoặc khí dung Budesonide 1-2 mg/liều duy nhất nếu có chống chỉ định dùng Corticoide toàn thân ví dụ như đang bị thủy đậu, lao, xuất huyết tiêu hóa, loét dạ dày, nôn ói nhiều. Sau 2 giờ nếu không cải thiện xem xét khí dung Adrenalin, kháng sinh nếu chưa loại nguyên nhân nhiễm khuẩn.

- Khó thở thanh quản độ 3: nằm cấp cứu, thở ôxy đảm bảo SpO₂ > 95%, khí dung Adrenalin 1/1000 2-5ml hoặc 0,4-0,5ml/kg (tối đa 5ml), có thể lặp lại liều 2 sau 30 phút nếu còn khó thở nhiều và sau đó 1-2 giờ nếu cần, tối đa 3 liều; Dexamethason 0,6 mg/kg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 lần, có thể lặp lại sau 6-12 giờ nếu cần; kháng sinh Cefotaxim hay Ceftriaxone trong 3-5 ngày.

- Chỉ định đặt nội khí quản khi thất bại với Adrenalin và Dexamethason, vẫn còn tím tái, lơ mơ kiệt sức, cơn ngừng thở.

- Không khuyến cáo mở khí quản.

VIÊM TIÊU PHẾ QUẢN CẤP

Là bệnh lý viêm nhiễm cấp tính ở các phế quản nhỏ và trung bình do virus, được đặc trưng bởi hiện tượng viêm cấp, phù nề, hoại tử các tế bào biểu mô dẫn khí nhỏ, tăng sản xuất chất nhầy và co thắt phế quản. Gặp ở trẻ dưới 2 tuổi với hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi ho, khò khè, thở nhanh và/ hoặc thở co lõm lồng ngực.

I. CHẨN ĐOÁN

- Tiêu chuẩn chẩn đoán:

+ Tuổi bệnh nhân: dưới 2 tuổi

+ Khởi đầu với triệu chứng viêm đường hô hấp trên và/hoặc chảy mũi nước trong từ 1-3 ngày.

+ Triệu chứng lâm sàng: Ho, khò khè, thở nhanh và/hoặc rút lõm lồng ngực, nghe phổi có ran rít/ngáy hoặc ran ẩm hoặc cả hai.

+ Trẻ nhỏ dưới 6 tháng có thể chỉ có cơn ngưng thở mà không có các triệu chứng khác.

- Phân độ viêm tiểu phế quản

Thông số đánh giá	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Tri giác	Bình thường	Đôi khi kích thích	Kích thích nhiều, và/hoặc li bì, kiệt sức
Ăn, bú	Bình thường (>75% bình thường)	50-75% bình thường	Bỏ bú hoặc bú kém, không uống được
Nhịp thở	Bình thường	Tăng (<70 lần/ phút)	Tăng (>70 lần/ phút)
RLLN	Không	RLLN	RLLN nặng
SpO2	> 95%	92 - 95%	< 92%
Tím tái	Không	Không	Có
Ngưng thở	Không	Có thể có ngưng thở ngắn	Có cơn ngưng thở thường xuyên, kéo dài.

- Cận lâm sàng:
- + PTCSHH
- + X-quang phổi
- + CRP, Đường huyết, ĐGD: trường hợp nặng
- + Khí máu: Suy hô hấp
- + Xét nghiệm virus học.
- Chẩn đoán phân biệt:
- + Viêm phổi
- + Hen phế quản

II. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị nâng đỡ
- Oxy máu đầy đủ
- Cung cấp đủ nước.

2.2. Điều trị cụ thể:

2.2.1. Hỗ trợ hô hấp: Cung cấp oxy khi $SpO_2 < 92\%$, duy trì $SpO_2 \geq 95\%$ và xem xét cai oxy khi $SpO_2 \geq 95\%$ ổn định (> 4 giờ).

2.2.2. Cung cấp nước, điện giải và dinh dưỡng

- Chỉ định nuôi ăn qua ống thông dạ dày:
- + Thở nhanh trên 70 – 80 lần/ phút
- + Nôn ói liên tục
- + Khi trẻ ăn hay bú mà $SpO_2 < 90\%$ dù có thở oxy
- + Kém phối hợp các động tác mút – nuốt – hô hấp, tăng rõ rệt công hô hấp khi uống/bú.

- Chỉ định truyền dịch –nuôi ăn tĩnh mạch: Khi trẻ có mất nước, hoặc khi nuôi ăn bằng đường tiêu hóa chỉ có thể cung cấp được lượng dịch không quá 80ml/kg/ngày.

2.2.3. Thuốc giãn phế quản:

- Không sử dụng thường quy

- Khi trẻ ho, khò khè xem xét điều trị với thuốc GPQ, nhất là khi: Trẻ > 6 tháng, khò khè tái phát, có cơ địa dị ứng bản thân/gia đình.

- Liều lượng: Khí dung Salbutamol (0,15mg/kg/lần, tối thiểu 1,5mg/lần). Hoặc Salbutamol MDI (4-6 nhát xịt/ lần với buồng đệm).

- Có thể lặp lại sau 20 phút.

- Trường hợp nặng: Phun khí dung với oxy 6 lít/phút.

- Đánh giá sau 1 giờ, đáp ứng thì dùng tiếp, không đáp ứng thì không cần sử dụng tiếp.

2.2.4. Khí dung Adrenaline: Chỉ sử dụng trường hợp trung bình đến nặng, không đáp ứng với GPQ, đánh giá lại sau 30 phút. Không đáp ứng thì ngưng.

2.2.5. Kháng cholinergic: Chỉ sử dụng trong trường hợp nghi ngờ hen, xem xét phối hợp với giãn phế quản.

2.2.6. Corticoid: Không dùng thường quy, chỉ xem xét dùng trường hợp không loại trừ hen.

2.2.7. Kháng sinh: Sử dụng khi có dấu hiệu nặng + bằng chứng nhiễm trùng trên cận lâm sàng.

HEN PHẾ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. Định nghĩa: Hen là tình trạng viêm mạn tính đường thở với sự tham gia của nhiều tế bào và thành phần tế bào làm tăng tính đáp ứng đường thở (co thắt, phù nề, tăng tiết đờm) gây tắc nghẽn, hạn chế luồng khí thở làm xuất hiện các dấu hiệu khò khè, khó thở, nặng ngực và ho tái diễn nhiều lần, thường xảy ra ban đêm và sáng sớm có thể hồi phục tự nhiên hoặc do dùng thuốc.

Tần suất và đặc điểm của hen trẻ em dưới 5 tuổi:

- Hen là bệnh lý mạn tính đường hô hấp thường gặp, chiếm tỷ lệ khoảng 1-18% dân số ở các nước. Tỷ lệ mắc bệnh trung bình là 5% (ở người lớn), 10% (ở trẻ em).

- Ở Việt Nam chưa có con số chính xác và hệ thống về tỷ lệ mắc hen cho cả nước, một số công trình nghiên cứu ở các vùng và địa phương cho thấy hen trẻ em có tỷ lệ mắc khoảng 4-8%.

- Những năm gần đây hen trẻ em có xu hướng tăng lên, cứ 20 năm tỷ lệ hen trẻ em tăng lên 2-3 lần.

- Hen trẻ em đặc biệt là ở trẻ em < 5 tuổi thường khó chẩn đoán xác định, điều trị cũng còn nhiều khó khăn vì những lý do sau:

+ Nguyên nhân khò khè ở trẻ em rất đa dạng và khó xác định, đặc biệt khò khè ở trẻ < 1 tuổi thường dễ nhầm với viêm tiểu phế quản. Việc chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân khò khè khác rất phức tạp.

+ Triệu chứng hen ở trẻ nhỏ không điển hình, khó xác định (ví dụ triệu chứng nặng ngực...).

+ Các thăm dò cận lâm sàng đặc biệt là chức năng hô hấp rất khó thực hiện vì trẻ nhỏ chưa biết hợp tác.

+ Việc tuân thủ điều trị cũng như thực thi các biện pháp kiểm soát hen ở trẻ em < 5 tuổi còn gặp nhiều khó khăn.

2. Yếu tố nguy cơ tiên lượng xuất của hen

Yếu tố nguy cơ lên cơn kịch phát trong vài tháng tới:

- Không kiểm soát được triệu chứng hen.
- Có ≥ 1 cơn hen nặng trong năm qua.
- Bắt đầu vào mùa thường lên cơn hen của trẻ.
- Tiếp xúc khói thuốc lá, không khí ô nhiễm trong nhà hoặc ngoài trời, dị nguyên không khí trong nhà (mạt nhà, gián, thú nuôi, nấm mốc), đặc biệt đi kèm với nhiễm virus.

- Trẻ hoặc gia đình có vấn đề về tâm lý hoặc kinh tế-xã hội.
- Tuân thủ điều trị duy trì kém hoặc kỹ thuật hít thuốc không đúng.

Yếu tố nguy cơ giới hạn luồng khí cố định:

- Nhập viện nhiều lần vì cơn hen nặng.
- Tiền sử bị viêm tiểu phế quản.

Yếu tố nguy cơ tác dụng phụ của thuốc:

- Toàn thân: dùng nhiều đợt corticosteroid uống hoặc liều cao corticosteroid hít.
- Tại chỗ: dùng liều trung bình/cao corticosteroid hít, kỹ thuật hít thuốc không đúng, không bảo vệ da hoặc mắt khi dùng corticosteroid phun khí dung hoặc qua buồng đệm có mặt nạ.

II. CHẨN ĐOÁN

Để chẩn đoán hen trẻ em dưới 5 tuổi cần dựa vào bệnh sử, triệu chứng lâm sàng kết hợp với cận lâm sàng, lưu ý xem xét các chẩn đoán phân biệt khác.

1. Lâm sàng:

Bảng 1: Các yếu tố gợi ý khả năng hen

Yếu tố gợi ý hen	Yếu tố gợi ý ít hen
Có khò khè kèm một trong các triệu chứng: ho, khó thở	Bất cứ dấu hiệu nào dưới đây: Các triệu chứng chỉ có khi cảm lạnh. Ho đơn thuần không kèm khò khè, khó thở. Nhiều lần nghe phổi bình thường dù bệnh nhi có triệu chứng.
VÀ	
Bất cứ dấu hiệu nào dưới đây: Triệu chứng tái phát thường xuyên	

<p>Nặng hơn về đêm và sáng sớm</p> <p>Xảy ra khi gắng sức, cười, khóc hay tiếp xúc với khói thuốc lá, không khí lạnh, thú nuôi...</p> <p>Xảy ra khi không có bằng chứng nhiễm khuẩn hô hấp. Có tiền sử dị ứng (viêm mũi dị ứng, chàm da)</p> <p>Tiền sử gia đình (cha mẹ, anh chị em ruột) hen, dị ứng Có ran rít/ngáy khi nghe phở</p> <p>Đáp ứng với điều trị hen.</p>	<p>Có dấu hiệu/triệu chứng gợi ý chẩn đoán khác</p> <p>Không đáp ứng với điều trị hen thử (thuốc giãn phế quản, các thuốc phòng ngừa hen).</p>
--	--

2. Cận lâm sàng

- PTCSHH
- Khí máu: Nếu có suy hô hấp
- Điện giải đồ: Nếu nghi ngờ có rối loạn điện giải
- Lưu lượng đỉnh giảm, Thăm dò chức năng hô hấp
- X-Quang phổi

3. Chẩn đoán phân biệt:

Không phải tất cả những trường hợp khò khè đều là hen. Nên thực hiện nghiệm pháp giãn phế quản ở các trẻ có khò khè (phun khí dung salbutamol 2,5mg/lần, 2-3 lần liên tiếp cách nhau 20 phút). Nếu trẻ không đáp ứng hay đáp ứng kém sau 1 giờ, cần xem xét các chẩn đoán phân biệt sau:

- + Viêm tiểu phế quản cấp
- + Viêm mũi xoang
- + Dị vật đường thở
- + Các dị tật về giải phẫu
- + Chèn ép phế quản do: U trung thất, hạch to, nang phế quản
- + Thâm nhiễm phổi tăng bạch cầu ái toan
- + Trào ngược dạ dày thực quản

+ Suy giảm miễn dịch bẩm sinh.

4. Tiêu chuẩn chẩn đoán.

Thỏa mãn 5 tiêu chuẩn sau:

- 1) Khò khè ± ho tái đi tái lại.
- 2) Hội chứng tắc nghẽn đường thở: lâm sàng có ran rít, ran ngáy (± dao động xung ký).
- 3) Có đáp ứng thuốc giãn phế quản và hoặc đáp ứng với điều trị thử (4-8 tuần) và xấu đi khi ngưng thuốc.
- 4) Có tiền sử bản thân hay gia đình dị ứng ± có yếu tố khởi phát.
- 5) Đã loại trừ các nguyên nhân gây khò khè khác.

5. Đánh giá mức độ cơn hen cấp.

Các biểu hiện sớm của cơn hen cấp ở trẻ em < 5 tuổi:

- + Tăng khò khè hoặc khó thở cấp tính.
- + Ho tăng lên, nhất là khi trẻ đang ngủ.
- + Li bì hoặc giảm vận động.
- + Hạn chế hoạt động hàng ngày, kể cả ăn uống.

Bảng 2: Đánh giá mức độ nặng cơn hen cấp.

Nhẹ	Trung bình	Nặng	Nguy kịch
- Tỉnh - Khó thở khi gắng sức, vẫn nằm được - Nói được cả câu - Thở nhanh, không rút lõm lồng ngực - SpO ₂ ≥ 95%	- Tỉnh - Khó thở rõ, thích ngồi hơn nằm - Chỉ nói cụm từ ngắn - Thở nhanh, rút lõm lồng ngực - SpO ₂ : 92 – 95%	- Kích thích vật vã - Khó thở liên tục, phải nằm đầu cao - Nói từng từ, - Thở nhanh, rút lõm lồng ngực rõ, - SpO ₂ < 92%	- Lơ mơ, hôn mê - Thở chậm, cơn ngừng thở. - Rì rào phế nang giảm hoặc không nghe thấy - Tím tái, SpO ₂ < 92%

Bảng 3: Đánh giá mức độ nặng bệnh hen

Độ nặng	Gián đoạn	Dai dẳng		
		Nhẹ	Vừa	Nặng
Triệu chứng ban ngày	≤ 2 lần/tuần	≥ 2 lần/tuần nhưng không phải hàng ngày	Hàng ngày	Cả ngày
Thức giấc về đêm	Không	1- 2 lần/tháng	3-4 lần/tháng	> 1 lần/tuần
Dùng thuốc cắt cơn tác dụng nhanh để cải thiện triệu chứng	< 2 lần/tuần	> 2 lần/tuần nhưng không phải hàng ngày	Hàng ngày	Vài lần mỗi ngày
Ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày	Không	Đôi khi	Ảnh hưởng không thường xuyên	Ảnh hưởng thường xuyên

5. Điều trị

5.1. Nguyên tắc điều trị:

- ❖ Hỗ trợ hô hấp
- ❖ Điều trị cắt cơn
- ❖ Điều trị phòng ngừa
- ❖ Quản lý bệnh nhân

5.2. Điều trị cơn cấp

+ Xử lý cơn hen tại nhà:

Điều trị ban đầu tại nhà

- Xịt hai nhát salbutamol 200 mcg, có thể lặp lại sau mỗi 20 phút, nếu cần thiết.
- Sau đó đưa trẻ đi khám tại cơ sở y tế càng sớm càng tốt.

Cần đưa trẻ đến cơ sở y tế ngay lập tức nếu trẻ có BẤT KỲ dấu hiệu nào sau đây:

- Trẻ quá khó thở.
- Triệu chứng của trẻ không đỡ ngay sau 6 nhát xịt thuốc giãn phế quản trong 2 giờ.

- Cha mẹ trẻ hoặc người chăm sóc không thể xử trí cơn hen cấp tại nhà.

+ Xử trí cơn hen tại bệnh viện:

- Cơn hen nhẹ:

- Điều trị ngoại trú: Khí dung salbutamol 2,5 mg/lần Hoặc MDI salbutamol với buồng đệm (2 - 4 nhát/lần mỗi 20 phút x 3 lần nếu cần (đánh giá lại sau mỗi lần khí dung). Đánh giá lại sau 1 giờ.

- + Đáp ứng tốt: Hết khò khè, Không khó thở, SaO₂ ≥ 95%, điều trị ngoại trú: Tiếp tục MDI salbutamol mỗi 3-4 giờ trong 24-48 giờ. Hẹn tái khám.

- + Đáp ứng không hoàn toàn: Còn ran rít, Còn khó thở, SaO₂: 92-95%, xem xét nhập viện: KD salbutamol + KD Ipratropium 250 mcg/lần). Prednison uống sớm (khi không đáp ứng với 1 lần khí dung salbutamol).

- + Không đáp ứng: Còn ran rít, khó thở, rút lõm lồng ngực, SaO₂ < 92%. Nhập viện: KD salbutamol + KD Ipratropium x 3 lần nếu cần. Prednisolon uống (sau 3 lần không giảm xử trí như cơn hen nặng).

- Cơn hen trung bình:

- Khí dung salbutamol (2,5 mg/lần). Hoặc MDI salbutamol với buồng đệm (6-8 nhát/lần) mỗi 20 phút x 3 lần nếu cần (đánh giá lại sau mỗi lần phun). Đánh giá lại sau 1 giờ:

- + Đáp ứng tốt: Hết khò khè, Không khó thở, SaO₂ ≥ 95%, điều trị ngoại trú: Tiếp tục MDI salbutamol mỗi 3-4 giờ trong 24-48 giờ. Hẹn tái khám.

- + Đáp ứng không hoàn toàn: Còn ran rít, Còn khó thở, SaO₂: 92-95%, xem xét nhập viện: KD salbutamol + KD Ipratropium 250 mcg/lần). Prednison uống sớm (khi không đáp ứng với 1 lần khí dung salbutamol).

- + Không đáp ứng: Còn ran rít, khó thở, rút lõm lồng ngực, SaO₂ < 92%. Nhập viện: KD salbutamol + KD Ipratropium x 3 lần nếu cần. Prednisolon uống (sau 3 lần

không giảm xử trí như cơn hen nặng).

- Cơn hen nặng nhập cấp cứu: Oxy qua mặt nạ. Khí dung salbutamol kết hợp với Ipratropium mỗi 20 phút x 3 lần (đánh giá lại sau mỗi lần phun). Hydrocortison hoặc Methyl prednisolon TM.

Đánh giá sau 1 giờ điều trị:

+ Đáp ứng không hoàn toàn: Chuyển hồi sức. KD salbutamol mỗi giờ. KD Ipratropium mỗi 2-4 giờ. Có thể sử dụng ICS liều cao. Hydrocortison hoặc Methyl-prednisolon TM. TrTM Magnesium sulfat (> 1 tuổi). TrTM Aminophyllin. TrTM salbutamol, đặt NKQ, thở máy.

+ Đáp ứng tốt: Tiếp tục KD salbutamol ± KD Ipratropium mỗi 4 – 6 giờ trong 24 giờ. Hydrocortison tĩnh mạch hoặc Methyl- prednisolon tĩnh mạch. Đáp ứng tốt (Không khó thở, SP02 ≥ 95%, điều trị ngoại trú: MDI salbutamol mỗi 3-4 giờ trong 24-48 giờ. Prednisolon uống x 3 ngày. Hẹn tái khám.

- Cơn hen nguy kịch nhập cấp cứu: Oxy qua mặt nạ. Adrenalin TDD mỗi 20 phút x 3 lần. Khí dung salbutamol kết hợp với Ipratropium mỗi 20 phút x 3 lần (đánh giá lại sau mỗi lần khí dung). Hydrocortison hoặc Methyl -prednisolon TM.

Đánh giá sau 1 giờ điều trị:

+ Đáp ứng không hoàn toàn: Chuyển hồi sức. KD salbutamol mỗi giờ. KD Ipratropium mỗi 2-4 giờ. Có thể sử dụng ICS liều cao. Hydrocortison hoặc Methyl-prednisolon TM. TrTM Magnesium sulfat (> 1 tuổi). TrTM Aminophyllin. TrTM salbutamol, đặt NKQ, thở máy.

+ Đáp ứng tốt: Tiếp tục KD salbutamol ± KD Ipratropium mỗi 4 – 6 giờ trong 24 giờ. Hydrocortison tĩnh mạch hoặc Methyl- prednisolon tĩnh mạch. Đáp ứng tốt (Không khó thở, SP02 ≥ 95%, điều trị ngoại trú: MDI salbutamol mỗi 3-4 giờ trong 24-48 giờ. Prednisolon uống x 3 ngày. Hẹn tái khám.

❖ Liều lượng thuốc:

+ Hydrocortison 5 mg/kg hay Methylprednisolon TM 1 mg/kg mỗi 6 giờ

+ Magnesium sulfate (> 1 tuổi) liều trung bình 50mg/kg truyền tĩnh mạch trong 20 phút

+ Theophyllin (≤ 1 tuổi).

+ Aminophyllin truyền tĩnh mạch: liều tấn công 5mg/kg truyền trong 20 phút, duy trì: 1mg/kg/giờ. Nếu có điều kiện nên theo dõi nồng độ theophyllin máu ở giờ thứ 12 và sau đó mỗi 12 – 24 giờ (giữ mức 60 – 110mmol/l tương ứng 10-15µg/ml).

+ Adrenalin tiêm dưới da (Adrenalin 1‰ 0,01 ml/kg, tối đa 0,3 ml/lần mỗi 20 phút, tối đa 3 lần).

+ Salbutamol: liều tấn công 15 µg/kg truyền tĩnh mạch trong 20 phút, sau đó duy trì 1 µg/kg/phút. Cần kiểm tra khí máu và kali máu mỗi 6 giờ.

Những thuốc và biện pháp không nên sử dụng trong cơn hen cấp

- Kháng sinh: Chỉ dùng khi có bằng chứng nhiễm khuẩn.
- Truyền dịch: Chỉ khi có dấu hiệu mất nước (thận trọng tránh quá tải dịch).
- Thuốc an thần, thuốc làm lỏng chất tiết (nhóm acetylcystein gây co thắt phế quản), thuốc gây giảm xuất tiết nhóm kháng histamin, thuốc xiro ho có chứa dextromethorphan, vật lý trị liệu hô hấp.

5.3. Điều trị duy trì.

5.3.1. Mục tiêu

- Đạt được kiểm soát tốt triệu chứng và duy trì mức độ hoạt động bình thường.
- Giảm thiểu nguy cơ diễn tiến xấu trong tương lai: giảm nguy cơ xuất hiện cơn hen cấp, duy trì chức năng hô hấp và quá trình phát triển của phổi càng gần với bình thường càng tốt và giảm thiểu tác dụng phụ của thuốc.

5.3.2. Chỉ định

- Kiểu triệu chứng gợi ý chẩn đoán hen và những triệu chứng này không được kiểm soát và/hoặc trẻ thường có các đợt khò khè (từ 3 đợt trở lên trong một mùa).
- Trẻ có những đợt khò khè nặng khởi phát bởi virus dù ít thường xuyên (1-2 đợt trong một mùa).
- Trẻ đang được theo dõi hen và cần phải sử dụng thường xuyên SABA hít (>1-2 lần/tuần).

- Trẻ vào viện vì cơn hen nặng/nguy kịch.

5.3.3. Lựa chọn thuốc

Khi lựa chọn thuốc cần chú ý hai kiểu hình

- Khò khè gián đoạn khởi phát do virus: Montelukast (LTRA)
- Khò khè do nhiều yếu tố khởi phát: corticosteroid hít (ICS).

5.3.4. Điều trị theo mức độ nặng của hen

Chọn lựa biện pháp điều trị ban đầu theo mức độ nặng ở lần đánh giá đầu tiên.

Bảng 4. Lựa chọn biện pháp điều trị ban đầu theo mức độ nặng

Mức độ nặng	Thuốc chọn lựa	Thuốc thay thế
Gián đoạn	SABA hít khi cần LTRA	
Dai dẳng nhẹ	ICS liều thấp	LTRA
Dai dẳng trung bình	ICS liều trung bình	ICS liều thấp + LTRA
Dai dẳng nặng	ICS liều cao	ICS liều trung bình + LTRA

SABA: đồng vận beta2 tác dụng ngắn; ICS: corticosteroid hít; LTRA: kháng thụ thể leukotrien

- Đối với hen gián đoạn dùng LTRA trong đợt bắt đầu có triệu chứng nhiễm virus đường hô hấp trên và duy trì 7- 21 ngày.

5.3.5. Tái khám

- Sau mỗi cơn hen cấp, trẻ cần được tái khám trong vòng 1 tuần. Tần suất tái khám tùy thuộc mức độ kiểm soát hen ban đầu, đáp ứng với điều trị và khả năng tự xử trí của bố mẹ trẻ. Tốt nhất trẻ cần được tái khám sau 1-3 tháng bắt đầu điều trị, sau đó 3 - 6 tháng/lần.

- Cần đánh giá mức độ kiểm soát hen, yếu tố nguy cơ, tác dụng phụ của thuốc, tuân thủ điều trị và hỏi bố mẹ trẻ có lo lắng gì không ở mỗi lần tái khám. Theo dõi chiều cao của trẻ ít nhất 1 lần/năm.

- Nếu trẻ có thể đo được hô hấp ký hoặc dao động xung ký, cần tiến hành đo mỗi 3 tháng một lần để giúp quyết định nâng hoặc giảm bậc điều trị.

5.3.6. Ngưng điều trị

- Cần nhắc ngưng điều trị duy trì nếu bệnh nhân hết triệu chứng trong 6-12 tháng, đang ở bước điều trị thấp nhất và không có yếu tố nguy cơ. Tuy nhiên, không nên ngưng điều trị vào mùa trẻ hay bị nhiễm khuẩn hô hấp, mùa có nhiều phấn hoa và lúc trẻ đang đi du lịch.

- Trường hợp ngưng điều trị duy trì, cần tái khám sau 3-6 tuần để kiểm tra. Nếu có tái xuất hiện triệu chứng cần điều trị lại.

DANH MỤC CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ HEN TRẺ EM DƯỚI 5T

Thuốc	Biệt dược	Dạng thuốc
Cường beta 2 tác dụng ngắn		
Salbutamol	Ventolin, Salbutamol	- Dạng khí dung 2,5mg/2,5 ml - Dạng xịt 100mcg/nhất
Kết hợp cường beta 2 tác dụng ngắn và kháng cholinergic		
Salbutamol/ Ipratropium	Combivent	- Dạng khí dung (2,5 mg salbutamol/500 mcg ipratropium)
<p>Nhóm Methylxanthine</p> <p>Chú ý: tổng liều (bao gồm tất cả các thuốc nhóm methylxanthine) không quá 10mg/kg/ngày. Không dùng kèm thuốc nhóm macrolide vì nguy cơ độc tính gây biến chứng tim mạch.</p>		
Aminophylline	Diaphyllin	- Ống 240mg/5ml (4,8%) pha với dung dịch glucose 5%, truyền tĩnh mạch trong cấp cứu cơn khó thở cấp.
<p>Glucocorticosteroids dạng phun hít</p> <p>Chú ý: cần súc miệng sau sử dụng các thuốc dạng phun hít có chứa Glucocorticosteriod</p>		
Budesonide	Pulmicort	- Dạng khí dung (500 mcg/2ml)
Fluticasone	Flixotide	- Dạng khí dung (500 mcg/2ml) - Dạng xịt (125 mcg/nhất xịt)
Glucocorticosteroids đường toàn thân		
Prednisolone	Prednisolone	- Viên 5 mg
Methylprednisolone	Medrol Solumedrol	- Viên 4mg; 16 mg - Lọ 40 mg tiêm tĩnh mạch.
Hydrocortisol	Hydrocortisol	- Ống 100 mg tiêm
Kháng leukotrien		
Montelukast	Singulair	- Dạng gói 4mg, dạng viên nhai 4mg

VIÊM PHỔI HÍT HYDROCARBON

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm phổi hít hydrocarbon là tình trạng viêm phổi hóa học xảy ra sau khi uống nhầm hydrocarbon mà phổ biến nhất là xăng hoặc dầu hôi.

Hydrocarbon từ dạ dày đến được phổi nhờ 3 đặc tính: độ nhớt thấp, độ bay hơi cao và sức căng bề mặt thấp.

Viêm phổi hít do uống nhầm xăng dầu khá phổ biến ở trẻ em, đặc biệt là trẻ từ 1-3 tuổi. Tần suất thay đổi từ 1,8 đến 7,7% tùy quốc gia, hầu hết các trường hợp uống nhầm hơn tự tử. Tỷ lệ tử vong thấp (<1%), nhưng có thể có di chứng trên hệ hô hấp kéo dài (>10 năm).

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chuẩn đoán xác định

- Lâm sàng: trẻ uống xăng hoặc dầu hôi có thở nhanh, khám phổi có ra.
- Cận lâm sàng: tổn thương phổi trên X-quang phổi.

+ PTCSHH

+ X-quang phổi thẳng

+ Các trường hợp nặng (suy hô hấp, hôn mê, co giật): khí máu động mạch, điện giải đồ, chức năng gan-thận và các xét nghiệm khác tùy diễn biến bệnh.

+ Điện tim, siêu âm tim: nếu có rối loạn nhịp.

2. Chẩn đoán có thể

Trẻ có uống hydrocarbon nhưng không có tổn thương trên X-quang phổi, có thể kèm thở nhanh, phổi có ran hoặc không.

3. Đánh giá mức độ nặng

+ Nhẹ: không có triệu chứng lâm sàng, X-quang phổi bình thường.

+ Trung bình: thở nhanh, phổi có ran, X-quang phổi: Có tổn thương nhưng không nặng (Phân thùy, không có biến chứng khác).

+ Nặng: có rối loạn tri giác, tím tái, dấu hiệu suy hô hấp nặng, X-quang phổi có tổn thương nặng (tổn thương phế nang lan tỏa, có biến chứng: phù phổi, kén khí, tràn khí – tràn dịch màng phổi).

III. ĐIỀU TRỊ

Nếu trẻ không có triệu chứng (nhịp thở bình thường, không có RLLN, không có dấu hiệu bất thường khi nghe phổi, không có dấu hiệu nặng khác), X-quang phổi bình thường, tình trạng ổn định trong 6-8 giờ theo dõi có thể cho xuất viện và dặn tái khám khi có xuất hiện triệu chứng bất thường.

Trẻ có triệu chứng, X-quang phổi có tổn thương, cần được nhập viện và theo dõi tại bệnh viện ít nhất từ 8-12 giờ.

Các trường hợp có suy hô hấp, co giật hoặc hôn mê phải nhập khoa cấp cứu điều trị ngay.

1. Nguyên tắc điều trị

+ Điều trị tình huống cấp cứu

+ Điều trị hỗ trợ

+ Điều trị biến chứng.

2. Điều trị tại khoa cấp cứu

+ Hỗ trợ hô hấp

+ Hôn mê: nằm nghiêng hay ngửa đầu, nâng cằm, hút đờm.

+ Chống chỉ định rửa dạ dày, trừ những trường hợp sau:

Số lượng uống nhiều (> 5ml/kg)

Trong hydrocarbon có pha các chất diệt côn trùng, kim loại nặng hoặc các chất có khả năng gây độc cho cơ thể.

Nếu cần phải rửa dạ dày, nên đặt nội khí quản có bóng chèn trong khi rửa

+ Điều chỉnh nước, điện giải, thăng bằng kiềm toan

3. Điều trị khoa nội trú

+ Thuốc giãn phế quản: Salbutamol. Chỉ định trong các trường hợp co thắt phế quản, biểu hiện bằng thở nhanh, thở khò khè, RLLN, phổi có ran rít, ngáy.

+ Nếu có sốt: hạ sốt bằng paracetamol

+ Dinh dưỡng đầy đủ

+ Kháng sinh:

Khi có tím tái, suy hô hấp nặng: cefotaxim

Khi có RLLN: Ampicillin

Khi có thở nhanh và X-quang có tổn thương nhu mô phổi: dùng kháng sinh uống (Amocillin, cephalosporin thế hệ thứ 2).

+ Không có chỉ định dùng corticoid.

CHƯƠNG 4: TIÊU HÓA

TIÊU CHẢY CẤP

1. ĐẠI CƯƠNG:

Tiêu chảy là tiêu phân lỏng nước bất thường từ 3 lần trở lên trong 24 giờ. Tiêu chảy cấp là tiêu chảy khởi đầu cấp tính và kéo dài không quá 14 ngày.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. LÂM SÀNG:

2.1.1. Hỏi bệnh:

Hỏi bà mẹ hoặc người chăm sóc trẻ các thông tin sau đây:

- Trẻ đi ngoài từ bao giờ
- Có máu trong phân không
- Số lần tiêu chảy trong ngày.

2.1.2. Khám bệnh

- Kiểm tra dấu hiệu mất nước
- Các triệu chứng khác: Chân tay lạnh, ẩm, nổi vân tím.. khi có mất nước nặng hoặc sốc, mạch nhanh, nhỏ, tần số thở tăng khi mất nước nặng do toan chuyển hóa, sụt cân...

- Sốt và nhiễm trùng

- Co giật, chướng bụng

2.1.3 Đánh giá mức độ mất nước:

Đánh giá mất nước cho trẻ từ 2 tháng - 5 tuổi khi có ít nhất 2 trong 4 dấu hiệu sau:

Dấu hiệu Mất nước	Độ mất nước
<ul style="list-style-type: none"> - Li bì khó đánh thức - Không uống được hoặc uống kém - Mắt trũng - Nếp véo da mắt rất chậm 	<i>Mất nước nặng</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Kích thích vật vã - Uống nước háo hức - Mắt trũng - Nếp véo da mắt chậm 	<i>Có mất nước</i>
Không đủ các dấu hiệu để phân loại có mất nước hoặc mất nước nặng	<i>Không mất nước</i>

Đánh giá mất nước trẻ 1 tuần – 2 tháng:

Dấu hiệu Mất nước	Độ mất nước
<ul style="list-style-type: none"> - Li bì khó đánh thức - Mắt trũng - Nếp véo da mắt rất chậm 	<i>Mất nước nặng</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Kích thích vật vã - Mắt trũng - Nếp véo da mắt chậm 	<i>Có mất nước</i>
Không đủ các dấu hiệu để phân loại có mất nước hoặc mất nước nặng	<i>Không mất nước</i>

2.1.4. Phân loại theo độ mất nước:

1. Mất < 5% CN: Chưa có dấu hiệu mất nước trên lâm sàng
2. Mất 5% - 10% CN: Có dấu hiệu mất nước vừa- nhẹ
3. Mất > 10% CN: Có dấu hiệu mất nước nặng.

2.1.5. Chẩn đoán biến chứng

- + Rối loạn điện giải: Tăng Na, hạ Na, Tăng Kali, hạ Kali
- + Toan chuyển hóa
- + Suy thận cấp.

2.2. CẬN LÂM SÀNG:

- + PTCSSH

- + Đường máu: Trường hợp nôn nhiều có dấu hiệu hạ đường huyết.
- + Phản ứng CRP: Nghi ngờ nhiễm khuẩn kèm theo hoặc mất nước nặng
- + ĐGD: Nghi ngờ rối loạn điện giải đường máu, cấy máu (nếu cần)
- + Soi phân
- + Cấy phân: Tiêu chảy phân máu, tiêu chảy phân nước nặng nghi ngờ tả, tiêu chảy nặng và kéo dài, tiêu chảy trên trẻ suy giảm miễn dịch.
- + Siêu âm bụng
- + Xquang bụng không chuẩn bị: Khi chưa loại trừ bán tắc ruột, tắc ruột.

3. CHẨN ĐOÁN:

Phân loại theo lâm sàng:

1. Tiêu chảy cấp phân nước
2. Tiêu chảy cấp phân máu (ly)
3. Tiêu chảy kéo dài
4. Tiêu chảy kèm suy dinh dưỡng nặng.

4. ĐIỀU TRỊ: tùy theo độ mất nước mà lựa chọn phác đồ phù hợp

4.1. Phác đồ điều trị

PHÁC ĐỒ A: Điều trị cho những trẻ chưa có biểu hiện mất nước.

Cho trẻ uống nhiều nước hơn bình thường

Cho trẻ uống nhiều nước hơn bình thường để phòng mất nước: uống nước đun sôi để nguội, nước trái cây (nước dừa), nước cháo muối, dung dịch orezol áp lực thẩm thấu thấp...

- + Trẻ < 2t uống từ 50-100ml sau mỗi lần đi ngoài
- + Trẻ 2t-10t uống từ 100-200ml sau mỗi lần đi ngoài
- + Trẻ > 10t uống theo nhu cầu.

Tiếp tục cho trẻ ăn

Cho trẻ ăn nhiều hơn bình thường để phòng suy dinh dưỡng

- + Tiếp tục cho bú sữa mẹ, tránh dùng nước đường, nước ngọt.
- + Chế độ ăn đảm bảo đủ 4 nhóm thực phẩm chia nhỏ bữa ăn trung bình từ 6-8 bữa đảm bảo dinh dưỡng.

Khi nào đưa trẻ đến khám ngay

Phải khám lại ngay khi:

- + Đi ngoài nhiều lần phân lỏng (đi liên tục), phân nhiều nước hơn
- + Nôn tất cả mọi thứ, không chịu ăn
- + Trở nên rất khát
- + Ăn hoặc uống kém
- + Trẻ không tốt hơn sau 2 ngày (sốt cao hơn, có máu trong phân).

PHÁC ĐỒ B: Điều trị tiêu chảy có mất nước tại cơ sở y tế

- + Bù dịch bằng ORS thẩm thấu thấp 75ml/kg uống trong 4h.
- + Trẻ < 6 tháng không bú sữa mẹ, được cho uống thêm 100-200ml nước sạch trong khi bù nước.
- + Đặt sonde dạ dày nhỏ giọt ORS thẩm thấu thấp 20ml/kg/h nếu trẻ uống kém
- + Nếu có bụng chướng do liệt ruột hoặc nôn ói liên tục trên 4 lần trong 2-4h hoặc tốc độ thải phân cao ($> 10\text{ml/kg/h}$), hoặc > 10 lần thì truyền tĩnh mạch Ringerlactat 75ml/kg trong 4 giờ.
- + Sau 4h đánh giá lại tình trạng mất nước, nếu hết triệu chứng mất nước thì chuyển sang phác đồ A, nếu trẻ còn dấu hiệu mất nước thì tiếp tục theo phác đồ B, nếu có dấu hiệu mất nước nặng thì chuyển sang phác đồ C

PHÁC ĐỒ C: Điều trị tiêu chảy mất nước nặng

- + Dung dịch thường lựa chọn: Ringerlactat, Natrichloride 0,9% truyền tĩnh mạch 100ml/kg chia số lượng và thời gian như sau:

Tuổi	Lúc đầu 30ml/kg	Sau 70ml/kg
< 12 tháng	Trong 1 giờ	Trong 5 giờ
≥ 12 tháng	Trong 30 phút	2 phút giờ 30

+ Lặp lại lần nữa nếu mạch quay vẫn yếu hoặc không bắt được rõ.

- Đánh giá lại mỗi 15-30 phút đến khi mạch quay mạnh. Nếu tình trạng mất nước không cải thiện cho dịch truyền tốc độ nhanh hơn sau đó đánh giá lại ít nhất mỗi giờ cho đến khi tình trạng mất nước cải thiện .

- Khi đủ lượng dịch truyền đánh giá lại tình trạng mất nước .

- Nếu vẫn còn các dấu hiệu mất nước nặng: truyền lần thứ hai với số lượng trong thời gian như trên. Nếu bệnh nhi uống được cho uống dung dịch ORS thấm thấu thấp 5ml/kg/h.

4.2. Điều trị kháng sinh: Điều trị kháng sinh khi

- Tiêu chảy phân máu
- Tiêu chảy phân mất nước nặng nghi ngờ tả
- Tiêu chảy do Giardia.
- Tiêu chảy khi có bạch cầu trong phân từ (++) trở lên
- Tiêu chảy kèm nhiễm trùng khác

Nguyên nhân	Kháng sinh lựa chọn	Kháng sinh thay thế
Tả	Erythromycin 12,5mg/kg x 4 lần/ ngày x 3 ngày.	Tetracyclin 12,5mg/kg x 4 lần/ ngày x 3 ngày Azithromycin 6-20mg/kg x 1 lần/ ngày x 1-5 ngày
Lỵ trực khuẩn	Ciprofloxacin 15mg/kg/lần x 2lần/ngày x 3 ngày.	Cefotaxim hay Ceftriaxone 50-100mg/kg/ngày x 2-5 ngày TM hay TB
Camphylobacte	Azithromycin 6-20mg/kg x 1lần/ngày x 1-5 ngày (uống 1 lần duy nhất).	
Lỵ Amip	Metronidazole 10mg/kg/lần x 3lần/ngày x 5-10 ngày (Nếu nặng dùng trong 10 ngày), dung đường uống.	

Giardia	Metronidazole 5mg/kg/lần x 3lần/ngày x 5 ngày (uống).
---------	---

*Chú ý: không được dùng các thuốc cầm ỉa.

4.3. Cho trẻ uống bổ sung kẽm

Cho trẻ uống bổ sung kẽm trong 10-14 ngày

+ Trẻ <6 th: 10mg/ ngày

+ Trẻ ≥ 6 th: 20mg/ngày.

5. CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN VÀ TÁI KHÁM

5.1. Chỉ định nhập viện.

Trẻ cần được theo dõi tại cơ sở y tế và đánh giá lại trong quá trình theo dõi khi có các dấu hiệu sau:

- Mất nước nặng ($\geq 10\%$ trọng lượng cơ thể), shock.
- Có các biểu hiện thần kinh: li bì, co giật, hôn mê.
- Nôn tái diễn hoặc nôn ra mật.
- Thất bại với bù dịch bằng đường uống.
- Trẻ có các biểu hiện toàn thân: sốt cao, nhiễm trùng, nhiễm độc.
- Có các tình trạng bệnh lý khác kèm theo: tim mạch, bất thường về thần kinh, vận động hoặc các bệnh lý khác chưa xác định được.
- Cha mẹ/người chăm sóc không đảm bảo việc cho uống đủ nước và dinh dưỡng tại nhà.
- Khó đánh giá mức độ mất nước (trẻ béo phì).
- Tái khám ngay khi có 1 trong các dấu hiệu: ăn uống kém, sốt cao, tiêu chảy tăng lên, nôn nhiều, toàn trạng mệt mỏi.

5.2. Hướng dẫn tái khám:

Hướng dẫn người mẹ phát hiện sớm các dấu hiệu mất nước để đưa đến cơ sở y tế kịp thời khi:

- Trẻ đi ngoài nhiều lần, phân nhiều nước hơn.

- Khát nhiều.
- Sốt hoặc sốt cao hơn.
- Phân nhày máu mũi.
- Nôn tất cả mọi thứ
- Không chịu ăn.

6. DỰ PHÒNG

- Nuôi con bằng sữa mẹ: Cho trẻ bú mẹ ngay sau sinh và bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu.

- Sử dụng vaccine phòng bệnh:
 - + Tiêm phòng đủ theo chương trình tiêm chủng mở rộng.
 - + Phòng đặc hiệu tiêu chảy bằng vaccin: *Rotavirus*, tả, thương hàn.
- Cải thiện tập quán ăn uống.
- Sử dụng nguồn nước sạch cho vệ sinh và ăn uống.
- Thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm khi chế biến hoặc bảo quản thức ăn.
- Rửa tay thường xuyên khi chăm sóc trẻ.
- Sử dụng hố xí hợp vệ sinh.

TIÊU CHẢY KÉO DÀI

1. ĐỊNH NGHĨA

Tiêu chảy kéo dài (TCKD) là đợt tiêu chảy khởi đầu cấp tính và kéo dài 14 ngày

2. NGUYÊN NHÂN:

- + Nhiễm trùng: Vi khuẩn, virus, kí sinh trùng
- + Chế độ ăn không hợp lý
- + Kém hấp thu đường: thiếu men lactose, bất dung nạp glucose-galactose...

3. LÂM SÀNG

3.1. Hỏi bệnh sử

- Tiêu chảy bao nhiêu ngày
- Số lần tiêu chảy trong ngày và lượng phân
- Tính chất phân: nhày, mỡ, có máu trong phân không
- Chế độ dinh dưỡng hiện tại:

3.2. Khám tìm dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn
- Dấu hiệu mất nước
- Tình trạng nhiễm trùng
- Tình trạng dinh dưỡng.

4. CẬN LÂM SÀNG

- + Thường quy: PTCSHH, soi cấy phân.
- + Các xét nghiệm khác: tùy thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng
 - Bệnh cảnh nặng, nhiễm trùng, mất nước: điện giải đồ, protit máu, albumin máu, đường huyết, chức năng gan thận, CRP, khí máu động mạch, cấy máu, tổng phân tích nước tiểu.
 - Nghi bệnh lý miễn dịch: VS, điện di đạm, pANCA, ASCA, nội soi, giải phẫu bệnh mẫu sinh thiết...
 - Nghi kém tiêu hóa: lượng đạm, mỡ trong phân

- Suy kiệt, tiền căn tiếp xúc: xét nghiệm lao, HIV

5. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

+ Tiêu chảy kéo dài nặng: là tiêu chảy kéo dài kèm 1 trong các vấn đề sau: dấu hiệu mất nước, suy dinh dưỡng nặng, nhiễm trùng nặng, trẻ nhỏ hơn 4 tháng.

+ Tiêu chảy kéo dài không nặng: là tiêu chảy kéo dài không có những vấn đề nêu trên.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Tiêu chảy kéo dài nặng:

- Nguyên tắc điều trị:

+ Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm

+ Điều trị nhiễm trùng

+ Điều trị theo nguyên nhân

+ Xử lý kịp thời các biến chứng.

+ Phục hồi dinh dưỡng

- Xử trí ban đầu:

+ Đánh giá và bù nước theo phác đồ B hoặc C.

+ Bù dịch bằng ORS, một số trẻ không hấp thu được Glucose trong ORS làm tăng tiêu chảy do đó cần bù dịch bằng đường tĩnh mạch cho đến khi đáp ứng với ORS.

+ Một số trường hợp mất nước B kèm ói nhiều, uống kém hoặc tốc độ thải phân cao ($>10\text{ml/kg/giờ}$) cần bù nước bằng đường tĩnh mạch. Dịch được lựa chọn là Lactate Ringer, Natri Chlorua 0,9% tốc độ truyền 75ml/kg/4giờ (phác đồ B IMCI)

+ Điều chỉnh các rối loạn điện giải, kiềm toan nếu có

- Điều trị đặc hiệu:

+ Điều trị nhiễm trùng

+ Không điều trị kháng sinh thường quy trong TCKD.

+ Phát hiện và điều trị nhiễm trùng ngoài đường tiêu hóa: nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng tiểu, viêm phổi, viêm họng, viêm tai giữa.

- + Soi phân có máu: điều trị kháng sinh uống nhạy với Shigella:
- + Ciprofloxacin (trẻ 2 tháng -5 tuổi) 15 mg/kg x 2 lần/ngày.
- + Trẻ < 2tháng: Ceftriaxone (IM) 100mg/kg/ x 1 lần/ngày trong 5 ngày.
- + Soi phân có E. histolytica dạng dưỡng bào trong hồng cầu: Metronidazole 10mg/kg x 3lần/ngày trong 5 ngày
- + Phân có bào nang hoặc dưỡng bào của Giardia lamblia: Metronidazole 5mg/kg x 3lần/ngày trong 5 ngày.
- + Điều trị Campylobacter: Erythromycine 30-50mg/kg/ngày trong 5 - 10 ngày.
- + Chế độ dinh dưỡng: Rất quan trọng với mọi trẻ TCKD. Khẩu phần cung cấp 150 kcal/kg/24h.
- Trẻ < 4 tháng:
 - + Bú mẹ liên tục, thường xuyên, kéo dài
 - + Nếu không có sữa mẹ, uống sữa giảm hoặc không có lactose, sữa protein thủy phân.
- Trẻ > 4 tháng:
 - + Khuyến khích tiếp tục bú mẹ,
 - + Chế độ ăn đặc biệt giảm lactose, tăng số lần (6 bữa hoặc hơn) và tổng năng lượng khoảng 150 kcal/kg/ngày
 - + Nếu trẻ ăn uống kém cần nuôi ăn qua sonde dạ dày
- Cung cấp vitamin và khoáng chất: bổ sung thêm vitamin và khoáng chất mỗi ngày trong 2 tuần: folate, vitamin A, đồng, kẽm, sắt, magne.
- Hội chẩn dinh dưỡng: Suy dinh dưỡng nặng, thất bại trong nuôi ăn (sau 7 ngày điều trị: tiêu chảy > 10 lần/ngày, xuất hiện lại dấu hiệu mất nước, không tăng cân) hoặc có chỉ định nuôi ăn qua sonde
- + Theo dõi mỗi ngày:
 - Cân nặng, thân nhiệt, lượng ăn vào, số lần tiêu chảy, tính chất phân.
 - Các dấu hiệu, biến chứng: nhiễm trùng, rối loạn nước – điện giải, kiềm toan,

bụng ngoại khoa: thủng ruột...

5.2. Tiêu chảy kéo dài không nặng: không cần điều trị tại bệnh viện nhưng cần chế độ ăn đặc biệt và bù dịch tại nhà.

- Phòng ngừa mất nước: Uống nhiều nước, theo phác đồ A: ORS, hoặc nước trái cây, nước thường.

- Chế độ ăn:

+ Tăng cường bú mẹ.

+ Dùng sữa giảm hoặc không lactose.

+ Chia nhỏ cỡ ăn.

7. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Các trường hợp TCKD có vấn đề kèm theo như:

+ Tuổi < 4 tháng

+ Cân nặng/Chiều cao < 80% hoặc SDD phù.

+ Mất nước.

+ Nhiễm trùng hoặc nghi ngờ nhiễm trùng

8. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

- Ăn uống khá

- Trẻ tăng cân

- Hết tiêu chảy

- Không còn dấu hiệu nhiễm trùng, đã điều trị đủ liều kháng sinh

9. HƯỚNG DẪN CHO THÂN NHÂN

- Cho trẻ bú sữa mẹ

- Phòng ngừa các yếu tố nguy cơ

- Vệ sinh trong ăn uống

- Xử trí tốt các trường hợp tiêu chảy cấp.

VIÊM DẠ DÀY RUỘT DO ROTAVIRUS

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm dạ dày ruột do rotavirus là bệnh nhiễm khuẩn cấp ở dạ dày và ruột, phá hủy tế bào thành ruột non. Bệnh do rotavirus lây lan rất nhanh, chủ yếu qua con đường phân - miệng và tay - miệng. Rotavirus thuộc họ Reoviridae, virus này có 7 nhóm chính xếp từ A đến G nhưng gây bệnh cho người là các virus thuộc nhóm A, ít hơn gây bệnh hơn là nhóm B và C. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây tiêu chảy cấp ở trẻ em trên toàn thế giới, đặc biệt là trẻ < 5 tuổi.

Bệnh thường xuất hiện vào mùa đông và một vài tháng mùa xuân.

2. TRIỆU CHỨNG

2.1. Lâm sàng

+ Triệu chứng chính là nôn ói và tiêu chảy cấp phân nước, triệu chứng nôn ói thường xảy ra trước và 2 -3 ngày sau tiêu chảy.

+ Sốt vừa hoặc cao

+ Thỉnh thoảng trẻ có đau bụng từng cơn

+ Triệu chứng đánh giá mất nước (xem bài tiêu chảy).

2.2. Cận lâm sàng

+ PTCSHH

+ Đường máu: nếu nôn nhiều nghi ngờ hạ đường huyết.

+ ĐGD: Nếu nghi ngờ rối loạn điện giải.

+ Xét nghiệm phân : soi phân, test Rotavirus

+ Siêu âm bụng.

3. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng là chính và cận lâm sàng

4. ĐIỀU TRỊ

Chủ yếu điều trị triệu chứng

+ Nôn ói nhiều : chống nôn

+ Sốt : dùng hạ sốt paracetamol

+ Tiêu chảy: điều trị tiêu chảy theo phác đồ A, B, C (xem bài tiêu chảy).

TÁO BÓN

1. ĐỊNH NGHĨA

Táo bón là tình trạng đi ngoài không thường xuyên, phân to cứng, đau và khó khăn khi đi ngoài kèm theo đi ngoài phân sún. Theo tiêu chuẩn ROME III , một trẻ được chẩn đoán là táo bón khi có ít nhất 2 trong số các triệu chứng sau trong vòng 1 tháng với trẻ < 4 tuổi, 2 tháng đối với trẻ > 4 tuổi:

- < 3 lần đi ngoài mỗi tuần.
- Ít nhất một lần sún phân mỗi tuần ở trẻ đã được huấn luyện đi ngoài.
- Tiền sử nhịn đi ngoài hoặc đi ngoài đau và khó khăn.
- Có khối phân lớn trong trực tràng.
- Có tiền sử đi ngoài đau hoặc khó khăn.
- Tiền sử đi ngoài phân to có thể gây tắc bồn cầu.

2. PHÂN LOẠI

- Táo bón cơ năng.
- Táo bón thực thể

3. NGUYÊN NHÂN

- Táo bón do rối loạn cơ năng.
- Táo bón do nguyên nhân thần kinh: thần kinh dạ dày – ruột (Bệnh Hirschsprung, loạn sản thần kinh ruột, bệnh Chaga) hoặc thần kinh trung ương (bại não, thoát vị màng não tủy, u dây sống, tật nứt dọc tủy sống).
- Táo bón do nguyên nhân nội tiết chuyển hóa hoặc bệnh hệ thống: suy giáp trạng, đa xơ cứng, tăng hoặc giảm can xi máu...

3.1. Biểu hiện lâm sàng

3.1.1. Cơ năng

a. Hỏi bệnh:

- Thời điểm xuất hiện triệu chứng.

- Số lần đi ngoài trong một tuần: ít hơn 3 lần/1 tuần. Tính chất phân:
- + Phân cứng chắc, to.
- + Máu quanh phân hoặc trong giấy vệ sinh.
- + Són phân: thỉnh thoảng từng đợt vài lần một ngày, phân nhỏ són hoặc nhiều (đôi khi mẹ bệnh nhân nhầm lẫn với tiêu chảy).

- Hành vi nín nhịn đi ngoài:

- + Ngồi xổm.
- + Bắt chéo hai chân.
- + Gồng cứng người.
- + Đỏ mặt, đỏ mồm, khóc.
- + Bấu vào mẹ, đồ vật.
- + Trón đi ngoài.

- Đau bụng:

- + Không đặc trưng, không có điểm đau khu trú.
- + Giảm khi trẻ đi ngoài.

b. Toàn thân:

- Trẻ chán ăn, giảm cảm giác thèm ăn.
- Phát triển vận động có bình thường không, có biểu hiện bệnh lý thần kinh hay không?

3.1.2. Thực thể:

a. Khám bụng:

- Có thể có bụng chướng.
- Có thể thấy dấu hiệu tắc ruột.
- Sờ thấy khối phân.

b. Khám hậu môn - trực tràng

- Vị trí hậu môn: Thường bình thường, có lỗ dò hay không.
- Có nứt kẽ hậu môn.
- Dấu hiệu của trẻ bị ngược đãi (lạm dụng tình dục).
- Thăm trực tràng:
 - + Có khối phân trong trực tràng:
 - + Sự co dẫn tự động của cơ thắt hậu môn.
 - + Hẹp trực tràng.

c. Thăm khám các cơ quan khác để phát hiện các nguyên nhân khác gây táo bón.

3.2. Cận lâm sàng.

- PTCSHH

3.2.1. XQ bụng không chuẩn bị:

Tìm triệu chứng của tình trạng ứ đọng phân. Thường được áp dụng khi không thăm khám được hậu môn trực tràng (trẻ không hợp tác hoặc nghi ngờ có tổn thương).

3.2.2. XQ có thuốc cản quang:

Chụp đại tràng thẳng nghiêng khi nghi ngờ táo bón do nguyên nhân thực thể (phình đại tràng bẩm sinh).

3.2.3. Chụp lưu thông đại tràng có chất đánh dấu phóng xạ:

Ít sử dụng, giúp phân biệt trẻ són phân do táo bón và són phân không liên quan táo bón.

3.2.4. Đo áp lực hậu môn trực tràng

- Có thể có ích đối với những trường hợp táo bón kéo dài và khó chữa.
- Giúp phát hiện bệnh phình đại tràng bẩm sinh.
- Tiên lượng kết quả và đáp ứng điều trị ở một số bệnh nhân.

3.2.4. Các xét nghiệm cận lâm sàng khác (khi nghi ngờ táo bón do nguyên nhân thực thể):

- Sinh hóa máu: T4, TSH chẩn đoán suy giáp trạng bẩm sinh.

- Chụp CT- scanner hoặc MRI chẩn đoán táo bón do nguyên nhân thần kinh...

4. CHẨN ĐOÁN

Đối với táo bón cơ năng, hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng là đủ để chẩn đoán bệnh.

4.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán táo bón cơ năng: (Rome III)

Có ít nhất 2 trong các triệu chứng sau, trong vòng 1 tháng đối với trẻ <4 tuổi hoặc trong vòng 2 tháng đối với trẻ > 4 tuổi:

- Đi ngoài ít hơn 3 lần/1 tuần.
- Ít nhất 1 lần són phân mỗi tuần.
- Tiền sử nhịn đi ngoài hoặc ứ phân rất nhiều (do nhịn).
- Có tiền sử đi ngoài đau hoặc khó khăn.
- Có khối phân lớn trong trực tràng.
- Tiền sử đi ngoài phân to có thể gây tắc bồn cầu.

4.2. Các triệu chứng đi kèm (sẽ hết khi trẻ đi ngoài):

- Chán ăn.
- Chướng bụng, đau bụng.

4.3. Các dấu hiệu gợi ý táo bón do nguyên nhân thực thể.

- Táo bón xuất hiện ở trẻ dưới 1 tuổi.
- Chậm phân su.
- Bóng trực tràng rỗng.
- Có máu trong phân.
- Không có sự nín nhịn đi ngoài.
- Không đi ngoài són.
- Xuất hiện triệu chứng ngoài ruột.
- Bất thường sắc tố.

- Bệnh liên quan đến bàng quang.
- Không đáp ứng với điều trị thông thường.
- Cơ thắt hậu môn chặt.
- Chậm phát triển.

Khi có các dấu hiệu gợi ý trên cần thăm khám lâm sàng để tìm nguyên nhân thực thể gây táo bón.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị táo bón cơ năng.

- Mục tiêu:

- Khôi phục lại khuôn phân bình thường (phân mềm, không đau khi ngoài, không són phân).

- Ngăn ngừa sự tái phát.

5.2. Điều trị cụ thể

a. Tư vấn: Giải thích cho cha mẹ và trẻ biết tình trạng và các can thiệp.

b. Thụt tháo phân (trước khi điều trị duy trì):

- PEG (Poly ethylene glycol): 1 – 1,5g/kg/ngày x 3 ngày (uống).

- Thụt hậu môn: Phosphate soda enemas (Fleet): trẻ > 2 tuổi.

- Dầu paraffin: trẻ > 1 tuổi: 15- 30ml/tuổi (năm) chia 2 lần.

c. Điều trị duy trì (bao gồm điều trị thuốc, chế độ ăn và huấn luyện đi ngoài).

- Điều trị thuốc:

+ Nhuận tràng thẩm thấu:

Lactulose: 1- 3ml/kg/ngày, chia 2 lần. Sorbitol : 1- 3ml/kg/ngày, chia 2 lần.

PEG 3350 không có điện giải: 1g/kg/ngày. Magiesium hydroxide: 1- 3ml/kg/ngày, chia 2 lần.

+ Nhuận tràng bôi trơn (ít dùng)

Dầu paraffin: trẻ > 1 tuổi: 1- 3ml/kg/ngày, chia 2 lần.

+ Nhuận tràng kích thích:

Bisacodyl ≥ 2 tuổi: 0,5 – 1 viên đạn 10mg/lần.

1 – 3 viên nén 5mg/lần.

Glycerin đặt hậu môn.

- Chế độ ăn:

Tăng lượng dịch, carbohydrate và chất xơ.

Lượng chất xơ = tuổi + 5 (gam/ngày) đối với trẻ < 2 tuổi.

+ Một số trẻ táo bón do bất dung nạp sữa bò: Dùng sữa đậu nành hoặc sữa đạm thủy phân.

+ Thực phẩm giàu chất xơ: rau quả, bánh mì nguyên cám, ngũ cốc nguyên hạt.

- Huấn luyện đi ngoài.

5.3. Điều trị táo bón thực thể:

Tùy thuộc vào nguyên nhân:

- Bệnh phình đại tràng bẩm sinh: phẫu thuật cắt bỏ đoạn đại tràng vô hạch.

- Bệnh suy giáp trạng bẩm sinh: liệu pháp hormone thay thế.

- Khối u vùng tủy- thắt lưng, các dị tật thần kinh như thoát vị màng não tủy hoặc tật nứt dọc đốt sống phải được điều trị triệt để bằng phẫu thuật...

VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm loét dạ dày tá tràng do dịch vị được dùng để chỉ một hay nhiều vùng niêm mạc dạ dày tá tràng không còn nguyên vẹn về cấu trúc hay có thay đổi về mô học, những tổn thương này thay đổi theo thể tích, độ sâu vị trí, giai đoạn bệnh và nguyên nhân.

Có nhiều nguyên nhân gây viêm dạ dày cấp như: do rượu, do thuốc NSAID, do vi khuẩn HP, tiền sử gia đình đau dạ dày tá tràng.

Theo bệnh sinh có 2 loại: loét nguyên phát và loét thứ phát.

2. TRIỆU CHỨNG:

2.1. Lâm sàng

- + Đau bụng: là triệu chứng phổ biến nhất và không điển hình như người lớn. Đau liên quan đến bữa ăn (loét dạ dày đau tăng ngay sau ăn, loét tá tràng đau tăng sau ăn vài giờ).
- + Nóng rát thượng vị, tức, đầy vùng thượng vị.
- + Nôn tái diễn có thể liên quan đến bữa ăn.
- + Xuất huyết tiêu hóa: nôn máu, đi ngoài phân đen (máu).
- + Thiếu máu
- + Thiếu máu nhược sắc kín đáo (loét âm).
- + Có thể xuất huyết tiêu hóa đột ngột gây thiếu máu nặng, sốc.
- + Thiếu máu nhược sắc có thể diễn biến từ từ đến nặng, trẻ có thể vào viện vì thiếu máu nặng chưa rõ nguyên nhân.

2.2. Cận lâm sàng

- + Xét nghiệm PTCSHH
- + Nhóm máu: Nếu có tình trạng thiếu máu
- + Nội soi dạ dày tá tràng phân loại theo Forrest

Loét đang chảy máu	Loét không chảy máu	Loét không chảy máu
Ia: Thành tia Ib: Rỉ máu	IIa: Thấy rõ mạch máu IIb: Thấy cục máu đông IIc: Thấy vết đỏ, bầm tím	III: Nền ổ loét sạch.

+ Siêu âm bụng loại trừ các nguyên nhân đau bụng khác.

+ XQ dạ dày tá tràng có sửa soạn Baryte.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán: dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng đặc biệt là kết quả nội soi.

Chẩn đoán phân biệt	Loét tiên phát	Loét thứ phát
Tuổi	Trẻ lớn	Mọi lứa tuổi, hay ở trẻ nhỏ
Tiền sử đau bụng	Có	Không rõ rệt
Tiền sử dùng thuốc	Không	Có
Bệnh nặng kèm theo	Không	Có
Lâm sàng	Đau bụng kéo dài, XHTH tái diễn	Xuất huyết tiêu hóa cấp
Nội soi	Loét 1-2 ổ, loét lớn	Loét trợt nhiều ổ
HP	(+) rất cao	Âm tính

3.2. Chẩn đoán phân biệt

+ Đau bụng cơ năng

+ Hội chứng Zollinger Ellison (U tăng tiết Gastrin).

+ Nôn, tiêu chảy phân mỡ, suy kiệt.

+ Nội soi: nhiều ổ loét ở thực quản, dạ dày, tá tràng.

+ Gastrin, acid HCl dịch vị tăng rất cao.

+ Siêu âm bụng có thể thấy u.

+ Bệnh lý gan mật: rối loạn co thắt đường mật, viêm túi mật, u nang ống mật chủ, viêm tụy, viêm gan

+ Schlein Henoch

+ Nhiễm trùng đường tiêu, sỏi thận.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Mục đích điều trị: làm lành vết thương, giảm đau và ngừa biến chứng. Khoảng 25% trẻ < 6 tuổi có tái phát với loét tiên phát, trong khi đó 70% trẻ lớn có loét tái phát như người trưởng thành.

4.2. Nguyên tắc

+ Dinh dưỡng và chăm sóc :

- Bệnh nhân cần được nghỉ ngơi trong thời gian đầu.

- Ăn uống những loại thức ăn dễ tiêu, ăn nhiều bữa trong ngày, đảm bảo nhu cầu dinh dưỡng, nhiều vitamin.

+ Không dùng chất kích thích bài tiết axit như: cà phê, rượu, gia vị .

+ Dùng các thuốc chữa các triệu chứng

4.2.1. Viêm loét dạ dày tá tràng không do nhiễm HP

- Ngưng thuốc ảnh hưởng dạ dày.

- Điều trị thuốc chống loét.

- Thuốc: PPI, Thuốc bảo vệ niêm mạc, Kháng acid. thời gian điều trị: 2-4 tuần

4.2.2 Viêm loét dạ dày tá tràng do nhiễm HP:

Thời gian điều trị: 6-8 tuần

Phác đồ: Khuyến cáo điều trị khởi đầu bằng 3 loại thuốc phối hợp (2 kháng sinh và 1 PPI). Sau khi điều trị đủ 14 ngày vẫn điều trị tiếp PPIs cho đủ 6-8 tuần.

4.3. Các phác đồ: theo thứ tự ưu tiên:

(1). Amoxicilin + Clarythromycin + PPIs Hoặc

(2). Amoxicilin + Metronidazol + PPIs hoặc

(3). Bismuth + Amoxicilin + Metronidazol

(4). Amoxicilin + PPIs trong 5 ngày, sau đó Amoxicilin + Metronidazol + PPIs trong 5 ngày.

4.4. Liều lượng thuốc dùng

Amoxicilin 50mg/kg/ngày tới 1g x 2 lần/ngày

Clarythromycin 20mg/kg/ngày tới 500mg x 2 lần/ngày

Metronidazol 20mg/kg/ngày tới 500mg x 2 lần/ngày

Omeprazol 1-2mg/kg/ngày chia 2 lần

Bismuth 8mg/kg/ngày chia 2

4.5. Truyền dịch và truyền máu

Nếu có xuất huyết tiêu hoá gây tình trạng thiếu máu.

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

1. ĐẠI CƯƠNG

Xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em ít gặp, biểu hiện bằng nôn máu, đi ngoài phân máu, và thường là nhẹ.

Tùy theo vị trí xuất huyết so với góc Treitz mà người ta phân loại: xuất huyết tiêu hóa trên và xuất huyết tiêu hóa dưới trong đó xuất huyết tiêu hóa trên thường gặp.

Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa:

* Xuất huyết tiêu hóa trên:

Thường gặp viêm loét dạ dày, vỡ, dẫn tĩnh mạch thực quản, Mallory weiss, trào ngược dạ dày thực quản.

Sơ sinh	Trẻ em
Rối loạn đông máu	+ Stress ulcer
Viêm dạ dày	+ Viêm dạ dày
Stress ulcer	+ Viêm thực quản do trào ngược dạ dày thực quản
Nuốt máu mẹ	+ Mallory Weiss do nôn ói nhiều gây trầy niêm mạc thực quản
Viêm thực quản	+ Vỡ, dẫn tĩnh mạch thực quản
Dị dạng mạch máu	+ Dị dạng mạch máu
Rối loạn đông máu	+ Rối loạn đông máu.

* Xuất huyết tiêu hóa dưới:

Thường gặp lồng ruột, túi thừa Meckel, nứt hậu môn, polype đại tràng, dị dạng mạch máu.

Sơ sinh	Trẻ em
Viêm ruột nhiễm trùng	Viêm ruột nhiễm trùng
Dị ứng sữa	Nứt hậu môn
Lồng ruột	Polype đại tràng
Nứt hậu môn	Lồng ruột
Dị sản hạch limphô	Xoắn ruột

Xoắn ruột Viêm ruột hoại tử Túi thừa Meckel	Túi thừa Meckel Henocho-Scholein Dị dạng mạch máu H/c tán huyết urê huyết Bệnh viêm ruột
---	--

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh

* Xuất huyết tiêu hóa trên:

- Lượng máu mất, tính chất máu, có hoặc không tiêu máu đỏ hay tiêu phân đen.
- Nôn nhiều trước nôn máu.
- Triệu chứng kèm: sốt, đau bụng (loét dạ dày tá tràng).
- Dùng thuốc gây tổn thương dạ dày: Aspirin, kháng viêm non-steroides, corticoides.
- Tiền sử: bệnh dạ dày tá tràng, xuất huyết tiêu hóa, bệnh gan và huyết học (xuất huyết giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu bẩm sinh).

* Xuất huyết tiêu hóa dưới:

- Tính chất phân: máu dính phân (nứt hậu môn), máu trộn lẫn phân, phân đen như bã cà phê, máu bầm, nếu máu đỏ tươi cần hỏi xem có máu cục hay không.
- Có uống các thuốc làm phân có màu đen: sắt, bismuth...
- Tiền căn xuất huyết tiêu hóa dưới.

b. Khám lâm sàng:

- Chú ý tình trạng huyết động học: mạch, huyết áp, màu da và thời gian phục hồi màu da.
- Dấu hiệu thiếu máu nặng.
- Khám vùng mũi hầu để loại trừ nguyên nhân xuất huyết từ vùng mũi hầu.
- Tìm dấu bầm máu, ban máu.

- Khám bụng loại trừ nguyên nhân ngoại khoa như lồng ruột (khối u, dấu hiệu tắc ruột), bệnh lý gan (gan lách to, tuần hoàn bàng hệ, vàng da vàng mắt), đau vùng thượng vị.

- Khám trực tràng nếu xuất huyết tiêu hóa dưới: xác định chẩn đoán và xem tính chất phân, tìm sang thương như polype, nứt hậu môn.

c. Đề nghị cận lâm sàng:

- PTCSHH

- Nhóm máu: Nếu có dấu hiệu thiếu máu nhiều

- Đông máu toàn bộ.

- Siêu âm bụng, X-quang bụng không sửa soạn.

- Nội soi dạ dày (nếu có).

2.2. Chẩn đoán xác định

* Xuất huyết tiêu hóa trên:

Đau bụng

Nôn máu, hoặc sonde dạ dày ra máu

Nếu không có hai dấu hiệu trên cũng cần nghĩ đến nếu tiêu phân đen hoặc tiêu máu đỏ tươi ở ạt.

Viêm loét dạ dày

Tiền sử đau bụng vùng thượng vị lúc đói, uống thuốc kháng viêm, corticoide, aspirine

Vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản

Tiền sử: viêm gan, xơ gan, vàng da xuất huyết tái phát

Lâm sàng: gan lách to, cổ chướng.

Xét nghiệm: giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu, transaminase tăng

Xuất huyết tiêu hóa dưới:

Tiêu phân đen sệt hay máu đỏ hoặc thăm trực tràng có máu.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Nhịn ăn uống
- Bồi hoàn thể tích máu mất.
- Nội soi tiêu hóa để chẩn đoán và điều trị cầm máu.
- Tìm và điều trị nguyên nhân.

3.2. Bệnh nhân có sốc, thiếu máu nặng:

- Thở oxy qua cannula mũi hay mask.
- Thiết lập hai đường truyền tĩnh mạch lớn.
- Lấy máu thử Hct, nhóm máu. Nếu Hct bình thường vẫn không loại trừ mất máu cấp.
 - Truyền nhanh Lactate Ringer hay nước muối sinh lý 20 mL/kg/15 phút, sau đó 20 mL/kg/giờ cho đến khi có huyết áp.
 - Truyền máu toàn phần 20 mL/kg/giờ nếu Hct < 30% và bệnh nhân tiếp tục ói máu.
 - Nhịn ăn.
 - Rửa dạ dày với nước muối sinh lý để cầm máu hiện nay không dùng vì có thể gây tăng xuất huyết do ngăn cản cục máu đông thành lập ở vị trí chảy máu.
 - Trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa trên nghi do viêm loét dạ dày tá tràng:
Thuốc ức chế bơm proton :
 - + Omeprazole tĩnh mạch trong 3 ngày sau đó chuyển sang đường uống.
 - + Thuốc thay thế Ranidine 1-2mg/kg/liều TMC, mỗi 6 - 8 giờ (tối đa 50 mg).
 - + Omeprazol là thuốc chọn lựa hiệu quả hơn Ranitidine..
 - Trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản
 - Octreotide: Sandostatine tổng hợp có tác dụng làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa, co mạch nội tạng nên làm giảm xuất huyết liều 1-2 µg/kg tiêm tĩnh mạch chậm sau đó

1µg/kg/ giờ, 0,25 µg/kg/giờ.

- Vasopresine hiện nay do nhiều biến chứng so với Sandostatine nên ít được khuyến cáo.

- Đặt sonde Sengstaken – Blackmore: hiện nay từ khi có phương tiện nội soi thì ít dùng vì ít hiệu quả và nhiều biến chứng nguy hiểm.

- Vitamine K1: chỉ định trong các trường hợp bệnh lý gan, rối loạn đông máu, liều 1 mg/kg TB hay TM (tối đa 10 mg).

- Huyết tương đông lạnh trong trường hợp rối loạn đông máu: 10 mL/kg TTM.

- Hội chẩn:

+ Chuyên khoa tiêu hóa để nội soi tiêu hóa

+ Thường sau 12-24 giờ khi ổn định huyết động học và tình trạng xuất huyết.

+ Nội soi cấp cứu để cầm máu khi thất bại điều trị nội khoa, tiếp tục xuất huyếtồạt, huyết động học không ổn định .

+ Ngoại khoa: Phẫu thuật cầm máu khi thất bại với các phương pháp nội khoa và nội soi cầm máu hoặc tổng lượng máu truyền > 85 ml/kg.

3.3. Bệnh nhân ổn định: Không sốc, chảy máu ít, toàn trạng chung ổn:

- Tạm nhịn ăn trong khi xem xét chỉ định nội soi và phẫu thuật.

- Không rửa dạ dày.

- Tìm và điều trị nguyên nhân

- Omeprazole tĩnh mạch hoặc uống kết hợp thuốc diệt HP nếu có bằng chứng nhiễm (sinh thiết, test thở hoặc test phát hiện kháng nguyên trong phân).

- Hội chẩn tiêu hóa: xem xét chỉ định nội soi tiêu hóa điều trị: thời điểm thường là sau u 24 giờ nội soi chích cầm máu Adrenaline hoặc chích xơ (vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản)

- Lòng ruột, polype: phẫu thuật.

3.4. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn mỗi 15 – 30 phút trong giai đoạn hồi sức, sau đó mỗi 1-6

giờ.

- Tình trạng xuất huyết: lượng, tính chất nôn máu, tiêu máu - Dung tích hồng cầu.

- Lượng dịch xuất nhập

- Diễn tiến:

+ Tiêu phân đen có thể vẫn còn ở ngày 3-5 sau khi ngưng xuất huyết tiêu hóa.

+ Tiên lượng: thường tự hết

+ Tỷ lệ tái phát cao gần 40%

+ Hiểm phẫu thuật (5%) từ khi áp dụng nội soi tiêu hóa cầm máu.

4. PHÒNG NGỪA

- Viêm loét dạ dày:

- Viêm loét dạ dày: tránh uống thuốc kháng viêm, Aspirine.

- Dẫn tĩnh mạch thực quản.

TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG:

Trào ngược dạ dày thực quản là hiện tượng trào ngược các chất chứa trong dạ dày vào thực quản có thể là sinh lí hay bệnh lí. Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (TNDDTQ) là sự có mặt của các chất trong dạ dày trào ngược lên thực quản gây nên các triệu chứng khó chịu và hoặc các biến chứng.

2. TRIỆU CHỨNG:

2.1. LÂM SÀNG:

2.1.1. Triệu chứng tiêu hóa (90%)

- + Nôn ói: khởi phát sớm sau sinh, xuất hiện sớm sau bữa ăn, xảy ra thường xuyên và dễ dàng, tăng lên khi thay đổi tư thế.
- + Ói máu: do viêm thực quản.
- + Khó nuốt: do viêm thực quản (VTQ) quấy khóc khó chịu khi bú, hoặc có cảm giác nóng bỏng, ợ chua, ợ nóng, đau sau xương ức (đối với trẻ lớn).
- + Các triệu chứng ở trẻ bú mẹ và trẻ lớn:

Trẻ bú mẹ	Trẻ lớn
<ul style="list-style-type: none">- Khóc khi ăn, nôn tái diễn- Cân nặng thấp- Quấy khóc không rõ nguyên nhân- Rối loạn giấc ngủ- Các biểu hiện hô hấp tái diễn: ho khò khè, khàn tiếng, thở rít	<ul style="list-style-type: none">- Đau bụng hoặc ợ nóng, nôn tái diễn- Nuốt khó- Hen- Viêm phổi tái diễn- Biểu hiện hô hấp trên mạn tính: ho, khàn tiếng

2.1.2. Triệu chứng ngoài tiêu hóa

- + Tai mũi họng: viêm mũi họng, viêm xoang, viêm tai, viêm thanh quản tái phát thường xuyên.
- + Hô hấp: ho đêm, viêm phế quản dạng hen, hen, viêm phổi tái phát (thùy giữa) hoặc có cơn ngừng thở.
- + Tim mạch: cơn nhịp chậm.

+ Thần kinh:kích thích, quấy khóc, lo lắng. Rối loạn giấc ngủ, con ngất, giảm trương lực cơ.

+ Thiếu máu HC nhỏ nhược sắt: XH lượng nhỏ lặp đi lặp lại do VTQ.

2.2. CẬN LÂM SÀNG:

Trường hợp trào ngược dạ dày thực quản không có biến chứng, đáp ứng tốt với điều trị thì không khảo sát cận lâm sàng.

➤ **Đo pH thực quản:** là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản. Đo tần suất pH <4 ở thực quản trong 24 giờ. Nếu pH < 8 là bình thường.

➤ **Nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng:** chỉ định: trào ngược dạ dày có biến chứng viêm thực quản. Phân độ viêm thực quản trên nội soi:

+ Độ 0: không có tổn thương.

+ Độ 1: có một hay nhiều vết xước trên nếp niêm mạc thực quản.

+ Độ 2: nhiều vết xước trên nếp niêm mạc, không tạo thành vòng xoáy.

+ Độ 4: loét và hoặc hẹp thực quản.

➤ **Siêu âm bụng:** gợi ý chẩn đoán khi có 3 lần trào ngược trong 10 phút.

3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

+ Trào ngược dạ dày thực quản sinh lý, thường gặp

+ Hẹp môn vị phì đại

+ Bán tắc tá tràng, màng chấn tá tràng

+ Ruột xoay bất toàn

+Dị ứng sữa.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1 NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

1. Chống ói, giảm các triệu chứng để đạt cân nặng và tăng trưởng bình thường.

2. Bảo vệ niêm mạc thực quản, tạo điều kiện thức ăn qua môn vị.

3. Tăng trương lực cơ vòng thực quản dưới.
4. Dự phòng các biến chứng hô hấp và biến chứng khác phối hợp với trào ngược mạn tính.

4.2. ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG

4.2.1. Bước 1: điều trị không dùng thuốc.

- + Nằm sấp, kê đầu giường cao 30° hoặc đầu bằng.
- + Làm ợ hơi sau bú. Chia nhỏ bữa ăn, ăn chậm, tư thế khuyến cáo chung là nằm ngửa hoặc nửa nằm nửa ngồi.
- + Tránh các yếu tố làm tăng áp lực ổ bụng: ho, táo bón, quần áo quá chật....
- + Tăng độ quánh của thức ăn, làm đặc thức ăn: cho thêm bột vào sữa.
- + Nếu dị ứng protein sữa bò: dùng sữa thủy phân protein trong 2 tuần hoặc loại trừ protein sữa bò ra khỏi chế độ ăn của mẹ nếu trẻ bú mẹ.

4.2.2. Dùng thuốc: nếu bước 1 thất bại sau 1 tuần hoặc có dấu hiệu nặng. Thời gian điều trị thường 8-12 tuần. Thuốc kháng bài tiết axit:

Thuốc	Liều mg/kg/ngày	Lứa tuổi áp dụng
Cimetidine	30–40mg; chia 3-4 lần	≥16 tuổi
Ranitidine	5–10mg; chia 2-3 lần	1 tháng-16 tuổi
Omeprazole	0.7–3.3 mg/kg/d	2-17 tuổi
Lansoprazole	0.7–3 mg/kg/d	1-17 tuổi
Esomeprazole	0.7–3.3 mg/kg/d	1-17 tuổi

4.3. PHẪU THUẬT: khi bước 2 thất bại. Cần cân nhắc phẫu thuật sớm nếu triệu chứng hô hấp nặng.

BỆNH SUY DINH DƯỠNG DO THIẾU PROTEIN – NĂNG LƯỢNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa: Suy dinh dưỡng là thuật ngữ chuyên ngành chỉ tình trạng bệnh lý gây ra bởi sự cung cấp không đủ hay không cân đối của các chất dinh dưỡng trong chế độ ăn cho cơ thể.

Suy dinh dưỡng do thiếu protein – năng lượng là một tình trạng bệnh lý xảy ra khi chế độ ăn nghèo protein và năng lượng lâu dài, dẫn đến sự chậm phát triển về thể chất cũng như tinh thần của trẻ.

2. NGUYÊN NHÂN CỦA SUY DINH DƯỠNG

2.1. Sự thiếu kiến thức về dinh dưỡng:

- Mẹ thiếu sữa nuôi trẻ bằng nước cháo, bột loãng.
- Ăn bổ sung quá sớm hoặc quá muộn.
- Kiên khem: Khi trẻ bị bệnh, đặc biệt bị tiêu chảy cha mẹ cho trẻ nhịn ăn, kiêng bú, cho ăn cháo muối
- Chất lượng bữa ăn không đảm bảo cả về số lượng và chất lượng: nuôi con bằng bột muối, mì chính hay bột đường.

2.2. Do nhiễm trùng:

Nhiễm trùng tiên phát: Trẻ bị sỏi, lỵ, tiêu chảy kéo dài đều là nguyên nhân dẫn đến tình trạng suy dinh dưỡng.

Giữa nhiễm trùng và bệnh suy dinh dưỡng có một vòng xoắn bệnh lý lẫn lộn: khi trẻ suy dinh dưỡng dễ bị mắc các bệnh nhiễm trùng, nhiễm trùng thứ phát làm cho tình trạng suy dinh dưỡng nặng hơn.

2.3. Các yếu tố thuận lợi:

- Trẻ sinh non, nhẹ cân, suy dinh dưỡng bào thai.
- Dị tật bẩm sinh: sút môi hở hàm ếch, Megacolon, bệnh lý dị tật tim mạch...

- Bệnh di truyền: Landon-Down
- Trẻ có cơ địa tiết dịch: chàm
- Điều kiện môi trường: Tập quán dinh dưỡng, ô nhiễm môi trường, dịch vụ y tế...
- Nghèo đói: tiềm năng nhân tài, vật lực của đất nước chưa khai thác và quản lý tốt. Kinh tế chưa phát triển và thiếu hạ tầng cơ sở.

3. PHÂN LOẠI SUY DINH DƯỠNG

Ở trẻ em hiện nay người ta nhận định tình trạng dinh dưỡng chủ yếu dựa vào cân nặng và chiều cao và chỉ số vòng cánh tay theo các chỉ tiêu sau:

- + Cân nặng theo tuổi (CN/T)
- + Chiều cao theo tuổi (CC/T)
- + Cân nặng theo chiều cao (CN/CC)
- + Chỉ số vòng cánh tay (MUAC- Mid Upper Arm Circumference)

Chỉ số MUAC cho phép nhận định về nguy cơ tử vong liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở trẻ từ 6-59 tháng tuổi.

Phân loại tình trạng dinh dưỡng:

a. Cân nặng theo tuổi:

Hiện nay, WHO đề nghị lấy điểm ngưỡng ở dưới 2 độ lệch chuẩn (-2SD) so với quần thể tham chiếu để coi là nhẹ cân. Từ đó có thể chia thêm các mức độ sau đây:

- + Từ -2SD đến -3SD : Thiếu dinh dưỡng độ I (vừa)
- + Từ -3SD đến -4SD : Thiếu dinh dưỡng độ II (nặng)
- + Dưới -4SD : Thiếu dinh dưỡng độ III (rất nặng)

b. Chiều cao theo tuổi:

Chiều cao theo tuổi thấp phản ánh tình trạng thiếu dinh dưỡng kéo dài hoặc thuộc về quá khứ, làm cho đứa trẻ bị còi (stunting). Thường lấy điểm ngưỡng ở -2SD (thể vừa) và -3SD (thể nặng) so với quần thể tham chiếu.

c) Cân nặng theo chiều cao

Cân nặng theo chiều cao thấp phản ánh tình trạng thiếu dinh dưỡng ở thời kỳ hiện tại, gần đây, làm cho đứa trẻ ngừng lên cân hoặc tụt cân nên bị còm (wasting). Các điểm ngưỡng giống như hai chỉ tiêu trên.

Khi cả hai chỉ tiêu chiều cao theo tuổi và cân nặng theo chiều cao đều thấp hơn ngưỡng đề nghị, đó là thiếu dinh dưỡng thể phối hợp, đứa trẻ vừa còi vừa còm.

Phân loại của Welcome: Ở các thể nặng người ta dùng để phân biệt Marasmus và kwashiorkor (dựa vào chỉ tiêu cân nặng theo tuổi và phù)

Cân nặng % so với chuẩn	Phù	
	Có	Không
60 - 80%	Kwashiorkor	SDD vừa và nặng
< 60%	Marasmus - Kwashiorkor	Marasmus

Cách phân loại này có ưu điểm: Phân loại được các thể của suy dinh dưỡng nặng.

d. Chỉ số MUAC: Áp dụng cho trẻ từ 6-59 tháng tuổi

MUAC < 115 mm : SDD cấp nặng

115 mm < MUAC < 125 mm : SDD cấp mức độ trung bình

MUAC > 125 mm : Trẻ bình thường

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Ở giai đoạn đầu triệu chứng rất nghèo nàn dễ bỏ sót, thường biểu hiện bằng:

Ngừng tăng cân hoặc sụt cân. Lóp mỡ dưới da mỏng dần. Trẻ chậm biết đi, ít hoạt bát. Da xanh dần

Suy dinh dưỡng trung bình (SDD độ 1):

- Cân nặng/tuổi còn 70-80% (-2SD đến -3SD)
- Lóp mỡ dưới da mỏng
- Trẻ vẫn thèm ăn và chưa có biểu hiện rối loạn tiêu hoá

Suy dinh dưỡng nặng (SDD độ 2):

- Cân nặng/tuổi còn 60-70% (-3SD đến -4SD)

- Mất lớp mỡ dưới da bụng, mông, chi
- Rối loạn tiêu hoá từng đợt
- Trẻ biếng ăn

Đến giai đoạn rất nặng, biểu hiện triệu chứng của 3 thể bệnh: Thể phù (Kwashiorkor)

Trẻ bị suy dinh dưỡng do ăn quá nhiều bột (thừa glucid, thiếu lipid và đặc biệt thiếu protein trầm trọng. Do mẹ không có sữa, ăn toàn bột và nước cháo hoặc khi mẹ cai sữa trẻ ăn nhiều bột.

Các triệu chứng gồm:

Phù bắt đầu từ mặt và hai chi dưới, sau toàn thân nặng, có thể có cổ chướng, trắng, mềm, ấn lõm.

Triệu chứng phù lúc đầu thường làm mẹ dễ nhầm là con mình bụ vì cân chưa giảm, vòng cánh tay bình thường, nhưng trẻ này thường kém chơi, rối loạn tiêu hoá, hay viêm phổi.

Rối loạn sắc tố da: cùng với phù, trẻ xuất hiện những nốt đỏ ở bẹn, chi, mông, các nốt này tập chung thành từng mảng đỏ, thâm đen và bong ra, để lại ở dưới lớp da non dễ nhiễm trùng làm da trẻ loang lổ như da rắn.

Cân nặng còn 60 – 80 % trọng lượng chuẩn

Tình trạng suy dinh dưỡng còn biểu hiện ở các nơi khác như:

- + Tóc thưa, khô, bạc màu, dễ gãy dễ rụng
- + Răng mất bóng, sẫm màu, dễ bị sâu, mọc chậm
- + Mắt khô, sợ ánh sáng, loét giác mạc, dễ đưa đến mù do thiếu vitamin A theo các mức độ.

XN : Quáng gà

X1A : Khô kết mạc

X1B : Vệt Bi tot

X2 : khô giác mạc

X3A : Loét giác mạc < 1/3 diện tích

X3B : Loét giác mạc >1/3 diện tích

XS : Sẹo giác mạc

XF : Khô đáy mắt

- Xương loãng, thiếu chất vôi, chậm cốt hoá, dễ bị biến dạng xương.

- Gan thường to, chắc do thoái hoá mỡ, có thể dẫn đến suy gan, một nguyên nhân chính gây tử vong.

- Cơ tim: Dễ bị suy do thiếu đạm, thiếu máu, thiếu vitamin B1 hoặc do thiếu vitamin K máu và trẻ có thể tử vong đột ngột trong đêm hoặc sau khi truyền dịch quá tải.

- Ruột: Do thiếu dinh dưỡng, niêm mạc ruột teo dần, mất các nếp nhăn. chức năng hấp thu kém, dễ gây rối loạn tiêu hoá, nhu động ruột giảm, dễ gây chướng bụng.

- Tụy teo dần và giảm men tiêu hoá.

- Não: Nếu tình trạng SDD nặng và sớm, lúc tế bào não chưa hình thành đầy đủ (quý III của thời kỳ bào thai và 6 tháng đầu sau đẻ) và lúc các dây thần kinh chưa Myeline hoá (trước 3 tuổi) sẽ tác đến sự trưởng thành của não và giảm trí thông minh

Thể Marasmus:

Trẻ SDD do bị đói thực sự, thiếu tất cả các chất protid, glucid, chất béo nặng. Để sống trẻ phải huy động glucid, chất béo, sau cùng là đạm của cơ thể nên trẻ mất hết mỡ dưới da ở mặt, mông, chi, trẻ gầy đét, mặt hốc hác, mắt trũng, da khô, nhăn nheo như cụ già.

Cân nặng giảm < 60% trọng lượng chuẩn, không phù. Trẻ cũng có các triệu chứng thiếu vitamin A, D, B1, Vitamin K, B12.... nhưng nhẹ hơn.

Gan không to, tình trạng thiếu đạm, thiếu máu, thiếu K nhẹ hơn thể phù. Trẻ ít bị tiêu chảy hay rối loạn tiêu hoá do đó nếu cho trẻ ăn sớm, đầy đủ và giải quyết nguyên nhân thì trẻ nhanh chóng hồi phục hơn.

Tiền lượng trước mắt tốt hơn thể phù.

Cả hai thể Kwashiorkor và Marasmus đều dễ bị mắc các bệnh nhiễm trùng đặc biệt là viêm phổi và tiêu chảy.

Thể phối hợp:

- Cân nặng còn < 60% so với cân nặng chuẩn
- Có phù.
- Có triệu chứng của cả hai thể trên.

5. XÉT NGHIỆM

5.1. Xét nghiệm máu

- + PTCSHH, protid máu, Điện giải đồ.
- + Đường máu giảm.
- + Sắt huyết thanh giảm nhiều trong thể Kwashiorkor.
- + Chức năng gan: Trường hợp suy dinh dưỡng nặng.
- + Soi phân.

6. ĐIỀU TRỊ

Suy dinh dưỡng thiếu protein năng lượng thường phối hợp với các bệnh thiếu dinh dưỡng khác như thiếu vitamin A, sắt, kẽm ,và có hay không có bệnh lý đi kèm như nhiễm khuẩn đường hô hấp, tiêu hóa, dị tật bẩm sinh, hội chứng kém hấp thu ...

Nguyên tắc điều trị:

- + Điều trị bệnh lý đi kèm
- + Cung cấp chế độ ăn phù hợp
- + Bổ sung vitamin và khoáng chất

6.1. Suy dinh dưỡng thể nhẹ hoặc vừa

- Điều trị tại nhà, tư vấn chế độ ăn và chăm sóc.
- Điều chỉnh chế độ ăn: xây dựng chế độ ăn cân đối theo ô vuông thức ăn. Nếu trẻ còn bú mẹ, khuyến bà mẹ tiếp tục cho trẻ bú và kéo dài từ 18 đến 24 tháng hoặc lâu hơn.

- Phòng và phát hiện sớm các bệnh nhiễm trùng để điều trị kịp .
- Theo dõi cân nặng để có tư vấn kịp thời.

6.2. Suy dinh dưỡng rất nặng:

Đối với trẻ SDD rất nặng hoặc SDD cấp nặng có biến chứng hay có bệnh lý phối hợp kèm theo thì được điều trị nội trú theo hướng dẫn của WHO.

CHƯƠNG 5: THẬN - TIẾT NIỆU - NỘI TIẾT

VIÊM CẦU THẬN CẤP HẬU NHIỄM LIÊN CẦU

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm cầu thận cấp là một hội chứng bao gồm: khởi phát cấp tính của tiểu máu, tiểu ít, phù, cao huyết áp và giảm chức năng thận.

Nguyên nhân thường do hậu nhiễm Liên cầu trùng nhóm A.

2. TRIỆU CHỨNG:

2.1. Lâm sàng:

- Tiểu ít, phù
- Tiểu máu cao huyết áp khởi phát cấp tính.
- CLS: Tiểu hồng cầu, tiểu đạm ít, ASLO tăng, C3 giảm, C4 bình thường.

2.2. Cận lâm sàng:

- PTCSSH, ure, creatinin, ĐGD, ASLO.
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tế bào cặn nước tiểu.

3. CHẨN ĐOÁN: dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng trên.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Điều trị nhiễm trùng do liên cầu:

PenicilinV 100.000 đv/kg/ngày x 10 ngày

Nếu dị ứng thì dùng Erythromycin 30 -50mg/kg/ngày x 10 ngày.

4.2. Điều trị biến chứng: cao huyết áp, phù phổi cấp, suy thận cấp.

4.3. Điều trị triệu chứng:

- Nghi ngơi hạn chế vận động khi có biến chứng
- Ăn nhạt cho đến khi hết phù

➤ Lợi tiểu nếu có phù

4.4. Sinh thiết thận: chỉ định

➤ Có suy thận (chức năng thận giảm < 50% bình thường)

➤ C3 giảm trên 3 tháng

➤ Tiểu đạm trên 6 tháng

➤ Tiểu máu tái phát

➤ Tiểu máu đại thể trên 3 tuần

➤ Tiểu máu vi thể > 12 tháng.

5. THEO DÕI:

Mạch, huyết áp, ăn uống, nước tiểu xuất nhập ít nhất 1 lần/ngày

Thử nước tiểu, chức năng thận mỗi 3 -5 ngày

Tái khám sau xuất viện: tháng 1, tháng 2, tháng 4, tháng 6, tháng 12.

NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG TIỂU

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng đường tiểu là một bệnh lý khá thường gặp ở trẻ em đứng hàng thứ 3 sau nhiễm trùng tiêu hóa và hô hấp.

2. TRIỆU CHỨNG:

2.1. Lâm sàng: thường không có triệu chứng đặc hiệu, có thể có triệu chứng rối loạn bài xuất nước tiểu, hố vùng hố chậu.

2.2. Cận lâm sàng:

- PTCSHH
- Phản ứng CRP
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tế bào cận nước tiểu
- Cây nước tiểu
- Siêu âm bụng
- Chụp UIV, chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định:

❖ Nhiễm trùng đường tiểu được chẩn đoán xác định khi cấy nước tiểu được:

- ❖ Lấy giữa dòng ≥ 100.000 khuẩn lạc/ml
- ❖ Đặt cathette vô trùng ≥ 10.000 khuẩn lạc /ml
- ❖ Chọc hút trên xương mu ≥ 1.000 khuẩn lạc /ml

3.2. Chẩn đoán có thể:

Triệu chứng lâm sàng + Nước tiểu có bạch cầu, trụ bạch cầu và Nitrit (+) tính hay có vi trùng trên nhuộm Gr chưa quay ly tâm.

3.3. Chẩn đoán các thể lâm sàng:

- ❖ Nhiễm trùng đường tiểu trên (Viêm đài bể thận)
- ❖ Nhiễm trùng đường tiểu dưới (Viêm bàng quang)
- ❖ Nhiễm trùng đường tiểu không triệu chứng là các trường hợp cấy nước tiểu phát hiện có vi khuẩn nhưng lâm sàng không triệu chứng.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Kháng sinh:

4.1.1. Viêm bàng quang: kháng sinh uống theo thứ tự

- Cotrimoxazol 8 mgTMP + 40 mg SMX/ kg /12 giờ
- Nalidixic acid 60mg /kg/ ngày
- Cefuroxim 50-100 mg/ kg /ngày
- Hoặc Amoxicilin-Clavulinic acide 80 mg/ kg/ ngày thời gian 7 -10 ngày. Nếu không đáp ứng sau 2 ngày có thể đổi kháng sinh khác.

4.1.2. Viêm đài bể thận:

- Ampicilin hoặc Cefotaxim 100mg /kg/ngày tiêm tĩnh mạch
- Hoặc Cefotaxim / Ceftriaxone + Gentamicin
- Nếu đáp ứng tốt: hết sốt, hết triệu chứng tiết niệu, cấy nước tiểu sau 72h âm tính. Chuyển thuốc uống thời gian 10 -14 ngày.
- Nếu không đáp ứng: Tìm nguyên nhân bất thường hệ tiết niệu hay áp xe thận.
- Nếu có kết quả vi trùng lựa chọn theo kháng sinh đồ
- Nếu không có vi trùng thì:
 - Cấy lại nước tiểu.
 - Không tìm ra nguyên nhân chọn Peflacin tĩnh mạch.

4.2. Điều trị các dị tật đi kèm: Giải quyết ngoại khoa các dị tật tiết niệu.

4.3. Điều trị dự phòng

- + Chỉ định: khi các dị tật tiết niệu chưa được hay không thể giải quyết.
- + Các trường hợp trào ngược bàng quang niệu quản độ I, II và III
- + Các trường hợp nhiễm trùng đường tiêu dưới tái phát nhiều lần.
- + Kháng sinh lựa chọn:
 - Nitrofurantoin 2mg/kg/ngày 1 liều
 - Cotrimoxazol 12 mg/kg/ngày 1 liều.

5. THEO DÕI

Tất cả các trường hợp nhiễm trùng đường tiêu, phải cấy lại nước tiểu 1 tuần sau khi chấm dứt điều trị.

Nếu có hiện tượng trào ngược cần cấy lại mỗi tháng trong 3 tháng đầu tháng trong 6 tháng sau đó 2 lần trong năm.

SUY GIÁP BẨM SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Suy giáp trạng bẩm sinh (SGTBS) là bệnh nội tiết do tuyến giáp sản xuất không đủ hormon đáp ứng cho nhu cầu chuyển hóa và sinh trưởng của cơ thể.

Bệnh phổ biến đứng thứ 2 sau bướu cổ nhưng di chứng rất trầm trọng về thể lực và thiếu năng tinh thần nếu không được điều trị sớm.

2. TRIỆU CHỨNG

2.1. LÂM SÀNG

- Bộ mặt phù niêm: khoảng cách 2 mắt xa nhau, khe mi hẹp, mi mắt nặng, mũi tẹt, má phệ, miệng trẻ luôn há vì lưỡi dày, đầy miệng, tóc khô, thưa và chân tóc mọc thấp đã tạo cho trẻ 1 khuôn mặt đặc biệt của phù niêm.

- Dấu hiệu về da: thường gặp là vàng da sinh lý kéo dài > 1 tháng, không tìm thấy nguyên nhân bệnh lý gan mật nên nghĩ đến SGBS. Có thể thấy da khô, lạnh và nổi vân tím.

- Dấu hiệu tiêu hóa: trẻ thường ngủ nhiều, ít khóc đòi ăn và táo bón kéo dài

- Phát triển: tinh thần và vận động thường chậm so với tuổi. Trẻ chậm lẫy, bò, ngồi hoặc đi. Chậm biết lạ quen, chậm biết nói, chậm mọc răng, chậm liền thóp sau. Mức độ chậm phát triển thể lực và tinh thần cũng tăng dần theo tuổi.

2.2. CẬN LÂM SÀNG

+ Huyết học: PTCSSH, TSH, T4, FT4, T3, FT3.

+ X quang xương cổ tay Trái để đánh giá tuổi xương,

+ X quang khớp gối: đầu dưới xương đùi không xuất hiện ở trẻ sinh đủ tháng bằng chứng của suy giáp thời kỳ bào thai.

3. CHẨN ĐOÁN

+ Lâm sàng: cho điểm lâm sàng theo bảng (P.Fort).

Khi trên 5 điểm là có thể mắc suy giáp

Triệu chứng		Điểm
1.	Thoát vị rốn	2
2.	Nữ	1
3.	Da xanh lạnh, hạ thân nhiệt	1
4.	Phù niêm, bộ mặt đặc biệt	2
5.	Luỡi to	1
6.	Giảm trương lực cơ	1
7.	Táo bón	2
8.	Vàng da kéo dài > 3 tuần	1
9.	Thóp sau rộng	1
10.	Thai > 42 tuần	1
11.	Cân nặng khi đẻ > 3,5kg	1

+ Cận lâm sàng:

- Nồng độ TSH ≥ 20 μ IU/ml.
- Nồng độ FT3, FT4 giảm.

4. ĐIỀU TRỊ

Thuốc:

+ Hormon giáp tổng hợp Thyroxin.

+ Liều lượng thuốc ban đầu là: 10-15 μ g/kg/ngày.

+ Cách dùng thuốc:

• Uống thuốc ngày 1 lần vào trước ăn sáng hoặc trước bữa ăn tối, nhưng thời gian trong ngày cần giống nhau.

• Uống thuốc dạng viên. Đối với trẻ nhỏ, sơ sinh thì nghiền thành bột và pha vào vài ml nước hoặc sữa mẹ.

Theo dõi kết quả điều trị.

+ Kiểm tra TSH, FT4 hoặc T4 định kỳ. Cần lấy máu cách xa thời điểm uống thyroxin trước đó trên 4 giờ.

+ Điều chỉnh liều để TSH bình thường so với tuổi (0,05 đến 2 mU/L), T4 hoặc FT4 ở giới hạn cao của bình thường.

+ Thời gian khám và xét nghiệm TSH, T4 hoặc FT4:

– Sau 2-4 tuần sau điều trị.

– Sau mỗi 1-2 tháng trong 6 tháng sau sinh.

– Sau mỗi 3-4 tuổi từ 6 tháng tuổi đến 3 tuổi.

– Sau mỗi 6-12 tháng từ 3 tuổi đến hết tuổi lớn.

– Khám sớm hơn nếu xét nghiệm bất thường, không tuân thủ điều trị, sau khi thay đổi liều thyroxin.

Trường hợp nghi ngờ suy giáp trạng thoáng qua (Xạ hình tuyến giáp bình thường hoặc TSH không tăng sau thời kỳ sơ sinh) thì cần: Điều trị thyroxin đến 3 tuổi, sau đó dừng điều trị 30 ngày. Sau 30 ngày dừng thuốc xét nghiệm lại TSH, T4. Nếu TSH cao và T4 thấp cần tiếp tục điều trị. Nếu TSH và T4 bình thường thì không cần điều trị.

Nếu chưa đủ liều điều trị: Trẻ vẫn chậm lớn, chậm phát triển tinh thần. Nồng độ TSH tăng cao nhưng nồng độ T4 trong máu bình thường.

Nếu quá liều điều trị xuất hiện các dấu hiệu: Trẻ kích thích, nhịp tim nhanh, ra nhiều mồ hôi; khó ngủ; tiêu chảy và nôn; Xét nghiệm thấy nồng độ T4 trong máu tăng cao và TSH giảm thấp; Liều cao kéo dài tuổi xương phát triển nhanh trẻ sẽ bị lùn.

Với liều điều trị thích hợp các dấu hiệu suy giáp dần biến mất. Trẻ phát triển đuổi kịp chiều cao so với trẻ cùng tuổi, nhanh nhẹn đến trường đi học bình thường.

5. TIỀN LƯỢNG: Phụ thuộc vào

– Phát hiện và điều trị sớm hay muộn.

– Nguyên nhân của SGTBS.

– Mức độ SGTBS trước điều trị.

– Ngày nay tiên lượng điều trị tốt hơn nhờ có chương trình sàng lọc sơ sinh đã điều trị sớm trẻ bị SGTBS tránh cho trẻ bị thiếu năng tinh thần.

VIÊM TUYẾN GIÁP TỰ MIỄN HASHIMOTO

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tuyến giáp Hashimoto (Hashimoto's thyroiditis) còn gọi là viêm tuyến giáp lympho mạn tính, là bệnh lý tuyến giáp mắc phải phổ biến nhất ở trẻ em. Tỷ lệ gặp ở trẻ nữ cao hơn trẻ nam (tỷ lệ 4: 1 đến 8:1), tăng theo tuổi (cao nhất độ tuổi 11 đến 18, tỷ lệ mới mắc hàng năm khoảng 5 trong 1000 trẻ), bệnh nhân có tình trạng rối loạn nhiễm sắc thể (hội chứng Down, hội chứng Turner, hội chứng Klinefelter, ...) và hội chứng Schmidt.

Bệnh được mô tả từ năm 1912, đặc trưng lâm sàng của bệnh là tình trạng suy giáp tiến triển từ từ, kèm theo bướu cổ hoặc không.

Nguyên nhân gây bệnh được cho là sự kết hợp giữa yếu tố di truyền và yếu tố môi trường.

2. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

2.1. Lâm sàng

Tiến triển tự nhiên của viêm tuyến giáp Hashimoto sẽ dần dẫn đến suy giáp và mất chức năng tuyến giáp.

Bướu cổ: thường gặp, không đau. Tính chất bướu giáp to không mềm mại, lan tỏa hoặc có nốt, cứng và chắc hơn tuyến giáp bình thường. Tuyến giáp lớn kèm theo suy giáp gợi ý chẩn đoán viêm tuyến giáp Hashimoto.

Triệu chứng suy giáp: mệt mỏi, tăng cân, yếu cơ, da và tóc khô, ngủ nhiều, sợ lạnh, trầm cảm,...

Triệu chứng cường giáp: có thể gặp trong giai đoạn đầu khởi phát bệnh – Hashitoxicosis. Tình trạng này có thể kéo dài vài tuần đến vài tháng, bao gồm: nhịp tim nhanh, vã mồ hôi nhiều, sợ nóng, sụt cân, run tay, lo lắng,...

2.2. Cận lâm sàng:

+ PTCSHH

+ Hormon tuyến giáp: TSH, T3, T4, FT3, FT4

- + Siêu âm tuyến giáp
- + Xạ hình tuyến giáp
- + Đo độ tập trung I131 phóng xạ tại tuyến giáp
- + Sinh thiết hút tuyến giáp bằng kim nhỏ
- + Sàng lọc các bệnh lý tự miễn khác khi nghi ngờ trên lâm sàng.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tuyến giáp Hashimoto theo Hiệp hội tuyến giáp Nhật Bản

- + Triệu chứng lâm sàng

Bướu giáp to lan tỏa (không có triệu chứng gợi ý bệnh lý tuyến giáp khác)

- + Cận lâm sàng

- Có kháng thể kháng thể microsome tuyến giáp hoặc kháng thể kháng peroxidase tuyến giáp dương tính.

- Có kháng thể kháng Thyroglobulin dương tính.

- Mô bệnh học có hình ảnh xâm nhập bạch cầu lympho trong mô tuyến giáp.

- Chẩn đoán xác định khi bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng (1) và 1

trong các xét nghiệm (2) dương tính.

4. ĐIỀU TRỊ

- Suy giáp:

- + Nguyên tắc điều trị: liệu pháp hormone thay thế suốt đời.

- + Chỉ định điều trị: TSH > 10 mIU/mL hoặc khi TSH > 5 mIU/mL kết hợp với bướu cổ hay tăng kháng thể kháng giáp.

- + Mục tiêu điều trị: TSH = 0,5 – 2 mIU/mL và FT4 ở trị số nửa trên của giới hạn bình thường. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp nên được thực hiện sau 8 tuần kể từ khi bắt đầu điều trị. Khi đạt được trạng thái bình giáp trẻ nên được theo dõi mỗi 4 – 6 tháng/ lần.

+ Levothyroxine: khởi đầu với liều thấp $100\mu\text{g}/\text{m}^2/24$ giờ

- Cường giáp (Hashitoxicosis):

+ Mục tiêu điều trị: dùng hormon kháng tuyến giáp giúp bệnh nhân trở lại trạng thái bình giáp.

+ Thuốc Methimazole hay Thiamazol (Thyrozol 5 mg)

+ Chẹn thụ thể β adrenergic (Propranolon)

+ Theo dõi: Xét nghiệm T3, FT4, TSH, PTCSHH, GOT, GOT.

+ Điều trị hỗ trợ: an thần khi mất ngủ, điều trị suy tim (nếu có), ăn tăng đạm, quả và rau xanh, vitamin nhóm B, nghỉ ngơi và tránh kích thích.

- Phẫu thuật: Chỉ định khi có các triệu chứng bướu giáp chèn ép và không thuyên giảm khi dùng hormone.

CHƯƠNG 6: TIM MẠCH - HUYẾT HỌC

CAO HUYẾT ÁP TRẺ EM

1. ĐỊNH NGHĨA

Cao huyết áp (CHA) được xác định khi HA tâm thu và/hoặc HA tâm trương > mức HA (tâm thu và/hoặc tâm trương) ở độ bách phân vị thứ 90 theo tuổi, chiều cao và giới tính.

2. NGUYÊN NHÂN

<p>Bệnh thận</p> <ul style="list-style-type: none">–Viêm đài bể thận–Bệnh chủ mô thận–Dị tật bẩm sinh–Bệnh thận do trào ngược–Viêm cầu thận cấp–Viêm thận do Henoch-Scholein–Chấn thương thận–Thận ứ nước–Hội chứng tán huyết – Ure huyết cao (HUS)–Bệnh lý tắc nghẽn đường niệu–Hội chứng thận hư–Loạn sản thận, thiếu sản thận–Bướu Wilm–Bệnh thận đa nang	<p>Bệnh nội tiết</p> <ul style="list-style-type: none">–Cường giáp–Tăng sinh thượng thận bẩm sinh–Hội chứng Cushing–Cường Aldosterone tiên phát–Cường cận giáp tiên phát–Đái tháo đường–Tăng Calci máu–U tủy thượng thận
	<p>Nguyên nhân tâm lý</p> <ul style="list-style-type: none">–Tinh thần căng thẳng–Lo lắng
<p>Bệnh mạch máu</p> <ul style="list-style-type: none">–Dị dạng hoặc huyết khối động mạch thận–Dị dạng, hẹp hoặc huyết khối tĩnh mạch thận	<p>Nguyên nhân do thuốc</p> <ul style="list-style-type: none">–Thuốc kích thích giao cảm–Corticosteroids–Chất kích thích–Thuốc ngừa thai

<ul style="list-style-type: none"> -Hẹp eo động mạch chủ -Hẹp động mạch chủ ngực, bụng do bệnh Takayasu -Còn ống động mạch -Dò động – tĩnh mạch 	<ul style="list-style-type: none"> -Steroids đồng hóa -Cocaine -Phencyclidine -Nicotine -Caffeine
<ul style="list-style-type: none"> Nguyên nhân thần kinh -Tăng áp lực nội sọ -Hội chứng Guillain-Barré 	<ul style="list-style-type: none"> Những nguyên nhân khác -Neuroblastome -Ngộ độc kim loại nặng -Đau cấp tính -Bệnh mạch máu liên kết -Bướu sợi thần kinh -Xơ củ (Tuberous Sclerosis)

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Hỏi bệnh

- Triệu chứng do ảnh hưởng của cao huyết áp:
 - +Nhức đầu, nôn ói, chóng mặt, giảm thị lực, co giật, thất điều vận động.
 - +Mệt, phù, ho, khó thở, tiểu ít khi gắng sức do suy tim ứ huyết.
 - +Tiểu ít, phù, thiếu máu, mệt mỏi do suy thận.
- Sử dụng thuốc: nhỏ mũi, thuốc cường giao cảm, Corticoids, thuốc gây độc thận.
- Triệu chứng của bệnh nguyên nhân:
 - +Nhiễm trùng tiểu tái phát, tiểu ít, tiểu đỏ, phù, dị tật bẩm sinh.
 - +Mập phì, nứt da, rụng lông tóc trong bệnh nội tiết.
 - +Vã mồ hôi, đỏ mặt, chóng mặt, hồi hộp, đánh trống ngực xảy ra theo cơn.
- Tiền căn bản thân, gia đình có bệnh: cao huyết áp, bệnh thận.

3.2. Khám bệnh

- Bệnh nhân được đo HA, sờ mạch tứ chi, cân nặng và đo chiều cao.
- Phương pháp đo HA:** cho trẻ nằm nghỉ 15 phút trước đó, Đo 3 lần, mỗi lần cách nhau 10 phút. Đo HA hai tay, nếu có cao HA phải đo HA tứ chi. Chiều rộng của

brassard phải che phủ 2/3 chiều dài cánh tay. Đo bằng ống nghe, HA tâm trương lấy tiếng Korotkoff thứ 4 (K4) trẻ từ 1- 13 tuổi, K5 cho trẻ > 13 tuổi.

–Khám tìm dấu hiệu béo phì, vẻ mặt Cushing, phù ngoại biên.

–Khám tuyến giáp tìm tuyến giáp to.

–Khám thần kinh tìm dấu hiệu thay đổi tri giác, rối loạn vận động, yếu nửa người

–Soi đáy mắt đối với cao huyết áp mạn tính hay có triệu chứng thần kinh, tăng áp lực nội sọ.

–Khám tim tìm dấu hiệu tim to, tiếng thổi của tim, dấu hiệu suy tim.

–Bắt mạch tứ chi để phát hiện mạch không đều, nghe các âm thổi bất thường của mạch máu vùng cổ.

–Khám bụng tìm các khối u trong bụng, nghe âm thổi bất thường ở vùng bụng.

3.3. Cận lâm sàng

–Xét nghiệm thường quy:

+Tổng phân tích tế bào máu, urê, creatinin, điện giải đồ, cholesterol/máu.

+Tổng phân tích nước tiểu.

+X-quang ngực thẳng.

+Siêu âm bụng tìm bất thường hệ niệu, bất thường mạch máu.

–Xét nghiệm tìm nguyên nhân:

Nghiên cứu nguyên nhân	Cận lâm xét nghiệm
Bệnh lý thận	Cấy nước tiểu, cận Addis, protein niệu UIV, UCR, xạ hình thận Sinh thiết thận
Hẹp động mạch thận	CT, Chụp DSA (digital subtraction angiography)
Hẹp mạch máu lớn	CT, Chụp DSA
Pheochromocytome	Catecholamin nước tiểu 24 giờ
HC Cushing	Cortisol máu, 17 OH, 17-KS trong nước tiểu 24 giờ
Tăng sinh tuyến thượng thận bẩm sinh	Cortisol máu, DHEA máu, 17 – KS trong nước tiểu 24 giờ
Cường Aldosterone	Định lượng Aldosterone máu

3.4. Chẩn đoán xác định (xem bảng trị số huyết áp)

–**Cao huyết áp nhẹ:** 90th percentile < HA tâm thu và/hoặc HA tâm trương ≤ 95th percentile theo tuổi, chiều cao và giới.

–**Cao huyết áp trung bình:** 95th percentile < HA tâm thu và/hoặc HA tâm trương \leq 99th percentile theo tuổi, chiều cao và giới.

–**Cao huyết áp nặng (CHA cấp cứu):** HA tâm thu và/hoặc HA tâm trương > 99th percentile theo tuổi, chiều cao và giới VÀ/HOẶC có triệu chứng nặng ở cơ quan đích (suy tim cấp, phù phổi cấp, bệnh cảnh não của cao HA, xuất huyết hoặc phù gai thị).

4. ĐIỀU TRỊ

4.1 Nguyên tắc điều trị

–Điều trị cấp cứu.

–Điều trị duy trì.

–Điều trị nguyên nhân.

–Điều trị biến chứng và hỗ trợ.

4.2 Chỉ định nhập viện

–Cao huyết áp do viêm cầu thận cấp.

–Cao huyết áp nặng, cấp cứu.

–Cao huyết áp thứ phát (để tìm và giải quyết nguyên nhân).

4.3 Điều trị cao huyết áp cấp cứu

4.3.1. Xử trí cấp cứu (nằm phòng cấp cứu)

–Thở oxy, nằm đầu cao, thông đường thở nếu có: khó thở, hôn mê, co giật.

–Thiết lập đường truyền tĩnh mạch, giảm huyết áp bằng đường tĩnh mạch hoặc ngậm dưới lưỡi.

–Chống co giật (nếu có).

4.3.2. Dùng thuốc hạ huyết áp

–Nifedipine ngậm dưới lưỡi **được khuyến cáo là không nên sử dụng** vì làm hạ huyết áp nhanh có thể đưa đến nhũn não

– Hạ áp truyền tĩnh mạch Nicardipin (Loxen) 1 - 3 mg/kg/phút (tối đa 20 mg/giờ) truyền tĩnh mạch hay Nitroprussid 0,5 - 10 mg/kg/phút truyền tĩnh mạch (tránh tiếp xúc với ánh sáng).

– Furosemid được dùng trong trường hợp cao huyết áp do viêm cầu thận cấp, bệnh thận cấp hay mạn khác hay suy tim ứ huyết đi kèm 1 - 2 mg/kg/liều. Nếu chưa có đáp ứng lặp lại sau 2 giờ. Sau đó duy trì bằng đường tiêm hay uống trong 24 giờ với liều 1 mg/kg mỗi 4 - 6 giờ.

Đánh giá sau 60 phút nếu HA không giảm dưới 25% so với ban đầu và còn triệu chứng:

– Tìm và điều trị các yếu tố góp phần làm tăng huyết áp: co giật, sốt cao.

– Dùng các thuốc hạ áp khác:

+Hydralazin liều 0,1-0,5 mg/kg/liều tiêm TMC, lặp lại sau 20 phút nếu chưa đáp ứng. Duy trì mỗi 3 - 6 giờ. Nên dùng thêm lợi tiểu để giảm tác dụng giữ nước của thuốc.

+Labetalol có thể dùng ngay nếu cao HA kèm với xuất huyết nội sọ, bệnh não do cao huyết áp, liên quan đến phẫu thuật: 0,25 mg/kg tiêm mạch chậm trong 2 phút. Sau 15 phút không hiệu quả cho tiếp liều 0,5 mg/kg. Tổng liều không quá 4 mg/kg.

+Phentolamin nếu nghi do nguyên nhân pheochromocytoma, 0,05 - 0,1 mg/kg/liều (tối đa 5 mg), tiêm mạch mỗi 10 phút đến khi đạt hiệu quả tổng liều không quá 0,6 mg/kg.

4.4 Điều trị cao huyết áp nhẹ hay mạn tính

Các bước trong điều trị CHA:

Bước 1: dùng một thuốc:

– Lợi tiểu Thiazides hoặc ức chế giao cảm 8 (Propranolol, Methyldopa, Prazosine).

Khởi đầu với liều thấp, sau đó tăng dần cho đến khi kiểm soát được HA.

Bước 2: nếu HA chưa kiểm soát tốt sau 1 - 2 tuần điều trị sẽ thay đổi:

–Nếu đáp ứng một phần sẽ phối hợp thêm một thuốc vào phác đồ:

+Lợi tiểu + ức chế 8 giao cảm hoặc ức chế kênh canxi hoặc ức chế men chuyển.

+Ức chế B giao cảm + ức chế kênh canxi.

–Nếu không đáp ứng sẽ thay bằng thuốc thuộc nhóm khác:

+Ức chế kênh canxi + ức chế men chuyển.

Bước 3: nếu HA vẫn duy trì cao, kết hợp thêm thuốc thứ ba khác nhóm.

Bước 4: nếu HA vẫn cao > trị số bình thường cao: điều trị như CHA kháng trị.

4.5 Điều trị không dùng thuốc

Có vai trò trong CHA nguyên phát, bao gồm: giảm cân, hạn chế muối nước (< 2 - 3 g Natri/ngày), tập luyện thể dục thích hợp, thư giãn tránh lo lắng, stress. Duy trì đủ K^+ , Ca^{++} , Mg^{++} trong khẩu phần ăn, giảm mỡ động vật trong khẩu phần ăn.

4.6 Điều trị nguyên nhân : Đối với trẻ em cao huyết áp thường có nguyên nhân do đó cần tích cực tìm nguyên nhân để điều trị.

Liều thuốc trong điều trị cao huyết áp mạn tính			
	Liều khởi đầu (mg/kg/liều)	Liều tối đa/ngày (mg/kg)	Số lần/ngày
Lợi tiểu			
Hydrochlorothiazid	0,5	4	1 - 2
Furosemid	1	8	1 - 3
Spirolacton	1	3	1 - 3
Ức chế β			
Propanolol	0,5	5	2 - 4
Ức chế α			
Prazosin	0,01	0,5	2 - 3
Ức chế α và β			
Labetalol	2	10	2 - 3
Giãn mạch trực tiếp			
Hydralazin	0,5	5	1 - 4
Ức chế men chuyển			
Captopril	0,5 - 2	6	2 - 3
Enalapril	0,01 - 0,03	1	1 - 2
Ức chế kênh Calci			
Nifedipine	0,25	2	3 - 4

Bảng trị số huyết áp theo bách phân vị ở trẻ em

Nhóm tuổi		90%	95%	99%
< 2 tuổi	HA tâm thu	106	112	118
	HA tâm trương	68	74	82
3 – 5 tuổi	HA tâm thu	109	116	124
	HA tâm trương	69	76	84
6 – 9 tuổi	HA tâm thu	115	122	130
	HA tâm trương	74	78	86
10 – 12 tuổi	HA tâm thu	122	126	134
	HA tâm trương	78	82	90
13 – 15 tuổi	HA tâm thu	129	136	144
	HA tâm trương	79	86	92

CƠN TÍM THIẾU OXY

1. ĐẠI CƯƠNG

Cơ tim thiếu Oxy là tình trạng thiếu Oxy máu nặng, cấp tính, có thể dẫn tới tử vong, thường gặp ở trẻ nhũ nhi bị tứ chứng Fallot hoặc tim bẩm sinh phức tạp có thông liên thất kèm hẹp động mạch phổi hoặc không có lỗ van động mạch phổi với lưu lượng máu lên phổi phụ thuộc kháng lực giữa hệ động mạch phổi và hệ động mạch chủ.

Cơ tim ít gặp ở trẻ dưới 2 tháng và trẻ lớn.

Cơ tim không nhất thiết liên quan tới mức độ tím.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Công việc chẩn đoán

2.1.1. Hỏi

–Thời gian xuất hiện cơn tím: sáng sớm (sau một giấc ngủ dài), sau gắng sức (khóc, đi tiêu...), khi sốt, ói, tiêu chảy.

–Đặc điểm cơn: mức độ tím, tư thế, phương pháp làm giảm cơn tím (tư thế gối ngực, ngồi xổm), kéo dài của cơn.

2.1.2. Khám

–Tím tăng nhiều, SaO₂ giảm.

–Thở nhanh, sâu.

–Khám tim: nhịp tim thường không tăng, âm thổi tâm thu dạng phụt của hẹp ĐMP giảm hoặc biến mất.

–Kích thích, vật vã, lơ mơ, có thể co giật do giảm ôxy não.

2.1.3. Đề nghị xét nghiệm

–Công thức máu (lấy máu TM). Chú ý tình trạng cô đặc máu và giảm tiểu cầu.

–ECG: khi tình trạng tạm ổn (hết cơn tím).

–X quang tim phổi thẳng: phổi sáng, tuần hoàn phổi giảm,

–Siêu âm tim; nếu trước đó bệnh nhân chưa thực hiện để xác định tật tim bẩm sinh.

2.2. Chẩn đoán xác định

–Lâm sàng: tím tăng nhiều đột ngột, thở nhanh sâu, vật vã kích thích, SaO₂ giảm.

–X quang tim phổi: tuần hoàn phổi giảm,

–Siêu âm tim: tật tim bẩm sinh có hẹp đường thoát thất phải + thông liên thất.

2.3 Chẩn đoán phân biệt

Phân biệt với tim bẩm sinh tím có suy tim, phù phổi, cao áp phổi

	Cơn tím	Suy tim, phù phổi, cao áp phổi
Nhịp thở	Nhanh sâu, không co lõm	Nhanh nông, co lõm ngực
Phé âm	Thô, không ran	Thường có ran ẩm, ngáy rít
Nhịp tim	Bình thường hoặc nhanh	Nhanh ± Gallop
Da niêm	Tím đậm	Tím, ẩm, vã mồ hôi
Gan	Không to	To
Hct	Thường tăng	Bình thường hoặc giảm
Xquang ngực thẳng	Tuần hoàn phổi giảm	Tuần hoàn phổi tăng

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc điều trị

–Tăng oxy ở máu động mạch.

–Tăng lượng máu lên phổi.

–Giảm kích thích (giảm thở nhanh sâu, giảm tiêu thụ oxy).

3.2 Điều trị cấp cứu

Theo từng bước sau:

–Giữ trẻ ở tư thế gối - ngực. Giữ trẻ nằm yên không bị kích thích.

–Thở oxy qua mask có túi dự trữ với lưu lượng 6 - 10 lít/phút.

–Morphin 0,1 mg/kg tiêm bắp hoặc tiêm dưới da hoặc Diazepam 0,1 - 0,4 mg/kg tiêm mạch chậm.

–Truyền dịch điện giải khi Hct > 60% hay lâm sàng bệnh nhân có tiêu chảy, ói mất nước, bú kém.

–Bicarbonate natri 0,5 - 1 mEq/kg tiêm mạch khi tím tái nặng kéo dài.

–Các chất co mạch như Phenylephrine 0,02 mg/kg tiêm mạch chậm

–Ketamin 1 - 3 mg/kg tiêm mạch chậm (> 60 giây)

–Propranolol chỉ định khi thất bại với các biện pháp trên, 0,05 - 0,1 mg/kg tiêm mạch chậm (tổng liều không > 1 mg). Tổng liều được pha trong 10 ml dịch và \geq 50% bolus tiêm mạch. Liều còn lại tiêm mạch chậm trong vòng 5 đến 10 phút nếu liều đầu chưa hiệu quả.

3.3 Điều trị dự phòng

–Bổ sung sắt nguyên tố 10 mg mỗi ngày để làm tăng nồng độ hemoglobin trung bình của hồng cầu (MCHC), tăng khả năng chuyên chở ôxy của hồng cầu.

–Propranolol 1 - 4 mg/kg/ngày, chia 2 - 3 lần, uống (không hiệu quả trong trường hợp không lỗ van động mạch phổi) trong thời gian chờ can thiệp.

–Giữ ống động mạch mở bằng prostaglandin E1 (0,05 - 0,2 mg/kg/phút) ở thời kỳ sơ sinh cho đến lúc phẫu thuật.

–Chăm sóc răng miệng, điều trị các ổ nhiễm trùng nếu có.

3.4 Điều trị phẫu thuật

Triệt để: Khi đúng chỉ định và nếu có thể

Tạm thời: có thể chọn các phương pháp

–Đặt Stent ống động mạch

–Nong van động mạch phổi

–Stent đường thoát thất phải

–Tạo shunt chủ - phổi qua phẫu thuật trong trường hợp không hoặc chưa cho phép làm phẫu thuật triệt để.

CÒN ỐNG ĐỘNG MẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

Ống động mạch nối liền nơi phân nhánh ĐMP và eo ĐMC. Ống động mạch thông thương trong thời kỳ bào thai và đóng lại ngay sau khi bé sanh ra đời. Ống động mạch còn tồn tại nếu có bất thường thành mạch, nguyên nhân có thể do mẹ bị Rubella trong thời gian mang thai hoặc thiếu oxy mạn tính nếu sống ở vùng núi cao, thiếu ôxy trên trẻ sanh ngạt, sanh non.

Tần suất của bệnh là 9,8% trong các bệnh tim bẩm sinh.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Lâm sàng

–**Triệu chứng cơ năng:** Trẻ mệt, khó thở khi gắng sức, ho sốt tái đi tái lại, chậm lớn, chậm biết đi

–**Triệu chứng thực thể:**

+Mạch ngoại vi nảy mạnh, chìm nhanh (mạch Corrigan).

+Huyết áp tâm trương thấp, hiệu áp rộng.

+Khám tim: tim to, thất trái tăng động, âm thổi liên tục, cường độ lớn, ở khoảng liên sườn II-III ngay dưới xương đòn trái, sờ có rung miêu tâm thu và tâm trương. T₂ đánh mạnh không tách đôi.

+Khám phổi tìm dấu hiệu thở nhanh, phổi có ran.

2.2 Cận lâm sàng

–X quang tim phổi: diện tim bình thường hoặc lớn thất trái, nhĩ trái. Tuần hoàn phổi bình thường hoặc tăng chủ động. Động mạch phổi, quai ĐMC giãn.

–ECG: bình thường hoặc lớn thất trái, lớn hại thất,

–Siêu âm tim Doppler: đo đường kính ống động mạch, xác định chiều luồng thông, tình trạng tăng gánh thể tích thất trái, nhĩ trái, áp lực ĐMP, chức năng tim

2.3 Chẩn đoán xác định: dựa vào siêu âm tim

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc

- Đóng ống động mạch.
- Phòng ngừa và điều trị biến chứng.

3.2. Đóng ống động mạch

Trong giai đoạn sơ sinh (dưới 15 ngày tuổi) đóng ống động mạch bằng thuốc Ibuprofen. Liều dùng 10 mg/kg uống, lặp lại 2 liều 5 mg/kg sau 24 và 48 giờ.

- Chỉ định đóng ống động mạch bằng dụng cụ:

+ Ống động mạch kích thước trung bình - lớn, shunt trái-phải, có hình dạng và kích thước của ống động mạch thuận lợi cho việc đóng bằng dụng cụ, có một trong các biến chứng sau: suy tim, chậm lớn, tuần hoàn phổi tăng nhiều (có hoặc không kèm tăng áp động mạch phổi), lớn nhĩ trái hoặc thất trái.

+Ống động mạch kích thước nhỏ, shunt trái-phải, kích thước buồng tim bình thường, nghe tim có âm thổi hoặc không. MOGU

+Còn ống động mạch có shunt 2 chiều do tăng áp động mạch phổi nhưng trở lại shunt trái-phải yếu do đáp ứng với điều trị thuốc như Sildenafil hoặc Bosentan (AHA, review 2011, mức độ chứng cứ loại C).

– Chỉ định đóng ống động mạch bằng phẫu thuật. Những trường hợp ống động mạch có shunt trái-phải, nghe có âm thổi, nhưng kích thước và hình dạng không cho phép đóng bằng dụng cụ hoặc thất bại với động bằng dụng cụ.

3.3 Phòng ngừa và điều trị các biến chứng nội khoa

- Suy tim
- Nhiễm trùng hô hấp
- Suy dinh dưỡng
- Phòng ngừa viêm nội tâm mạc nhiễm trùng
- Theo dõi và đánh giá tăng áp động mạch phổi

VIÊM CƠ TIM DO SIÊU VI

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm cơ tim do siêu vi là viêm thành cơ tim có đặc điểm: thâm nhiễm tế bào viêm, hoại tử và/hoặc thoái hóa tế bào cơ lân cận nhưng không giống tổn thương thiếu máu trong bệnh mạch vành.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân hàng đầu là Enterovirus (70 serotypes) trong đó Coxsackie B1-5, A4, A16 chiếm 50% trường hợp.

Ngoài ra còn có các siêu vi khác như: Echoviruses, Adenovirus; Herpes simplex virus; Influenza; Rubella; Cytomegalovirus; Infectious mononucleosis; quai bị; sởi; viêm gan siêu vi; Respiratory syncytial virus; Mycoplasma pneumoniae; HIV.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Công việc chẩn đoán

3.1.1 Hỏi bệnh

– Triệu chứng của nhiễm siêu vi trước đó: sốt, ho, sổ mũi, quai bị, phát ban, vàng da.

– Triệu chứng cơ năng: khó thở, ho, quấy khóc, bứt rứt, vật vã, vã mồ hôi, phù, ối, tiểu ít.

3.1.2 Khám bệnh: khám toàn diện cần chú ý:

– Đánh giá tình trạng huyết động học: mạch, huyết áp, nhịp thở, da niêm, tri giác, nước tiểu.

– Khám tim: tim to, nhịp tim nhanh, tiếng tim mờ, nhịp ngựa phi, rối loạn nhịp tim.

– Phổi có rale ẩm, rale ngáy, rale rít.

– Gan to, tĩnh mạch cổ nổi.

– Phù ngoại vi do suy tim ứ huyết.

3.1.3 Đề nghị cận lâm sàng:

- Phết máu ngoại biên, VS.
- Ion đồ máu, chức năng thận.
- Troponin I.
- ECG.
- X quang phổi.
- Siêu âm tim.

3.2. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng + kết quả sinh thiết cơ tim + phân lập siêu vi hoặc huyết thanh chẩn đoán siêu vi gây bệnh.

3.3. Chẩn đoán có thể: dựa vào

3.3.1. Lâm sàng

- Bệnh cảnh nhiễm siêu vi trước đó.
- Xuất hiện cấp tính các triệu chứng sau:
- Suy tim ứ huyết, sốc tim, phù phổi cấp.
- Tim to nhanh, tiếng tim mờ, nhịp ngựa phi.
- Rối loạn nhịp tim.

3.3.2. Cận lâm sàng

- Troponin I tăng, VS tăng.
- X quang lồng ngực: tim to nhanh, cấp tính + ứ huyết phổi.
- ECG: nhịp tim nhanh, điện thế thấp, thay đổi ST-T, block nhánh, block nhĩ-thất, QT dài, ngoại tâm thu nhĩ, ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh thất, nhịp nhanh trên thất.
- Siêu âm tim: chức năng co bóp cơ tim (EF, SF) giảm; loại trừ các bất thường cấu trúc tim.

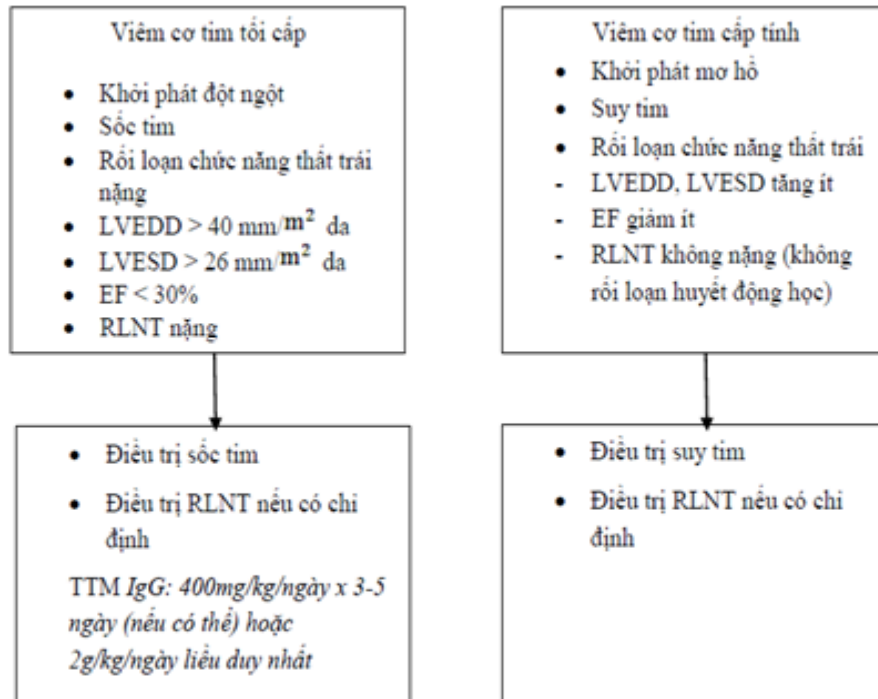
4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

–Điều trị triệu chứng: suy tim, sốc tim, phù phổi cấp.

–Điều trị loạn nhịp: tùy theo kết quả ECG.

4.2. Xử trí theo lưu đồ dưới đây



Chú ý: Chống chỉ định dùng corticoides trong điều trị viêm cơ tim do siêu vi thể tối cấp.

KAWASAKI

1. ĐẠI CƯƠNG

Kawasaki là bệnh sốt có mọc ban cấp tính kèm viêm lan tỏa hệ mạch máu vừa và nhỏ chưa rõ căn nguyên, thường gặp ở nhũ nhi và trẻ dưới 5 tuổi. Biểu hiện và biến chứng hay gặp của bệnh là viêm tim, phình giãn động mạch vành gây nhồi máu cơ tim và suy vành mãn tính về sau.

Bệnh có xu hướng gia tăng tại các nước phát triển và tần suất gặp nhiều hơn ở trẻ em Châu Á. Trẻ trai mắc bệnh nhiều hơn trẻ gái với tỷ lệ nam/nữ là 1,5-1,7/1

2. NGUYÊN NHÂN

Đến nay chưa rõ nguyên nhân gây Kawasaki nhưng hướng nhiều đến bệnh có nguồn gốc nhiễm khuẩn, nhiễm độc kết hợp với yếu tố môi trường và chủng tộc.

Tác nhân nhiễm khuẩn được cho là vi khuẩn tụ cầu, liên cầu, hoặc xoắn khuẩn hay chủng vi rút nào đó. Tác nhân không nhiễm khuẩn như thuốc sâu, kim loại nặng, các chất tẩy rửa hóa học.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Lâm sàng

–Sốt > 38,5⁰C

–Viêm kết mạc 2 bên không xuất tiết (>90%)

–Viêm niêm mạc (môi , lưỡi ,miệng)

–Phát ban đa dạng trong những ngày đầu

–Thay đổi đầu chi: phù, đỏ bàn tay bàn chân, bong da đầu chi

–Sung hạch (25 – 50%): nhóm hạch cổ trước

–Tim mạch

+Tim nhanh, Gallop trong 7 – 10 ngày đầu

+Dãn ĐM vành (30%), phình mạch vành sau 10 ngày

+Phình ĐM cánh tay, hoại tử ngón tay chân (hiếm)

+Viêm khớp (7,5-25%)

–Khác: tiêu chảy, ói, đau bụng (61%), bứt rứt (50%), ho/sổ mũi (35%), chán ăn (37%), sẹo BCG đỏ.

3.2 Cận lâm sàng

–Xét nghiệm máu và nước tiểu.

+Máu ngoại biên: tăng bạch cầu , chủ yếu đa nhân trung tính, thiếu máu nhược sắc các mức độ, Sau 7 ngày thường gặp tăng số lượng tiểu cầu.

+Phản ứng viêm: tốc độ lắng máu cao, sớm và kéo dài, Protein- C phản ứng (C-RP) tăng cao và tăng sớm.

+Xét nghiệm khác: thường tăng men gan, bilirubin; giảm albumine máu.

+Nước tiểu: protein niệu, hồng cầu niệu, bạch cầu niệu.

–Siêu âm tim (Giai đoạn cấp và bán cấp, 1-4 tuần đầu)

+Hình ảnh dẫn hay phình ĐMV, khi đường kính trong (lumen diameter) >3 mm ở trẻ dưới 5 tuổi và > 4 mm trẻ 5 tuổi hoặc hơn, hoặc đường kính nơi tổn thương gấp rưỡi đoạn kế theo. Tính theo diện tích da(Z score): đường kính ĐMV phải hay nhánh liên thất trước ĐMV trái $\geq + 2.5$ SD.

+Dấu hiệu tổn thương viêm ĐMV hay viêm tim (2 tuần đầu): tăng sáng thành mạch; mất thuôn lòng mạch; đường kính ĐMV phải hoặc nhánh liên thất trước từ 2.0-2.5SD; hoặc dịch màng tim; hở van 2 lá, chức năng tâm thu thất trái giảm.

3.3 Tiêu chuẩn chẩn đoán

3.3.1 Thể điển hình

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Kawasaki

Chẩn đoán được thực hiện nếu sốt của ≥ 5 ngày và ghi nhận 4 trong 5 tiêu chí sau:

1" Nhiễm trùng kết mạc hai bên không xuất tiết

2: Thay đổi môi, lưỡi, hoặc niêm mạc miệng (viêm, khô, nứt nẻ, lưỡi dâu tây)

3: Sự thay đổi ở các chi vùng ngoại biên (phù, hồng ban, bong tróc)

4: Ban đỏ thân mình đa hình thái

5: Sưng hạch cổ (ít nhất 1 hạch $\geq 1,5$ cm đường kính)

3.3.2 Thể không điển hình

Trẻ có sốt > 5 ngày, chỉ có 3 trong 5 dấu hiệu trên, kèm với giãn mạch vành trên siêu âm. Khi đó cần làm thêm các xét nghiệm cận lâm sàng gợi ý nhiều đến bệnh Kawasaki:

–CRP ≥ 30 mg/L hoặc VS ≥ 40 mm giờ đầu

–BC ≥ 15.000 /mm³

–Thiếu máu đẳng sắc, đẳng bào

–Tiểu cầu ≥ 450.000 /mm³ ngày thứ 7

–Tiểu bạch cầu vô trùng ≥ 10 tế bào BC/high-power field

–SGOT, SGPT > 50 U/L

–Albumin huyết thanh ≤ 3 g/L

–Siêu âm tim: đường kính ĐM vành có Z-score $>2,5$, không nhỏ dần khi chia nhánh, EF giảm, hở 2 lá nhẹ, tràn dịch màng tim.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

–Sốt tinh hồng nhiệt

–Nhiễm trùng huyết tụ cầu

–Dị ứng thuốc và hội chứng Steven – Johnson

–Viêm khớp dạng thấp thể thiếu niên thể toàn thân

–Sởi, Rubella, những bệnh phát ban đa dạng khác

–Nhiễm Yersinia

5. ĐÁNH GIÁ BIẾN CHỨNG

Biến chứng	Tần suất	Đặc điểm
Sốc tim	7%	Thường kèm: Rối loạn đông máu, suy chức năng thất trái, hở 2 lá, bất thường ĐM vành
Hội chứng hoạt hóa đại thực bào	Hiếm	Vẫn sốt sau IVIG Ferritin > 5000mg/L
Động mạch vành	Dẫn 31% Phình < 5%	Yếu tố nguy cơ dẫn ĐM vành: – < 1 tuổi hoặc >9 tuổi – Nam – Sốt > 14 ngày – Na/máu < 135 mmol/L – Hct < 35% – WBC > 12.000/mm ³
Giảm sức co bóp cơ tim	Hầu hết bệnh nhân	Viêm cơ tim, bệnh cơ tim, rối loạn chức năng thất trái Thường hồi phục sau IVIG
Mạch máu khác	Ngoại biên: hiếm Tạng: rất hiếm	Tắc mạch ngoại biên gây thiếu máu hoại tử
Thận niệu	Hiếm	Tiểu đạm nhẹ, viêm thận kẽ cấp, suy thận cấp, hội chứng ure huyết cao, viêm cầu thận qua trung gian phức hợp miễn dịch
Tiêu hóa	Thường gặp, ít khi nặng	Phù nề túi mật, hẹp ống mật, liệt ruột, viêm tá tràng xuất huyết, giả tắc ruột, lồng ruột, viêm tụy
Điếc tiếp nhận	Hiếm	Thường tạm thời Điếc kéo dài gặp trong truyền IVIG trễ, PLT tăng, thiếu máu và VS tăng kéo dài

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Điều trị ban đầu

–Gamaglobulin: 2g/kg 1 liều duy nhất, truyền TM liên tục 8-12 giờ. Theo dõi cẩn thận mạch, huyết áp vào các thời điểm bắt đầu truyền, 30 phút và 1 giờ sau truyền và mỗi 2 giờ sau đó cho đến khi ngừng truyền.

–Aspirin: 30 – 50 mg/kg/ngày, tối đa 4g/ngày, chia làm 4 lần/ngày (grade C).
Sau khi hết sốt 48 giờ, giảm còn 3 – 5 mg/kg/ngày uống cho đến khi phản ứng viêm (tiểu cầu, VS, CRP) về lại bình thường, không còn dẫn ĐM vành.

–Glucocorticoid **không được khuyến cáo** trong điều trị ban đầu vì không giảm tỷ lệ dẫn vành.

6.2. Điều trị Kawasaki kháng trị

–Kawasaki kháng trị là khi sốt tái phát trong khoảng 36 giờ đến 2 tuần sau IVIG, sau khi đã loại trừ các nguyên nhân gây sốt khác. Tần suất 10 – 15%.

–Yếu tố nguy cơ kháng trị:

+< 12 tháng

+Chẩn đoán sớm, điều trị sớm trước ngày 5 của bệnh

+CRP tăng rất cao

+SGOT, SGPT tăng rất cao

+Tiểu cầu $\leq 300.000/\text{mm}^3$

+Có Band Neutrophile trong phết máu ngoại biên

+ $\text{Na}^+ < 133\text{mmol/L}$

+Albumin máu thấp

–Điều trị

+Sau khi loại trừ nguyên nhân gây sốt khác → truyền IVIG lần 2 liều 2g/kg.

+Nếu vẫn còn sốt: Methylprednisolone 30mg/kg TTM trong 2-3 giờ, điều trị từ 1-3 ngày, xem xét việc điều trị Infliximab 5mg/kg.

7. THEO DÕI

–Thân nhiệt (miệng hoặc hậu môn) mỗi 6 giờ trong vòng 48 giờ sau khi hết sốt, sau đó mỗi ngày trong 7-10 ngày.

–Siêu âm tim lúc chẩn đoán, tuần 2 và tuần 6 của bệnh

–Chủng ngừa sau điều trị IVIG: vaccine sống (sởi, thủy đậu) dời lại ít nhất 11 tháng. Nếu có dịch bùng phát có thể tiêm ngừa nhưng phải nhắc lại sau 11 tháng. Vaccine khác không cần trì hoãn.

–Theo dõi trong 10-20 năm.

THIẾU MÁU THIẾU SẮT

1. KHÁI NIỆM

Thiếu máu thiếu sắt có đặc điểm là thiếu máu nhược sắt, sắt và ferritine huyết thanh giảm.

Thiếu máu khi hemoglobin giảm hơn bình thường theo lứa tuổi như sau:

- + Sơ sinh: < 140g/l
- + 2 tháng: < 90g/l
- + 3-6 tháng: < 95g/l
- + 6 tháng- 2 tuổi: < 105g/l
- + 2-6 tuổi: < 115g/l
- + 6-14 tuổi: < 120g/l.

2. NGUYÊN NHÂN THIẾU SẮT

- Cung cấp thiếu sắt
- Mất máu mạn tính
- Tăng nhu cầu sắt
- Kém hấp thu sắt.

3. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán dựa vào lâm sàng và xét nghiệm huyết học sinh hóa.

3.1. Lâm sàng:

- Thiếu máu xảy ra từ từ, mức độ thường nhẹ đến vừa, ít khi thiếu máu nặng, da xanh, niêm mạc nhợt; móng tay và móng chân nhợt nhạt, có thể có khía dễ gãy. Trẻ mệt mỏi, ít vận động, chậm phát triển, với trẻ lớn học kém tập trung.

- Các biểu hiện theo hệ thống cơ quan:

+ Tiêu hóa: Chán ăn, viêm teo gai lưỡi, khó nuốt, kém hấp thu, giảm độ toan dạ dày.

+ Thần kinh trung ương: Mệt mỏi, kích thích, rối loạn dẫn truyền, chậm phát triển, kém tập trung, sức học giảm, phù gai thị.

+ Tim mạch: tim to, nhịp nhanh, thở nhanh, tăng cung lượng tim, tăng khối lượng huyết tương

+ Cơ xương: Thiếu myoglobin, Cytochrom, giảm khả năng luyện tập, giảm sức bền bỉ

+ Hệ miễn dịch: tăng nhiễm khuẩn, rối loạn chuyển dạng bạch cầu.

3.2. Xét nghiệm

+ PTCSHH

+ Huyết đồ

+ Ferritine

+ Siêu âm bụng

+ Soi phân tìm nguyên nhân.

3.3. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào lâm sàng và xét nghiệm

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị càng sớm càng tốt và phải đảm bảo đủ liều, nâng lượng huyết sắc tố trở lại bình thường.

4.2. Điều trị cụ thể

Bổ sung sắt

- Uống chế phẩm sắt, sulfat sắt(II) hoặc phức hợp sắt(III): 4-6mg Fe/kg/ngày, trong 6-8 tuần lễ.

Nếu đúng là thiếu máu thiếu sắt:

Sau 5-10 ngày: Hồng cầu lưới tăng

Hemoglobin tăng 2.5-4g/l/ngày

Trên 10 ngày: Hemoglobin tăng 1-1.5g/l/ngày

- Thêm vitamin C 50-100mg/ngày để tăng hấp thu sắt

Truyền máu chỉ định khi:

- Hb \leq 40g/l

- Cần nâng nhanh lượng Hb

- Suy tim do thiếu máu nặng

Điều trị bệnh gây thiếu máu

- Điều chỉnh chế độ dinh dưỡng
- Điều trị các bệnh mạn tính đường ruột gây kém hấp thu sắt
- Điều trị các nguyên nhân mất máu mạn tính.

5. TIỀN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Lượng huyết sắc tố thường phục hồi sau 2-3 tháng
- Thiếu máu kéo dài có thể gây suy tim, mệt mỏi nhiều.

BỆNH THALASSEMIA

1. ĐẠI CƯƠNG:

Khiếm khuyết di truyền trong sự tổng hợp chuỗi globin, làm cho hemoglobin không bình thường, hồng cầu bị vỡ sớm gây thiếu máu.

2. TRIỆU CHỨNG

2.1. Lâm sàng

+ Thể nhẹ: khó phát hiện triệu chứng

+ Thể nặng:

- Thiếu máu huyết tán mãn: da niêm nhợt nhạt, ánh vàng, xạm da
- Gan và lách to, chắc
- Biến dạng xương: trán do, mũi tẹt, xương hàm trên nhô, u trán, u đỉnh
- Chậm phát triển thể chất: nhẹ cân, thấp bé, không thấy dấu dậy thì ở trẻ

lớn.

2.2. Cận lâm sàng

+ PTCSHH

+ Huyết đồ

+ Nhóm máu, Rh (nếu có chỉ định truyền máu).

+ Billirubin, Ferritin

+ Glucose (khi nghi ngờ biến chứng tăng đường huyết thứ phát)

+ Siêu âm bụng.

3. CHẨN ĐOÁN:

+ Tiền sử gia đình

+ Lâm sàng

+ Cận lâm sàng

+ Chẩn đoán phân biệt các thiếu máu do thiếu sắt, dinh dưỡng khác.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Nguyên tắc

- + Truyền máu
- + Thái sắt
- + Điều trị hỗ trợ
- + Cắt lách khi có chỉ định
- + Chủng ngừa.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Truyền máu

Chỉ định bệnh nhân thalassemia truyền máu lần đầu khi:

+ Tiêu chuẩn lâm sàng: chậm phát triển, có thể có biến dạng mặt, gan lách to, xạm da và:

+ Tiêu chuẩn cận lâm sàng: Hb < 7g/dL (sau khi loại trừ nguyên nhân thiếu sắt và nhiễm trùng kèm theo) và

+ Xét nghiệm chẩn đoán thalassemia thể nặng.

+ Chế phẩm máu: hồng cầu lắng phù hợp nhóm máu ABO và Rhesus.

+ Chỉ định truyền máu thường quy khi Hct < 25% hay Hb < 8g/dL.

+ Số lượng truyền: 10 – 20ml/ kg hồng cầu lắng/ lần, truyền chậm 3 - 4ml/ kg/ giờ.

+ Nếu có suy tim, truyền ≤ 2 ml/kg/giờ, dùng lợi tiểu Lasix 0,5mg/kg/tĩnh mạch chậm ngay trước khi truyền máu và điều trị suy tim đi kèm.

+ Khoảng cách truyền máu khoảng 4-6 tuần tùy theo mức độ tán huyết của bệnh nhân, duy trì Hb ở ngưỡng 9,5 – 11 d/dL sau truyền máu.

4.2.2. Thái sắt:

- Chỉ định ferritin > 1000ng/ml hay sau truyền máu 10 – 20 lần

- Cách thái sắt:

+ Bằng thuốc truyền dưới da Desferrioxamine: thời gian truyền từ 8 – 12 giờ/đêm trong 5 – 6 đêm/tuần.

+ Liều truyền 20 – 40mg/kg/ngày

+ Uống vitamin C 3mg/kg, 1 giờ sau khi bắt đầu thải sắt.

+ Đường uống Deferasirox: liều 20 – 30mg/kg/ngày uống bằng cách hòa tan viên thuốc vào nước chín, nước cam hoặc nước táo trước bữa ăn cho trẻ ≥ 2 tuổi, tốt nhất là vào cùng một thời điểm mỗi ngày.

+ Không nhai viên thuốc hoặc nuốt nguyên viên.

+ Theo dõi ferritin mỗi tháng để đánh giá đáp ứng điều trị

+ Và điều chỉnh liều từng bước mỗi lần 5-10mg/kg mỗi 3-6 tháng để đạt mục tiêu điều trị.

+ Thải sắt bằng đường uống Deferiprone: 50 – 75mg/kg/ ngày, chia 2 - 3 lần.

Lưu ý khi dùng Deferiprone:

+ Tuổi: chưa có khuyến cáo về độ an toàn của thuốc cho trẻ dưới 10 tuổi.

+ Theo dõi huyết đồ mỗi tuần.

+ Không cần bổ sung vitamine C.

4.2.3. Điều trị hỗ trợ:

Chế độ dinh dưỡng: hướng dẫn chế độ dinh dưỡng theo nhu cầu phát triển của trẻ, đủ các chất đạm, đường, béo và bổ sung đủ sinh tố và chất khoáng.

Cần lưu ý một số vấn đề:

+ Bổ sung axit folic (5mg) ngày. Ưu tiên cho đối tượng Thalassemia thể trung gian, đối tượng không truyền máu thường xuyên.

+ Hạn chế tăng hấp thu sắt từ đường tiêu hóa: không sử dụng các thuốc bổ tổng hợp có chứa chất sắt. Trẻ lớn hay người lớn có thể khuyến cáo uống nước trà trong các bữa ăn. Hạn chế dùng vitamine C, chỉ sử dụng trong thời gian dùng thuốc thải sắt Desferrioxamine.

+ Hạn chế biến chứng tiểu đường thứ phát ở trẻ thanh thiếu niên: không sử dụng các chế phẩm có chứa đường tinh.

+ Hạn chế nguy cơ sỏi thận ở người lớn thể nặng: sử dụng Calcium và vitamine D có trong chế độ ăn có bổ sung, chỉ sử dụng trực tiếp Calcium và vitamine D khi có dấu hiệu suy tuyến cận giáp.

+ Vitamine E: có tác dụng bảo vệ lớp lipid của màng tế bào khỏi sự tấn công của các gốc tự do, cần cho thể nặng (qua chế độ ăn có dầu thực vật).

+ Nội tiết tố: mục đích hỗ trợ hoạt động cơ thể khi có dấu hiệu suy hoạt động của cơ quan nội tiết (chậm dậy thì hay tiểu đường thứ phát).

4.2.4. *Cắt lách:*

Chỉ định trong những trường hợp:

+ Lách to quá rốn (độ IV) và

+ Truyền HCL >250ml /kg /năm mới duy trì Hb ở ngưỡng an toàn (Hb > 9-10g/dL) HOẶC:

+ Thời gian giữa hai lần truyền \leq 2 tuần, hay khối lượng truyền tăng 150% so với trước đây.

+ Trẻ trên 6 tuổi (để giảm nguy cơ nhiễm trùng).

Chú ý: Cần loại trừ tán huyết miễn dịch thứ phát khi đánh giá lượng máu truyền.

Kháng sinh phòng ngừa sau cắt lách cho đến 16 tuổi:

- Phenoxylinmethylpenicilline 250mg/viên uống ngày 2 lần,
- Hay Erythromycine 250mg mỗi ngày.

4.2.5. *Chủng ngừa*

Khuyên bệnh nhân chủng ngừa viêm gan siêu vi B, Streptococcus pneumonia, Nesseria meningitidis. Nhất là chủng Streptococcus pneumonia cần thực hiện từ 2 - 4 tuần trước cắt lách và lập lại sau mỗi 5 năm.

Các vấn đề thường gặp ở bệnh nhân Thalssemia sau truyền máu nhiều lần:

Thiếu máu tán huyết miễn dịch thứ phát do cơ thể tạo kháng thể chống hồng cầu máu cho.

Xử trí: nên truyền hồng cầu phenotype ngay từ đầu truyền máu, chú ý các nhóm máu Kell, Rhesus D và E.

Phản ứng sốt sau truyền máu.

Xử trí: nên truyền hồng cầu lắng, giảm bạch cầu.

Uống paracetamol 30-40mg/kg/24giờ chia 4 lần trong giai đoạn truyền máu.

HỘI CHỨNG VIÊM ĐA HỆ THỐNG SAU MẮC COVID-19

(Multisystem Inflammatory Syndrome in Children - MIS-C)

Bệnh xảy ra chủ yếu 2-6 tuần sau khi nhiễm covid 19

1. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1.1. Hội chứng viêm đa hệ thống ở trẻ sơ sinh

- Trẻ < 28 ngày tuổi.
- Người mẹ có bằng chứng nhiễm hay nghi nhiễm SARS-CoV-2:
- CoV-2: Real-time RT-PCR dương tính với SARS-CoV-2, test nhanh kháng nguyên dương tính, hoặc test kháng thể dương tính trong thời kỳ mang thai;
- + Có tiền sử tiếp xúc với người khẳng định nhiễm SARS-CoV-2 trong thời kỳ mang thai.
- Trẻ có xét nghiệm IgG với SARS-CoV-2 dương tính, IgM (-).
- Lâm sàng trẻ thường có các dấu hiệu nặng cần phải nhập viện điều trị **VÀ** có:
 - + Tổn thương ≥ 2 cơ quan: tim mạch, hô hấp, huyết học, tiêu hóa, thần kinh, da hay thay đổi thân nhiệt (sốt hoặc hạ nhiệt độ) **HOẶC**
 - + Rối loạn dẫn truyền của tim, **HOẶC** giãn mạch vành, **HOẶC** phình mạch (không cần có tổn thương 2 hệ thống cơ quan).
 - Có bằng chứng cận lâm sàng của đáp ứng viêm.
 - + Có một hoặc nhiều chỉ số viêm tăng: CRP, procalcitonin, máu lắng, ferritin, LDH, IL-6, tăng bạch cầu trung tính hoặc giảm lympho và giảm albumin.
 - + Loại trừ các nguyên nhân gây bệnh nặng khác như: ngạt sơ sinh (pH < 7,0 và Apgar < 3 ở phút thứ 5), nhiễm trùng huyết, nhiễm vi rút khác, lupus bẩm sinh có tổn thương tim...).

1.2. Hội chứng viêm đa hệ thống ở trẻ ≥ 1 tháng tuổi

1.2.1. Chẩn đoán xác định khi có các tiêu chuẩn sau:

Người bệnh từ 1 tháng tuổi - < 21 tuổi có biểu hiện sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$, sốt cao liên tục ≥ 1 ngày **VÀ** có 2 trong các dấu hiệu sau:

- Ban đỏ hoặc xung huyết giác mạc hoặc phù nề niêm mạc miệng, bàn tay, chân
 - Hạ huyết áp hoặc sốc
 - Suy giảm chức năng tim, tổn thương màng tim, viêm màng ngoài tim, bất thường mạch vành xác định qua siêu âm, tăng proBNP, Troponin;
 - Rối loạn đông máu (PT, APTT, D-dimer cao);
 - Rối loạn tiêu hóa cấp tính (tiêu chảy, đau bụng, nôn)
- VÀ** có tăng các chỉ số viêm (CRP \geq 5 mg/L, máu lắng, procalcitonin)
- VÀ** không do các căn nguyên nhiễm trùng khác
- VÀ** có bằng chứng của nhiễm vi rút SARS-CoV-2 hoặc tiếp xúc gần với người mắc COVID-19 trong vòng 2-6 tuần (xét nghiệm RT-PCR hoặc kháng thể kháng SARS-CoV-2 dương tính).

1.2.2. Nghi đến hội chứng viêm đa hệ thống khi có \geq 1 dấu hiệu:

- Trẻ sốt cao liên tục > 5 ngày
- Triệu chứng rối loạn tiêu hóa nặng: đau bụng nhiều, tiêu chảy
- CRP hoặc Procalcitonin tăng cao
- Rối loạn đông máu: PT, APTT, D-dimer cao
- Sốc
- Ban đỏ hoặc xung huyết giác mạc hoặc phù nề niêm mạc miệng, bàn tay, chân **VÀ** không tìm thấy nguyên nhân nhiễm trùng nào giải thích được. Hội chẩn để lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp.

1.3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh Kawasaki
- Sốt phát ban (sởi, Rubella)
- Sốt xuất huyết dengue
- Nhiễm trùng huyết (tụ cầu, liên cầu, mycoplasma,...)
- Hội chứng sốc độc tố
- Viêm ruột thừa

- Bệnh tay chân miệng
- Hội chứng Stevens Johnson
- Hội chứng HLH.

1.4. Thể lâm sàng

- Hội chứng viêm đa hệ thống kèm sốc hoặc suy đa cơ quan
- Hội chứng viêm đa hệ thống giống bệnh Kawasaki
- Hội chứng viêm đa hệ thống đơn thuần.

1.5. Các xét nghiệm cận lâm sàng

- + PTCSHH, phản ứng CRP, Máu lắng, Ferritine, LDH
- + Chức năng gan, thận
- + Chức năng đông máu
- + Troponin I
- + Siêu âm tim

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Hội chứng viêm đa hệ thống kèm sốc hoặc suy đa cơ quan

- Immunoglobulin (IVIG) liều 2g/kg (tối đa không quá 100g) có thể dùng 1 lần hoặc chia 2 lần, truyền tĩnh mạch với tốc độ khởi đầu là 0,01- 0,02 mL/kg/phút trong 30 phút đầu tiên. Nếu dung nạp tốt, có thể tăng dần cho tốc độ truyền đến khi đạt liều tối đa 0,1 mL/kg/phút (có thể chậm hơn nếu người bệnh suy tim nặng) **VÀ** phối hợp với:

- Methylprednisolon liều khởi đầu 10 mg/kg/ngày (tối đa 1000 mg) (tiêm TM 1 lần hoặc chia 2 lần) x 1-3 ngày, nếu không đỡ tăng liều 30 mg/kg/ngày (tối đa 1000mg) theo dõi tiếp sau 48-72h nếu đáp ứng giảm liều còn 2mg/kg/ngày (tối đa 60mg) chia 2 lần x 5 ngày sau đó giảm liều trong 4-6 tuần.Theo dõi sau 48-72 giờ, nếu không cải thiện, hội chẩn chuyên gia. - Chống đông

- Kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm.

2.2. Hội chứng viêm đa hệ thống giống bệnh Kawasaki

- Immunoglobulin (IVIG) liều 1- 2 g/kg, truyền tĩnh mạch 1 lần hoặc chia 2 lần theo tốc độ mục 4.1) VÀ phối hợp với

- Prednisolon 2 mg/kg/ngày hoặc methylprednisolon 2mg/kg/ng (tối đa 60mg) theo dõi sau 24-48h nếu dấu hiệu lâm sàng cận lâm sàng không cải thiện hoặc nếu trẻ có giãn mạch vành hoặc giả phình mạch vành.

- Aspirin liều 3-5 mg/kg/ngày (tối đa 100 mg) uống.

- Thuốc chống đông

- Theo dõi sau 48 - 72 giờ truyền IVIG nếu lâm sàng không cải thiện: trẻ không hết sốt, các chỉ viêm không thay đổi nhiều hoặc nặng hơn thì:

+ Dừng lại IVIG liều 2

+ Hoặc hội chẩn chuyên khoa dùng thuốc sinh học (như thể có sốc)

- Kháng sinh: không sử dụng trừ khi có kèm bằng chứng của nhiễm khuẩn.

2.3. Hội chứng viêm đa hệ thống đơn thuần

Methylprednisolon 2 mg/kg/ngày (tiêm TM).

- Theo dõi sau 48 - 72 giờ nếu lâm sàng không cải thiện: trẻ không hết sốt, các chỉ số viêm không thay đổi nhiều hoặc nặng hơn, điều trị như thể giống Kawasaki.

- Chống đông: không sử dụng, từ khi có chỉ định

- Kháng sinh: không sử dụng trừ khi có kèm dấu hiệu của nhiễm khuẩn.

2.4. Chú ý về việc sử dụng methylprednisolon

Trong trường hợp không có điều kiện sử dụng IVIG: thì có thể sử dụng methylprednisolon liều cao từ đầu cụ thể như sau:

- Thể có sốc hoặc thể suy đa cơ quan: dùng liều 10-30mg/kg/ngày tiêm TM (tối đa liều 1000mg) có thể dùng 1 lần hoặc chia 2 lần x 3 ngày sau đó giảm liều dần.

- Ở thể có sốc hoặc kèm suy đa cơ quan, thể giống Kawasaki thể viêm đa hệ thống đơn thuần nếu có phản ứng viêm mạnh với 2 trong các dấu hiệu sau: máu lắng >50, CRP >100mg/L, PCT >10 mcg/L, LDH >1000 đv/L, Ferritin

>600mcg/L, d-dimer >1500mcg/L, Fibrinogen >4,5g/L, Triglycerid > 260mg/dl hoặc > 3mmol/L). Liều dùng: 10mg/kg/ngày x 3- 5 ngày, sau đó giảm liều dần.

Cách giảm liều: khi tình trạng lâm sàng cải thiện, xét nghiệm phản ứng viêm giảm, giảm dần liều corticoid mỗi 5-7 ngày (2 mg/kg/ngày trong 5-7 ngày đầu, 1 mg/kg/ngày trong 5-7 ngày tiếp theo, 0,5 mg/kg/ngày trong 5-7 ngày cuối rồi ngừng thuốc, khoảng 2-3 tuần). Nếu dùng liều cao 10-30mg/kg/ngày x 3-5 ngày, giảm xuống liều 1-2mg/kg/ngày theo cách trên.

Thời gian sử dụng corticoid: khoảng 3-4 tuần.

2.5. Điều trị hỗ trợ

- Hỗ trợ hô hấp tùy theo mức độ
- Điều trị sốt
- Điều trị rối loạn nước điện giải nếu có.
- Điều chỉnh đường máu
- Đảm bảo dinh dưỡng.

2.6. Theo dõi, ra viện và tái khám

- Lâm sàng: M, HA, CRT, SpO₂, nước tiểu, tinh thần dấu hiệu quá tải dịch, CVP, dịch xuất nhập hàng giờ trong 6 giờ đầu, khi ổn định 3-4 giờ/lần, 6-8 giờ/lần.

- Xét nghiệm: CTM, Albumine máu, Lactate máu, khí máu, đường huyết, điện giải đồ, chức năng gan thận, chức năng đông máu, chỉ số viêm (máu lắng, CRP, procalcitonine, Ferritin...) mỗi 1-3 ngày tùy mức độ. Siêu âm tim đánh giá chức năng tim, mạch vành.

- Ra viện khi lâm sàng và xét nghiệm ổn định.

- Tái khám lại tại chuyên khoa tim mạch mỗi 2 tuần, đánh giá đáp ứng điều trị trên lâm sàng, cận lâm sàng (xét nghiệm máu, siêu âm tim) trong 1 tháng đầu, sau đó mỗi tháng trong 6-12 tháng.

CHƯƠNG 7: THẦN KINH

NHỨC ĐẦU Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhức đầu ở trẻ em là một tình trạng bệnh phổ biến, xảy ra ở 90% ở trẻ tuổi học đường. Có nhiều loại nguyên nhân gây nhức đầu trẻ em, từ những nguyên nhân thường gặp không có hại đến những nguyên nhân nghiêm trọng nhưng ít gặp. Giống như ở người trưởng thành, trẻ em có thể mắc nhiều loại nhức đầu khác nhau như nhức đầu migraine, nhức đầu liên quan đến stress (nhức đầu do căng thẳng), cũng có thể mắc nhức đầu hàng ngày mạn tính.

2. PHÂN LOẠI

2.1. Nhức đầu cấp tính

- Nhức đầu lan tỏa.

- Bệnh nhi có các dấu hiệu màng não kín đáo hoặc rõ rệt hoặc thoái hóa ý thức hoặc dấu hiệu thần kinh cục bộ, cần phải khám cận lâm sàng cấp cứu và được nhập viện.

- Trong trường hợp bệnh nhi có sốt và biểu hiện của bệnh nhiễm trùng, việc hỏi bệnh và khám lâm sàng giúp cho xác định bệnh. Chú ý không bỏ qua viêm màng não hoặc viêm não, màng não lúc khởi đầu.

- Trong trường hợp không có sốt:

+ Lưu ý tới tăng huyết áp.

+ Lưu ý chấn thương nội sọ thông qua việc tìm các dấu hiệu của khối máu tụ nội sọ, ngoài màng cứng hoặc dưới màng cứng.

- Nhức đầu khu trú.

- Viêm tai, viêm xoang, đau răng, đau khớp thái dương hàm có thể gây cơn nhức đầu.

2.2. Nhức đầu cấp tính tái diễn

2.2.1. Nhức đầu migraine

- Nhức đầu migraine ở người trưởng thành thường bắt đầu sớm vào buổi sáng nhưng ở trẻ em có thể vào buổi chiều muộn. Con nhức đầu trẻ em thường kéo dài ít hơn 4 giờ so với người lớn.

Tiêu chuẩn chẩn đoán
2/4 tiêu chuẩn sau: - Có tiền sử migraine ở gia đình cha mẹ hoặc trong phả hệ. - Các tiền triệu thị giác, cảm giác hoặc vận động. - Một bên đầu. - Kết hợp với buồn nôn hoặc nôn. Hoặc 3/7 tiêu chuẩn (thêm vào 4 tiêu chuẩn trên). - Những cơn đau bụng tiền triệu. - Tính chất mạch đập của nhức đầu. - Dịu đi khi ngủ.

Hai thể nhức đầu migraine:

Nhức đầu migraine đơn thuần: là thể thường gặp nhất.

- Bệnh đôi khi khởi phát do một số tác nhân (tùy theo bệnh nhân): sự buồn rầu, nhiễm nóng, ánh sáng gắt, mất ngủ, thời kỳ kinh nguyệt, một số thức ăn...).

- Nhức đầu thường bắt đầu đột ngột, thường kiểu mạch đập, một bên trong 1/3 số trường hợp, thường ở vùng trán lan tỏa.

- Sự tiến triển bằng những cơn kéo dài nhiều giờ, trẻ mệt mỏi, gầy đi, trẻ thường tìm chỗ yên tĩnh, hoặc bóng tối.

- Buồn nôn, nôn, đau bụng thường đi cùng với cơn nhức đầu. Các rối loạn thị giác thường đến trước hoặc đi cùng với cơn đau. Khám thần kinh thường không thấy các dấu hiệu tổn thương thực thể.

Nhức đầu migraine kết hợp: hiếm gặp

- Chứng đau nửa đầu có kèm theo liệt nửa thân thường hay gặp. Liệt nửa thân thường xuất hiện nhanh, cùng với nhức đầu đôi khi đến trước. Con kéo dài trong vài giờ, hiếm hơn một hoặc hai ngày và thoái triển toàn bộ. Bệnh có tính chất gia đình.

- Một số chứng đau nửa đầu kết hợp: chứng đau nửa đầu vùng nền sọ, chứng đau nửa đầu mắt, các thể lú lẫn tâm thần.

2.2.2. Nhức đầu trong bệnh động kinh

- Hiếm gặp.

- Con nhức đầu xuất hiện đôi khi như một tiền triệu (vài giờ trước) của cơn động kinh ở trẻ em. Nhức đầu có thể xảy ra ngay thời kỳ sau cơn.

- Ngoại lệ, nhức đầu riêng biệt với cơn động kinh. Ghi điện não đồ trong cơn nhức đầu cho phép xác định nguyên nhân. Việc điều trị nhức đầu tương tự như điều trị động kinh.

- Chẩn đoán giữa chứng đau nửa đầu và cơn động kinh có thể khó khăn. Chứng đau nửa đầu có thể dẫn đến cơn thiếu máu não và tạo nên cơn co giật lúc đang đau.

2.2.3. Nhức đầu cụm (*cluster headache*)

- Nhức đầu cụm hiếm gặp ở trẻ em, thường gặp ở trẻ trai hơn trẻ gái, triệu chứng của loại này là đặc biệt.

- Những cơn nhức đầu thường bắt đầu ở một bên, xuất hiện đột ngột, cường độ mạnh, không thể chịu được, trước hết trong và xung quanh mắt, rồi lan nửa mặt, nửa đầu, nửa cổ ở cùng một phía. Trẻ kích thích và tìm mọi cách để làm giảm cơn đau.

- Trong lúc cơn đau, thường nhận thấy phía của đau, tắc mũi, đỏ mặt và đôi khi có hội chứng Claude Bernard Horner: co đồng tử, sụp mi mắt, lòi mắt. Các cơn thường tái lại hàng ngày trong nhiều giờ, thường cùng giờ, đặc biệt buổi sáng lúc thức giấc.

2.2.4. Dị dạng mạch máu não

Có thể gây nên các cơn nhức đầu kiểu đau nửa đầu.

2.3. Nhức đầu mạn tính

Các cơn nhức đầu trở nên thường xuyên và ngày càng mạnh, cần phải khám cận lâm sàng bổ sung.

2.3.1. Tăng áp lực nội sọ

- Phải được chú ý nhất trước các loại cơn đau và cần tìm các dấu hiệu tăng áp lực nội sọ. Cơn đau nhiều xuất hiện lúc đêm gần sáng hoặc lúc thức giấc kèm với nôn, nôn thường làm giảm cơn đau. Cường độ cơn đau thường ở mức độ vừa và đau thường xuyên trong ngày.

- Cần phải tìm nguyên nhân của hội chứng tăng áp lực nội sọ.

2.3.2. Nhức đầu sau chấn thương

Là biến chứng của chấn thương sọ não, tụ máu nội sọ hoặc di chứng: hội chứng sau chấn động, động kinh sau chấn thương. Ngoại lệ có trường hợp nhức nửa đầu sau chấn thương.

2.3.3. Nhức đầu do các nguyên nhân mắt

Không phải là nguyên nhân thường gặp, cần phải khám chuyên khoa: tật cận thị, tật viễn thị, loạn thị, lè mắt, liệt điều tiết.

2.3.4. Nhức đầu do nguyên nhân tai – mũi - họng

Viêm xoang mãn, nhiễm trùng mãn tính của tai. Cũng như nguyên nhân nhức đầu do mắt nếu điều trị nguyên nhân tốt sẽ làm mất nhức đầu.

2.3.5. Ngộ độc oxycarbon mạn tính

Nhức đầu xảy ra khi nhiều người khác trong gia đình cùng mắc trong khi không tìm thấy các nguyên nhân khác.

2.3.6. Một số nguyên nhân khác

Có thể xác định ngay sau khám lâm sàng như tăng huyết áp, bệnh tim bẩm sinh có tím, suy hô hấp, thiếu máu mạn tính nặng.

2.3.7. Nhức đầu do nguyên nhân tâm lý

Thường gặp ở trẻ 7-15 tuổi, nhức đầu nói chung dần dần, không có tiền triệu, nhức đầu thường lan tỏa thường nhiều ở vùng trán hoặc vùng chẩm. Bệnh nhân thường nhận thấy cảm giác nặng nề hoặc nặng đầu. Bệnh xảy ra vào buổi sáng lúc thức giấc hoặc buổi tối lúc tan học hàng ngày. Cần tìm nguyên nhân ở trường hoặc gia đình.

3. CÁC XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Để chẩn đoán xác định các loại nhức đầu, cần dựa vào:

3.1. Khám lâm sàng

- Khai thác bệnh sử, tiền sử, chi tiết cơn đau: thời gian, cường độ, hoàn cảnh xảy ra hoặc nguyên nhân có thể gây đau.

- Khám toàn thân: lưu ý trọng lượng cơ thể, chiều cao, vòng đầu, đo huyết áp, mạch, khám mắt (chú ý soi đáy mắt), cổ, đầu, vai, cột sống.

- Khám thần kinh: chú ý dấu hiệu màng não, vận động, phối hợp động tác, dấu hiệu tổn thương thần kinh khu trú, cảm giác.

- Nếu bệnh nhi khỏe mạnh hoặc nhức đầu chỉ là riêng biệt, các xét nghiệm thường không cần thiết. Trong trường hợp nghi vấn nhức đầu do nguyên nhân phức tạp cần thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng.

3.2. Cận lâm sàng

Tất cả các xét nghiệm thực hiện phải dựa trên các triệu chứng lâm sàng, trong nhiều trường hợp không một nguyên nhân nghi vấn nào có thể lý giải thoả đáng.

Các xét nghiệm cận lâm sàng có thể được chỉ định:

- Điện não đồ.

- Khám mắt không phải chỉ đánh giá thị trường và đánh giá đáy mắt mà phải tìm các rối loạn khúc xạ, rối loạn chức năng hai mắt, liệt nhẹ điều tiết và liệt nhãn cầu.

- Chọc dò dịch não tủy nếu nghi ngờ bệnh viêm màng não, viêm não.

- Chụp cắt lớp não là cần thiết mỗi khi nghi vấn sự to quá mức hộp sọ hoặc khi có các dấu hiệu thần kinh khu trú. Chẩn đoán khối u, hoặc bệnh nhiễm trùng... Cũng có thể được chụp cắt lớp khi nhức đầu kéo dài không thể giải thích được, không hiệu quả với các biện pháp điều trị hoặc để xác định nguyên nhân thực thể hay làm giảm sự lo lắng của gia đình người bệnh.

- Chụp cộng hưởng từ ưu việt hơn chụp cắt lớp, có hình ảnh chi tiết hơn về não, chẩn đoán khối u, đột quy, dị dạng mạch não, các bất thường não khác

4. ĐIỀU TRỊ

Điều trị nhức đầu tùy thuộc vào tuổi, loại, tần số cơn đau và một số đặc tính khác.

4.1. Điều trị nhức đầu liên quan đến chấn thương hoặc bệnh

Đối với trẻ bị nhức đầu liên quan đến bệnh đang mắc hoặc chấn thương đầu nhẹ có thể điều trị như nhức đầu căng thẳng. Tuy nhiên phải chú ý các dấu hiệu hoặc triệu chứng có thể là một tình trạng bệnh hệ trọng.

4.2. Điều trị nhức đầu do căng thẳng

Trẻ bị nhức đầu do căng thẳng có thể điều trị với thuốc giảm đau như Acetaminophen (Tylenol), Ibuprofen. Aspirin thường không dùng cho trẻ dưới 18 tuổi do nguy cơ trẻ có thể mắc hội chứng Reye.

Liều Acetaminophen và Ibuprofen cho dựa vào trọng lượng cơ thể.

+ Acetaminophen thường cho liều 8 -10mg/kg trọng lượng cơ thể, ngày 2 - 3 lần

+ Ibuprofen cũng với liều 8 -10mg/kg, 2-3 lần/ngày.

Trường hợp nhức đầu do căng thẳng kéo dài mạn tính ngoài thuốc giảm đau acetaminophen, ibuprofen, cần chú ý chăm sóc tâm lý, liệu pháp thư dẫn, phương pháp liên hệ phản hồi sinh học (biofeedback).

Nếu nhức đầu không cải thiện với các thuốc giảm đau, cần khám thầy thuốc chuyên khoa thần kinh và được sử dụng liều nhỏ hàng ngày thuốc chống trầm cảm 3 vòng amitryptinin. Thuốc có thể giảm cơn đau với liều thấp so với liều điều trị trầm cảm.

4.3. Điều trị nhức đầu migrain

Có hai loại điều trị: điều trị cắt cơn và điều trị phòng tái cơn.

4.3.1. Điều trị cắt cơn nhức đầu

- Các thuốc đầu tiên được dùng là acetaminophen (Tylenol, Paracetamol: 8-10mg/kg) hoặc ibuprofen (10mg/kg) có thể giảm đau. Aspirine cần dùng thận trọng vì liên quan đến hội chứng Rey ở trẻ em.

- Nếu trẻ có nôn và buồn nôn, thuốc chống nôn thường dùng cho trẻ trên 2 tuổi là promethazin (phenergan) dưới dạng xi rô hoặc đường trực tràng nếu dạng viên đặt hậu môn, hoặc metoclopramid với liều 0,15- 0,2 mg/kg.

- Nếu nhức đầu không giảm hoặc trẻ nôn, thuốc thường được dùng là Triptan. Triptan có hiệu quả và an toàn trong điều trị migraine ở trẻ trên 6 tuổi. Các thuốc chẹn Beta (Betabloquants) cũng có hiệu quả ở trẻ em.

4.3.2. Điều trị phòng ngừa cơn

Những thuốc được dùng trong dự phòng migraine là Cyproheptadin (Periacin), Propranolol (Inderal). Amitriptylin (Elavil) là thuốc có thể cho liều thấp làm giảm cơn đau nặng, tần xuất cơn, thời gian kéo dài cơn. Thuốc thường dùng buổi tối vì gây ngủ.

4.3.2.1. Điều trị nhức đầu cụm: Thể bệnh này hiếm gặp ở trẻ em.

4.3.2.2. Điều trị nhức đầu mạn tính hàng ngày

- Điều trị nhức đầu mạn tính hàng ngày thường tập trung vào thay đổi cách sống như uống đủ nước, giảm hoặc hạn chế cafe, tập thể dục, ăn và ngủ có giờ giấc, đều đặn, không hút thuốc. Đối với trẻ, cần động viên trẻ tham gia các hoạt động vui chơi và học tập ở trường.

- Rèn luyện thư giãn, biofeedback, yoga có ích trong điều trị nhức đầu mạn tính

CO GIẬT DO SỐT

(*Febrile Seizures*)

1. ĐẠI CƯƠNG

Co giật ở trẻ em là một tình trạng rối loạn chức năng sống rất thường gặp, là một tình trạng cấp cứu vì trẻ có thể tử vong trong cơn do ngưng thở, hoặc có thể bị các di chứng tâm thần kinh do thiếu oxy não nếu không được sơ cứu tốt. Trong đó, co giật do sốt chiếm đến 2/3 số trẻ bị co giật triệu chứng trong các bệnh được xác định nguyên nhân.

Co giật do sốt thường xảy ra ở trẻ từ 6 tháng đến 60 tháng tuổi, trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ.

Nguyên nhân gây sốt chủ yếu là do nhiễm trùng đường hô hấp trên, nhiễm trùng đường tiêu hóa.

Đa phần những cơn co giật thường ngắn, dưới 5 phút, thậm chí dưới 10 giây và thường không để lại tổn thương não rõ ràng. Tuy nhiên, một số rất ít trường hợp cơn co giật kéo dài trên 30 phút và có thể để lại di chứng về thần kinh cho trẻ.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

2.1. Chẩn đoán

Định nghĩa co giật do sốt theo Viện Hàn lâm Nhi khoa Hoa Kỳ(2011): “co giật do sốt là hiện tượng co giật có kèm theo sốt (nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$), không do nhiễm khuẩn thần kinh trung ương, xảy ra ở trẻ nhỏ thường từ 6 tháng đến 60 tháng tuổi”

Co giật do sốt thường hay gặp, chiếm tỷ lệ 3-5% ở trẻ em. Co giật có thể xuất hiện trước khi khởi phát sốt hoặc khi sốt mức độ trung bình, tuy nhiên thường hay gặp khi trẻ sốt trên 38°C . Có sự liên quan giữa nhiệt độ thấp với thời gian ngắn từ khi sốt đến khi xuất hiện cơn co giật làm tăng nguy cơ tái xuất hiện các cơn co giật do sốt.

2.2. Phân loại co giật do sốt

Theo Viện Hàn lâm Nhi khoa Hoa Kỳ năm 2011:

- CGDS đơn giản: là CGDS có

- + Con co giật toàn thể.
- + Con ngắn < 15 phút.
- + Chỉ có 1 cơn giật trong 24 giờ.
- CGDS phức tạp: là CGDS có
- + Con co giật khu trú.
- + Và/hoặc kéo dài \geq 15 phút.
- + Và/hoặc có \geq 2 cơn giật trong 24 giờ
- Trạng thái động kinh do sốt.

Là những cơn co giật kéo dài trên 30 phút.

- Một số lưu ý:

+ Một số trẻ xuất hiện cơn co giật trong quá trình mắc một bệnh nhiễm trùng cấp tính (viêm dạ dày ruột) mà không có bằng chứng của sốt, việc điều trị và tiên lượng tương tự như cơn co giật do sốt.

+ Đối với trẻ dưới 6 tháng tuổi bị cơn co giật do sốt cao cần thận trọng với tình trạng nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương.

2.3. Chẩn đoán phân biệt:

Cần chẩn đoán phân biệt với một số bệnh lý như viêm màng não nhiễm khuẩn, viêm não, hội chứng ly, sử dụng một số thuốc (thuốc chống trầm cảm 3 vòng, amphetamine, cocaine), rối loạn điện giải, hạ đường máu hay chấn thương đầu.

3. THĂM KHÁM LÂM SÀNG

3.1. Lâm sàng

- Thăm khám một cách toàn diện, khai thác các yếu tố tiền sử và bệnh sử.
- Đánh giá tri giác theo mức độ AVPU
- Đánh giá dấu hiệu sinh tồn: Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tím tái, SpO₂.
- Đánh giá đặc điểm cơn co giật.
- Đánh giá các dấu hiệu thần kinh, hội chứng não – màng não.

- Phát hiện các bệnh nhiễm trùng kèm theo.

3.2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu, nước tiểu, chụp X – quang phổi để đánh giá tình trạng nhiễm trùng nếu cần thiết.

- Điện não đồ ít có giá trị ở bệnh nhi bị co giật do sốt đơn thuần. Một số trường hợp khác có chỉ định ghi điện não đồ như: trạng thái động kinh do sốt cao hay co giật do sốt phức hợp.

- Chọc dò tủy sống: với những trẻ dưới 6 tháng tuổi hoặc nghi ngờ có nhiễm trùng thần kinh.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Thông đường thở
- Thở Oxy
- Cắt cơn co giật
- Hạ sốt

4.2 Điều trị

4.2.1 Cấp cứu ban đầu

- Đặt tư thế bệnh nhân nằm nghiêng để tránh hít sặc
- Thông đường thở, hút đàm nếu có
- Thở Oxy để đạt $SpO_2 \geq 94\%$
- Đặt NKQ giúp thở nếu thất bại với Oxy hay có cơn ngưng thở
- Lấy dấu hiệu sinh tồn, SpO_2
- Thiết lập đường truyền TM
- Xét nghiệm: đường huyết, ion đồ, công thức máu
- Nếu hạ đường huyết (Dextrostix < 3.0 mmol/L hoặc < 45 mg): Glucose 10% 5ml/kg TM hoặc DD Glucose 10% sonde dạ dày.

4.2.2 Cắt cơn co giật

Bước 1: Thuốc cắt cơn co giật Benzodiazepine (Bắt đầu cho đến 20-30 phút đầu tiên)

Benzodiazepine là thuốc cắt cơn co giật được lựa chọn đầu tiên ở trẻ em do hiệu quả và ít tác dụng phụ. Midazolam ít gây tác dụng phụ ngưng thở hơn so với Diazepam.

- Midazolam

- Tĩnh mạch: liều 0,2 mg/kg liều tối đa 10mg

- + Sau 10 phút trẻ còn co giật lặp lại lần 2, tối đa 3 lần

- + Midazolam ưu tiên lựa chọn do ít tác dụng phụ gây ngưng thở nhưng có thể **gây**

tụt HA (lưu ý với những trường hợp co giật kèm theo sốt)

- Bơm qua mũi

- + Chỉ định bơm qua mũi khi không thiết lập được đường truyền TM

- + Liều 0,3mg/kg qua dụng cụ phun sương mũi (mỗi lỗ mũi bơm ½ liều)

- + Tác dụng sau vài phút, nhanh hơn so với đường tiêm bắp.

- Diazepam

- Tĩnh mạch: liều 0,2 mg/kg, liều tối đa trẻ < 5 tuổi 5mg và trẻ > 5 tuổi 10mg

- + Sau 10 phút trẻ còn co giật lặp lại lần 2, tối đa 3 lần

- + Tiêm TM chậm trong 2-3 phút để tránh nguy cơ ngưng thở

- + Biến chứng: ngưng thở vì thế luôn chuẩn bị bóng và mask giúp thở khi tiêm

TM

- Bơm hậu môn:

- + Chỉ định bơm hậu môn khi không thiết lập được đường truyền TM.

- + Liều 0,3 - 0,5 mg/kg liều tối đa 10 mg.

- + Tác dụng sau vài phút, nhanh hơn so với đường tiêm bắp.

Lưu ý: Trẻ sơ sinh ưu tiên chọn lựa Phenobarbital 15 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch trong 30 phút.

Bước 2: Thất bại sau 2-3 lần với 1 thuốc chống co giật nhóm Benzodiazepine (còn co giật sau 20-30 phút)

- Phenobarbital:

- Tĩnh mạch: liều 15- 20 mg/kg truyền tĩnh mạch trong 15-20 phút.

–Tốc độ tối đa 1 mg/kg/phút, truyền nhanh gây ngưng thở.
–Sau 15 - 30 phút nếu còn co giật lặp lại lần 2 liều 5 - 10 mg/kg. Tổng liều < 30 mg/kg.

- Phenytoin:

–Truyền tĩnh mạch: liều 20 mg/kg truyền TM 1 mg/kg/phút.
–Phenytoin pha trong NatriClorua 0,9%, không được pha trong Dextrose.
–Sau 10 - 15 phút nếu còn co giật lặp lại lần 2 liều 10 mg/kg.
–Tác dụng phụ: tụt huyết áp và rối loạn nhịp.
–Chống chỉ định khi sốc.
–Phenytoin được chọn trong chấn thương sọ não.

Bước 3: Co giật kháng trị (Refractory status epilepticus) khi thất bại với ≥ 2 thuốc chống co giật, thường sau ≥ 60 phút.

Hội chẩn chuyên khoa hồi sức

- Midazolame truyền TM:

–Bắt đầu tiêm TM liều 0,2 mg/kg (liều tối đa 10 mg), sau đó truyền duy trì liều 0,1-0,2 mg/kg/giờ trong 24 giờ (liều tối đa 1 mg/kg/giờ).

–Nếu không có Midazolam thì thuốc thay thế là Diazepam truyền TM liều 0,1-0,2 mg/kg/giờ,

- Valproicacid:

–Tĩnh mạch: liều 30 mg/kg truyền tĩnh mạch trong 15-20 phút.
–Chống chỉ định trẻ < 2 tuổi hoặc bệnh gan, giảm tiểu cầu, bệnh chuyển hóa.
–So với Pentobarbital thì Valproicacid hiệu quả cắt co giật tương đương nhưng ít tác dụng phụ ức chế hô hấp và tim mạch.

- Propofol:

–Tĩnh mạch: bắt đầu tiêm TM liều 1-2 mg/kg sau đó truyền duy trì liều 2-10 mg/kg/giờ hoặc có thể lặp lại tiêm TM sau 5 -15 phút khi cần với liều 0,5 mg/kg.

–Biến chứng: hội chứng truyền Propofol với biểu hiện sốc, toan chuyển hóa khi truyền Propofol kéo dài > 24 giờ vì thế cần hạn chế sử dụng cắt cơn co giật.

- Pyridoxin (Vitamin B6):

–Xem xét Pyridoxin TM liều 50-100 mg/liều duy nhất (tối đa 2 lần cách 10- 60 phút) ở trẻ < 18 tháng co giật không sốt kèm không đáp ứng với các thuốc cắt co giật. Một số ca có đáp ứng sau 10 - 60 phút.

Bước 4: Gây mê

- Pentobarbital (Thiopenthal):

–Tĩnh mạch: liều 5 mg/kg (liều tối đa 100 mg/lần), sau đó duy trì liều 1 mg/kg/giờ (Tối đa liều 5 mg/kg/giờ).

–Ngưng truyền TM Midazolam nếu có.

–Nếu thất bại Pentobarbital có thể dùng thêm thuốc dẫn cơ như Vecuronium 0,1 - 0,2 mg/kg/liều TMC và phải đặt NKQ giúp thở.

- Xem xét:

–Đặt nội khí quản.

–Ketamine, Tĩnh mạch chậm liều 1-2 mg/kg.

–Gây mê với Isoflurane.

–Truyền vận mạch khi sốc.

4.2.3 Hạ sốt: Paracetamol 15 - 20 mg/kg/liều đường hậu môn

5. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

5.1 Theo dõi

Tri giác, mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, SpO₂

- Tìm và điều trị nguyên nhân.

- Theo dõi các xét nghiệm: đường huyết, ion đồ khi cần.

5.2 Tiên lượng

- Tỷ lệ tái phát phụ thuộc vào tuổi của trẻ, cơn giật xuất hiện ở trẻ càng nhỏ nguy cơ tái phát co giật do sốt càng cao (1 tuổi là 50 %; 2 tuổi là 30%) .

- Nguy cơ mắc động kinh tăng lên nếu gia đình có tiền sử động kinh, chậm phát triển, trẻ có cơn co giật kéo dài hoặc giật cục bộ.

- Nguy cơ mắc động kinh: nếu không có yếu tố nguy cơ khoảng 1%, nếu có 1 yếu tố nguy cơ khoảng 2%, nếu hơn 1 yếu tố nguy cơ khoảng 10%.

6. TƯ VẤN CHO GIA ĐÌNH

- Cha mẹ cần được hướng dẫn cách xử trí khi trẻ bị co giật, cách sử dụng thuốc hạ sốt, thuốc chống co giật trong trường hợp cần thiết.

- Phải đưa trẻ tới cơ sở y tế (hoặc gọi bộ phận cấp cứu) khi cơn giật kéo dài quá 10 phút hoặc sau cơn giật 30 phút trẻ không trở lại bình thường.

- Cần giải thích để cha mẹ trẻ yên tâm là co giật do sốt đơn thuần thường không ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ cũng như ít có nguy cơ mắc động kinh sau này

ĐỘNG KINH Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

Động kinh là sự rối loạn từng cơn chức năng của hệ thần kinh trung ương do sự phóng điện đột ngột quá mức, nhất thời của các tế bào thần kinh ở não. Biểu hiện bằng các cơn co giật, rối loạn hành vi, cảm giác, có thể bao gồm rối loạn ý thức.

Tỷ lệ mắc bệnh động kinh nói chung khoảng 0,15-1%. Một số nước như Nhật bản 0,36%, Thái Lan 0,72%. Tỷ lệ mắc ở Việt Nam khoảng 0,5%, trong đó trẻ em chiếm 30%.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Nguyên nhân mắc bệnh động kinh theo nhóm tuổi

–Trẻ sơ sinh đến 1 tuổi: ngạt chu sinh, nhiễm trùng hệ thần kinh, dị tật bẩm sinh, rối loạn chuyển hóa, giảm Can xi, giảm đường máu, rối loạn mạch máu, nhóm bệnh thần kinh da, sau xuất huyết não.

–Trẻ trên 1 tuổi: di chứng tổn thương não thời kỳ chu sinh, rối loạn chuyển hóa, giảm Can xi, giảm đường máu, rối loạn mạch máu, sau chấn thương sọ não hoặc sau các bệnh nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương.

2.2 Cơ chế bệnh sinh

–Biến đổi bất thường các dòng ion Kali và Natri qua màng tế bào. Thiếu dòng điện phụ thuộc Canxi. Thiếu màng ATP có trách nhiệm vận chuyển ion.

–Tăng kích thích vào Glutamate, giảm ức chế gamma aminobutyric acid (Gaba)

–Mất cân bằng giữa hệ thống ức chế và hưng phấn của màng neuron gây ra tăng hoạt động đồng bộ của một quần thể neuron.

3. PHÂN LOẠI ĐỘNG KINH

Theo phân loại của Hiệp hội chống động kinh thế giới năm 1989 (trong hoàn cảnh Việt Nam là thích hợp)

–Động kinh cục bộ

+Động kinh cục bộ tiên phát.

•Động kinh cục bộ không rõ nguyên nhân.

+Động kinh cục bộ căn nguyên ẩn (nguyên nhân không rõ ràng)

+Động kinh cục bộ triệu chứng thứ phát

•Động kinh thùy thái dương, thùy trán, đỉnh, chẩm.

•Động kinh cục bộ toàn thể hóa.

–Động kinh toàn thể

+Động kinh toàn thể không rõ nguyên nhân

•Co giật sơ sinh lành tính

•Co giật sơ sinh lành tính có tính chất gia đình.

•Động kinh toàn thể nguyên phát.

•Động kinh giật cơ.

•Động kinh cơn vắng ý thức.

+Động kinh toàn thể căn nguyên ẩn hoặc triệu chứng.

•Hội chứng West.

- Hội chứng Lennox – Gastaut.

- Bệnh não giật cơ sớm (hội chứng Dravet)

- Bệnh não giật cơ với điện não đồ có chặp ức chế – bộc phát (hội chứng Otahara).

– Động kinh và hội chứng không xác định được cục bộ hay toàn bộ.

+ Động kinh thất ngôn mất phải (hội chứng Laudau Kleffner).

+ Động kinh có nhon sóng liên tục khi ngủ.

– Động kinh với hội chứng đặc hiệu.

+ Động kinh khi có sốt.

4. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA MỘT SỐ THỂ ĐỘNG KINH

4.1. Động kinh toàn thể

– Co giật sơ sinh lành tính có tính chất gia đình: di truyền trội, gen mã hóa bệnh lý nằm trên cánh tay dài của nhiễm sắc thể số 20 (20q 13.3) hoặc 8q24 và tương ứng bất thường kênh Kali loại KCNQ2, kênh Kali KCNQ3. Xuất hiện ngày thứ 2-5 sau khi sinh bằng cơn co giật, giật rung, đôi lúc ngừng thở. Thường không biến đổi đặc hiệu trên điện não đồ.

– Co giật sơ sinh lành tính: khởi phát từ ngày thứ 5 sau sinh. Cơn giật cơ, giật tay, giật bàn chân, cơn có khuynh hướng lan tỏa từ một bên chuyển sang bên đối diện, kéo dài 20-30 giây. Cần loại trừ các vận động tự nhiên không phải động kinh. Điện não đồ có các nhon sóng nhanh toàn bộ hai bán cầu. Bệnh có tiên lượng tốt, sự phát triển tinh thần vận động bình thường. Có một số chuyển cơn động kinh toàn thể thứ phát, rối loạn hành vi, chậm phát triển tinh thần vận động.

–Động kinh vắng ý thức ở trẻ em: cơn điển hình là đột nhiên mất ý thức, dừng hoạt động, mắt nhìn trừng trừng, không thay đổi tư thế, không vận động, ý thức trở lại sau vài giây.

–Động kinh toàn thể cơn trương lực: biểu hiện cơn giật cứng các chi, có thể quay mắt, quay đầu sang bên, không giật cổ. Cơn kéo dài 30 giây đến một phút.

–Động kinh toàn thể cơn giật cơ: các cơ thân và chi đột ngột co mạnh, co cơ thể nhẹ hoặc rất mạnh làm mất thăng bằng ngã ra.

–Động kinh giật cơ mắt đứng (hội chứng Dooze).

4.2. Động kinh toàn thể căn nguyên ẩn hoặc động kinh triệu chứng.

–Hội chứng West: động kinh cơn co thất gấp ở trẻ em từ 5-6 tháng tuổi, có 3 thể co giật:

+Cơn co thất gấp, cơ co cứng ở mặt, cổ chi thân, mỗi lần giật có 10-20 nhịp co thất gấp.

+Cơn giật cơ duỗi: đầu ngửa ra sau, thân uốn ra, hai tay nắm chặt, hai chân duỗi cứng.

+Cơn giật hỗn hợp: đầu ngửa ra sau, hai tay, hai chân co dùm về phía trước.

–Hội chứng Lennox- Gatstaut: có 3 đặc điểm chính:

+Sự kết hợp của nhiều dạng co giật: gồm cơn vắng ý thức không điển hình kết hợp với cơn mắt trương lực, cơn giật cứng cơ.

+Điện não đồ biến đổi: nhọn chậm, lan tỏa ở giai đoạn thức, sóng alpha tạo nhóm ở giai đoạn ngủ.

+Chậm phát triển tinh thần, rối loạn hành vi.

4.3. Động kinh cục bộ

–Động kinh cục bộ gây ra do một hưng phân ở vỏ não, biểu hiện bằng giật khu trú nửa người lan từ một phần nhỏ đến rộng. Con Bravais Jackson giật nửa người khởi đầu co giật ở mắt, cơ mặt sau đó chuyển sang giật tay, sau cùng giật chân. Khởi đầu thường không mất ý thức, khi giật mặt nhiều có thể giảm hoặc mất ý thức. Vị trí khởi đầu chỗ bị giật có giá trị chẩn đoán vị trí tổn thương.

–Động kinh cục bộ thùy thái dương (con tâm thần vận động): người bệnh người thấy mùi khó chịu hoặc cảm thấy vị khó chịu, nhìn thấy cảnh lạ. Có thể có những động tác tự động, chép miệng, đứng dậy đi ra phía trước, cởi khuy áo, nói nhiều.

–Con động kinh thực vật: biểu hiện bằng sự phối hợp các triệu chứng sau: giãn hoặc co đồng tử, đỏ bừng cổ và mặt, vã mồ hôi, sờ gai ốc, tim đập chậm hoặc nhanh, đột ngột hạ huyết áp, rối loạn nhịp thở, đau bụng, tổn thương thường gặp ở đồi thị hoặc dưới đồi thị.

–Con động kinh cục bộ toàn thể hóa: động kinh bắt đầu từ cục bộ nhưng chuyển nhanh sang cơn lớn vì chuyển hóa quá nhanh, khó phát hiện trên lâm sàng, phải dựa vào điện não đồ, thấy cơn kịch phát từ một ổ khu trú lúc đầu chuyển sang toàn bộ các đạo trình trên bản ghi.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Lâm sàng

–Các cơn có tính định hình, cơn ngắn, lặp lại nhiều lần (như mô tả ở trên).

–Rối loạn các chức năng thần kinh (vận động, cảm giác).

–Rối loạn ý thức trong cơn (trừ cơn cục bộ đơn giản).

–Sau cơn hồi phục nhanh.

5.2. Các xét nghiệm cận lâm sàng:

- Công thức máu, chức năng gan, đường máu, điện giải đồ, canxi.
- Điện não đồ: có sóng đặc hiệu của các thể co giật.
- Chụp cộng hưởng từ não (MRI) để tìm nguyên nhân.

6. ĐIỀU TRỊ ĐỘNG KINH

6.1. Nguyên tắc điều trị.

- Lựa chọn thuốc kháng động kinh theo thể co giật.
- Điều trị sớm, bắt đầu bằng một loại kháng động kinh.
- Bắt đầu từ liều thấp sau tăng lên đến tối đa.
- Kết hợp thuốc khi một loại kháng động kinh không có hiệu quả.
- Duy trì liều đã cắt cơn trong 2 năm.
- Không ngừng thuốc đột ngột, giảm liều từ từ.
- Ngừng điều trị thuốc ít nhất là sau 2 năm kể từ cơn co giật cuối cùng, giảm liều từ từ trong 3-6 tháng trước khi ngừng thuốc.

➤ Quyết định phẫu thuật khi

Động kinh cục bộ không cắt cơn, động kinh cục bộ căn nguyên ẩn kháng thuốc. Trên MRI có ổ tổn thương khu trú như xơ hóa hồi hải mã thùy thái dương, vỏ não lạc chỗ, phì đại nửa não.

Phẫu thuật có thể cắt thùy não, cắt hạnh nhân – hồi hải mã của thùy thái dương, cắt đa thùy não, cắt vùng vỏ não lạc chỗ, cắt bán cầu.

Với động kinh toàn thể không cắt cơn, có thể phẫu thuật cắt thể trai, cắt bán cầu não.

6.2. Thuốc kháng động kinh theo thể co giật.

–Động kinh cục bộ: Carbamazepine (Tegretol) 5-30mg/kg/ngày, hoặc Oxcarbazepine (Trileptal) 10-30 mg/kg/ngày, hoặc Levetiracetam (Keppra) 10 50 mg/kg ngày, hoặc Topiramate (Topamax) 0,5 – 6mg/kg/ngày.

–Động kinh toàn thể: Valproate (Depakine) 20-30mg/kg/ngày hoặc Phenytoine (Sodanton) 5-10 mg/kg/ngày, hoặc Phenobarbital (Gardenal) 510mg/kg/ngày, hoặc Sabril 10-50mg/kg/ngày (với hội chứng West).

7. THEO DÕI ĐIỀU TRỊ VÀ TIÊN LƯỢNG

Liều thuốc chống động kinh hàng ngày phải là liều cắt cơn lâm sàng cho bệnh nhân mà không gây tác dụng phụ.

Thuốc điều trị phải được dùng hàng ngày, đúng, đủ liều quy định.

Thầy thuốc phải theo dõi diễn biến lâm sàng và các biểu hiện thứ phát của thuốc để kịp thời điều chỉnh liều lượng thuốc cho phù hợp với bệnh nhi.

Bệnh nhi cần có chế độ ăn uống, sinh hoạt, học tập, nghỉ ngơi, giải trí thích hợp

Một số trường hợp động kinh dai dẳng khó điều trị có thể thực hiện chế độ ăn sinh ceton, hạn chế gạo, đường, ăn đạm vừa phải, tăng dầu, lạc, đậu phụ, rau hoa quả.

Kết hợp phục hồi chức năng, hướng dẫn gia đình biết cách phòng chống tai nạn do co giật gây ra, tạo điều kiện cho bệnh nhi hòa nhập trong gia đình, cộng đồng và xã hội.

Để điều trị bệnh động kinh ở trẻ em có kết quả cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa cơ sở y tế, gia đình, nhà trường và môi trường xã hội.

CHƯƠNG 8: ONG ĐỐT - RẪN CẢN - MIỄN DỊCH

XỬ TRÍ ONG ĐỐT Ở TRẺ EM

1. ĐẠI CƯƠNG

Ở nước ta, các loại ong đốt người đã gây ra các hậu quả nghiêm trọng, có thể dẫn đến tử vong do biến chứng nguy hiểm là sốc phản vệ. Riêng ở ong vò vẽ: suy thận cấp, tán huyết, tiểu Myoglobin do tiêu cơ vân, hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS), suy đa cơ quan. Các loại ong đó là: ong mật, ong vàng, ong vò vẽ (ong bắp cày), ong nghệ (ong bầu)...Điểm khác biệt giữa ong mật với các loại ong khác là khi đốt, vòi của ong mật bị đứt, đoạn đứt có chứa những túi nọc độc bị giữ lại trong da của nạn nhân, các loại ong khác thì có thể rút vòi ra và đốt được nhiều lần.

Nọc độc của các loài ong có đặc điểm chung là chứa một protein có tính kháng nguyên cao, có khả năng làm tăng IgE qua đáp ứng miễn dịch dịch thể. Ngoài ra, trong nọc ong có các amin sinh học, phospholipase, phosphatase và hyaluronidase.

2. CHẨN ĐOÁN:

Hỏi bệnh:

- Đặc điểm ong: do người nhà mang con ong đến hay mô tả tổ ong và hình dạng con ong, Ong vò vẽ: thân dài, bụng thon, mình vàng có vạch đen, thường làm tổ trên cây và mái nhà.

- Thời điểm ong đốt

- Tiền sử dị ứng

Lâm sàng:

- Đếm số lượng nốt chích.

- Dấu hiệu tại chỗ: mẩn đỏ, ngứa, đau. Nốt chích của ong và vò vẽ có dấu hoại tử.

- Toàn thân: Phù, mặt đỏ, ngứa Mạch, huyết áp, màu da, nhịp thở Lượng nước tiểu, màu nước tiểu

Cận lâm sàng:

- + PTCSHH

- + Chức năng gan, thận, ion đồ, CPK

- + Tổng phân tích nước tiểu.

3. ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG

Phản ứng gây ra do nọc ong có nhiều hình thái và mức độ khác nhau. Trong thực tế, người ta phân ra 4 nhóm mức độ phản ứng dị ứng:

Nhóm 1: Những trường hợp chỉ có phản ứng tại chỗ đốt: Nốt sẩn tại chỗ, đau, ngứa

Nhóm 2: Phản ứng toàn thân mức độ nhẹ:

- Cảm giác bỏng rát miệng, ngứa môi, miệng, họng
- Cảm giác nóng bức, buồn nôn, đau bụng
- Ban sẩn mề đay, phù mạch, sung huyết kết mạc

Nhóm 3: Phản ứng toàn thân mức độ nặng:

- Ho, thở khò khè, co thắt phế quản
- Mất, giảm nhu động ruột
- Vã mồ hôi, kích thích, da xanh tái
- Co thắt phế quản
- Nhịp tim nhanh

Nhóm 4: Phản ứng toàn thân mức độ rất nặng:

- Khó thở, phù thanh quản, co thắt thanh quản
- Nôn, đại ỉa không tự chủ
- Trụy mạch, sốc, ngừng thở, ngừng tim

Có khoảng 0,5 – 5% số người bị ong đốt biểu hiện triệu chứng nặng của nhóm 4.

4. XỬ TRÍ

4.1. Nguyên tắc điều trị:

1. Phát hiện và điều trị ngay sốc phản vệ.
2. Chăm sóc tại chỗ vết đốt.
3. Điều trị biến chứng.

4.2. Điều trị tại tuyến cơ sở

- Cấp cứu ngừng thở ngừng tim nếu có.
- Điều trị sốc phản vệ: Adrenalin 1‰ liều 0,3ml (TDD).
- Sơ cứu vết ong đốt:
 - + Dùng kẹp rút ngòi đốt kèm túi nọc ong trên da (ong mật).
 - + Rửa sạch, sát trùng da nơi vết ong đốt bằng Alcool Povidin 10%.

- Điều trị ngoại trú: trong trường hợp không có phản ứng sốc phản vệ, ong mật đốt, ong vò vè < 10 vết đốt.

+ Thuốc giảm đau Paracetamol.

+ Hướng dẫn cách chăm sóc và theo dõi tại nhà: lượng nước tiểu, dấu hiệu nặng cần tái khám ngay: tiểu ít, thay đổi màu nước tiểu, khó thở.

- Tiêu chuẩn chuyển viện:

+ Sốc phản vệ sau khi cấp cứu

+ Ong vò vè đốt > 10 vết đốt.

+ Tiểu ít, tiểu đỏ hoặc màu đen.

4.3. Điều trị tại tuyến huyện, tuyến tỉnh, tuyến trung ương

* *Tiểu Hemoglobine và Myoglobine*: thường xuất hiện sau 24-72 giờ do tán huyết (tiểu hemoglobine), hủy cơ (tiểu myoglobine).

- Thiếu máu cần bù máu (tán huyết, tiểu hemoglobine).

- Truyền dịch:

+ Tất cả trường hợp có số mũi ong vò vè đốt nhiều (> 10 mũi) hoặc có tiểu ít, tiểu đỏ hoặc màu đen.

+ Lượng dịch tăng hơn nhu cầu (khoảng gấp rưỡi nhu cầu) để tăng thải độc tổ ong vò vè phòng ngừa suy thận do tiểu Hemoglobin, Myoglobin.

- Điều chỉnh rối loạn điện giải, đặc biệt chú ý tăng kali máu.

- Có thể xem xét kết hợp với truyền dung dịch Manitol 20% trong 1-2 ngày đầu, liều 0,5g/kg/lần, chống chỉ định trong trường hợp suy thận, quá tải.

* *Suy thận cấp*: là biến chứng muộn (3-5 ngày) thường gặp ở ong vò vè đốt >20mũi.

Suy thận là do tổn thương trực tiếp của độc tố trên thận hay do hậu quả tiểu myoglobin hoặc hemoglobin.

Trường hợp ong vò vè đốt trong những ngày đầu phải theo dõi sát lượng dịch nhập, nước tiểu và xét nghiệm TPTNT, chức năng thận mỗi ngày nhất là các trường hợp có tiểu Hemoglobin và myoglobin.

- Hạn chế dịch, điều trị rối loạn điện giải. Thường suy thận cấp do ong đốt tự hồi phục không di chứng sau 14-21 ngày.

- Chỉ định lọc thận hay thẩm phân phúc mạc:

- + Phù phổi cấp.
- + Tăng kali máu nặng không đáp ứng điều trị nội khoa.
- + Toan máu không đáp ứng Bicarbonate.
- + Hội chứng urê huyết cao.

** Suy hô hấp:*

- Suy hô hấp do ARDS xuất hiện sớm trong 24-48 giờ đầu kèm hình ảnh phù phổi trên X-quang nhưng CVP bình thường.

- Điều trị: thở áp lực dương liên tục qua mũi (NCPAP) hay thở máy với PEEP cao 6 - 10 cm H₂O.

** Suy đa cơ quan:*

- Lọc máu liên tục có tác dụng lấy bớt độc tố ong và các cytokine.

- Hiệu quả, cứu sống nhiều bệnh nhân bị ong vò vẽ đốt kèm tổn thương đa cơ quan.

- Cần xem xét chỉ định lọc máu sớm ngay khi bệnh nhân có biểu hiện tổn thương ≥ 2 cơ quan.

** Điều trị rối loạn điện giải, đặc biệt tăng kali máu do tán huyết hủy cơ, suy thận.*

** Kháng sinh:*

- Nếu có nhiễm trùng vết đốt hay do ong vò vẽ đốt > 10 mũi: kháng sinh Cephalosporin thế hệ 1: Cephalexin 25 - 50 mg/kg/ngày (U), chia 3 - 4 lần.

- Nếu có bằng chứng nhiễm trùng toàn thân như sốt, bạch cầu tăng chuyển trái hoặc tổn thương đa cơ quan: Cefazolin 50 - 100 mg/kg/ngày TM, cần giảm liều khi suy thận.

** Corticoid:* không chỉ định thường qui, chỉ dùng khi có phản ứng phản vệ.

** Lọc máu liên tục:*

- Chỉ định:

+ Suy thận kèm huyết động học không ổn định.

+ Tổn thương ≥ 2 cơ quan.

- Theo dõi:

+ Dấu hiệu sinh tồn, lượng nước tiểu, màu sắc nước tiểu.

+ Lượng xuất nhập, cân nặng mỗi ngày khi biểu hiện thiếu niệu.

+ Ion đồ, TPTNT.

5. PHÒNG NGỪA

- Phá bỏ tổ ong ngay khi phát hiện.
- Không cho trẻ đến gần hoặc chọc phá tổ ong.

RẮN CẮN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phần lớn rắn cắn là rắn lành, tuy nhiên các trường hợp đưa đến bệnh viện là do rắn độc cắn. Tiên lượng rắn độc cắn tùy thuộc theo loại rắn độc, lượng độc chất vào cơ thể, vị trí cắn và cách sơ cứu tại chỗ. Cân nặng của trẻ thấp so với người lớn, vì thế trẻ em bị rắn độc cắn thường nặng hơn. Thường các vết rắn cắn nằm ở chi, đặc biệt là bàn tay và bàn chân.

Tại miền Nam rắn độc thường gặp là: rắn chàm quạp, rắn lục tre, rắn hổ đất, rắn cạp nong, rắn cạp nia. Rắn độc thường có hai loại:

- Nhóm gây rối loạn đông máu: rắn chàm quạp (*Calloselasma rhodostoma*): sống nhiều ở vùng cao su miền Đông nam bộ. Ngoài rắn chàm quạp, rắn lục tre (*Trimeresurus albolaris*), rắn lục xanh (*Trimeresurus stejnegeri*).

- Nhóm gây liệt, suy hô hấp: rắn hổ (hổ đất (*Naja kaouthia*), cạp nong (*Bungarus fasciatus*), rắn cạp nia (*Bungarus candidus*).

* Nọc rắn độc:

- Hợp chất Proteine trọng lượng phân tử từ 6 – 100 Kd

- Độc tố: độc tố thần kinh (liệt cơ, suy hô hấp), độc tố gây rối loạn đông máu (DIC, xuất huyết), độc tố trên tim mạch, độc tố gây tán huyết, tiêu sợi cơ.

- Thành phần nọc rắn tùy loại rắn độc bao gồm: proteolytic enzymes, Arginine ester hydrolase, Thrombin-like enzyme, Collagenase, Hyaluronidase, Phospholipase A, Phospholipase B, Phosphomonoesterase, Phosphodiesterase, Acetylcholinesterase, Nucleotidase L-Amino acid oxidase.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán

2.1.1. Hỏi bệnh

- Xác định loại rắn: mô tả hình dạng, địa phương, hoàn cảnh xảy ra rắn cắn.

- Các dấu hiệu lâm sàng xuất hiện sau khi rắn cắn: đau, phù, hoại tử, xuất huyết tại chỗ; nói khó, liệt hô hấp.

- Cách sơ cứu.

2.1.2 Khám lâm sàng

- Khám vết cắn: dấu răng, phù nề, hoại tử, xuất huyết.

- Dấu hiệu sinh tồn.

- Mức độ tri giác, dấu hiệu suy hô hấp, dấu hiệu xuất huyết.

2.2. Cận lâm sàng:

- PTCSHH

- Chức năng đông máu: khi có rối loạn đông máu hay nghi do rắn chàm quạp hoặc rắn lục.

- Chức năng gan, chức năng thận, điện giải đồ.

- Khí máu nếu có suy hô hấp.

- X quang phổi khi có suy hô hấp để chẩn đoán phân biệt.

- Tổng phân tích nước tiểu

- Tại một số nước, phương pháp ELISA được sử dụng để phát hiện độc tố rắn từ dịch tiết nơi vết cắn, nước tiểu, máu, có kết quả nhanh sau 45 phút, giúp xác định chẩn đoán loại rắn độc cắn và chọn huyết thanh kháng nọc rắn đặc hiệu.

2.3. Chẩn đoán xác định

Bảng 1. Chẩn đoán rắn cắn dựa vào các dấu hiệu lâm sàng.

Loại rắn	Dấu hiệu tại chỗ	Dấu hiệu toàn thân
Hổ đất	Đau, phù Hoại tử lan rộng	30 phút – vài giờ sau: Tê, nói, nuốt khó Sùi bọt mép Liệt cơ hô hấp
Cạp nong Cạp nia	Đau tại chỗ Ít / Không hoại tử	Liệt cơ hô hấp thường sau 1 - 4 giờ
Hổ mèo	Đau tại chỗ Hoại tử	Lừ đừ, liệt cơ hô hấp, Co giật

Chàm quạp	Đau, hoại tử lan rộng Chảy máu không cầm Bóng nước có máu	Bầm máu Xuất huyết DIC
Rắn lục	Tương tự rắn chàm quạp nhưng ít hơn	XH ít hơn chàm quạp
Rắn biển	Đau ± sưng	1 – 3 giờ sau: Mệt, đau cơ, liệt cơ hô hấp, suy thận

2.4. Phân độ nặng rắn độc cắn

Dấu hiệu	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Dấu hiệu tại chỗ	Phù, đỏ, bầm máu khu trú tại vết cắn.	Phù, đỏ, bầm máu lan chậm	Phù, đỏ, bầm máu lan rộng nhanh
Dấu hiệu toàn thân	Không	Có (lừ đừ, dấu hiệu nhiễm độc) Không nguy hiểm	Dấu hiệu nguy hiểm cấp cứu (Sốc, suy hô hấp, rối loạn tri giác, yếu liệt cơ).
Rối loạn đông máu	Không	RLDM nhẹ Không dấu hiệu xuất huyết toàn thân	RLDM nặng Xuất huyết toàn thân (Ói, tiểu máu, XH não)

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Làm chậm hấp thu độc tố.
- Xác định loại rắn và dùng huyết thanh kháng nọc rắn đặc hiệu sớm.
- Điều trị biến chứng.

3.2. Điều trị cấp cứu ban đầu

3.2.1. Sơ cứu tại nơi xảy ra tai nạn

Mục đích làm chậm hấp thu nọc rắn vào cơ thể.

Trấn an nạn nhân, thường họ rất hoảng sợ.

- Bất động và đặt chi bị cắn thấp hơn tim để làm chậm hấp thu độc tố.
- Rửa sạch vết thương, băng chặt chi bị cắn với băng vải, băng bắt đầu từ phía vị trí vết cắn đến gốc chi để hạn chế hấp thu độc chất theo đường bạch huyết.

- Nẹp cố định chi bị cắn.

- Chuyển nhanh chóng trẻ bị nạn đến bệnh viện.

- Các điều trị không có hiệu quả, có thể gây nhiễm trùng, tăng hấp thu nọc độc và chảy máu tại chỗ như: rạch da, hút nọc độc bằng miệng hay giác hút, đặt garrot.

3.2.2. Xử trí rắn độc cắn tại bệnh viện

Tất cả các trường hợp rắn cắn, ngay cả người nhà mô tả là rắn lành phải được theo dõi tại bệnh viện 24 giờ đầu, ít nhất 12 giờ.

3.3. Hỗ trợ hô hấp tuần hoàn

3.3.1. Suy hô hấp: thường do rắn hổ

- Thở oxy, nếu nặng thì đặt nội khí quản, thường trẻ tự thở lại sau 24 giờ.

3.3.2. Sốc: thường sốc là hậu quả của suy hô hấp, xuất huyết

Xử trí: hỗ trợ hô hấp, truyền dịch chống sốc Lactate Ringer 20 ml/kg nhanh.

3.4. Huyết thanh kháng nọc rắn. Chỉ định:

- Rắn độc cắn mức độ trung bình – nặng.

- Rắn độc cắn kèm 1 trong 2 điều kiện sau:

* Có biểu hiện lâm sàng toàn thân của rắn độc cắn

* Có rối loạn đông máu nặng:

+ Xuất huyết tự phát da, niêm

+ DIC, hoặc xét nghiệm máu không đông sau 20 phút

Tốt nhất là cho huyết thanh kháng nọc rắn đơn giá (rắn chàm quạp, hổ đất, lục đuôi đỏ...). Chọn huyết thanh kháng nọc rắn loại nào tùy thuộc vào:

+ Xác định loại rắn, biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng,

+ Loại rắn độc thường gặp ở địa phương

- Ít tác dụng chéo các huyết thanh kháng nọc rắn ngay cả trong 1 họ rắn độc.

- Nên cho sớm trong 4 giờ đầu, sau 24 giờ ít hiệu quả. Nếu sau 2-3 ngày mà tình trạng rối loạn đông máu nặng vẫn có chỉ định dùng kháng huyết thanh.

- Nên cho huyết thanh kháng nọc rắn trước khi truyền huyết tương tươi hay các yếu tố đông máu để ngăn chặn hiện tượng DIC. Cách sử dụng:

- Làm test trước khi truyền: dùng dung dịch 1% so với dung dịch chuẩn bằng cách pha loãng 100 lần, tiêm trong da, sau 15 phút đọc kết quả. Chuẩn bị sẵn sàng phương tiện cấp cứu sốc phản vệ.

- Adrenalin 1% 0,005 – 0,01 ml/kg TDD cho 1 lần trước khi dùng liều đầu huyết thanh kháng nọc rắn.

- Liều đầu tiên giống nhau ở trẻ em và người lớn, không tùy thuộc cân nặng vì lượng nọc độc giống nhau. Liều theo hướng dẫn của nhà sản xuất, thường 4 – 8 lọ.

- Cách pha: tổng liều kháng huyết thanh pha với dung dịch Normal saline đủ 50 ml-100ml, qua bơm tiêm trong vòng 1 giờ.

- Theo dõi đáp ứng lâm sàng sau điều trị huyết thanh kháng nọc rắn:

+ Rắn lục, rắn chàm quạp: ngưng chảy máu vết cắn, nơi tiêm. Riêng rối loạn đông máu hồi phục chậm hơn thường sau 6 giờ, thời gian chức năng đông máu trở về bình thường là 24 giờ.

- Sau 6 giờ nếu không đáp ứng trên lâm sàng hoặc còn rối loạn đông máu nặng do chỉ định trễ hoặc chưa đủ liều có thể lặp lại liều thứ 2. Nếu tuyến trước có đặt garrot hoặc băng ép, chỉ mở băng sau khi tiêm huyết thanh kháng nọc rắn.

3.4. Điều trị rối loạn đông máu, đông máu nội quản rải rác.

- Truyền máu mới toàn phần 10 – 20 mL/kg khi Hct < 30%

- Huyết tương đông lạnh 10 – 20 ml/kg khi có đông máu nội quản rải rác.

- Kết tủa lạnh khi fibrinogen < 1 g/l

- Vitamine K1 5 – 10 mg TM.

3.5. Điều trị khác

- Khi ổn định: vaccine ngừa uốn ván (VAT) khi triệu chứng tại chỗ mức độ trung bình - nặng, chỉ dùng huyết thanh chống uốn ván nếu tiền sử chưa chích VAT

- Kháng sinh phổ rộng: Cefotaxime TM.

- Săn sóc vết thương hàng ngày.

- Không sử dụng corticoide để điều trị giảm phù nề, giảm phản ứng viêm vì không hiệu quả, trái lại tăng biến chứng nhiễm khuẩn.

- Phẫu thuật: chỉ được thực hiện sau khi điều chỉnh rối loạn đông máu và bệnh nhân đã được điều trị nội khoa ổn định:

+ Chèn ép khoang cần phải phẫu thuật giải áp sớm.

+ Cắt lọc vết thương, đoạn chi hoại tử chỉ nên làm sau 7 ngày.

5. THEO DÕI

Theo dõi sát mỗi giờ ít nhất trong 12 giờ đầu các dấu hiệu:

- Tri giác, dấu hiệu sinh tồn
- Vết cắn: phù, đỏ, xuất huyết.
- Đo vòng chi phía trên và dưới vết cắn mỗi 4–6 giờ để đánh giá mức độ lan rộng.
- Nhìn khó, sụp mi, liệt chi, khó thở
- Chảy máu
- Chức năng đông máu.

XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH

1. ĐỊNH NGHĨA:

Là bệnh do kháng thể tự sinh chống lại tiểu cầu cơ thể gây giảm tiểu cầu ở máu ngoại biên còn dưới 100.000/mm³. Bệnh có triệu chứng lâm sàng là xuất huyết da niêm, tùy độ bình thường. Bệnh này phổ biến ở trẻ em, thường tự giới hạn trong 3-6 tháng (90%), ít khi kéo dài trên 6 tháng (10%).

2. CHẨN ĐOÁN

Hỏi bệnh:

- Triệu chứng xuất huyết: thời gian, vị trí, biểu hiện .
- Triệu chứng đi kèm: sốt, ói, nhức đầu.
- Trong vòng 6 tuần trở lại:
 - + Trẻ có bị sốt, ho, sổ mũi, hay phát ban
 - + Chủng ngừa
 - + Dùng thuốc: Quinine, Sulfonamide, Aspirine
- Trẻ < 6 tháng: mẹ có tiền căn xuất huyết, dùng thuốc, dị ứng bệnh tự miễn.

Khám lâm sàng:

- Ghi nhận: tổng trạng, tri giác, mạch huyết áp, nhịp thở nhiệt độ.
- * Tìm dấu hiệu xuất huyết:
 - Xuất huyết dai dạng điễm, đốm hay mảng bầm.
 - Xuất huyết niêm mạc: mắt, mũi, miệng.
 - Xuất huyết nội tạng tiêu hóa, tiết niệu, não màng não, xuất huyết võng mạc qua soi đáy mắt.
- Đánh giá độ nặng xuất huyết
 - Nặng: xuất huyết não, võng mạc, tiêu hóa, tiết niệu, rong kinh, thiếu máu nặng.
 - Trung bình: xuất huyết niêm mạc mắt, mũi, họng, xuất huyết da nhiều toàn thân.

- Nhẹ: xuất huyết da rải rác, không xuất huyết niêm mạc .

- Khám tìm gan, lách hạch thường không to

- Tìm dị dạng bẩm sinh: bất thường ở da, tai, xương để loại giảm tiểu cầu bẩm sinh.

- Soi đáy mắt: khi có nhức đầu, ói, lơ mơ hay bỏ ăn để tìm dấu phù gai hay xuất huyết võng mạc.

❖ **Xét nghiệm Cận lâm sàng:**

+ PTCSHH

+ Đông máu cơ bản: QT, APTT, Tỷ prothrombin, Fibrinogen.

+ Huyết đồ, tủy đồ.

+ Siêu âm bụng

+ Siêu âm thóp, CT-sanner sọ não: nếu có dấu hiệu thần kinh bất thường.

- ❖ **Chẩn đoán xác định:** xuất huyết da niêm gan lách không to và không sốt; tiểu cầu < 100.000/mm³, hồng cầu và bạch cầu bình thường, tủy đồ dòng mẫu tiểu cầu tăng sinh hay bình thường.

- ❖ **Chẩn đoán có thể:** xuất huyết da niêm gan lách không to và không sốt tiểu cầu < 100.000/mm³, phết máu thấy hồng cầu và bạch cầu bình thường.

- ❖ **Chẩn đoán phân biệt:**

- Sốt xuất huyết: sốt cao liên tục 2-7 ngày, xuất huyết da niêm gan to đau, sốt vào ngày thứ 4 – 5, Hct tăng, tiểu cầu giảm.

- Nhiễm trùng huyết não mô cầu: sốt tử ban hoại tử ở trung tâm, lan nhanh, sốt vào ngày 2-3 của bệnh, phết tử ban hay cấy máu dương tính.

- Hemophilie: bệnh nhân nam, xuất huyết da dạng mảng lớn, tụ máu, xuất huyết khớp. Tiểu cầu bình thường, TQ bình thường, TCK dài, định lượng VIII, IX.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Xuất huyết giảm tiểu cầu cấp

Nguyên tắc điều trị:

- Dùng thuốc ức chế miễn dịch.
- Điều trị triệu chứng giảm tiểu cầu.
- Phòng ngừa tai biến xuất huyết.

3.1.1. Điều trị đặc hiệu

- Xuất huyết nhẹ, tiểu cầu $> 20.000/mm^3$ không cần dùng corticoides, nhưng cần theo dõi sát diễn tiến lâm sàng nếu mới phát bệnh.

- Xuất huyết nhẹ + tiểu cầu $< 20.000/mm^3$ hay xuất huyết trung bình + tiểu cầu $< 50.000/mm^3$ có chỉ định corticoides uống liều Prednisone 2mg/kg/ngày (tối đa 60-80mg/ngày) trong 21 ngày hay đến khi tiểu cầu $> 150.000/mm^3$ sau đó giảm 1mg/kg/ngày trong 1-2 tuần kế tiếp 0,5mg/kg/ngày trong 1-2 tuần. Hay Prednisone 4mg/kg/ngày trong 7 ngày, sau đó giảm dần liều sau mỗi 7 ngày và ngưng hẳn trong 21 ngày.

- Xuất huyết nặng và tiểu cầu $< 20.000/mm^3$: Methylprednisolone 30mg/kg/ TM chậm một lần hoặc 10mg/kg/24 giờ chia 2 lần tiêm tĩnh mạch trong 3 ngày.

- Xuất huyết nguy kịch trầm trọng: phối hợp Immunoglobuline, và Methylprednisolone 30mg/kg/ngày trong 1-3 ngày cho tới khi tiểu cầu trên 20.000-30.000/mm, đồng thời truyền tiểu cầu đậm đặc.

3.1.2. Điều trị triệu chứng

a) Truyền tiểu cầu: cần hạn chế do bị kháng thể phá hủy rất nhanh và đời sống tiểu cầu ngắn, chỉ định khi:

- Tiểu cầu $< 10.000/mm^3$
- Tiểu cầu $< 50.000/mm^3$ kèm xuất huyết nặng đe dọa tính mạng hay cần phẫu thuật hoặc thủ thuật xâm lấn.
- Tiểu cầu $< 20.000/mm^3$ + xuất huyết mức độ trung bình không cải thiện với dùng corticoides. Liều lượng: 1 đơn vị/5-7 kg cân nặng. Kiểm tra lại tiểu cầu 1 giờ sau truyền, 24 giờ, 3 ngày sau.

b) Truyền máu tươi: khi có thiếu máu cấp, Hct $< 25\%$.

Lượng 10ml-15ml/kg

3.1.3. Điều trị hỗ trợ:

Bệnh nhân cần được nghỉ ngơi, hạn chế hoạt động có thể gây té, chấn thương đưa đến xuất huyết não, bụng trong giai đoạn cấp tính của bệnh. Tránh tiêm bắp, lấy máu tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch cổ. Không dùng các thuốc chống kết tập tiểu cầu như Aspirin...

3.2. Điều trị XHGTC tái phát sau điều trị lần đầu.

Tấn công lại lần thứ hai thuốc đã điều trị lần đầu sau đó giảm liều dần (liều Prednisone 2mg/kg/ngày x 1-2 tuần, kế tiếp 1mg/kg/ngày x 1-2 tuần và Nếu không đáp ứng có thể dùng thay thế corticoid bằng Immunoglobuline 0,5mg/kg/ngày) hay ngược lại.

3.3. Điều trị XHGTC mãn tính.

3.1.1. Định nghĩa: Tiểu cầu giảm $<150.000/mm^3$ trên 6 tháng sau phát bệnh.

3.3.2. Mục tiêu điều trị: ngừa xuất huyết niêm mạc và giữ tiểu cầu $>20.000/mm^3$.

3.3.3. Các biện pháp điều trị:

a. Xuất huyết nhẹ và tiểu cầu $<20.000/mm^3$ HOẶC xuất huyết trung bình và tiểu cầu $<30.000/mm^3$

- Prednisone: 4mg/kg/ngày trong 4 ngày, hay prednisone 2mg/kg/ngày trong 7 ngày. Sau đó, nếu tiểu cầu còn giao động thấp $<20.000/mm^3$ xuất huyết nhẹ có thể duy trì prednisone 0,2mg/kg/ngày.

- Cắt lách:

- ❖ Chi định

- XHCTCMD >1 năm + đang xuất huyết + tiểu cầu $<10.000/mm^3$ bệnh nhân trên 5 tuổi. HAY:

- XHGTCMD >1 năm + đang xuất huyết + tiểu cầu 10.000 - 30.000/mm³ ở bệnh nhân >8 tuổi.

3.3.4. Điều trị hỗ trợ:

Khi trẻ có tiểu cầu $< 30.000/mm^3$ cần hạn chế các trò thể thao có tranh chấp như đá banh, bóng rổ, hockey. Trẻ có thể bơi lội hay đi xe đạp .

6. TÁI KHÁM.

- Thời gian tái khám: 2 tuần sau xuất viện và mỗi tháng trong 6 tháng liên tiếp.
- Nội dung tái khám: cân, huyết áp, dấu xuất huyết, đếm tiểu cầu.

HENOCH-SCHONLEIN Ở TRẺ EM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ban xuất huyết Henoch-Schonlein còn được gọi là viêm mạch máu IgA, là một thể viêm mạch máu có biểu hiện toàn thân thường gặp nhất ở trẻ em. Bệnh được đặc trưng bằng viêm mạch máu nhỏ với lắng đọng ưu thể ảnh hưởng chủ yếu ở da, ruột, khớp và các cầu thận.

- Bệnh có thể gặp ở trẻ từ 3 – 15 tuổi, đỉnh cao từ 4 - 6 tuổi.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1.. Hỏi bệnh:

- Lý do khám bệnh: xuất hiện ban xuất huyết, đau bụng lan tỏa, các biểu hiện tổn thương tại thận (hội chứng thận hư, hội chứng viêm cầu thận, tiểu máu vi thể/ đại thể, tiểu đạm...) hoặc ít gặp hơn là các biểu hiện ở phổi (xuất huyết phế nang lan tỏa), thần kinh (nhức đầu, co giật, bệnh lý não...), đau do viêm tinh hoàn.

- Tiền sử về bệnh lý huyết học, tổn thương thận.

2.2. Khám lâm sàng

- Ban xuất huyết: dát hồng ban tiến triển tới xuất huyết, nổi gờ lên bề mặt da, phân bố đối xứng chủ yếu ở hai mông, mặt dưới của cẳng chân, cẳng tay (không có ở thân mình).

- Khớp: đau khớp, phù mô mềm quanh khớp nhưng không kèm đỏ, nhạy đã và tràn dịch khớp, thường ảnh hưởng các khớp lớn hai chi dưới.

- Các biểu hiện tổn thương thận phủ, cao huyết áp, tiểu máu. Đa số biểu hiện tổn thương thận (84%) xuất hiện trong vòng 4 tuần và 97% xuất hiện trong vòng 6 tháng sau nổi ban xuất huyết.

2.3. Cận lâm sàng.

- + PTCSHH

- + Chức năng thận

- + RF, ASLO (Trường hợp có viêm khớp)

- + Chức năng đông máu: Loại trừ bệnh lý huyết học
- + Tổng phân tích nước tiểu
- + Siêu âm bụng.

2.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán ban xuất huyết Henoch-Scholein theo EULARIPRES.

Ban xuất huyết điển hình (tiêu chuẩn bắt buộc) và ít nhất 1 trong 4 biểu hiện:

- Viêm khớp hoặc đau khớp.
- Đau bụng lan tỏa.
- Các biểu hiện tổn thương thận.
- Lắng đọng IgA ưu thế trên bất kỳ mô sinh thiết.

2.5. Chẩn đoán phân biệt

- Xuất huyết giảm tiểu cầu.
- Lupus ban đỏ hệ thống.
- Viêm đa động mạch vi thể.
- Đau bụng cấp do nguyên nhân ngoại khoa.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc

- Điều trị triệu chứng
- Điều trị corticosteroid cho các tổn thương ngoài thận nặng
- Điều trị corticosteroid và thuốc ức chế miễn dịch khác dựa trên độ nặng viêm thận.

3.2. Điều trị cụ thể

a. Các tổn thương ngoài thận

- **Thuốc giảm đau**

- Chỉ định: đau khớp nặng và/hoặc viêm khớp.

Paracetamol 10-15 mg/kg/lần x 3 lần/ngày hoặc Ibuprofen 5-10 mg/kg/lần x 3 lần/ngày (nếu không viêm thận hoặc xuất huyết tiêu hóa).

• **Corticosteroid:** Chỉ định

- Đau bụng nặng và/hoặc xuất huyết tiêu hóa.
- Viêm tinh hoàn.
- Viêm mạch máu não.
- Xuất huyết phổi.
- Các biểu hiện viêm mạch máu nặng ở các cơ quan khác.

Prednisone 1-2 mg/kg/ngày, chia 2 lần/ngày hoặc khởi đầu bằng Methylprednisolone 10 - 30 mg/kg/ngày (tối đa 1 g/ngày) x 3 ngày cho các trường hợp nặng.

Corticosteroid được sử dụng trong 1 - 2 tuần tùy đáp ứng lâm sàng và giảm liều dần rồi ngưng trong 2 tuần tiếp theo.

b. Tồn thương thận

• **Viêm thận nhẹ:**

- Prednisone 1 - 2 mg/kg/ngày x 4 tuần, giảm liều 5 mg/ngày mỗi 2 tuần theo đáp ứng đạm niệu, thời gian điều trị 3 - 6 tháng.

- Thuốc ức chế men chuyển angiotensine và/ hoặc ức chế thụ thể angiotensine II cho các trường hợp tiểu đạm kéo dài.

• **Viêm thận trung bình:**

- Methylprednisolone 1g/ 1,73 m²/ngày x 3 ngày, sau đó Prednisone 1-2 mg/kg/ngày x4 tuần, giảm liều dần 5mg/ ngày mỗi 4 tuần tới liều tối thiểu cần thiết để kiểm soát bệnh VÀ Mycophenolate mofetil 1,2 g/m² /ngày chia 2 lần

• **Viêm thận nặng:**

- Methylprednisolone 1 g/1,73 m²/ngày × 3 ngày sau đó Prednisone 1-2 mg /kg/ngày x 4 tuần, giảm liều dần 5 mg/ngày mỗi 4 tuần tới liều tối thiểu để kiểm soát bệnh VÀ

- Sydophosphamide 500 - 1.000mg /m² TTM mỗi tháng × 6 tháng, duy trì sau đó bằng Mycophenolate mofetil 1,2 g/m²/ngày, chia 2 lần.

VIÊM KHỚP TỰ PHÁT THIẾU NIÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: Viêm khớp tự phát thiếu niên là một bệnh viêm khớp mạn tính, xảy ra ở trẻ dưới 16 tuổi, không rõ căn nguyên, thời gian tồn tại của viêm khớp ít nhất trên 6 tuần, đã loại trừ được các căn nguyên khác gây viêm khớp.

Viêm khớp được xác định là:

- Sung khớp hoặc có tràn dịch trong khớp.
- Hoặc có ít nhất 2 dấu hiệu sau: đau khớp hoặc đau khi vận động, giới hạn vận động khớp, biểu hiện tăng nóng tại khớp.

1.2. Nguyên nhân gây bệnh: Nguyên nhân chính xác gây bệnh hiện chưa xác định được. Nhưng đây là một bệnh tự miễn với đặc trưng ở một gen hoặc một nhóm gen với sự liên quan cả yếu tố môi trường như chấn thương, nhiễm khuẩn, stress. HLA DR 5 và HLA DR 8 gặp ở trẻ gái, tuổi khởi bệnh nhỏ, ở thể viêm ít khớp. HLA DR 4 liên quan với thể viêm đa khớp RF (+). HLA B27 liên quan với thể viêm điểm bám gân khởi bệnh muộn ở trẻ trai.

1.3. Phân loại: Hiện nay theo phân loại của hội thấp khớp học quốc tế người ta đã phân loại viêm khớp tự phát thiếu niên thành 7 thể lâm sàng như sau: thể bệnh được xác định là thể có biểu hiện lâm sàng trong 6 tháng đầu của bệnh.

- + Viêm khớp hệ thống
- + Viêm ít khớp
- + Viêm đa khớp RF (-)
- + Viêm đa khớp RF (+)
- + Viêm khớp vảy nến
- + Viêm điểm bám gân
- + Viêm khớp không phân loại.

1.4. Biểu hiện lâm sàng:

- Đau khớp, sưng khớp do viêm khớp là tiêu chuẩn để chẩn đoán. Số khớp viêm tùy thuộc từng thể lâm sàng theo chẩn đoán của ILAR.

- Cứng khớp buổi sáng (có thể xảy ra vài chục phút đến vài giờ)

- Biểu hiện đau khớp ở trẻ nhỏ đôi khi chỉ là trẻ dễ bị kích thích, từ chối việc đi lại hoặc sử dụng chi bị đau, thay đổi về hành.

- Một số triệu chứng khác như: chán ăn, mệt mỏi, ít hoặc không hoạt động, đau khớp vào ban đêm, chậm lớn.

- Một số đặc điểm liên quan với thời gian viêm khớp mạn tính khác như: Sốt, phát ban, gan lách hạch to, tràn dịch các màng, nốt thấp, viêm mạch, chậm lớn.

1.5. Các xét nghiệm cận lâm sàng

+ PTCSHH

+ VSS, Phản ứng CRP

+ RF, ASLO

+ X-quang khớp tổn thương.

+ Điện tim, siêu âm tim (loại trừ yếu tố thấp).

1.6. Chẩn đoán phân biệt:

- Phân biệt với bệnh lý về khớp: bệnh tự viêm, bệnh thấp khớp cấp, Lupus ban đỏ, viêm đa cơ, viêm da cơ, viêm mạch, xơ cứng bì, bệnh hỗn hợp của mô liên kết, bệnh Kawasaki, tiền sử có liên quan các bệnh có liên quan HLA B 27 (+)

- Viêm khớp phản ứng sau nhiễm trùng

- Hội chứng Behcet

- Phân biệt với bệnh nhiễm trùng: viêm khớp nhiễm khuẩn khi tổn thương tại 1 khớp thường do Haemophilus influenzae typ B, lậu cầu đặc biệt ở tuổi vị thành niên hoặc tụ cầu có thể xảy ra bất cứ vị trí nào.

- Phân biệt với viêm khớp do viruts hoặc viêm khớp phản ứng sau nhiễm virut (Parvovirut, rubella, Viêm gan B), sau nhiễm khuẩn đường tiêu hóa (Shigella, Salmonella, Campylobacter, hoặc Yersinia ...)

- Bệnh ác tính như bạch cầu cấp, u lympho, neuroblastoma, u xương nguyên phát.

- Bệnh lý không có viêm như sau chấn thương, osteochondroses, bệnh Hemophilia hoặc một số bệnh lý khác: Sarcoidosis, rối loạn mô liên kết, đau xương phát triển, dị vật trong khớp.

2. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán viêm khớp thiếu niên là một chẩn đoán loại trừ, chủ yếu dựa vào lâm sàng, khai thác tiền sử, thăm khám lâm sàng.

- Cận lâm sàng: không có một test nào có thể xác định chắc chắn, bệnh nhân có thể có thiếu máu, tăng số lượng bạch cầu chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính, tăng số lượng tiểu cầu và CRP, tốc độ máu lắng, xét nghiệm RF.

3. TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ

Đây là một bệnh lý mạn tính phải điều trị lâu dài. Điều trị bước đầu nên thận trọng để tránh nhầm lẫn với những tổn thương khớp do các căn nguyên khác. Bệnh nhân cần được xếp loại theo thể lâm sàng. Tiếp cận từng bước theo các thể lâm sàng và mức độ hoạt động của bệnh cũng như mức đáp ứng điều trị của từng bệnh nhân.

Điều trị bước 1 (Basic therapy):

- Paracetamol liều: 60mg/kg/ngày
- Opioid nhẹ (codein): 0,5 – 1mg/kg/ 4-6giờ 1 lần, tối đa 3mg/kg/ngày.
- Thuốc chống viêm non steroid bao gồm các thuốc sau:
 - + Celecoxib: 2 – 4 mg/kg, uống 2 lần/ ngày
 - + Diclophenac: 1mg/kg, ngày dùng 2 lần
 - + Meloxicam liều 0,15 – 0,3 mg/kg, ngày dùng 1 lần
 - + Naproxen liều 5 – 7,5mg/kg, ngày dùng 2 lần
 - + Piroxicam liều 0,2 – 0,4 mg/kg, dùng 1 lần/ ngày.

Điều trị bước 2 (Advanced therapy)

- Corticoid tại khớp, hoặc toàn thân

-Thuốc chống thấp tác dụng chậm (MTX, sulfasalazin hydroxychloroquine, leflunomid)

- Nhóm sinh học (kháng TNFalpha, kháng IL1, IL6)

- Khám mắt định kỳ theo hẹn để kiểm tra viêm màng bồ đào.

CHƯƠNG 9: TRUYỀN NHIỄM

VIÊM MÀNG NÃO NHIỄM KHUẨN

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm màng não nhiễm khuẩn (VMNNK) (Bacterial meningitis) là tình trạng nhiễm khuẩn màng não do các tác nhân gây bệnh là một số loại vi khuẩn xâm nhập vào màng não gây nên. Là một trong những bệnh cấp cứu nguy hiểm, thường gặp ở trẻ em, nhiều nhất là ở lứa tuổi dưới 3 tuổi, tỷ lệ tử vong và di chứng khá cao.

1. NGUYÊN NHÂN

Căn nguyên gây VMNNK hay gặp theo tuổi như sau:

- Trẻ dưới 1 tháng tuổi: Streptococcus agalactiae, Escherichia coli, Listeria monocytogenes, Klebsiella species....

- Trẻ từ 1 tháng đến 23 tháng: Phế cầu (Streptococcus pneumoniae), não mô cầu (Neisseria meningitidis), S.agalactiae, Haemophilus influenzae, E. coli..

- Trẻ > 2 tuổi: Phế cầu, não mô cầu..

2. CHẨN ĐOÁN

a) Chẩn đoán xác định

Phải dựa trên các biểu hiện lâm sàng và kết quả xét nghiệm dịch não tủy.

b) Biểu hiện lâm sàng

- Sốt, hội chứng nhiễm trùng: thường sốt cao đột ngột, có thể kèm viêm long đường hô hấp trên, quấy khóc hoặc li bì, mệt mỏi, ăn hoặc bú kém, da xanh tái.

- Hội chứng màng não:

+ Các dấu hiệu cơ năng: nôn tự nhiên và buồn nôn, đau đầu (ở trẻ nhỏ thường quấy khóc hoặc khóc thét từng cơn), táo bón (ở trẻ nhỏ thường gặp tiêu chảy), có thể có biểu hiện sợ ánh sáng, nằm tư thế cò súng.

+ Các dấu hiệu thực thể: gáy cứng (ở trẻ nhỏ có thể gặp dấu hiệu cổ mềm), dấu hiệu Kernig, Brudzinsky, vạch màng não... dương tính.

+ Trẻ nhỏ còn thóp thường có dấu hiệu thóp trước phồng hoặc căng, li bì, mắt nhìn vô cảm.

- Các biểu hiện khác:

+ Co giật.

+ Liệt khu trú.

+ Rối loạn tri giác – hôn mê.

+ Ban xuất huyết hoại tử hình sao (gặp trong nhiễm não mô cầu).

+ Các dấu hiệu của shock nhiễm khuẩn.

c) Cận lâm sàng

+ PTCSHH, Glucose máu (so sánh Glucose dịch não tủy)

+ Điện giải đồ (ngghi ngờ có rối loạn điện giải)

+ Khí máu (nếu có suy hô hấp)

+ Dịch não tủy

+ Ngoài ra có thể chụp cộng hưởng từ, cắt lớp vi tính sọ não, siêu âm qua thóp để chẩn đoán nguyên nhân và chẩn đoán PB.

Chẩn đoán phân biệt

- Cần phân biệt với sốt cao co giật, động kinh, các viêm màng não do căn nguyên virus, lao...

- Đặc biệt ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần chú ý phân biệt với các xuất huyết não – màng não, tình trạng nhiễm khuẩn nặng như viêm phế quản phổi nặng, nhiễm khuẩn huyết.

3. ĐIỀU TRỊ

a) Nguyên tắc chung

- Viêm màng não nhiễm khuẩn là một trong các bệnh cấp cứu, cần được định chẩn đoán, điều trị kịp thời và theo dõi chặt chẽ tiến triển của bệnh tại cơ sở y tế.

- Liệu pháp kháng sinh cần được chỉ định đúng, càng sớm càng tốt ngay khi xác định chẩn đoán.

- Trong những trường hợp bệnh nặng, các biện pháp điều trị tích cực và hỗ trợ là hết sức quan trọng để cứu sống người bệnh và giảm thiểu các di chứng.

b) Liệu pháp kháng sinh

- Khi chưa xác định được chính xác căn nguyên vi khuẩn, liệu pháp kháng sinh được chỉ định theo lứa tuổi bệnh nhân, cụ thể như sau:

Bảng 1. Liệu pháp kháng sinh điều trị VMNNK khi chưa xác định căn nguyên

Lứa tuổi	Kháng sinh	Liều lượng (mg/kg/24h)	Cách dùng	Thời gian (ngày)
Trẻ < 1 tháng tuổi	Ceftriaxone/ Cefotaxime + Ampiciline Hoặc: Ampiciline + Gentamicin	100mg 200 – 300mg 200-300 mg 200-300 mg 5mg	TM chia 1-2 lần TM chia 4 lần TM chia 4 lần TM chia 4 lần IV TM/TB 1 lần	7-21 ngày (tuỳ theo căn nguyên và tiến triển)
Trẻ > 1 tháng tuổi	Ceftriaxone/ Cefotaxim + Vancomycin	100mg 200 – 300mg 60mg	TM chia 1 -2 lần TM chia 4 lần TM chia 4 lần	

Khi không đáp ứng đối kháng sinh phổ rộng bao vây phế cầu và *H. Influenzae*

- Liệu pháp kháng sinh khi đã xác định được căn nguyên gây VMNNK:

+ Với phế cầu (*S.Pneumoniae*): nếu vi khuẩn còn nhạy cảm với Penicilin với MIC <0,1µg/ml: Dùng Penicilin G tiêm TM chậm liều 250.000UI/kg/24h chia 6 giờ/lần.

+ Nếu không làm được hay không có kháng sinh đồ và MIC nồng độ ức chế tối thiểu (MIC) >0,1µg/ml cần dùng Cefotaxime hoặc Ceftriaxone (theo bảng 1), phối hợp

với Vancomycine 60mg/kg/24h chia 4 lần truyền tĩnh mạch, hoặc Rifampicin 20mg/kg chia 2 lần uống. Thời gian điều trị thường phải kéo dài từ 10-14 ngày.

+ Với *H. Influenzae*: dùng Cefotaxime hoặc Ceftriaxone (theo bảng 1). Thời gian điều trị thường từ 7-10 ngày. Nếu không đáp ứng thay thế bằng cefepim hoặc Ciprofloxacin hoặc Meropenem

+ Với não mô cầu (*N. Meningitidis*): Penicillin G 250000UI/kg/24h; hoặc Ampicillin 200mg/kg/24h TM chia 4 lần. Cũng có thể dùng Cefotaxime hoặc Ceftriaxone. Thời gian điều trị thường từ 5 - 7 ngày.

+ Với các loại trực khuẩn đường ruột Gr (-): dùng Cefotaxime hoặc Ceftriaxone phối hợp với Gentamycin. Thời gian điều trị thường kéo dài hơn tới 3 tuần.

+ Riêng với *Listeria* cần dùng Benzyl Penicilin hoặc Ampicillin hoặc kết hợp Gentamicin cho những trường hợp nặng. Thời gian điều trị thường từ 2-3 tuần.

+ Chú ý: Trên những trường hợp bệnh nhân VMNNK có biểu hiện suy gan, suy thận liều kháng sinh sử dụng cần được cân nhắc, tính toán cụ thể tùy theo mức độ suy gan, thận và tình trạng bệnh VMNNK.

- Điều trị phối hợp

+ Nếu bệnh nhân hôn mê hoặc có dấu hiệu nhiễm khuẩn nặng, đe dọa shock nhiễm khuẩn cần được điều trị, chăm sóc tại phòng cấp cứu hoặc điều trị tích cực.

+ Nếu bệnh nhân có co giật: cắt cơn giật bằng Seduxen. Phòng co giật bằng Barbituric (Gardenal), kết hợp với việc dùng thuốc hạ nhiệt, chống phù não, cân bằng nước, điện giải và thăng bằng toan kiềm khi cần thiết.

+ Nếu bệnh nhân có suy hô hấp cần được cho thở oxy hoặc hô hấp hỗ trợ, kể cả cho thở máy khi có chỉ định.

+ Chống viêm bằng Dexamethason liều 0,2-0,4 mg/kg/ngày chia 2 lần tiêm tĩnh mạch chậm trong 3 ngày đầu cho những trường hợp nặng.

+ Chế độ chăm sóc và nuôi dưỡng: bảo đảm thông khí, chống ứ đọng đờm rãi (hút đờm rãi, vỗ rung, đặt tư thế nằm nghiêng, đầu thấp...). Nếu bệnh nhân không ăn được cần cho ăn qua sonde và nuôi dưỡng hỗ trợ bằng đường tĩnh mạch.

4. BIẾN CHỨNG

- Tràn dịch dưới màng cứng, ổ absces nội sọ
- Úc dịch não thất do dính tắc
- Các biến chứng khác có thể gặp là bại não, động kinh, điếc hay giảm thính lực

v.v

5. TIÊU CHUẨN KHỎI BỆNH HOÀN TOÀN

- Trẻ hết sốt
- Lâm sàng hoàn toàn bình thường ít nhất 3 ngày;
- Dịch não tủy trở về ngưỡng bình thường.

6. PHÒNG BỆNH

- Tiêm vaccin Hib cho tất cả các trẻ em (3 liều, lúc 2, 4 và 6 tháng).
- Vaccin phế cầu: bắt đầu tiêm cho trẻ từ 2 tháng tuổi.
- Vaccin não mô cầu: hiện đã có vaccin phòng bệnh não mô cầu nhóm A,B,C.

Chỉ định tiêm tùy theo loại vaccin và lứa tuổi.

BỆNH TAY - CHÂN - MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh tay-chân-miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do vi rút đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là Coxsackie virus A16 và Enterovirus 71 (EV71).

- Biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị trí đặc biệt như niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não-màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời. Các trường hợp biến chứng nặng thường do EV71.

- Bệnh lây chủ yếu theo đường tiêu hoá. Nguồn lây chính từ nước bọt, phỏng nước và phân của trẻ nhiễm bệnh.

- Bệnh tay-chân-miệng gặp rải rác quanh năm ở hầu hết các địa phương.

- Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán: Dựa vào triệu chứng lâm sàng và dịch tễ học.

- Yếu tố dịch tễ: Căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh.

- Lâm sàng: Phỏng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không.

2.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu

- Các xét nghiệm chẩn đoán biến chứng (nếu có)

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh có biểu hiện loét miệng

- Các bệnh có phát ban da
- Viêm não-màng não
- Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi.

2.4. Biến chứng

- Biến chứng thần kinh
- Biến chứng tim mạch, hô hấp

2.5. Phân độ lâm sàng

- **Độ 1:** Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da.
- **Độ 2:**
 - + **Độ 2a:** Có một trong các dấu hiệu sau:
 - Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám
 - Sốt trên 2 ngày, hay sốt trên 39°C, nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ
 - + **Độ 2b:** có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2 :

Nhóm 1: Có một trong các biểu hiện sau:

- Giật mình ghi nhận lúc khám.
- Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần /30 phút.
- Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau:
 - + Ngủ gà.
 - + Mạch nhanh > 130 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).

Nhóm 2: Có một trong các biểu hiện sau:

- Sốt cao $\geq 39,5^\circ\text{C}$ (đo nhiệt độ hậu môn) không đáp ứng với thuốc hạ sốt.
- Mạch nhanh > 150 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
- Thất điều: run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng.

- Rung giật nhãn cầu, lác mắt.
 - Yếu chi hoặc liệt chi.
 - Liệt thân kinh sợ: nuốt sặc, thay đổi giọng nói...
 - **Độ 3:** có các dấu hiệu sau
 - Mạch nhanh > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
 - Một số trường hợp có thể mạch chậm (dấu hiệu rất nặng).
 - Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.
 - HA tâm thu tăng:
 - + Trẻ dưới 12 tháng HA > 100 mmHg.
 - + Trẻ từ 12 tháng đến dưới 24 tháng HA > 110 mmHg.
 - + Trẻ từ trên 24 tháng HA > 115 mmHg.
 - Thở nhanh, thở bất thường: Cơ ngưng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, hò khè, thở rít thì hít vào.
 - Rối loạn tri giác (Glasgow < 10 điểm).
 - Tăng trương lực cơ.
 - **Độ 4:** có một trong các dấu hiệu sau
 - Sốc.
 - Phù phổi cấp.
 - Tím tái, SpO₂ < 92%.
 - Ngưng thở, thở nấc.
- ### 3. ĐIỀU TRỊ
- #### 3.1. Nguyên tắc điều trị
- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ.

- Theo dõi sát, phát hiện sớm, phân độ đúng và điều trị phù hợp.

3.2. Điều trị cụ thể:

3.2.1. Độ 1: Điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở.

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi. Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.

- Hạ sốt khi sốt cao bằng Paracetamol, Ibuprofen.

- Vệ sinh răng miệng.

- Nghỉ ngơi, tránh kích thích.

- Tái khám mỗi 1-2 ngày trong 8-10 ngày đầu của bệnh. Trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt ít nhất 48 giờ.

- Cần tái khám ngay khi có dấu hiệu từ độ 2a trở lên như:

+ Sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$.

+ Thở nhanh, khó thở.

+ Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bứt rứt khó ngủ, nôn nhiều.

+ Đi loạng choạng.

+ Da nổi vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh.

+ Co giật, hôn mê.

3.2.2. Độ 2: Điều trị nội trú tại bệnh viện

3.2.2.1. Độ 2a

- Điều trị như độ 1. Trường hợp trẻ sốt cao không đáp ứng tốt với paracetamol có thể phối hợp với ibuprofen nếu cần (không dùng thuốc nhóm aspirin).

- Thuốc: Phenobarbital 5 - 7 mg/kg/ngày, uống.

3.2.2.2. Độ 2b: Điều trị tại phòng cấp cứu hoặc hồi sức

- Nằm đầu cao 30°. Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút.

- Hạ sốt tích cực nếu trẻ có sốt.

- Thuốc:

+ Phenobarbital

+ Immunoglobulin:

3.2.2.3. Độ 3: Điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực

- Thở oxy qua mũi, nếu đáp ứng kém nên đặt nội khí quản giúp thở sớm.

- Chống phù não

- Phenobarbital Immunoglobulin (Gammaglobulin)

- Dobutamin được chỉ định khi suy tim mạch.

- Milrinone truyền tĩnh mạch

- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm, điều trị hạ đường huyết.

- Điều trị co giật nếu có: Midazolam hoặc Diazepam

3.2.2.4. Độ 4: Điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực

- Đặt Nội khí quản thở máy

- Chống sốc

- Phù phổi cấp

- Điều chỉnh rối loạn kiềm toan, điện giải, hạ đường huyết và chống phù não.

3.3. Tiêu chuẩn xuất viện

Có thể xuất viện khi có đủ 4 điều kiện sau:

- Không sốt ít nhất 24 giờ liên tục (không sử dụng thuốc hạ sốt)

- Không còn các biểu hiện lâm sàng từ độ 2a trở lên ít nhất trong 48 giờ.
- Có điều kiện theo dõi tại nhà và tái khám ngay nếu có diễn tiến nặng (nếu chưa đến ngày thứ 8 của bệnh, tính từ lúc khởi phát).
- Các di chứng (nếu có) đã ổn định: không cần hỗ trợ hô hấp, ăn được qua đường miệng.

4. PHÒNG BỆNH

Nguyên tắc phòng bệnh:

- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh đặc hiệu.
- Áp dụng các biện pháp phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa đối với bệnh lây qua đường tiêu hoá, đặc biệt chú ý tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây.

CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm do vi rút Dengue gây nên. Vi rút Dengue có 4 týp thanh là DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4. Vi rút truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Muỗi *Aedes aegypti* là côn trùng trung gian truyền bệnh chủ yếu.

Bệnh xảy ra quanh năm, thường gia tăng vào mùa mưa. Bệnh gặp ở cả trẻ em và người lớn. Đặc điểm của sốt xuất huyết Dengue là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương, có thể dẫn đến sốc giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu, suy tạng, nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong.

II. DIỄN BIẾN LÂM SÀNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Bệnh thường khởi phát đột ngột và diễn biến qua ba giai đoạn: giai đoạn sốt, giai đoạn nguy hiểm và giai đoạn hồi phục.

1. Giai đoạn sốt

1.1. Lâm sàng

- Sốt cao đột ngột, liên tục.
- Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.
- Da xung huyết.
- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.
- Nghiệm pháp dây thắt dương tính.
- Thường có chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu cam.

1.2. Cận lâm sàng.

+ PTCSHH

+ Test NS1Ag, IgM/IgG

+ GOT, GPT

+ Siêu âm bụng

+ X-quang phổi khi có tràn dịch màng phổi.

2. Giai đoạn nguy hiểm: Thường vào ngày thứ 3-7 của bệnh

2.1. Lâm sàng

a) Người bệnh có thể còn sốt hoặc đã giảm sốt.

b) Có thể có các biểu hiện sau:

- Biểu hiện thoát huyết tương do tăng tính thấm thành mạch (thường kéo dài 24-48 giờ):

+ Tràn dịch màng phổi, mô kẽ, màng bụng, nề mi mắt, gan to, có thể đau.

+ Nếu thoát huyết tương nhiều sẽ dẫn đến sốc với các biểu hiện vật vã, bứt rứt hoặc li bì, lạnh đầu chi, da lạnh ẩm, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu ≤ 20 mmHg), tụt huyết áp hoặc không đo được huyết áp, tiểu ít.

- Xuất huyết:

+ Xuất huyết dưới da: Nốt xuất huyết rải rác hoặc chấm xuất huyết thường ở mặt trước hai cẳng chân và mặt trong hai cánh tay, bụng, đùi, mạng sườn hoặc mảng bầm tím.

+ Xuất huyết ở niêm mạc: Chảy máu mũi, lợi, tiểu ra máu. Kinh nguyệt kéo dài hoặc xuất hiện kinh sớm hơn kỳ hạn.

+ Xuất huyết nội tạng như tiêu hóa, phổi, não là biểu hiện nặng.

c) Một số trường hợp nặng có thể có biểu hiện suy tạng như viêm gan nặng, viêm não, viêm cơ tim. Những biểu hiện nặng này có thể xảy ra ở một số người bệnh không có dấu hiệu thoát huyết tương rõ hoặc không sốc.

2.2. Cận lâm sàng

- Hematocrit tăng so với giá trị ban đầu của người bệnh hoặc so với giá trị trung bình của dân số ở cùng lứa tuổi.

- Số lượng tiểu cầu giảm dưới 100.000/mm³ (<100 G/L).

- Enzym AST, ALT thường tăng.

- Trong trường hợp nặng có thể có rối loạn đông máu.

- Siêu âm hoặc x-quang có thể phát hiện tràn dịch màng bụng, màng phổi.

3. Giai đoạn hồi phục

3.1. Lâm sàng

Sau 24-48 giờ của giai đoạn nguy hiểm, có hiện tượng tái hấp thu dần dịch từ mô kẽ vào bên trong lòng mạch. Giai đoạn này kéo dài 48-72 giờ.

- Người bệnh hết sốt, toàn trạng tốt lên, thèm ăn, huyết động ổn định và tiểu nhiều.

- Có thể có nhịp tim chậm và thay đổi về điện tâm đồ.

- Trong giai đoạn này, nếu truyền dịch quá mức có thể gây ra phù phổi hoặc suy tim.

3.2. Cận lâm sàng

- Hematocrit trở về bình thường hoặc có thể thấp hơn do hiện tượng pha loãng máu khi dịch được tái hấp thu trở lại.

- Số lượng bạch cầu máu thường tăng lên sớm sau giai đoạn hạ sốt.

- Số lượng tiểu cầu dần trở về bình thường, muộn hơn so với số lượng bạch cầu.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ (Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 2009):

- Sốt xuất huyết Dengue.

- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.
- Sốt xuất huyết Dengue nặng.

1.1. Sốt xuất huyết Dengue

a) Lâm sàng

Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày và có ít nhất 2 trong các dấu hiệu sau:

- Biểu hiện xuất huyết có thể như nghiệm pháp dây thắt dương tính, chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu cam.

- Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.
- Da xung huyết, phát ban.
- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.

b) Cận lâm sàng

- Hematocrit bình thường (không có biểu hiện cô đặc máu) hoặc tăng.
- Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc hơi giảm.
- Số lượng bạch cầu thường giảm.

1.2. Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.

Bao gồm các triệu chứng lâm sàng của sốt xuất huyết Dengue, kèm theo các dấu hiệu cảnh báo sau:

- Vật vã, lừ đừ, li bì.
- Đau bụng vùng gan hoặc ấn đau vùng gan.
- Gan to > 2 cm.
- Nôn - nhiều.
- Xuất huyết niêm mạc.
- Tiểu ít.

- Xét nghiệm máu:

+ Hematocrit tăng cao.

+ Tiểu cầu giảm nhanh chóng.

Nếu người bệnh có những dấu hiệu cảnh báo trên phải theo dõi sát mạch, huyết áp, số lượng nước tiểu, làm xét nghiệm hematocrit, tiểu cầu và có chỉ định truyền dịch kịp thời.

1.3. Sốt xuất huyết Dengue nặng

Khi người bệnh có một trong các biểu hiện sau:

- Thoát huyết tương nặng dẫn đến sốc giảm thể tích (Sốc sốt xuất huyết Dengue), ứ dịch ở khoang màng phổi và ổ bụng nhiều.

- Xuất huyết nặng.

- Suy tạng.

a) Sốc sốt xuất huyết Dengue

- Suy tuần hoàn cấp, thường xảy ra vào ngày thứ 3-7 của bệnh, biểu hiện bởi các triệu chứng như vật vã; bứt rứt hoặc li bì; lạnh đầu chi, da lạnh ẩm; mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu ≤ 20 mmHg) hoặc tụt huyết áp hoặc không đo được huyết áp; tiểu ít.

- Sốc sốt xuất huyết Dengue được chia ra 2 mức độ để điều trị bù dịch:

+ Sốc sốt xuất huyết Dengue: Có dấu hiệu suy tuần hoàn, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt hoặc tụt, kèm theo các triệu chứng như da lạnh, ẩm, bứt rứt hoặc vật vã li bì.

+ Sốc sốt xuất huyết Dengue nặng: Sốc nặng, mạch nhỏ khó bắt, huyết áp không đo được.

b) Xuất huyết nặng

- Chảy máu cam nặng (cần nhét gạc vách mũi), rong kinh nặng, xuất huyết trong cơ và phần mềm, xuất huyết đường tiêu hóa và nội tạng, thường kèm theo tình trạng

sốc nặng, giảm tiểu cầu, thiếu oxy mô và toan chuyển hóa có thể dẫn đến suy đa phủ tạng và đông máu nội mạch nặng.

- Xuất huyết nặng cũng có thể xảy ra ở người bệnh dùng các thuốc kháng viêm như acetylsalicylic acid (aspirin), ibuprofen hoặc dùng corticoid, tiền sử loét dạ dày, tá tràng, viêm gan mạn.

c) Suy tạng nặng

- Suy gan cấp, men gan AST, ALT \geq 1000 U/L.
- Suy thận cấp.
- Rối loạn tri giác (Sốt xuất huyết thể não).
- Viêm cơ tim, suy tim, hoặc suy chức năng các cơ quan khác.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt phát ban do virus
- Sốt mò.
- Sốt rét.
- Nhiễm khuẩn huyết do liên cầu lợn, não mô cầu, vi khuẩn gram âm, ...
- Sốc nhiễm khuẩn.
- Các bệnh máu.
- Bệnh lý ổ bụng cấp, ...

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue:

Phần lớn được điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở, chú ý theo dõi chặt chẽ phát hiện sớm sốc xảy ra để xử trí kịp thời.

1.1. Điều trị triệu chứng

- Nếu sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$, cho thuốc hạ nhiệt, nới lỏng quần áo và lau mát bằng nước ấm.

- Thuốc hạ nhiệt chỉ được dùng là paracetamol đơn chất, liều dùng từ 10 -15 mg/kg cân nặng/lần, cách nhau mỗi 4-6 giờ.

+ Không dùng aspirin (acetyl salicylic acid), analgin, ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.

1.2. Bù dịch sớm bằng đường uống: Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước oresol hoặc nước sôi để nguội, nước trái cây (nước dừa, cam, chanh, ...) hoặc nước cháo loãng với muối.

2. Điều trị Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo: Nhập viện điều trị

- Chỉ định truyền dịch:

+ Nên xem xét truyền dịch nếu người bệnh không uống được, nôn nhiều, có dấu hiệu mất nước, lừ đừ, hematocrit tăng cao; mặc dù huyết áp vẫn ổn định.

+ Dịch truyền bao gồm: Ringer lactat, NaCl 0,9%.

+ Ở người bệnh ≥ 15 tuổi có thể xem xét ngưng dịch truyền khi hết nôn, ăn uống được.

3. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng: Nhập viện điều trị cấp cứu

4. Tiêu chuẩn cho người bệnh xuất viện

- Hết sốt 2 ngày, tinh táo.

- Mạch, huyết áp bình thường.

- Số lượng tiểu cầu $> 50.000/\text{mm}^3$

9. Phòng bệnh

- Thực hiện công tác giám sát, phòng chống sốt xuất huyết Dengue theo quy định của Bộ Y tế.

- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh.

- Biện pháp phòng bệnh chủ yếu là kiểm soát côn trùng trung gian truyền bệnh như tránh muỗi đốt, diệt bọ gậy (loăng quăng), diệt muỗi trưởng thành, vệ sinh môi trường loại bỏ ổ chứa nước đọng.