



ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
NIÊN KHÓA 2010-2011



NHI KHOA



BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG I
Copyright by group 17-18 - Y05C

MỤC LỤC

NHI CƠ SỞ

NHI CƠ SỞ.....	5
SUY DINH DƯỠNG.....	7
CHỪNG NGỪA.....	9
PHÁT TRIỂN TÂM THẦN VẬN ĐỘNG	11

CẤP CỨU

SHOCK SXH.....	14
SHOCK MÁT MÁU.....	16
SHOCK NHIỄM TRÙNG	18
SHOCK TIM.....	21
SUY HÔ HẤP.....	22
RẮN CẢN.....	25
ONG ĐỐT.....	28
NGỘ ĐỘC	30
CÁCH PHA VÀ SỬ DỤNG THUỐC	33

TIM MẠCH

TIẾP CẬN TIM BẨM SINH.....	Error! Bookmark not defined.
TIẾP CẬN SUY TIM	35
KAWASAKI.....	44
BỆNH VIÊM ĐỘNG MẠCH TAKAYASU	49
BỆNH THẤP	51
VIÊM KHỚP DẠNG THẤP THIỂU NIÊN.....	53

HUYẾT HỌC

HỘI CHỨNG XUẤT HUYẾT	60
XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH.....	61
HEMOPHILIE	63
THIỂU MÁU	65
THIỂU MÁU THIỂU SẮT:.....	67
THALASSEMIA	69
HENOCH SCHONLEIN	72

HÔ HẤP

HEN PHẾ QUẢN	74
VIÊM PHỔI.....	79
VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN	84
VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN CẤP	87

THẬN NIÊU

HỘI CHỨNG THẬN HƯ.....	92
NHIỄM TRÙNG TIÊU (NTT).....	95
VIÊM CẦU THẬN CẤP HẬU NHIỄM LCT.....	99
TIẾP CẬN TIÊU MÁU	100
SUY THẬN CẤP.....	102

SƠ SINH

ĐẶC ĐIỂM BÌNH THƯỜNG CỦA TRẺ SƠ SINH.....	105
VÀNG DA SƠ SINH.....	110
CO GIẬT TRẺ EM.....	114
NHIỄM TRÙNG HUYẾT SƠ SINH.....	118

NHIỄM

SỎI.....	124
THỦY ĐẬU.....	126
TAY CHÂN MIỆNG.....	128
VIÊM MÀNG NÃO MỦ	131

TIÊU HÓA

TIÊU CHẢY	135
-----------------	-----

NHI CƠ SỞ

NHI CƠ SỞ

1. Cân nặng:

Mới sinh: 3.25kg
 5th: gấp 2 lúc sanh
 12th: gấp 3
 24th: gấp 4
 >2t: mỗi năm tăng 2 kg
 6t: 20kg

2. Chiều cao:

Mới sinh: 50cm
 3th: 60
 9th: 70
 12th: 75
 24th: 85
 3t: 95
 4t: 100
 >4t: mỗi năm tăng 5cm

3. Vòng đầu:

Mới sinh: 35cm
 1t: 45cm
 2-5t mỗi năm tăng 2-3cm
 6t: 55cm

4. Vòng cánh tay

Trẻ từ 1 - 5 tuổi : 14 -15 cm
 Nếu số đo dưới 12 cm: SDD nặng

5. Thóp:

Thóp sau: 1-3th
 Thóp trước: 12-18th

6. Mọc răng

Răng sữa:
 6-12th: 8 răng cửa
 12-18th: 4 răng tiền hàm
 18-24th: 4 răng nanh
 24-30th: 4 răng hàm lớn

Răng vĩnh viễn:

6-7t 4 răng hàm
 6-8t 4 răng cửa giữa
 8-9t 4 răng cửa 2 bên
 9-10t 4 răng tiền hàm I
 24-14t 4 răng hàm II
 16-25t 4 răng hàm III

7. Nhu cầu năng lượng:

<3th: 110kcal/kg/d
 3-12th: 100
 1-3t: 95
 3-5t: 90
 5-7t: nữ 85, nam 90
 7-10t: nữ 67, nam 78

Tuổi	Tỷ lệ các chất			Kcal	P:L:G
	Đạm (g)	Béo	Đường		
Bú mẹ	2-2.5				
1-3	4-4.5	4-4.5	12-15	100	1-1-3
4-7	3.5	3.5	12	90	1-1-4
7-12	3	3	12	80	1-1-4
12-17	2.5	2.5	8-10	70	1-1-4
Người lớn	2	2	8	50	1-1-5
	Đạm động vật 50-70%		50% nên từ rau quả		

8. Nước:

10kg đầu: 100ml/kg
 10kg tiếp: 50
 Còn lại: 20

9. Điện giải:

NaCl	0.1g/kg	→ Na 2mEq/kg
Ca	0.3-0.6g	
P	0.15-0.3	Ca/P = 2 hấp thu dễ
K	50-80mg/kg	(1.5mEq/kg)
Fe	1mg/kg	

10. Vitamin/ngày

Tuổi	A (đv)	D (đv)
1-3	2000	400
4-6	2500	50
7-9	3500	
10-12	4000	
13-15	5000	

ĂN DẶM

Bắt đầu: 4-6th

Nguyên tắc:

- ✓ Từ ít tới nhiều
- ✓ Từ loãng tới đặc
- ✓ Tập cho trẻ ăn mọi thức ăn của người lớn
- ✓ Đảm bảo đủ 4 nhóm: bột củ đường, rau trái cây, đạm, dầu mỡ

Chế độ ăn của bé 0-3tuổi

0-2 th	Bú mẹ theo nhu cầu	
3 th	Bú mẹ + 1-2 mcf nước trái cây	
4-5 th	Bú mẹ + 1-2 mcf nước TC	+ 1 chén bột loãng 5% (bột, nước thịt, nước rau)
6-9 th	Bú mẹ + 1/4 trái chuối	+ 2 chén cháo đặc 10% (bột-rau-thịt- dầu)
10-12 th	Bú mẹ + 1/2 trái chuối	+ 3 chén cháo đặc 10%
1-2t	Bú mẹ + 1 trái chuối	+ 4 chén cháo đặc
2-3t	4 chén cơm chia 4 bữa	+ trái cây

SUY DINH DƯỠNG

Phân loại theo Waterlow

	CN/T	$\geq 80\%$	$< 80\%$
CC/T			
	$\geq 90\%$	Trẻ bt	SDD cấp
	$< 90\%$	SDD mạn, di chứng	SDD mạn, tiến triển

Mức độ:

CC/T	CN/CC và CN/T
$\leq 80\%$ SDD nặng	$\leq 60\%$ SDD nặng
81-85 SDD vừa	61-70 SDD vừa
86-<90 SDD nhẹ	71-<80 SDD nhẹ

SDD BÀO THAI

Sinh đủ tháng mà CN < 2500g

Nghân: mẹ tăng k đủ kg, mẹ có bệnh mạn tính (tim, gan, thận, phổi, ĐTĐ, thiếu máu, SDD)

Phân độ:

- ✓ Nhẹ: CN giảm CC bt Vòng đầu bt
- ✓ Vừa: CN giảm CC giảm VĐ bt
- ✓ Nặng: CN giảm CC giảm VĐ giảm + cuống rốn teo nhỏ, vàng

3 THỂ SDD:

1. Thể phù (Kwashiorkor)

❖ Nguyên nhân:

- ✓ Không được nuôi bằng sữa mẹ, fải ăn cháo đặc or bột đặc
- ✓ Sau dứt sữa mẹ chỉ nuôi trẻ bằng chất bột

❖ LS:

- ✓ Phù
- ✓ Rối loạn sắc tố da: Vị trí: nếp gấp cổ, nách, háng, khuỷu, mông...
Dạng: chàm, nốt, hoặc mảng to nhỏ không đều
Tính chất: thay đổi màu: đỏ → nâu → đen
Có nhũ melanin do thiếu dd bị khô, bong tróc, dễ hăm, đỏ loét.
- ✓ Cơ quan khác:
 - Thiếu vitA → mù
 - Tóc thưa, bạc, dễ gãy rụng
 - Răng sậm màu, dễ sâu, dễ rụng, mọc chậm
 - Xương: loãng do thiếu vitD và Ca, cốt hóa chậm, biến dạng, đầu xương dễ bị khoét
 - Gan: to, thoái hóa mỡ
 - Tim: dễ suy tim do thiếu đạm, thiếu máu, vitB1
 - Ruột: Niêm mạc ruột teo, mất nếp nhăn → giảm chức năng hấp thu → RL TH
Giảm nhu động → chướng bụng
 - Tụy: tuyến teo, giảm tiết
 - Não: ảnh hưởng sự trưởng thành của não và trí thông minh

2. Thể teo đét (Marasmus)

❖ Nguyên nhân:

- ✓ Không được nuôi bằng sữa mẹ, fải uống cháo loãng, bột loãng...
- ✓ Bú mẹ nhưng tới tháng 4 k được bổ sung bột, rau, trái cây, béo, đạm, hoặc bổ sung nhưng k đủ chất béo
- ✓ Mắc các bệnh như: sỏi, tiêu chảy... mà mẹ cho trẻ kiêng ăn
- ✓ Sốt kéo dài

❖ **LS:** tốt hơn thể fù, gan tim ít ảnh hưởng,... Nếu điều chỉnh chế độ ăn kịp thời sẽ hồi phục

3. Thể hỗn hợp:

Là thể fù đã được điều trị thành thể teo đét nhưng gan còn to do thoái hóa mỡ hoặc còn RL sắc tố da

4. Điều trị:

SDD nhẹ và vừa:

- ✓ Điều trị tại nhà
- ✓ Chăm sóc bằng tình thương
- ✓ Điều chỉnh chế độ ăn fù hợp

Thể nặng hoặc thể vừa có biến chứng:

Nhập viện, điều trị 12 bước theo WHO

1. Đánh giá điều trị mất nước, điện giải
2. Chẩn đoán và điều trị nhiễm KST
3. Uống Chloroquine/vùng sốt rét
4. Uống vitA liều tấn công
5. Điều trị thiếu máu tới khi Hb đạt 11g%

Hb ≤ 3: truyền máu 10-20ml/kg/lần

Hb > 3: >3tuổi: FeSO4 50mg/kg/d

<3t: siro Fe 1-2ml/kg/d (5ml=60mg Fe)

k (u) được: Imferon TB khởi đầu 1ml, tăng dần, max 5ml

Số ml = 2/3cân nặng (1ml=50mg Fe)

Kết hợp ăn giàu Fe

6. KCl 1g/d x 7

Mg 0.5g/d x 7

7. Acid folic 5mg/d x 7

8. Uống đa sinh tố

9. Cho ăn càng sớm càng tốt bằng sữa giàu năng lượng kết hợp chế độ ăn theo tuổi

10. Điều trị các biến chứng: hạ nhiệt độ, ĐH, Ca

11. Chăm sóc bằng tình thương

12. Hẹn tái khám

VitA liều tấn công:

< 1tuổi: uống vitA tổng 300k đơn vị chia 3 lần, mỗi lần 100k đv

✓ L1: ngay khi nhập viện

✓ L2: ngày 2 NV

✓ L3: Cách L2 10-14ds (tránh ngộ độc vitA)

> 1tuổi: tổng 600k đv uống vào các ngày như trên

Nếu k uống được (ói, tiêu chảy) thì TB với tổng liều = 1/2 liều uống

Phòng ngừa thiếu vitA:

6th/lần

<6ht: 50k đv

6-12th: 100k đv

>12th: 200k đv

CHÚNG NGỪA

1. Lịch TCMR từ 1/6/2010

	Mới sinh	2th	3th	4 th	9 th	18th
Lao	x					
VGSVB	x	x	x	x		
BH-HG-UV		x	x	x		x
Bại liệt		x	x	x		
HIB		x	x	x		
Sởi					x	x

2. Bản chất vaccin

	Siêu vi	Vi khuẩn
Vaccin sống	Sởi, quai bị, rubella, sốt vàng, thủy đậu, cúm qua đường mũi, rota, bại liệt uống	BCG, thương hàn (u)
Vaccin bất hoạt		
Toàn tb	Bại liệt tiêm, VGA, dại	Ho gà, dịch hạch, dịch tả, thương hàn (tiêm)
Thành phần tb		
Tiểu đv	VGB, cúm, ho gà vô bào, HPV	
Toxoid		Bạch hầu, UV
Polychacaride đơn thuần		Phế cầu, não mô cầu, Samonella Typha (Vi)
Polychacaride liên hợp		HIB, phế cầu, não mô cầu

3. Chống CD chung:

Lâu dài:

- ✓ Ung thư
- ✓ Suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải
- ✓ Dị ứng nặng với thành phần vaccin
- ✓ Không chủng BH-HG-UV cho trẻ có: co giật hoặc shock trong vòng 3 ngày sau liều fòng ngừa gần nhất, hoặc trẻ co giật tái đi tái lại hoặc có bệnh lý TK trung ương
- ✓ Không chích vaccin sống cho thai phụ: MMR, OPV, thủy đậu, lao, thương hàn (u)...

Tạm thời

- ✓ Bệnh cấp tính cần NV
- ✓ Đang điều trị UCMD hay cor liều cao và trên 1w

4. Một số CCD riêng

Lao:

Mới sinh < 2500g, sanh non
SGMD, đặc biệt là SGMD tế bào

VGB: dị ứng men bánh mì

BH-HG-UV:

- ✓ Bệnh lý não trong vòng 7 ngày lần chùng trước
- ✓ Thận trọng nếu lần chùng trước có
 - Sốt $\geq 40.5^{\circ}\text{C}$, suy sụp/giống shock, khóc dai dẳng đỡ được $>3\text{h}$ trong vòng 48h
 - Co giật trong vòng 3 ngày
 - \$Guillain Barré trong vòng 6ws

Sởi-quai bị-Rubella:

- ✓ Quá mẫn Neomycin, gelatin
- ✓ Thai kỳ
- ✓ Thận trọng: Trong vòng 3-11 tháng có sử dụng IG
Giảm TC hay bệnh sử có XH giảm TC

Bại liệt dạng uống OPV:

- ✓ Nhiễm HIV hay tiếp xúc thông thường với người HIV, SGMD
- ✓ Thận trọng: có thai

Bại liệt dạng tiêm:

- ✓ Quá mẫn Neomycin, Streptomycin
- ✓ Thận trọng: có thai

5. Không phải chống chỉ định

- ✓ Bệnh nhẹ: viêm hô hấp trên, viêm mũi dị ứng....
- ✓ Sốt nhẹ < 38.5 , nếu sốt nhẹ + bệnh nền nặng \rightarrow trì hoãn chủng
- ✓ Tiêu chảy
- ✓ Điều trị kháng sinh hay gđ hồi phục bệnh
- ✓ Sanh non, SDD
- ✓ Mới tiếp xúc bệnh nhiễm
- ✓ Tiền căn dị ứng không đặc hiệu
- ✓ Dị ứng kháng sinh trừ Neomycin và Streptomycin
- ✓ Gia đình có người lq co giật do vaccin ho gà hay sởi
- ✓ Gđ có trẻ đột tử nghi lq vaccin DTP

6. Biến chứng:

- ✓ Shock phản vệ
- ✓ Sốt: thường gặp \rightarrow lau mát + thuốc
- ✓ Do dịch vụ y tế: Apxe nơi chích do phạm vô khuẩn
- ✓ Viêm hạch do chích BCG quá liều
- ✓ Apxe lạnh do chất bảo quản vaccin là $\text{Al}(\text{OH})_2$ mà k lắc đều cho tan thuốc
- ✓ Biến chứng do vaccin: *ai care thì đọc sách heng*

Giai đoạn	Vận động	Cường cơ	Phối hợp	Lời nói	Quan hệ
Sơ sinh	Pxa nguyên fát: ✓ Bù ✓ Nằm ✓ Moro ✓ Đứng và bước	✓ Giảm trương lực trực → cô mềm, ngã theo chiều nghiêng của thân ✓ Tăng trương lực chi	✓ Kém ✓ Cử động tự fát ✓ Khi nằm ngửa 4 chi tư thế khác nhau	-	✓ Ngủ 20/24h ✓ Giác quan: nghe, ném, ngửi
2th	nt	✓ Cường cơ cổ tăng ✓ Ngóc đầu trong chóc lát ✓ Ngủ 2 chi dưới dưới	nt	-	✓ Nhìn vật trước mặt ✓ Cười mím khi vui thích
3th	Mát 1 số px ✓ Nằm ✓ Bước ✓ Thi 2 Moro	✓ Cường cơ đầu tốt: giữ được đầu và vai ✓ Cường cơ lưng yếu: đặt ngói lưng còn cong	✓ Đón lấy những gi người khác đưa ✓ Cảm đồ vật đưa lên miệng	✓ Rủu rít	✓ Cười ra tiếng
6th	Chi còn px nằm ở chân	✓ CS vững: tự ngồi tựa ✓ Cường cơ chi giâm: đứng được trong chóc lát	✓ Nhặt hòn bi bằng 5 ngón	nt	✓ Pbiệt người quen, lạ ✓ Buồn khi xa mẹ → đi nhà trẻ trước 6th
9th	✓ Láy, trườn, bò giới ✓ Có thể tự vịn bàn đứng lên	Tự ngồi k cần tựa	✓ Nhặt bi 2 ngón ✓ Đập vật vào nhau ✓ Bỏ cái này lấy cái kia	✓ Đơn âm: ba, má, bà...	✓ Vẫy chào, hoan hô, cút bắt
12th	✓ Tập đi lần theo ghé	✓ CS có chiều cong thất lưng	✓ Chông 2 khối vuông ✓ Nhặt bi bỏ vào ly	✓ 2 âm: ba ời, má đầu... ✓ Nhắc lại âm được dạy	✓ Pb khen chê, cảm đoán ✓ Chi tay vào vật mình thích
15th	✓ Đi vững ✓ Chạy vấp ✓ Bò lên cầu thang		✓ Chông 3 khối vuông	nt	✓ Thích chơi tập thể ✓ Ganh tị ✓ Tô mò

2

3

CẤP CỨU

SHOCK PHẢN VỆ

I. Định nghĩa:

Shock chung: Là tình trạng suy tuần hoàn cấp nặng dẫn đến cc oxy và dd cho mô không đủ

Shock phản vệ: Là tình trạng quá mẫn tức thì gây đe dọa tính mạng.

Đáp ứng quá mẫn có 3 mức độ:

- ✓ Phản ứng phản vệ: nổi mề đay, đỏ da, ngứa, đau bụng, nôn ói, mệt, M, HA bt
- ✓ Shock phản vệ
- ✓ Ngưng tim, ngưng thở

II. Chẩn đoán:

Hỏi bệnh: Tiền căn dị ứng (4 bệnh đã học)
Tiếp xúc với dị nguyên vài phút, vài giờ trước

Triệu chứng: -- Da: mề đay, đỏ, ngứa
-- TH: M nhanh nhẹ, HA tụt, hiệu áp rộng, tay chân lạnh, bứt rứt...
-- Hô hấp: nghẹt mũi, khó thở thanh quản (phù nề thanh quản), khò khè (co thắt PQ), tím...
-- Tiêu hóa: ói, đau bụng, tiêu chảy...

III. Xử trí:

1. Ngưng ngay thuốc gây shock
2. Nằm đầu făng
3. Nếu có ngưng thở: thông đường thở, bóp bóng qua mask, đặt NKQ
Nếu có ngưng tim → ấn tim ngoài lồng ngực
4. Adre 1% 0.01 ml/kg (max 0.3ml) TB
Nếu k nhớ liều thì trẻ nhỏ 0.3 ml, trẻ lớn 0.5ml TB (ống 1mg/1ml)
5. Garrot trên nơi tiêm thuốc nếu được
6. Nếu còn shock:
Adre 1% 0.1 ml/kg (max 5ml) TMC mỗi 5-15ph (tùy LS)
Truyền LR 20 ml/kg nhanh
7. Hydrocortisone 5mg/kg IV mỗi 4-6h (*ống 100mg/2ml*)
8. Kháng histamin: Pipolphen 0.5-1 mg/kg TB mỗi 12h (*ống 50mg/2ml*)
9. Nếu có khó thở thanh quản: PKD Adre 0.1% 2-3ml, nếu fail đặt NKQ
Nếu khò khè: PKD β_2 giao cảm
Không có BS điều dưỡng được làm 5 bước đầu

IV. Theo dõi

- ✓ Gd shock: M, HA, NThở, tím, tri giác mỗi 15ph tới ổn định
- ✓ Gd ổn: M, HA, NThở, tím, tri giác, SaO₂ mỗi 1-2h trong 24h
- ✓ Theo dõi tại BV ít nhất 24-48h vì nguy cơ tái shock

SHOCK SXH

I. Chẩn đoán: Tiêu chuẩn WHO 1997

Lâm sàng :

1. Sốt: cao, đột ngột, liên tục 2-7 ngày
2. Xuất huyết
3. Gan to
4. Sốc : Thường N3-N6
Bút rút, da lạnh ẩm, CRT > 2 giây, M nhanh nhẹ, HA kẹt → tụt, NT < 1ml/h

HA kẹt: hiệu áp < 20-25mmHg

HA_{max} tụt: < 5 tuổi < 80mmHg

≥ 5 tuổi < 90mmHg

Cận lâm sàng :

- Thoát huyết tương: Hct tăng ≥ 20% giá trị bt hoặc TDMP, TDMB
- TC ≤ 100.000/mm³

Chẩn đoán :

- SXHDengue : Sốt, XH, thoát huyết tương, TC giảm
- Sốc SXH : All ở trên + shock

Độ I: Lacet (+), bầm chỗ chích
II: XH tự phát
III: shock
IV: M, HA=0

II. Cận lâm sàng:

CTM, NS1, ion đồ, đường huyết, chức năng gan, thận, XQ ngực, SÂ bụng

III. Xử trí:

- ❖ Dấu hiệu chuyển độ → truyền dịch
 - ✓ Trẻ đừ, li bì
 - ✓ Ói nhù
 - ✓ Đau bụng, gan to nhanh
 - ✓ Xuất huyết niêm mạc: ói máu, tiêu máu, chảy máu chân răng
 - ✓ Chi mát, mạch nhanh nhưng HA bt
 - ✓ Máu cô đặc nhù, Hct tăng nhanh

→ NV khi: có dấu chuyển độ, shock, nhà xa, người nhà muốn

IV. Theo dõi:

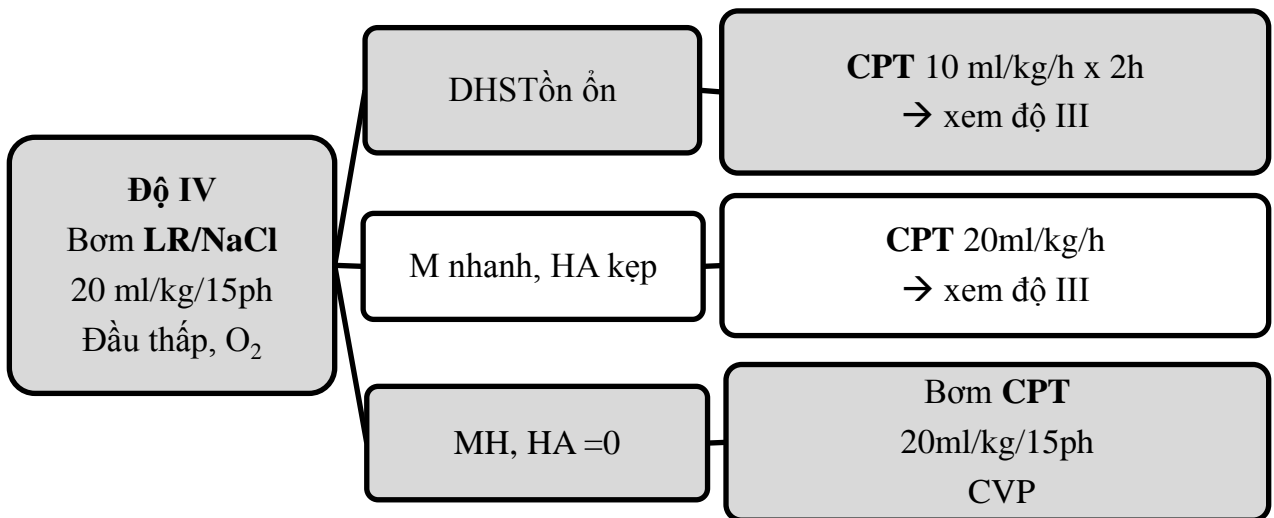
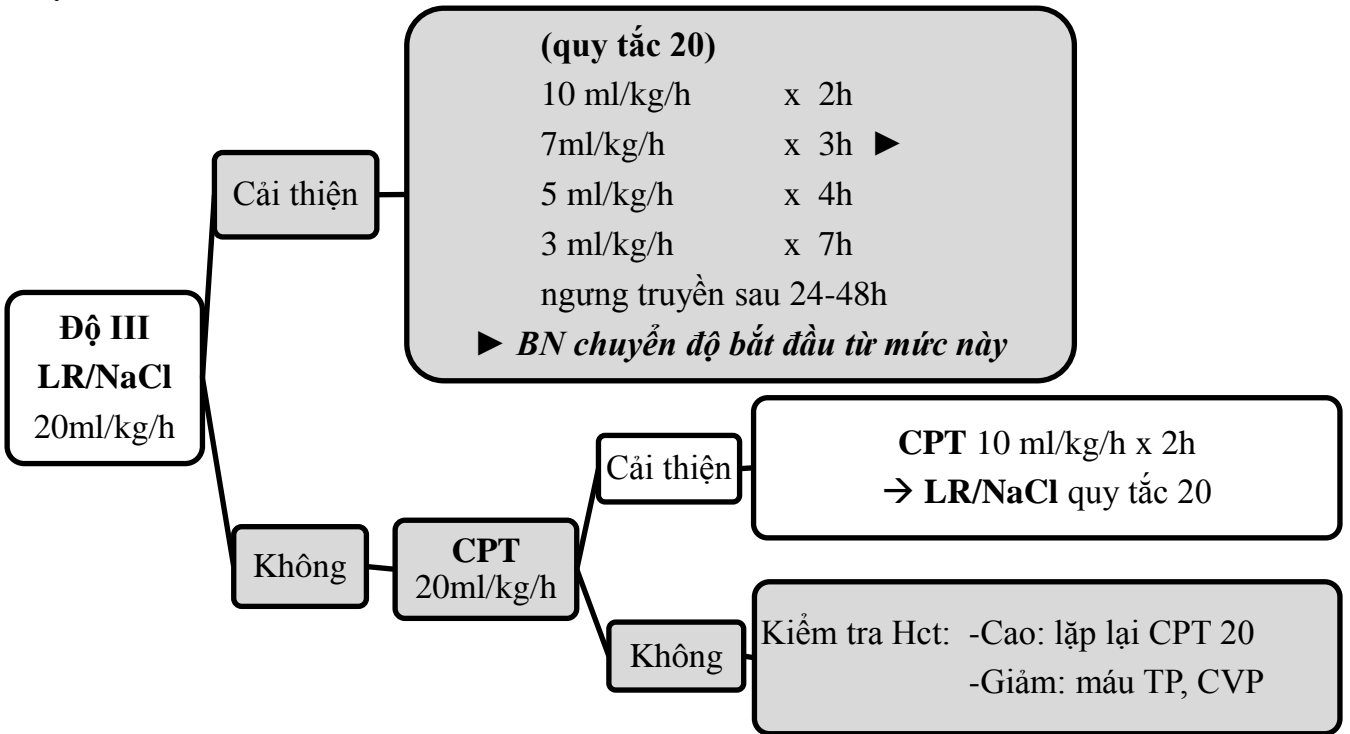
- ✓ M, HA, NThở, tím, tri giác mỗi 15-30ph/shock, 1-2 giờ/ổn
- ✓ Hct mỗi 4h
- ✓ Tổng kết dịch truyền mỗi 24h

V. Xử trí:

Thông thoáng đường thở, oxy

Đầu făng, chân cao

Truyền dịch



SHOCK MÁT MÁU

I. Chẩn đoán

Hỏi bệnh:

- ✓ Chấn thương? cơ chế
- ✓ Xuất huyết?
- ✓ Đã được xử trí gì

Khám:

- ✓ Dấu hiệu shock
- ✓ Vết thương
- ✓ Tìm các tổn thương cơ quan?

Phân độ mất máu:

Độ I	< 15% V	DHSTồn ít thay đổi: tim nhanh, HA bt
Độ II	15-25%	Kích thích, tim nhanh, HA kẹp
Độ III	25-40%	Lơ mơ, M nhanh nhẹ, HA tụt
Độ IV	>40%	Hôn mê, da lạnh, M, HA = 0

Chẩn đoán xác định:

Shock + đang chảy máu/ dấu thiếu máu/ Hct <30%

II. CLS:

CTM, nhóm máu, ĐMTB, ion đồ, ĐH

Tìm nguyên nhân: XQ bụng KSS, SÂ bụng,...

III. Xử trí:

Điều trị ban đầu:

1. Nếu đang chảy máu: Ấn chặt bằng gạc/ băng ép
Nâng cao chỗ chảy máu
K garrot (trừ đứt lìa chi và k ks được chảy máu mm lớn)
Mời ngoại khoa ngay
2. Thở oxy
3. Đầu phẳng chân cao
4. Lập 2 đường truyền lớn ở chi: lấy máu xét nghiệm: Hct, nhóm máu, đăng kí máu
5. Đường 1: LR/NaCl **20ml/kg** chảy nhanh 15ph → điều chỉnh tùy đáp ứng
Hoặc truyền tạm qua tủy xương/chờ chích hay bộc lộ TM
6. Đường 2: 20ml/kg - máu TP cùng nhóm/O /CPT (Gelatin) khi chưa có máu
Khi: Hct < 30%
Sau khi truyền nhanh 40ml/kg LR mà HA k lên
Tốc độ truyền tùy vào tình trạng shock, nếu M, HA = 0 → bơm trực tiếp
Nếu truyền máu nhanh, nhiều thì máu cần được làm ấm để tránh RL nhĩ tim
7. Sau 20m/kg máu TP:
 - ❖ Đáp ứng: Hết shock, Hct bt: LR 10ml/kg. Xem xét PT cầm máu
 - ❖ Shock lại khi giảm tốc độ truyền dịch: tiếp tục LR và máu. Xem xét chỉ định PT cầm máu, hồi sức song song phẫu thuật.

- ❖ Không đáp ứng: tiếp tục truyền máu tùy tình trạng BN, khi > 50ml/kg
 - ✓ Làm ĐMTB, TC
 - ✓ Chuyển qua HCL và HTTĐL
 - ✓ Truyền TC 1đv/5kg khi giảm TC < 50k
 - ✓ Đo CVP
 - ✓ Calci gluconate 10% 1-2ml TMC/ truyền > 40ml/kg máu
 - ✓ Xem xét chỉ định PT cầm máu, hồi sức song song phẫu thuật.

IV. CĐ phẫu thuật:

- ❖ Đứt mm
- ❖ Vỡ tạng đặc:
 - ✓ PT khi huyết động ổn
 - ✓ Khi truyền máu > 50ml/kg mà còn shock hay Hct < 30% → PT cầm máu gấp

V. Theo dõi:

- ✓ M, HA, tưới máu da mỗi 15ph/shock, 1 giờ/ổn
- ✓ Hct sau truyền máu và mỗi giờ tới khi ổn
- ✓ Nước tiểu mỗi 4-6h
- ✓ Tình trạng chảy máu tại vết thương
- ✓ Vòng bụng/ chấn thương bụng kín

SHOCK NHIỄM TRÙNG

I- Đại cương:

❖ Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân

- ✓ Sốt > 38.5 hay < 36
- ✓ Tim nhanh theo tuổi/ tim chậm ở trẻ < 1 tuổi
- ✓ Thở nhanh theo tuổi
- ✓ BC tăng hoặc giảm theo tuổi, hay BC non $> 10\%$

❖ Rối loạn chức năng cơ quan

1. Tim mạch: dù đã truyền $\geq 40\text{ml/kg/h}$ dd đẳng trương:

- ✓ HA vẫn tụt
- ✓ Cần vận mạch để duy trì HA bt
- ✓ 2/5 tiêu chuẩn: CRT $> 5\text{s}$
Chênh lệch nhiệt độ ngoại biên và trung tâm $> 3^\circ\text{C}$
Thiếu niệu: $< 0.5\text{ml/kg/h}$
Toan CH (BE $< - 5$ mEq/l) không giải thích được
Lactat/ĐM > 2 lần bt

2. Hô hấp:

- ✓ $\text{PaO}_2 < 300$: k có TBM, hay bệnh phổi trước đó
- ✓ $\text{PaCO}_2 > 65$ hoặc cao hơn bt 20mmHg
- ✓ Cần $\text{FiO}_2 > 50\%$ để duy trì $\text{SaO}_2 \geq 92\%$
- ✓ Cần thở máy hay bóp bóng

3. Thần kinh:

Glassgow ≤ 11 đ

Glassgow giảm ≥ 3 đ

4. Huyết học:

TC $< 80\text{k}$

INR > 2

5. Thận:

Cre ≥ 2 lần giới hạn trên theo tuổi hay ≥ 2 lần bt

6. Gan:

Bili ≥ 4 mg% (k áp dụng sơ sinh)

ALT > 100 UI hay 2 lần bt

❖ Các định nghĩa:

- ✓ NT huyết: hội chứng đáp ứng viêm toàn thân + nguyên nhân do NT
- ✓ NT nặng: NT huyết + RL chức năng tim mạch/suy hô hấp/RL 2 cơ quan khác
- ✓ Shock NT: NT huyết + RL chức năng tim mạch \rightarrow là NT nặng
- ✓ Shock ấm: giảm tưới máu: thay đổi tri giác, phục hồi da mất nhanh, mạch nảy vọt chìm nhanh
- ✓ Shock lạnh: giảm tưới máu: thay đổi tri giác, phục hồi da $> 2\text{s}$, mạch giảm, chi lạnh, ẩm

$H_{a_{max}}$ bt trẻ 1-10 tuổi: $90 + 2n$ (tuổi)

Giảm HA:

Tuổi	$H_{a_{max}}$
Sơ sinh đủ tháng	< 60
1-12 th	< 70
> 1 -tuổi	< $70 + 2n$
≥ 10 tuổi	< 90

II- Chẩn đoán:

❖ Hỏi bệnh:

- Tìm ổ nhiễm trùng và định hướng tác nhân:
 - ✓ Tiêu: tiêu gất buốt, lắt nhắt,...
 - ✓ Tiêu chảy, tiêu máu
 - ✓ Nhọt da, áp xe,...
 - ✓ Sốt, ho

- Chứng ngứa: HI, phế cầu, não mô cầu

- Tiền căn yếu tố nguy cơ:
 - ✓ Sinh non
 - ✓ SDD
 - ✓ SGMD, đang điều trị cor
 - ✓ Bệnh mạn tính: ĐTĐ, bệnh tim, gan, thận

❖ Khám:

- ✓ Shock, da nổi bông
- ✓ Triệu chứng đáp ứng viêm
- ✓ Ổ nhiễm trùng
- ✓ Ban máu, bầm máu, hồng ban,...

III- CLS:

CTM, huyết đồ, CRP, cấy máu
Ion đồ, ĐH, ĐMTB, chức năng gan thận
KMĐM/RL kiểm toan
Cấy mẫu bệnh phẩm nghi ngờ: mũi, nước tiểu, phân
XQ
SÂ bụng tìm ổ NT, áp xe sâu

Chẩn đoán xác định: Shock + \$ đáp ứng viêm TT + cấy máu (+)

IV-Xử trí:

1. Hỗ trợ hô hấp
2. Lập đường truyền TM/tủy xương, XN máu, kháng sinh TM (xem bài NT huyết)
3. LR/NaCl 20ml/kg/15ph hoặc CPT có thể tới 60ml/kg
Theo dõi mỗi 5ph: nhịp tim, rale, TMCổ, gan, màu môi, cơ hô hấp phụ...tránh quá tải
4. Điều trị hạ ĐH, hạ Ca nếu có
5. Dopamin TTM khởi đầu 5µg/kg/ph tăng mỗi 2.5µg/kg/ph đến 10 µg/kg/ph, CVP, HA động mạch xâm lấn, đặt sonde tiêu, duy trì dịch 5-10ml/kg sao cho ***CVP 12-16 mmHg, HA_{mean} ≥ 50-60mmHg, ScvO₂ ≥ 70%, Lactat < 4 mmol/L***
6. Phối hợp Dobu khi: Kháng Dopa+ nghi giảm co bóp mà áp lực đồ đầy thất bt
Biểu hiện giảm co bóp cơ tim: gan to, TMCổ, khó thở,...
ScvO₂ < 70%

Khởi đầu 5µg/kg/ph, tăng liều mỗi 2.5µg/kg/ph đến hiệu quả hay tới 20µg/kg/ph (>20 có thể làm tăng nhịp tim, giảm HA qua thụ thể β₂)

7. Norepinephrine khi: Shock ấm kháng dịch ± kháng Dopa

Khởi đầu 0.1µg/kg/ph, nâng liều mỗi 0.1, max 2

8. Epinephrine khi: Shock lạnh kháng dịch
Shock lạnh k đáp ứng Dopa liều 10
Shock kháng Norepinephrine

Khởi đầu 0.05 µg/kg/ph, nâng mỗi 0.1, max 0.3

9. Hydrocortisone 1mg/kg TMC mỗi 6h

Theo dõi, hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn, điện giải, chuyển hóa, toan kiềm, ĐH, đông máu

SHOCK TIM

1. Chẩn đoán:

Hỏi bệnh:

TBS, bệnh cơ tim, loạn nhịp tim, thấp tim

Khám: dấu hiệu suy tim:

- ✓ Diện tim to, gallop, âm thổi, khó thở khi gắng sức, gan to, TMC nổi
- ✓ Nếu nghi ngờ/BN có giảm thể tích TH kèm theo: tiêu chảy, sốt, bú, uống kém,....: test: truyền 5-10ml/kg LR sau đó đánh giá lại: BN khó thở, tím, rale phổi → giúp chẩn đoán shock tim

2. CLS:

ECG, XQngực, SÂ tim

Ion đồ, ĐH

3. Xử trí

1. Hỗ trợ hô hấp
2. Shock điện/ RL nhịp tim
3. Tăng co bóp cơ tim/giảm HA < 70mmHg: Dopa 5-10 μ g/kg/ph
HA \geq 70: thêm Dobu 5-15 μ g/kg/ph
4. Nằm đầu cao
5. Hạn chế dịch truyền
6. Hội chẩn chuyên khoa tim

SUY HÔ HẤP

I. Định nghĩa:

SHH là tình trạng hệ hô hấp ko duy trì được sự oxy hóa máu hay sự thông khí hay cả hai

II. Chẩn đoán:

*Có các nội dung:

Xác định có SHH

Mức độ SHH

Vị trí SHH (Bài của BS.Nguyên có ghi nhưng Trí thấy có thể bỏ qua bước này)

Nguyên nhân SHH

1.Xác định và phân độ SHH:

Lâm sàng

	Độ 1	Độ 2	Độ 3
Hô hấp	Nhịp thở tăng < 30% Co lõm	Nhịp thở tăng 30-50% Co lõm	Nhịp thở tăng > 50% Thở chậm do mệt cơ Ngưng thở 15-20s
Tim mạch	Nhịp tim nhanh (+/-)	Nhịp tim nhanh	Nhịp tim nhanh Nhịp tim chậm, hạ HA
Tri giác	Tỉnh	Bút rứt, vật vờ,	Lơ mơ, hôn mê
Đáp ứng oxy	Hồng với khí trời	Tím với khí trời Hồng với oxy	Oxy FiO ₂ 60% vẫn tím

CLS:

KMDM

SpO₂

2. Vị trí và nguyên nhân SHH

a. Tắc nghẽn hô hấp trên: Dị vật, viêm thanh thiệt, apxe thành sau họng, phù nề thanh quản sau phẫu thuật hay sau đặt NKQ...

Đặc điểm nhận biết:

Dị vật: Hôi chứng xâm nhập, khó thở đột ngột

Sốt, đau họng, khàn giọng

Thở chậm, kéo dài thì hít vào

Thở rít

b. Tắc nghẽn hô hấp dưới: Suyễn, VTPQ

Đặc điểm nhận biết:

Ho, khó khè, khó thở, ran rít, ran ngáy

c. Nhu mô phổi: Viêm phổi, phù phổi

Đặc điểm nhận biết:

Thở nhanh, co lõm

Ran nổ, ran ẩm

d. Suy bơm:

Thần kinh trung ương: viêm não, viêm màng não, chấn thương, ngộ độc

Cơ hô hấp: Nhược cơ

Khung sườn: gù vẹo cột sống

Ngoài ra còn có các nguyên nhân:

Tim mạch: Suy tim, tràn dịch màng tim, viêm cơ tim, TBS tím

Toan chuyển hóa

Thiếu máu nặng

III. Điều trị:

Gồm:

Thông thoáng đường thở

Cung cấp oxy

Điều trị nguyên nhân

Điều trị hỗ trợ

1. Thông thoáng đường thở;

Hút đàm nhớt

Lấy dị vật

Viêm thanh quản cấp: Khí dung Adrenaline: Adre 1% 0,1ml/kg tối đa 3ml pha NaCl 0,9% đủ 3ml.

Có thể lập lại sau 2-4h

Hôn mê: Ngửa đầu-nâng cằm, đặt ống thông miệng hầu

NKQ: Chỉ định:

Ngưng thở, thở hước

Giảm oxy máu động mạch: PaO₂ <60% với FiO₂ ≥ 60%

Tím tái, lơ mơ

SpO₂ < 90% khi đã cung cấp oxy

Tăng PaCO₂ ≥ 60mmHg

Tắc đường thở do dị vật, apxe hầu họng, phù nề thanh quản

Bảo vệ đường thở cho bệnh nhân mê và mất phản xạ hầu họng

Vô tâm thu, trụy mạch, nhịp tim chậm hay nhanh với giảm tưới máu

2. Cung cấp oxy:

a. Sonde 1 mũi: Cho FiO₂ 30% với lưu lượng oxy 4-8l/ph, nhưng FiO₂ ko tăng bao nhiêu khi >5l/ph

b. Sonde 2 mũi:

-Trẻ > 1 tuổi: 20+4n

-Trẻ < 1 tuổi:

0,25l 30-35%

0,5 l 40-45%

0,75l 60%

1l 65%

c. Mặt nạ ko có bóng dư trữ:

6l/ph 40%

7l 50%

8l 60%

d. Mặt nạ có bóng dự trữ

6l	60%
7l	70%
8l	80%
9l	90%
10l	95-99%

e. Mũ chụp: Oxy phải trên 5l/ph

5-8l/ph	28-40%
8-12l/ph	40-85%

f. Thở CPAP: Khi có tổn thương nhu mô phổi với bệnh lý làm giảm độ đàn hồi của phổi như: Viêm phổi, xẹp phổi, phù phổi, viêm tiểu phế quản, bệnh màng trong

Chọn dụng cụ:

Vy vẽ dùm Trí cái lưu đồ trang 69. Trí ko biết vẽ

3. Điều trị hỗ trợ:

- Duy trì Hct 30-40%
- Duy trì cung lượng tim đầy đủ
- Giảm tiêu thụ oxy: hạ sốt...
- Đảm bảo dinh dưỡng
- Chống nhiễm trùng

4. Tác hại của oxy:

- Viêm loét, chảy máu mũi
- Tắc sonde
- Nhiễm trùng
- Chướng bụng
- Vỡ phế nang
- Ngộ độc: ARDS, xẹp phổi, xơ hóa sau vỡ mạc, xơ phổi, loạn sản phế quản phổi
- Ngưng thở trẻ suy hô hấp mãn

RẮN CẮN

PHÂN BIỆT RẮN ĐỘC RẮN LÀNH

Rắn độc	Rắn lành
<ul style="list-style-type: none"> - Đầu tam giác - Đồng tử tam giác - Có 2 móc độc dài, phân biệt rõ với răng - Vảy hậu môn: vảy đơn 	<ul style="list-style-type: none"> - Đầu tròn - Đồng tử tròn - ko có móc độc - Vảy hậu môn: vảy đôi - Sau 2h, nơi cắn ko sưng phù, xuất huyết hay hoại tử - sau 6g, ko có tr/ch toàn thân (xuất huyết hay thân kinh)

TRIỆU CHỨNG VÀ DẤU HIỆU RẮN CẮN

Khi ko bị chích nọc độc	Khi nọc độc đã chích vào cơ thể	Tr/ch nhiễm độc nọc rắn
Tổng trạng tốt Tr/ch do sợ hãi: khó thở, cg kim đâm, co giật kiểu tetani	Đau ngay lập tức: tăng nhịp mạch tại vết cắn, phù nè tại chỗ, lan rộng, hạch to	<ul style="list-style-type: none"> • Tại chỗ Dấu móc độc, tê rần, ngứa, đau, sưng phù, lan rộng Hạch sưng to, bầm tím, bóng nước Xuất huyết tại chỗ, NT tại chỗ, absces • Toàn thân Buồn nôn, nôn, lạnh run, vã mồ hôi, hoa mắt, chóng mặt Tim mạch: RLNT, phù phổi, trụy mạch TK: ngủ gà, sụp mi, liệt cơ mặt, khó nói, khó nuốt, liệt cơ hh, liệt cơ toàn thân Vỡ cơ toàn thân Thận: tiểu máu, HST, thiếu/vô niệu Nội tiết: suy thượng thận cấp, suy tuyến yên

CHẨN ĐOÁN RẮN CẮN

- Dẫn lên con rắn và bị cắn
- Thấy đau ở chi và thấy con rắn bò đi
- Có dấu móc độc nơi vết cắn, rỉ máu (\pm)
- Cảm giác đau hoặc tê nơi cắn tùy thuộc loại rắn cắn

CÁC HỘI CHỨNG LÂM SÀNG CỦA RẮN CẮN TẠI VIỆT NAM

	TẠI CHỖ	LIỆT	TR/CH KHÁC	LOÀI RẮN
1	Nhiễm độc +++		RLDM	Rắn lục
2	Nhiễm độc +	+		Rắn hổ và rắn hổ chúa
3	Nhiễm độc ít hoặc ko có	+		Cạp nông, cạp nia, rắn biển
4	(-)	+	Tiểu nâu, suy thận	Rắn biển

XỬ TRÍ

- Sơ cứu
- Khám LS
- Chẩn đoán loại rắn
- Điều trị huyết thanh kháng nọc rắn

- Điều trị hỗ trợ
- Điều trị vết cắn
- Phục hồi chức năng và điều trị di chứng

❖ **RẮN LÀNH**

Rửa sạch vết thương

KS

Ngừa uốn ván

t/d 24h

❖ **RẮN ĐỘC HAY CHƯA XÁC ĐỊNH LOẠI RẮN**

1. Tại hiện trường

Trần an, nằm yên, phơi bày nơi cắn.

Bất động chi: khuyến cáo khi bị rắn hổ cắn, ko khuyến cáo đv rắn lục

Băng ép (không được garo): dùng băng chun rộng 10cm, dài 4.5m, băng ép vừa đủ chặt quanh ngón tya hay chân bị cắn sao cho có thể nhét 1 ngón tay vào giữa lớp băng được. sau đó quấn quanh chi với nẹp gỗ

Đặt chi thấp hơn tim

2. Tại bệnh viện

Cần đặt 3 câu hỏi:

- Phần nào bị cắn?
- Bị cắn khi nào?
- Con rắn đâu?

Hỏi sức

- SHH: thở O2, NKQ nếu ngưng thở
- Sóc: truyền dịch chống sóc
- RLĐM: truyền máu tươi hoặc HTTĐL, TB vitamin K1 5-10mg

HTKNR là globulin MD được tinh chế từ huyết thanh hoặc huyết tương ngựa hoặc cừu đã được miễn dịch bằng nọc của 1 hoặc nhiều chủng loại rắn. có 2 loại đơn giá và đa giá.

Chỉ định: khi chắc chắn hoặc nghi tới rắn cắn khi có 1 hoặc nhiều dấu hiệu sau

Nhiễm độc toàn thân

- ✓ RLĐM
- ✓ Dầu TK
- ✓ Suy thận cấp
- ✓ Hb niệu

Nhiễm độc tại chỗ

- ✓ Sưng nề >1/2 chi bị cắn
- ✓ Sưng nề sau khi bị cắn tới ngón chân đặc biệt tới ngón tay
- ✓ Sưng nề lan rộng nhanh
- ✓ Sưng nề, đau hạch lympho dọc chi bị cắn

Cách cho và liều lượng

- ✓ Chuẩn bị sẵn Adrenalin
- ✓ HTKNR 2ml/ph TMC

Hoặc pha 5-10ml/kg dd đẳng trương TTM trong 1 giờ

- ✓ Nên cho sớm trong 4 giờ đầu, sau 24h ít hiệu quả

Tai biến

- ✓ Phản ứng phản vệ sớm
- ✓ Sốt cao co giật
- ✓ Phản ứng muộn (bệnh huyết thanh)

t/d đáp ứng

- ✓ Tổng trạng khá hơn
- ✓ RLĐM, tr/ch nhiễm độc TK cải thiện
- ✓ Huyết động ổn
- ✓ Tán huyết và ly giải cơ vân có thể mất trong vòng 1 vài giờ, nước tiểu về màu bình thường.

Điều trị hỗ trợ

- ✓ KS: có thể gặp Gr-, Gr+, yếm khi
- ✓ RLĐM:
Truyền máu mới toàn phần 10-20ml/kg khi Hct<30%
HTTĐL 10-20 ml/kg khi có DIC
Kết tủa lạnh khi Fg<0.5g/l
Vitamin K1 5-10mg TM
- ✓ Ngừa UV
- ✓ Điều chỉnh điện giải, kiềm toan, dinh dưỡng

Điều trị tại chỗ

- ✓ Rửa vết thương hàng ngày, cắt lọc, rửa, thay băng, tránh VT yếm khí
- ✓ Giải ép/ nếu có tr/ch chèn ép khoang
- ✓ Xem xét O2 cap áp nếu vết thương hoại tử nặng lan rộng
- ✓ Nếu NT nặng quá phải đoạn chi
- ✓ Nếu nọc rắn hỏ vào mắt
Rửa mắt bằng nước hoặc bất kỳ dd nào sẵn có
Nhỏ dd adrenalin 0.5%

KS Tetracycline, Chloramphenicol... ngừa viêm nhãn cầu hoặc mờ giác mạc
Phục hồi chức năng và điều trị di chứng nếu có.

ONG ĐỐT

I. Cơ chế tác dụng:

1. Phản ứng dị ứng

- Tại chỗ: Phù nề, đau
- Toàn thân: Sốc phản vệ, phù toàn thân, phù Quink

2. Tác dụng độc tố

- Tại chỗ: Đau, hoại tử
- Toàn thân:
 - Thần kinh: RLTG, yếu liệt, viêm đa dây thần kinh
 - Gan: Tổn thương tb gan
 - Cơ: Tiêu cơ → tiểu Myoglobin → STC
 - Thận: Hoại tử ống thận cấp
 - Máu: tán huyết → tiểu Hb → STC

II. Lâm sàng:

Dựa vào cơ chế tác dụng mà tìm dấu hiệu lâm sàng

1. Tại chỗ: Sưng, đau, đỏ, ngứa, nhiễm trùng, hoại tử

2. Toàn thân:

-Phản ứng phản vệ: Có 4 mức độ

- Tại chỗ: Phù nề
- Toàn thân nhẹ: Phù nề lan tỏa, nổi mề đay
- Toàn thân nặng: Sốc phản vệ
- Phản ứng giống bệnh lý huyết thanh

-Sốc phản vệ:

- Da: Đỏ bừng mặt, ngứa, nổi mề đay, phù mắt hoặc toàn thân
- Tiêu hóa: Ói, ói máu, đau bụng, tiêu chảy, tiêu máu
- Hô hấp: Nghẹt mũi, ngứa nũi, khó thở
- Tim: hạ huyết áp, tim nhanh, loạn nhịp, ngưng tim

-STC

-Nhiễm trùng tại chỗ, nhiễm trùng huyết

- Các biểu hiện khác: vàng da, yếu cơ, tiểu đỏ, triệu chứng thần kinh.....

III. CLS:

Dựa vào cơ chế tác dụng và biểu hiện lâm sàng mà đề nghị

- Gan: Men gan, bilirubin, yếu tố đông máu....
- Cơ: CPK
- Thận: BUN, creatinine, TPTNT, ion đồ
- ECG
- Siêu âm bụng
- Xquang

IV. Chẩn đoán:

- Loại ong
- Bao nhiêu mũi
- Giờ thứ mấy
- Biểu chứng

V. Điều trị;

1. Tại hiện trường:

- Lấy kim đốt
- Rửa sạch vết đốt bằng xà phòng
- Đắp lạnh
- Đắp thuốc giảm đau tại chỗ
- Chuyển đến bệnh viện nhanh

2. Bệnh viện: Chỉ trình bày những ý chính hay gặp thôi

a. Sốc phản vệ:

- Nằm đầu thấp
- Cấp cứu ngưng tim ngưng thở nếu có
- Adrenaline 1%o tiêm bắp:

Trẻ nhỏ: 0,3 ml

Trẻ lớn: 0,5 ml

Có thể lặp lại 3 lần mỗi 5-15 phút

Nếu sau 3 lần chưa hiệu quả thì truyền adre và dịch: Adreanline 1%oo 0,1ml/kg. Dịch: Lactat

Ringer 20ml/kg/giờ

- Pipolphen 1mg/kg tiêm bắp mỗi 12h
- Hydrocortisone 5mg/kg tiêm mạch mỗi 4h
- Khó thở thanh quản: Khí dung adre(bài SHH có viết)

b. STC: Chú ý dịch xuất và nhập, rối loạn ion đồ

c. Tiêu Myoglobin:

Kiểm hóa nước tiểu: Dextrose 5% trong NaCl 0,45% pha thêm NaHCO₃ 4,2%. Truyền 7ml/kg/giờ cho đến khi không còn tiêu myoglobin

d. Tăng Kali: các bạn xem lại sách nội phần này viết kĩ hơn

Canxi gluconate 10%: 0,5 mg/kg

Bicarbonate 4,2%: 1Meq/kg TM

Kayexalate 1g/kg mỗi 4-6 h: Pha với sorbitol

NGỘ ĐỘC

A/ NGỘ ĐỘC ACETAMINOPHEN

I/ CHẨN ĐOÁN

Liều độc là: >150mg/kg

1/ Lâm sàng:

- Trước 24h: biếng ăn, nôn ói, đau bụng, tím xanh, ngủ lịm
- Sau 24-48h: tìm các triệu chứng hủy tế bào gan: vàng da, gan to và đau
- Từ 3-6 ngày sau: tìm dấu hiệu: + Suy gan: RL tri giác, hạ đường huyết, RL đông máu + Suy thận cấp

2/ Cận lâm sàng:

- Chức năng gan, thận
- Đường huyết
- Đông máu toàn bộ
- Amoniac máu
- Acetaminophen trong máu: chỉ định lượng acetaminophen máu sau uống 4h

II/ ĐIỀU TRỊ

1/ Rửa dạ dày

- Hiệu quả tốt trong vòng 6 h đầu nhất là giờ đầu
- Dung dịch NaCl 0,9% để tránh hạ natri máu
- Cố gắng rút bỏ hết dịch dạ dày có chứa độc chất trước khi rửa dạ dày
- Liều lượng: 15ml/kg/lần (tối đa 300ml lần) rửa thật sạch cho đến khi nước trong không mùi

Chống Chỉ Định:

- Ngộ độc chất ăn mòn: acide, base...
- Ngộ độc chất bay hơi: xăng, dầu hôi...
- Đang co giật
- Hôn mê chưa đặt nội khí quản có bóng chèn
 - Gây nôn: Ipecac được CD trong sơ cứu tại chỗ or các cơ sở ko có phương tiện rửa dạ dày với liều 10-15ml/lần, có thể lập lại sau 30 phút và ko quá 2 lần. ko đc dùng cho trẻ em dưới 6 tháng tuổi.
 - CCD gây nôn: tương tự trong rửa dạ dày
 - Ở trẻ em có thể gây nôn bằng kích thích vùng hầu họng, tránh dùng các dd muối để gây nôn vì nguy cơ tăng natri máu

2/ Than hoạt:

- Cần cho càng sớm càng tốt ngay khi rửa dạ dày
- Không cho than hoạt khi dùng thuốc đối kháng N-acetylcystein **đường uống**.
- Tác dụng: kết hợp với độc chất ở dd thành phức hợp ko độc, ko hấp thu vào máu và được thải ra ngoài qua phân.
- Liều lượng: 1g/kg/lần, tối đa 50g, pha với nước chín tỷ lệ ¼ dùng ngay sau pha. Lập lại ½ liều mỗi 4-6h uống hay bơm qua sonde dạ dày, cho đến khi than hoạt xuất hiện trong phân, thường thì 24h đầu
- Có thể kết hợp với Sorbitol dd 70% với liều 1g/kg tương ứng với 1,4ml/kg mỗi 12h trong 24 h đầu

3/ N-acetylcysteine:

Cần cho trước khi BN có tổn thương gan

*/ N-acetylcystein tĩnh mạch

- Chi định:
- Nồng độ acetaminophen máu có thể gây tổn thương gan(xem biểu đồ Rumack-Matthew sách PĐĐT trang 89) or >20 micro gam/ml nếu ko rõ giờ ngộ độc.
- Nếu ko định được liều acetaminophen máu,liều acetaminophen >150mg/kg or >100mg/kg kèm tiền căn bệnh lý gan or ko xác định được lượng uống vào
- Có rối loạn chức năng gan trong 24h đầu sau ngộ độc.

- Liều lượng

- Liều đầu 150mg/kg pha trong 10ml/kg Dextrose 5% bơm tiêm TM trong 1h
- Sau đó 10ml/kg/h pha trong dd Dextrose 5% truyền chậm trong 20h,có thể cho truyền kéo dài ở những trường hợp nhập viện trễ >10 ngày or có tổn thương não

*/ N-acetylcystein uống

Liều đầu 150mg/kg pha với nước or nước trái cây tỉ lệ ¼ uống.sau đó 75mg/kg mỗi 4h đủ 17 liều,nếu nôn 1h sau khi uống phải uống lại or đổi sang dạng chích.

4/ Điều trị triệu chứng:

- Hạ đường huyết: glucose ưu trương
- RL đông máu: vitamin k1

*Ghi chú:

- Biệt dược của N-acetylcystein: ACC 200,acehasan 100,Acetylcystein 200mg,Acinmuxi 200mg

B/ NGỘ ĐỘC CHẤT ĂN MÒN

Gồm các chất acide,base

I/ CHẨN ĐOÁN

- Phồng niêm mạc đường tiêu hóa:
- Suy hô hấp do phù thanh quản or sặc vào khí quản
- Biến chứng muộn: chít hẹp thực quản,dò thực quản-khí quản

II/ ĐIỀU TRỊ

- Ko rửa dạ dày vì làm tổn thương thêm niêm mạc thực quản có thể gây thủng
- Ko dùng chất trung hòa
- Ko dùng than hoạt
- Súc miệng với thật nhiều nước sạch.BN còn uống được có thể cho uống nước or sữa để pha loãng nồng độ chất ăn mòn.
- Điều trị suy hô hấp nếu có
- Lập đường truyền tĩnh mạch để bồi hoàn nước và điện giải.
- X-quang ngực phát hiện thủng thực quản.
- Kham chuyên khoa tai mũi họng
- Chỉ đặt sonde dạ dày nuôi ăn sau khám và có ý kiến của chuyên khoa tai mũi họng
- Kháng sinh nếu tổn thương rộng or sâu

C/ NGỘ ĐỘC PHOSPHORE HỮU CƠ

I/ CHẨN ĐOÁN

1/ Chẩn đoán xác định.

a/ Lâm sàng:

- HC Muscarinic: Đau bụng, tiêu chảy, co đồng tử, tăng tiết đàm nhớt, chậm nhịp tim, hạ huyết áp.
- HC Nicotine: Rung giật cơ, yếu cơ, tim nhanh, cao huyết áp.
- HC Thần kinh trung ương: nhức đầu, hôn mê, co giật.

b/ Cận lâm sàng:

- Tìm phospho hữu cơ trong dạ dày
- Acetylcystein esterase trong hồng cầu và máu: giảm >50% bt
- Ion đồ, đường huyết, chức năng gan thận, x-quang phổi.

2/ Chẩn đoán phân biệt.

Cần chẩn đoán phân biệt với ngộ độc Clor hữu cơ vì Atropin làm nặng thêm tình trạng bn. Ngộ độc Clor triệu chứng chính là thần kinh, co giật. Xử trí: loại bỏ chất độc, chống co giật.

II/ ĐIỀU TRỊ

- Điều trị các tình huống cấp cứu: shh, co giật, hôn mê.
- Lập đường truyền tĩnh mạch
- Atropine
 - Atropine phải được tiêm trước và trong khi rửa dạ dày
 - Liều 0,02-0,05mg/kg(TM) mỗi 15ph cho đến khi co dấu hiệu thảm atropine
 - Sau đó: +Giảm liều or tiêm ngắt quãng xa hơn.
 - + Or tiêm tĩnh mạch liên tục 0,02-0,08mg/kg/giờ
 - Nên chọn atropine đậm đặc 1mg/1ml để tránh ngộ độc nước, hạ natri máu
- Rửa dạ dày:
 - Thực hiện càng sớm càng tốt
 - Rửa dạ dày dù tiến trước đã rửa
 - Rửa kỹ đến nước trong và ko mùi
 - Nếu sau 3 giờ tình trạng chưa cải thiện thì có thể rửa lại dạ dày lần 2
- Than hoạt tính
 - Pralidoxim: +Yếu cơ, run cơ
 - +Uống lượng nhiều or loại thuốc có độc tính cao
 - Nên dùng sớm 12-24h đầu
 - Biệt dược: pampara 500mg, contrathion 200mg, protopam 500mg.
 - Cách dùng: 20-50mg/kg/lần (tối đa 1g) pha trong 100ml normalsaline TTM trong 30ph-1h. có thể lập lại sau 1-2h nếu vẫn còn shh. Liều kế tiếp mỗi 10-12h cho đến khi mất biểu hiện của Nicotinic
 - Tác dụng phụ: Có thể gây nhức đầu, buồn nôn, tim nhanh, co gồng cơ.

CÁCH PHA VÀ SỬ DỤNG THUỐC

Công thức tổng quát

$$VD = 3PC$$

P: cân nặng	kg
C: liều thuốc	$\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$
V: thể tích = tốc độ chảy	ml/h
D: lượng thuốc cần pha trong 50ml Dextrose 5%	mg

Đối với liều < 1 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$ \rightarrow áp dụng công thức

Vd: trẻ 30kg, liều Adre **0.2** $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$ \rightarrow VD = 3PC = 3 x 30 x 0.2 = 18

- \rightarrow Nếu dùng 1 mg Adre (pha 50ml D) thì bơm 18ml/h
2mg Adre (pha 50ml D) thì bơm 9ml/h

Liều > 1 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$: cho C = V \rightarrow D = 3P

Vd: trẻ 30kg

$$D = 3P = 3 \times 30 = 90\text{mg}$$

Liều 3 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$: Dopa pha trong 50ml Dextrose bơm tiêm tự động

3 ml/h

Liều 5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$:

5 ml/h

Quy đổi ra giọt:

1ml = 20 giọt \rightarrow số giọt/ph = số ml/h chia 3

1ml = 60 giọt \rightarrow số giọt/ph = số ml/h

TIM MẠCH

TIẾP CẬN TBS

A. TRẺ CÓ BỊ TBS KHÔNG?

Dấu hiệu		Bệnh sử	Tiền căn	Khám	CLS
phổi	<i>Tăng tuần hoàn phổi</i>	-Nhiễm trùng hô hấp dưới	-Mệt, khó thở bất thường -Viêm phổi tái phát nhiều lần	-thở nhanh -co lõm ngực -ran ẩm ngáy, rít	XQ: cung ĐMP phồng, rốn phổi đậm, mạch máu ra 1/3 ngoài phế trường.
	<i>Giảm tuần hoàn phổi</i>	-nhiễm trùng hô hấp trên, răng miện -Mệt, tím, khó thở tăng	-con tím tái đi tái lại -thở bất thường	-Tím niêm, tăng gắng sức -tay chân dùi trống -kết mạc đỏ rực -thở nhanh sâu -phổi ko ran	XQ: cung ĐMP lõm, rốn phổi nhỏ, Mạch máu chỉ 1/3 trong phế trường.
2. Giảm tưới máu các cơ quan		-bú kém, ngất quãng, mệt mỏi, chậm phát triển thể chất, tâm vận. -Da: xanh, lạnh, vã mồ hôi -Thận: tiểu ít -Tiêu hóa: chán ăn, đau bụng, ói -Não: bứt rứt, kích thích, quấy khóc		-Da niêm nhợt, lòng bàn tay nhợt -CRT>2s -mạch nhanh, nhẹ, nhỏ -huyết áp thấp	
3.Ứ trệ tuần hoàn				-phù -gan to -Tm cổ nổi -Án gan phòng cảnh (+)	
4.Triệu chứng tại tim				-Tim to -Tim đập bất thường(vị trí, diện đập, kiểu đập) -Tim có âm thổi	-XQ: bóng tim to -ECG: lớn nhĩ, lớn thất -Siêu âm tim
5. dị tật khác					

II. BÉ BỊ TBS GÌ? Tiếp cận 5 bước TBS

1. Tím: trung ương(tím niêm), ngoại biên (ko tím niêm)

+ **Phân biệt được tím trung ương, tím ngoại biên, tím chuyên biệt.**

_ Tím trung ương : tím **niêm**, tím da.[quan sát ở niêm mạc miệng.giường móng tay, môi ,lưỡi] + da.

_ Tím ngoại biên : tím **da** [quan sát cánh mũi, vành tai, đầu chi]

_ Tím chuyên biệt : đo SpO2 tứ chi, xác định bệnh nhi có tím chuyên biệt không .

+ Phân biệt được tím do hô hấp, tím do tim mạch :

	HÔ HẤP	TIM MẠCH
NHỊP TIM	NHANH	RẤT NHANH
NHỊP THỞ	RẤT NHANH	NHANH
TIẾNG RÊN	(+)	(-)
ÂM THỔI	-/+	++++/(-)
MẠCH BẤT THƯỜNG	(-)	(+)
ĐÁP ỨNG VỚI OXY	TỐT	GẦN NHƯ KHÔNG ĐÁP ỨNG, KHÔNG THAY ĐỔI TÌNH TRẠNG TÍM, CẢI THIỆN SỰ KHÓ THỞ

+ **Xác định thời gian khởi phát tím, hoàn cảnh khởi phát tím, để chẩn đoán phân biệt :**

_ Tim bẩm sinh tím

_ Cơn tím /Tim bẩm sinh không tím

+ Chẩn đoán phân biệt nguyên nhân gây tím trung ương :

Tím trung ương		Bệnh sử	Tiền căn	Khám	CLS
1.Tim	<i>Đảo shunt</i>	Ko tím→tím /gắng sức→tím thường xuyên	Tím, cơn tím thiếu O ₂	-Thở nhanh sâu -phổi ko ran	XQ: Eisenmenger(rốn phổi đậm, 2phế trường sáng) KMĐM: ↓PCO ₂
	<i>Shunt P-T</i>	Tím từ nhỏ			XQ:dấu hiệu giảm tuần hoàn phổi
2.Phổi		Tím cấp tính		-Suy hô hấp -phổi có ran -Đáp ứng đtrị O ₂ 100%	XQ: phổi tổn thương KMĐM: ↑PCO ₂
3.Bệnh Hb					

2. Tuần hoàn phổi như thế nào? tăng giảm (ở trên)

3. Tim nào bị ảnh hưởng?

Tim	TCCN	Khám	XQ	ECG
Tim (P)	Thở nhanh sâu, khó thở. Tím [do giảm tuần hoàn phổi]	-dấu nảy trước ngực(+), Hardzer(+) -mỏm tim lên trên	-Bóng tim to -góc tâm hoành nhọn -mỏm tim ra ngoài và lên trên	-lớn thất (P)
Tim (T)	- Khó thở khi gắng sức (bú khó, tiêu tiểu -đặc biệt khi táo bón 0 - Không chịu nằm, thích được ẵm, quây khóc. - Khó thở kịch phát về đêm (đang ngủ tỉnh dậy khóc thét ,tím ,ho) - Phù phổi cấp.,	-mỏm tim xuống dưới và ra ngoài, diện đập rộng.	-bóng tim to -góc tâm hoành tù - mỏm tim xuống dưới và ra ngoài	-lớn thất (T)

4. Có tăng áp ĐMP? Áp lực phổi= lưu lượng máu phổi×kháng lực mm

Bệnh sử	Khám	CLS
-triệu chứng của tăng tuần hoàn phổi -tím/gắng sức, tím thường xuyên	-click phun,S/D do dẫn ĐMP -T ₂ mạnh -thay đổi âm thổi -thất (P) tăng gánh tâm thu -S/S hở 3 lá -lớn nhĩ (P) -ứ trệ tm	XQ: -\$Eisenmenger ECG: thất (P) tăng gánh tâm thu.

5. Tật tim nằm ở đâu? Dựa vào 4 câu hỏi ở trên + đặc điểm riêng tật tim

TBS	Tím	Tăng tuần hoàn phổi	Tim bị ảnh hưởng	Tăng áp phổi	Đặc điểm
VSD	ko	có	Tim (T) tăng gánh tâm trương	chưa	S/S toàn tâm thu(chưa TAP), đầu tâm thu(TAP), dạng phụt(lỗ nhỏ), dạng tràn(lỗ vừa), LS III-IV trái lan hình nan hoa.
			Cả 2 tim Tim (P) tăng gánh tâm thu	có	
ASD	Ko	Có	Tim(P) tăng gánh tâm trương	Chưa	-tăng động thất (P) -T ₂ vang mạnh, tách đôi rộng và cố định -S/D hẹp 3 lá cơ năng
			Tim (P) tăng gánh tâm thu	có	

PDA	Ko	có	Tim (T) tăng gánh tâm trương Cả 2 tim Tim (P) tăng gánh tâm thu	chưa có	-tím chuyên biệt(đảo shunt) -mạch Corrigan -hõm ức đập(cung ĐMC phồng) -hiệu áp rộng -Âm thổi liên tục(chưa TAP), đầu tâm thu(TAP),LS II dưới đòn (T).
	ko	ko	Tim (P) tăng gánh tâm thu	ko	-P ₂ giảm -S/S dạng phụt LS II trái ứ lan cổ -click phụt đầu tâm thu ổ can ĐMP(phình sau hẹp)
4F	-Có -Thè 4F hồng	ko	Tim(P) dày, giãn	ko	-ngồi xôm -tím ko to nhưng thất (P) tăng động -T ₂ đơn nhỏ -S/S hẹp ĐMP -S/S hở 3 lá -Âm thổi liên tục của THBH chủ-phổi ở sau lưng hay của PDA ở dưới đòn.

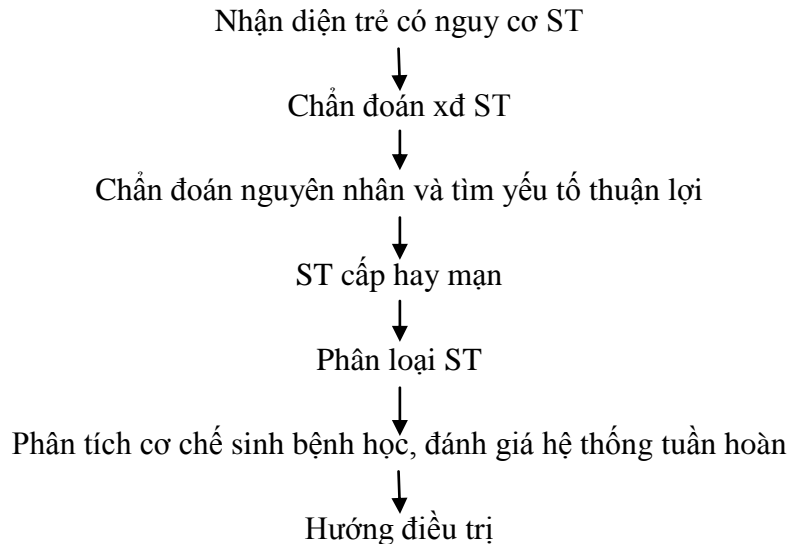
Lưu ý : Sốt / tim bẩm sinh -> Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng ; Áp xe não ; Nhiễm trùng hô hấp dưới .

TIẾP CẬN SUY TIM

ĐỊNH NGHĨA:

Suy tim là một hội chứng Is do rối loạn chức năng tim gồm những dấu hiệu, triệu chứng của quá tải thể tích trong mạch máu, trong mô kẽ (khó thở, rales ở phổi, phù, gan to) và những biểu hiện của giảm tưới máu mô (mệt, kém dung nạp với gắng sức)

CÁC BƯỚC TIẾP CẬN



TRẺ CÓ NGUY CƠ SUY TIM:

- Trong tiền căn có ghi nhận bệnh tim (TBS, tim mắc phải)
- Trẻ có triệu chứng ở đường hô hấp (ho, kk, khó thở, thở mệt) nhất là khi những triệu chứng này kéo dài hoặc tái phát nhiều lần
- Trẻ có triệu chứng đường tiêu hóa cấp or mạn tính (ói mửa, ăn bú kém, đau hạ sườn Phải)
- Phù
- Thiếu máu nặng, bệnh tuyến giáp

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH ST

Bệnh sử (gợi ý)	Thăm khám (quyết định)
Triệu chứng đường hô hấp <ul style="list-style-type: none">• Ho đàm kéo dài• Sốt nhẹ• Khó thở• Khò khè	Triệu chứng của ứ - sung huyết <ul style="list-style-type: none">• Phù, TMC nổi, gan to• Thở nhanh, rút lõm ngực, rales phổi
Triệu chứng đường tiêu hóa <ul style="list-style-type: none">• Đau bụng• Chán ăn• Buồn nôn, ói mửa	Triệu chứng tại tim <ul style="list-style-type: none">• Tim to• Tim nhanh ± gallop ở rất chậm• Tiếng tim có thể mờ
Triệu chứng toàn thân <ul style="list-style-type: none">• Mệt mỏi• Chậm phát triển thể chất và tâm vận	Triệu chứng của giảm cung lượng tim <ul style="list-style-type: none">• Mạch nhanh, nhỏ, nhẹ• Chi mát, lạnh, vã mồ hôi• Da xanh, CRT > 2s• Huyết áp thấp• Tiểu ít

CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ THUẬN LỢI:

NGUYÊN NHÂN:

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến ST nhưng y6 chỉ chú trọng TBS (ASD, VSD, PDA, TOF)

YẾU TỐ THUẬN LỢI:

- Ko tuân thủ điều trị: tiết chế, thuốc
- Nhiễm trùng (viêm phổi thường gặp nhất)
- Đợt thấp tim tái phát (thường gặp ở trẻ > 5 tuổi, có tiền căn thấp tim)
- Thiếu máu (nhất là ở trẻ TBS luồng thông T-P)
- SĐ
- RLĐG – kiểm toan: hạ Na, hạ K, hạ Mg máu, toan máu
- Thiếu oxy máu
- RLN: tim nhanh (nhịp nhanh trên thất, rung nhĩ, cuồng nhĩ...)

SUY TIM CẤP HAY MẠN

- ST cấp gồm OAP (chức năng tim (T) giảm, tim (P) bình thường) và sốc tim (chức năng tim (T), (P) đều giảm), ko có những triệu chứng của OAP và sốc tim thì là ST mạn

PHÂN LOẠI SUY TIM

- Trẻ lớn: theo Framingham
- Trẻ nhỏ: theo NYHA (xài khi BN đã được điều trị, chi tiết hơn vì có CLS và bệnh nền) và ROSS
- **PHÂN LOẠI ST Ở NHỮ NHI CỦA ROSS**

Độ 1	Ko có triệu chứng
Độ 2	Khi ăn/bú trẻ thở hơi nhanh và vã mồ hôi nhẹ Khó thở khi gắng sức Ko lớn
Độ 3	Khi ăn/bú hoặc gắng sức, trẻ thở nhanh và vã mồ hôi đáng kể Ăn/bú lâu Ko lớn
Độ 4	Thở nhanh, co lõm ngực, rên hoặc vã mồ hôi ngay cả khi nghỉ ngơi

PHÂN TÍCH CƠ CHẾ SINH BỆNH HỌC

- ST cấp hay mạn
- ST cung lượng tim thấp hay cao
 - ✓ ST cung lượng thấp thường xảy ra thứ phát sau bệnh TBS, bệnh van tim, bệnh cơ tim và bệnh màng ngoài tim
 - ✓ ST cung lượng cao thường gặp ở BN cường giáp, thiếu máu mạn, có thai, dò động tĩnh mạch, beri – beri, bứu máu
- ST (P), (T) hay toàn bộ
 - ✓ (T): biểu hiện đầu tiên là KT khi gắng sức (bú, khóc...)
 - ✓ (P): phù, gan to, TMC nổi, AGPC (+)
Ở trẻ em, gan có trữ lượng lớn so với người lớn, gan phản ánh ứ trệ máu rõ nhất ở trẻ em đặc biệt là nhũ nhi, sơ sinh. Nhưng bất kể nhiễm trùng j đều tăng sinh gan, lách do phản ứng ngoại tủy. Dựa vào siêu âm: TM trên gan và trong gan giãn, or gan to đập theo nhịp tim → gan to do ST (P)
- ST tăng gánh thể tích (tăng gánh tâm trương) hay tăng gánh áp suất (tăng gánh tâm thu)

- Suy chức năng tâm thu hay suy chức năng tâm trương
 - ✓ ST tâm thu: tim mất khả năng co bóp bình thường để tống máu, biểu hiện liên quan đến giảm CLT như yếu đuối, mệt nhọc, giảm khả năng gắng sức và các triệu chứng giảm tưới máu khác. BN có tim vừa phì đại vừa dẫn nở, tồn tại đồng thời cả suy tâm trương và tâm thu
 - ✓ ST tâm trương: mất khả năng dẫn nở để đổ đầy máu bình thường. Biểu hiện liên quan chủ yếu đến tăng áp lực đổ đầy thất, biểu hiện chủ yếu bằng cảm giác khó thở.
- Đánh giá hệ thống tuần hoàn: tiền tải, hậu tải, sức co bóp cơ tim → ST nặng hay nhẹ

ĐIỀU TRỊ:

	Giảm tiền tải	Trợ tim	Giảm hậu tải
Điều trị hỗ trợ	Nằm đầu cao Tiết chế muối nước Garot 3 chi (OAP) Trích máu (OAP)	Thở oxy (ST nặng) Dinh dưỡng tốt Nghỉ ngơi, an thần Tránh: bón, stress Hạ sốt Điều trị các yếu tố thuận lợi	Tránh bị lạnh Tránh stress
Thuốc đặc hiệu	Lợi tiểu Thuốc dẫn TM	Digitalis Dopamin, dobutamin Amrinone, milrinone	Dẫn động mạch
ức chế beta: propranolol, metoprolol, carvedilol			

KAWASAKI

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh Kawasaki là bệnh viêm ko đặc hiệu các mạch máu kích thước nhỏ đến TB. Bệnh thường xảy ra ở trẻ dưới 4 tuổi và gây di chứng mạch vành nặng nề, có thể tử vong.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán: thể điển hình

Tiêu chuẩn	Mô tả
Sốt	≥5d và có ít nhất 4 trong 5 triệu chứng sau
1. viêm kết mạc	2 bên, ko sinh mủ
2. sưng hạch	Hạch cổ >1.5cm
3. hồng ban	Đa dạng, ko bóng nước
4. thay đổi ở niêm mạc miệng	Môi nứt, đỏ. Lưỡi dâu hoặc hồng ban lan tỏa ở hầu họng
5. thay đổi ở chi	Gđ đầu: hồng ban và phù ở bàn tay, bàn chân Gđ sau: tróc da ở ngón tay

Và ko nghĩ đến bệnh khác phù hợp với triệu chứng lâm sàng hiện tại

Thể ko điển hình: trẻ sốt ≥5d, chỉ có 3 trong 5 triệu chứng trên, kèm với dẫn mạch vành trên siêu âm tim, trẻ <1t.

2. Biện luận + chẩn đoán phân biệt:

Sốt phát ban	Nhiễm trùng	VT	Sốt tinh hồng nhiệt	Viêm họng, sốt, lưỡi đỏ tươi, dạng trái dâu, phát ban →WBC, VS, CRP, ASO↑
			NTH tụ cầu	Bệnh cảnh NTH diễn ra nhanh và nặng, ổ nhiễm nguyên phát(±)
			Nhiễm não mô cầu	Sốt cao, khởi phát đột ngột, tử ban thường xuất hiện 1-2d sau sốt →Neu↑, phết tử ban, cấy máu (song cầu Gr-), dịch não tủy (khi nghi ngờ có VMN kèm theo)
		VR	Sởi	Sốt, viêm long, hồng ban xuất hiện theo trình tự →CTM, IgM huyết thanh (+)N3 sau phát ban, XQ phổi nếu nghi VP
			Rubeola	Triệu chứng nhẹ 2-3d là hết: sốt nhẹ, nhức đầu, sổ mũi, nghẹt mũi, đỏ mắt, nổi hạch, hồng ban, đau khớp, nhất là phụ nữ trẻ.
		SXH	Sốt, các dạng xuất huyết, gan to, sốc... →TC ↓, Hct ↑	
	Không nhiễm	Miễn dịch Dị ứng	SLE	Sốt nhẹ, hồng ban cánh bướm, dạng đĩa, bệnh mạn tính
			RA thiếu niên thể hệ thống	Hồng ban xuất hiện lúc sốt cao, ở thân mình, tứ chi...
			Kawasaki	
			Dị ứng thuốc và HC Steven Johnson	Sốt, mụn nước, viêm quanh lỗ tự nhiên, ngứa Sau uống KS
	ÁC TÍNH			

- **Sốt tinh hồng nhiệt: (Scarlet fever)** là 1 bệnh mà nguyên nhân do sự phóng thích ngoại độc tố của *Streptococcus pyogenes*.

Đặc điểm:

- Viêm họng

- Sốt

- Lưỡi có màu đỏ tươi, trái dâu

- Phát ban với đặc điểm:

+ Nhỏ, mịn, màu đỏ, sần sùi

+ Xuất hiện 12-48h sau khi sốt

+ Thường xuất hiện ở ngực, nách, sau tai.

+ Nguy hiểm hơn nếu ở nếp gấp da.

+ Pastia lines xuất hiện và tồn tại sau khi phát ban đã khỏi.

+ Lưỡi gà có thể căng phồng.

- Phát ban mất dần 3-4 ngày sau khi khởi phát và có bong tróc da, tróc da gan tay, quanh các ngón tay sau vài tuần. Bong tróc da còn xảy ra ở nách, háng, đầu ngón tay chân.

Chẩn đoán Scarlet fever dựa vào lâm sàng. Xét nghiệm máu cho thấy có sự tăng của bạch cầu, tốc độ lắng hồng cầu (ESR), C-reactive protein (CRP) và Antistreptolysin cao, cấy máu ít khi cho kết quả chính xác.

- **NTH tu cầu**

NTH là tình trạng có sự hiện diện của VK trong dòng máu kèm theo biểu hiện lâm sàng của nhiễm trùng.

△: HC đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) + cấy máu (+)

Hoặc HC đáp ứng viêm toàn thân + dấu hiệu gợi ý ổ nhiễm trùng (nhọt da, viêm xương, viêm phổi có bóng khí)

SIRS: ít nhất 2/4 tiêu chuẩn sau trong đó có ít nhất 1 tiêu chuẩn về nhiệt độ hoặc bạch cầu

- Sốt $>38.5^{\circ}\text{C}$ hoặc hạ thân nhiệt $<36^{\circ}\text{C}$
- Tim nhanh theo tuổi hoặc tim chậm ở trẻ <1 tuổi
- Thở nhanh theo tuổi
- WBC tăng hoặc giảm theo tuổi ($\text{NL}>12\text{k}/\text{mm}^3$ hoặc $<4\text{k}/\text{mm}^3$) hay band neutrophile $>10\%$

- **Nhiễm não mô cầu**

Sốt $39-40^{\circ}\text{C}$, đột ngột

Tử ban xuất hiện trong vòng 1-2d sau sốt

- Màu đỏ thẫm hoặc tím
- Kích thước 1-2mm đến vài cm
- Hoại tử trung tâm (\pm)
- Bề mặt bằng phẳng
- Khấp người, thường gặp vùng hông và 2 chi dưới
- Lan nhanh, dạng bản đồ hoặc có dạng bóng nước (\pm).

- **Rubeola**

Triệu chứng nhẹ 2-3d là hết: sốt nhẹ, nhức đầu, sổ mũi, nghẹt mũi, đỏ mắt, nổi hạch đau ở sau cổ, dưới tai, ban màu hồng, mịn, bắt đầu ở mặt, lan xuống thân mình rồi ra tay chân, biến mất cũng theo thứ tự này, đau khớp, nhất là phụ nữ trẻ.

85% trẻ bị HC Rubeola BS nếu mẹ bị nhiễm Rubeola trong TCN I.

Hội chứng Rubeola bẩm sinh bao gồm một hoặc nhiều các vấn đề sau:

- Chậm phát triển.
- Đục TTT (cataracts).
- Điếc
- Bị các khiếm khuyết tim bẩm sinh.
- Kiếm khuyết ở các cơ quan khác.
- Chậm phát triển tâm thần.

➤ Sởi

Sốt, viêm long: ho, sổ mũi, mắt đỏ.

Koplix

Hồng ban toàn thân: ko tằm nhuận, ở mặt → thân → tay chân.

Vết thâm da sau khi ban bay

Biến chứng:

- VP, viêm tai giữa, tiêu chảy cấp, loét miệng, viêm não.
- Mờ giác mạc
- Thở rít do viêm thanh quản
- SDD nặng

➤ SLE: tiêu chuẩn Δ / Hội thập khớp Hoa Kỳ 1997 (4/11 tiêu chuẩn → đặc hiệu 97%)

- 1) Hồng ban cánh bướm hai bên má, phía dưới 2 mắt, có thể phẳng hoặc nổi gồ lên.
- 2) Ban hình đĩa: là những mảng màu đỏ, nổi gồ lên kèm theo nổi vảy ở phần da phủ phía trên. Có một nhóm nhỏ bệnh nhân chỉ xuất hiện ban đĩa lupus trên da và không bị lupus ban đỏ hệ thống.. Tất cả các bệnh nhân có ban đĩa lupus nên được tầm soát để tìm các biểu hiện hệ thống khác.
- 3) Nhạy cảm với ánh sáng: nổi ban do phản ứng với ánh sáng mặt trời. Không nên nhầm lẫn dạng ban này với rôm, sảy (thường mọc ở những nếp gấp trên cơ thể như nách, bẹn, cổ hoặc những vùng ẩm ướt trên cơ thể khi tiếp xúc với nhiệt...).
- 4) Loét ở miệng: những vết loét không đau ở vùng mũi hoặc miệng
- 5) Viêm khớp: Viêm khớp do lupus thường không gây biến dạng khớp. Thường có thể sưng khớp và ấn đau.
- 6) Viêm thanh mạc: là tình trạng viêm của các màng bao bọc phổi, tim và lát khoang ổ bụng.
- 7) Tổn thương thận: Tiểu đạm hoặc soi nước tiểu dưới kính hiển vi cho thấy những bằng chứng về tình trạng tổn thương cầu thận. (đạm niệu >0.5g/24h hoặc >3+, trụ tế bào)
- 8) Những rối loạn về thần kinh: co giật hoặc rối loạn tâm thần nguyên phát.
- 9) Rối loạn về máu: HC, BC, TC ↓,
- 10) Rối loạn miễn dịch: Anti DsDNS(+), hoặc Anti Sm(+), hoặc Anti phospholipid(+), hoặc xét nghiệm huyết thanh giang mai dương tính giả.
- 11) Những kháng thể kháng nhân (ANA - antinuclear antibody): Là marker thường gặp trong máu ở các bệnh tự miễn. ANA tăng lên trong máu theo tuổi chính vì vậy độ chính xác của chúng giảm đi ở những bệnh nhân lớn tuổi. Xét nghiệm ANA rất có giá trị khi âm tính, đây là yếu tố cơ bản để loại bỏ chẩn đoán bệnh lupus ban đỏ do có khoảng trên 98% bệnh nhân lupus cho kết quả xét nghiệm ANA dương tính

➤ RA thiếu niên thể hệ thống còn gọi là thể cấp, có biểu hiện nội tạng, bệnh Chauffard Still

- *Lâm sàng* : Gặp ở lứa tuổi 5 - 7 tuổi, thực tế 1 - 2 tuổi, khởi phát cấp tính
 - Toàn thân :
 - + Sốt cao dao động kéo dài
 - + Mệt mỏi kém ăn, gầy sút nhanh
 - + Da xanh, hốc hác
 - Tại khớp :
 - + Các khớp bị viêm : cổ tay, cổ chân, gối, khuỷu, khớp ngón, ít thấy viêm khớp háng và không có biểu hiện ở cột sống.
 - + Các khớp sưng, nóng, đau, ít đỏ, da bên ngoài phù nề, có thể có tràn dịch khớp .
 - Biểu hiện ngoài khớp :
 - + Da : ban đỏ, thường gặp, có tính chất đặc hiệu. Đó là những nốt, chấm màu hồng trên mặt da, không đau, không ngứa, xuất hiện nhiều lúc sốt cao trong ngày rồi mất dần sau vài giờ, ban thường xuất hiện ở thân mình, tứ chi nhất là lòng bàn tay, bàn chân.
 - + Gan, lách, hạch : Gan hơi to, ít rối loạn chức năng gan . Lách mấp mé bờ sườn. Hạch to, nổi ở nách, bẹn, to vừa, không đau.
 - + Viêm màng ngoài tim với đau ngực, tim to, lượng nước ít trên siêu âm. Diễn biến đa số lành tính. Viêm cơ tim hiếm gặp và không viêm nội tâm mạc.
 - + Viêm màng bụng, màng phổi : có thể gặp, siêu âm có lượng nước ít.
- *Cận lâm sàng* :
 - CTM : HC giảm nhẹ, BC tăng hoặc giảm.
 - VSS tăng, fibrinogène tăng.
 - Xét nghiệm miễn dịch âm tính .
 - X-quang xương khớp bình thường
- *Tiến triển, biến chứng, tiên lượng* :

Bệnh tiến triển từng đợt, mỗi đợt vài tuần đến vài tháng, theo ba cách

 - Sau vài đợt rồi khỏi không để lại di chứng.
 - Kéo dài vài năm, thưa dần rồi khỏi, có thể để lại di chứng ở khớp.
 - Một số trường hợp nặng dần rồi tử vong vì các biến chứng (suy tim, thận do nhiễm tinh bột)

➤ HC Steven Johnson

Hội chứng S. J thường gặp ở trẻ em và người trẻ tuổi nam nhiều hơn nữ, tỉ lệ 2: 1

- *Căn nguyên*.
 - + Do thuốc: hạ sốt, giảm, an thần đặc biệt kháng sinh nhóm Penicillin, Sunfamides.
 - + Do tiêm vacin, huyết thanh.
 - + Nhiễm virus: do Herpes.
 - + Các bệnh nhiễm khuẩn: viêm phổi, viêm màng não, viêm não, nhiễm khuẩn răng miệng
 - + Các loại bệnh ký sinh trùng, sốt rét, trùng roi, nhiễm nấm.
 - + Bệnh tạo keo : lupus ban đỏ.
 - + Rối loạn nội tiết, có thai hoặc rối loạn kinh nguyệt ...
- *Lâm sàng*.

Bệnh khởi đầu đột ngột sốt cao 39- 40°, nhức đầu, mệt mỏi, viêm họng miệng về sau toàn trạng ngày càng nặng.

+ Viêm miệng là một dấu hiệu xuất hiện sớm, biểu hiện mụn nước ở môi, lưỡi và niêm mạc miệng hoặc xung quanh miệng về sau gây viêm miệng nặng kèm theo giả màng xuất huyết, chảy nước bọt, loét miệng ăn uống rất khó khăn.

+ Mắt: viêm kết mạc hai bên, loét giác mạc.

+ Mũi: viêm mũi, xung huyết, chảy máu mũi.

+ Da: xuất hiện mụn, bóng nước hoặc ban xuất huyết ở mặt tay, chân sau đó xuất hiện tổn thương ban đỏ hình huy hiệu toàn thân kèm theo viêm mắt hoặc tất cả các lỗ tự nhiên (miệng, mũi, kết mạc, niệu đạo, âm đạo, hậu môn).

+ Cơ quan nội tạng khác: viêm phế quản, rối loạn tiêu hóa.

3. Đánh giá nguy cơ theo tiêu chuẩn Harada

- BC > 12k/mm³
- TC < 350k/mm³
- CRP > 3+
- Hct < 35%
- Albumin < 3.5mg/dl
- Tuổi < 12 tháng
- Trẻ nam

Nguy cơ cao khi $\geq 4/7$ tiêu chuẩn

III. ĐIỀU TRỊ

Bệnh điển hình: điều trị cả khi BN đến trễ > 10d.			
Bệnh ko điển hình: phải hội chẩn chuyên khoa.			
Aspirin 30-50mg/kg/ngày, chia 4 lần(u), khi hết sốt liều 3-5mg/kg/ngày, tối thiểu 6 tuần hoặc cho đến khi hết dẫn mạch vành, VS, TC về bình thường.			
Gamma globulin TTM 2g/kg/12h. nếu có suy tim sẽ cho trong 2-4d. theo dõi M, HA lúc bắt đầu truyền, 30ph, 1 giờ sau truyền, mỗi 2 giờ đến khi ngưng truyền.			
Nếu BN hết sốt → siêu âm tim kiểm tra sau 2w và 6w (BS tim mạch nhi làm SAT)			Nếu BN ko hết sốt 48h sau truyền hoặc tái phát trong vòng 2w
Ko dẫn MV	Dẫn MV < 8mm, ko hẹp	Dẫn MV > 8mm và/hoặc hẹp	Hội chẩn khoa, bệnh viện
- Ngưng aspirin sau 6w - theo dõi suốt đời, mỗi 2y	- tiếp tục aspirin ECG, SAT/6 tháng - Ngưng aspirin nếu hết dẫn MV - T/d suốt đời	- uống aspirin suốt đời - wafarin ngay cả khi ko có huyết khối, giữ INR 2-2.5 - Chụp MV và test gắng sức - ECG, SAT/6 tháng - T/d suốt đời	- Gamma globulin TTM 2g/kg/12 giờ lần 2 - Methylprednisolon 30mg/kg/ngày x 3d - Prednisone (u) 2mg/kg/ngày, 1 lần/ngày, giảm liều dần và ngưng trong 6w

THEO DÕI

- Những trẻ có dùng gamma globulin nên trì hoãn tiêm chủng các vaccines virus sống giảm độc lực (sởi, quai bị, rubeola, thủy đậu) 6-11 tháng.
- Hạn chế hoạt động thể lực nếu có dẫn MV lớn, nhiều nơi

BỆNH VIÊM ĐỘNG MẠCH TAKAYASU

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm động mạch Takayasu là bệnh lý viêm động mạch chủ, các nhánh lớn của nó và động mạch phổi.

Lứa tuổi thường gặp: 15-45, vẫn có thể gặp ở trẻ nhỏ và nữ nhi.
80-90% là nữ

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

TC: chú ý bệnh lao, bệnh tự miễn, bệnh nhiễm trùng trước đó

- Gđ viêm cấp
 - ✓ Từng đợt buồn nôn, ói mửa và đau bụng
 - ✓ Đau viêm khớp, đau cơ
 - ✓ Ho, ho ra máu, viêm MP
 - ✓ Tổn thương da thoáng qua dạng nốt, viêm thượng cẳng mạch
 - ✓ Nhức đầu, chóng mặt, suy yếu thần kinh
 - ✓ Hạch to, thiếu máu
- Gđ mạn
 - ✓ Mất mạch 1 hoặc 2 bên đối xứng (mạch chi, mạch cảnh)
 - ✓ Khác biệt HA giữa 2 tay ≥ 20 mmHg
 - ✓ Cao HA do hẹp đm thận
 - ✓ Đau ngực, hở van ĐMC, suy tim
 - ✓ Âm thổi vùng cổ, dưới đòn và bụng
 - ✓ Liệt 1/2, co giật, ngất
 - ✓ Bất thường đáy mắt: vòng nổi mạch máu xung quanh gai thị

2. Cận lâm sàng

- VS, CRP ↑/cấp
- ANA, LE cell, ASO, RF, IDR có thể (+)
- Chức năng thận, ion đồ máu, TPTNT (do viêm đm thận)
- ECG: dày nhĩ, dày thất, TMCT
- XQ ngực thẳng: tim to, THP giảm, cung ĐMC dẫn, bờ ĐMC xuống ko đều, vôi hóa.
- Siêu âm tim, mạch máu vùng cổ, bụng:
 - ✓ Tim to, phì đại thất T, EF↓, hở van 2 lá, van ĐMC, dẫn mạch vành
 - ✓ Quai ĐMC, ĐM cảnh, ĐM dưới đòn, ĐM chủ xuống đoạn ngực, bụng, ĐM thận, ĐM chậu. ĐM phổi và ĐM vành ít gặp. Thành đm dày, bờ ko đều/gđ cấp. gđ mạn thấy lòng máu xoáy qua chỗ hẹp, vận tốc lòng máu↑, dẫn sau hẹp, túi phình đm.
- DSA và MRI giúp xác định rõ hình ảnh các đm viêm, dẫn, phình, tắc hẹp.

3. Chẩn đoán xác định

Tiêu chuẩn của Hiệp hội mạch máu Hoa Kỳ (Δ 3/6 tiêu chuẩn)

- Khởi phát bệnh <40t
- Đi cách hồi
- Mạch chi yếu
- Chênh lệch HA tâm thu giữa 2 tay hoặc 2 chân ≥ 20 mmHg
- Âm thổi vùng ĐM dưới đòn hoặc chủ bụng
- DSA thấy hẹp từng đoạn ĐMC hoặc nhánh của nó, loại trừ hẹp do loạn sản cơ.

4. Phân loại

Type I tổn thương quai ĐMC và các nhánh

Type II tổn thương ĐMC xuống và các nhánh

Type III: I+II

Type IV: III+ tổn thương ĐMP

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nội khoa

- Kháng viêm

Prednisone tấn công 1-2mg/kg/d (u) x 1 tháng đến khi hết viêm, giảm liều từ từ trong 3 tháng

Nếu lệ thuộc (ko thể giảm liều hoặc ngưng) hoặc kháng prednisone (phản ứng viêm ko biến mất sau 1 tháng tấn công), phối hợp thêm

- Cyclophosphamide 2mg/kg/d (u)

- hoặc MTX 10-30mg/m²/tuần

- Hạ HA khi có CHA: ức chế Ca, ức chế alpha-beta, dẫn mạch trực tiếp (hydralazine)

2. Can thiệp

Nong chỗ hẹp nếu DSA cho thấy có thể thực hiện được

PT bắc cầu nếu ko nong được.

BỆNH THẤP

I. ĐN: Bệnh thấp là bệnh viêm không sinh mủ xảy ra sau nhiễm liên cầu trùng tan huyết β nhóm A, gây tổn thương nhiều cơ quan: tim(thấp tim), khớp(thấp khớp), thần kinh(múa vờn), da(hồng ban vòng), mô dưới da(nốt cục). Tổn thương tim có thể để lại di chứng và gây tử vong, các tổn thương khác lành tính và tự giới hạn.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Đợt thấp đầu tiên:

Tiêu chuẩn chính	Tiêu chuẩn phụ
1. Viêm tim	1. Sốt
2. Viêm đa khớp, di chuyển	2. Đau khớp
3. Hồng ban vòng	3. VS, CRP tăng
4. Múa vờn	4. PR kéo dài trên ECG
5. Nốt dưới da	

Chẩn đoán xác định khi(tiêu chuẩn Jones):

☺ có 2 tiêu chuẩn chính hay

☺ 1 tiêu chính + 1 tiêu chuẩn phụ + bằng chứng nhiễm Streptococcus nhóm A trước đó(cấy, test kháng nguyên nhanh, gia tăng ASO)

2. Chẩn đoán có thể(Jones cải tiến)

a. *Múa vờn* sau khi đã loại trừ hết tất cả các nguyên nhân khác.

b. *Viêm tim* khởi phát trễ hay âm thầm không có nguyên nhân rõ rệt.

Chẩn đoán loại a,b không cần có bằng chứng của nhiễm Streptococcus nhóm A trước đó.

c. *Thấp tim tái phát:* bệnh tim do thấp hay thấp khớp được xác định trước + 1 tiêu chuẩn chính, hay sốt ,đau khớp, tăng CRP, VS + bằng chứng nhiễm Streptococcus nhóm A trước đó.

III. CLS:

CTM, VS, CRP

ASO, phết họng cấy tìm Streptococcus nhóm A

XQ ngực, ECG, siêu âm tim

Cấy máu nếu nghi ngờ có viêm nội tâm mạc.

IV. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

1. Đtr nhiễm trùng Strep. nhóm A : PNC
2. Chống viêm: Aspirin, prednisone
3. Đtr triệu chứng

V. THEO DÕI:

CTM, VS mỗi tuần

ASO mỗi 2 tuần

Theo dõi tai biến khi dùng Aspirin, prednisone kéo dài.

VI. PHÒNG THẤP:

1. **Phòng thấp tiên phát:** trẻ 5-15 tuổi bị viêm họng do liên cầu trùng sẽ được điều trị kháng sinh chống liên cầu trùng.

2. **Phòng thấp thứ phát:**

a. **Thời gian:**

☺*Thấp không tổn thương tim:* 5 năm sau khi tình trạng viêm ổn định hay đến 21 tuổi.

☺*Thấp có tổn thương tim nhưng không để lại di chứng:* 25 tuổi

☺*Thấp để lại di chứng van tim:* 40 tuổi

b. Thuốc:

PNC G (TB) mỗi 3-4 tuần: 600.000đv(trẻ ≤ 27 kg)

1.200.000đv(trẻ > 27 kg)

PNC V(u) : 125mg $\times 2$ lần/ngày(trẻ ≤ 27 kg)

250mg $\times 2$ lần/ngày(trẻ > 27 kg)

Dị ứng PNC thay bằng **Erythromycin** (u) 250 $\times 2$ lần/ngày.

VIÊM KHỚP DẠNG THẤP THIỂU NIÊN

1. Định nghĩa:

VKDTTN hay viêm khớp mạn thiếu niên là một thể lâm sàng của bệnh tự miễn trẻ em, đặc trưng bằng viêm bao hoạt dịch khớp mạn tính ăn mòn sụn khớp và hủy xương dưới sụn. Đây là một trong số các nguyên nhân quan trọng gây tàn phế cho trẻ em do mất chức năng vận động khớp và mù. Tổn thương nội tạng ở thể hệ thống thường gây tử vong cao.

2. Lâm sàng:

Biểu hiện rất đa dạng, thay đổi tùy theo dạng LS của bệnh. Căn cứ vào tình chất khởi phát, bệnh VKDTTN được chia thành 3 dạng LS chính: thể hệ thống, thể đa khớp, thể ít khớp. Đặc điểm các thể ls này được trình bày tóm tắt trong bảng dưới.

2.1. Thể viêm đa khớp (>4 khớp): chiếm 35%; nữ > nam.

2.1.1. Nhóm RF(+):

Chiếm 20-25%, khởi phát trẻ. Tổn thương viêm khớp thường nặng, thường kèm ban thấp, nốt thấp, viêm mạch máu, HC Sjogren... Tiến triển thường dẫn đến phá hủy khớp, mất chức năng vận động tàn phế.

2.1.2. Nhóm RF(-):

Chiếm 5-10%, khởi phát ở bất kỳ lứa tuổi. Tiên lượng thường nhẹ.

	Thể đa khớp dạng thấp	Thể ít khớp	Thể hệ thống
Tỉ lệ thường gặp	30-40%	50%	10-20%
Số khớp viêm	>=5	=<4	Thay đổi
Tuổi khởi phát	Mọi lứa tuổi (đỉnh cao 1-3t)	Lứa tuổi nhỏ (đỉnh cao 1-2t)	Thời kỳ trẻ em (không có đỉnh cao)
Tỉ lệ nữ:nam	3:1	5:1	1:1
Biểu hiện ngoài khớp	Thường nhẹ	Không có	Nặng
Viêm màng bồ đào mạn tính	5%	20%	Hiếm
-Yếu tố thấp RF(+)	10% (tăng với tuổi) 40-50%	Hiếm	Hiếm
-KT kháng nhân ANA(+)		75-85%	10%
Tiên lượng	Tương đối tốt/vs nhóm RF(+): dè dặt.	Thường tốt trừ biến chứng mắt	Tương đối đến xấu

5.2. Thể viêm ít khớp (<=4 khớp): chiếm 50-60%.

5.2.1. *Týp 1*

Chiếm 35-40%; nữ>nam; khởi phát <4 tuổi; ANA(+) 90%; RF(-).20% tiến triển thành viêm đa khớp; 30% có biến chứng viêm màng mắt thể mi(VMMTM),trong số này 80% có ANA(+).Tiến triển thường tự giới hạn khớp ít bị phá hủy,nhưng trẻ thường bị biến chứng ở mắt,cần được khám đèn khe mỗi 3 tháng/2 năm đầu và sau đó mỗi 6th/7 năm kể để phát hiện sớm dấu hiệu viêm màng bồ đào.

5.2.2. *týp 2*

Chiếm 10-15%; nam>nữ: khởi phát > 8t;RF,ANA(-); 75% HLA-B27;10-20% có VMMTM.Tồn thương thường ở khớp lớn 2 chân,có thể kèm viêm gân bám ở gót,bàn chân.Một số trường hợp có thể diễn tiến thành viêm cột sống dính khớp thiếu niên về sau.

5.3.Thể hệ thống (bệnh Still-Chauffard)

Chiếm 20%.Đây là biểu hiện tổn thương nội tạng của bệnh VKDTTN,với sốt cao đặc trưng của bệnh,kèm biểu hiện lan tỏa ngoài khớp (da,mạch máu,tim,phổi,gan ,lách,hạch...).Thể này tổn thương ở khớp thường thoáng qua,nhưng các tổn thương ngoài khớp thường nặng và kéo dài có thể gây tử vong cho trẻ.Cần chú ý chẩn đoán phân biệt với các bệnh có biểu hiện toàn thân khác như nhiễm trùng huyết,viêm da cơ,viêm đa cơ,bệnh kawasaki,Lupus ban đỏ hệ thống,bệnh Behcet,bạch huyết cấp...

3.Cận lâm sàng:

3.1.Phản ứng viêm & miễn dịch

CTM,đếm tiểu cầu,tốc độ gia tăng lắng máu; CRP;

Điện di protein huyết tương ; ANA; RF; ASO.

3.2.Xét nghiệm đánh giá tổn thương xương

3.2.1.X quang xương khớp quy ước

Không thể thiếu trong chẩn đoán và đánh giá tổn thương xương!!! XQ khớp thông thường tuy không giúp phát hiện sớm tổn thương xương ở bệnh VKDTTN nhưng cho đến nay vẫn có giá trị giúp chẩn đoán tổn thương xương ở gđ 1.Tổn thương ở CS thắt lưng,xương cùmg,khớp cùmg chậu khó thấy hơn chỗ khác,đòi hỏi kỹ thuật chụp thích hợp.Phần xa của xương bàn đót gần bị rộng ra,có thể là dấu hiệu duy nhất của bệnh và tồn tại ngay cả khi bệnh không ở dạng hoạt động.Xương bánh chè or một số xương khác cũng có thể bị rộng ra.XQ giúp phát hiện tổn thương khác ở khớp thái dương hàm,vì ở trẻ em tổn thương khớp này thường kín đáo và dường như sự phá hủy của khớp này diễn ra sớm và nhanh hơn các khớp khác trong VKDTTN.Viêm khớp háng thường hiếm gặp ở gđ khởi phát của VKDTTN thể ít khớp.Triệu chứng viêm khớp háng ở trẻ nhỏ đôi khi không rõ ràng,do đó XQ khớp háng là chỉ định bắt buộc nếu nghi ngờ có tổn thương tại khớp này.Đây là vị trí tổn thương khớp cần đc điều trị tích cực để tránh sự phá hủy khớp,bảo tồn chức năng vận động và hạn chế sự tàn phế cho trẻ.Cassidy.JT căn cứ vào những thay đổi của xương trong bệnh VKDTTN đã đề ra cách phân loại tổn thương xương khớp như sau:

Những thay đổi sớm:

- Sung mô mềm hay loãng xương
- Tạo xương mới dưới màng xương
- Loãng hành xương.

Những tổn thương nặng hơn:

- Phá hủy sụn.
- Hủy xương.
- Dính xương.
- Bán trật các khớp lớn
- Gãy đầu xương
- Chèn ép cột sống.

Bất thường tăng trưởng: dài chi or ngắn chi, lẹm cằm, tăng cốt hóa sớm...

Viêm cột sống: cổ, bán trật đốt sống đội Atlas; lưng-thắt lưng; xương cụt.

Phân loại CNVD khớp theo Steinbrocker. O, kết hợp với mức độ tổn thương xương:

Giai đoạn	XQ khớp	Teo cơ	Dính biến dạng khớp	Khả năng vận động khớp
1-sớm	Bình thường hoặc loãng xương nhẹ đầu xương	(-)	(-)	Gần bình thường
2-vừa	Mất vôi đầu xương rõ	+	(-)	Hạn chế một phần
3-nặng	Mất vôi nặng, khuyết xương, phá hủy đầu xương, dính khớp một phần.	++	+	Hạn chế nhiều
4-cuối	Dính khớp và biến dạng khớp	+++	++	Tàn phế

3.2.2. *Siêu âm khớp*: kiểm tra màng hoạt dịch, tràn dịch khớp, bao gân, bao cơ, phần mềm các khớp, đặc biệt các khớp lớn ở sâu.

3.2.3. *Chọc dịch khớp*: chỉ định trường hợp có viêm khớp cấp cần loại trừ viêm khớp nhiễm trùng. Còn được dùng để điều trị rút bớt dịch trong bao khớp. Có thể điều trị bằng chích tại chỗ Triamcinolone hoặc Dexamethasone vào ổ khớp hoặc các gân và cơ quanh khớp, tuy nhiên ít được áp dụng.

3.2.4. *Sinh thiết màng hoạt dịch*.

3.3. XN cần thiết để loại trừ: tùy từng bệnh cảnh cụ thể.

3.3.1. *Tủy đồ*.

3.3.2. *Các kỹ thuật hình ảnh khác: xạ hình, chụp cắt lớp, MRI*.

4. Chẩn đoán:

4.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh VKDTTN (JRA), theo Hiệp hội Thấp khớp Mỹ (ACR) 1982:

“Viêm khớp mạn ở trẻ dưới 16t; có thời gian đau khớp kéo dài hơn 6 tuần lễ. Chẩn đoán VKDTTN chỉ được đặt ra sau khi đã loại trừ các bệnh khác ở trẻ em”

Theo tiêu chuẩn này, bệnh VKDTTN có 3 dạng lâm sàng chính:

- Thể hệ thống (bệnh Still-Chauffard)
- Thể để khớp (huyết thanh dương tính và âm tính)
- Thể ít khớp (típ 1 và 2)

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh VKDTTN (JRA), theo Hiệp hội chống Thấp châu Âu (EULAR):

Theo tiêu chuẩn này trẻ mắc bệnh có tuổi khởi phát <16t; viêm ≥ một khớp; thời gian bệnh kéo dài >3 tháng. Típ khởi phát bệnh viêm khớp mãn tính thiếu niên gồm:

- *Thể đa khớp: viêm > 4 khớp với yếu tố thấp âm tính.*
- *Thể ít khớp: viêm ≤ 4 khớp.*
- *Thể hệ thống: viêm khớp với sốt đặc trưng.*
- *VKDTTN: viêm > 4 khớp với yếu tố thấp (+)*
- *Viêm cột sống dính khớp thiếu niên.*

4.2.Chẩn đoán loại trừ:

- Nhiễm trùng (virus,vi trùng)
- Hậu nhiễm trùng (viêm khớp sau tiêu chảy,hội chứng reiter,thấp khớp cấp...)
- Loạn sản máu (bạch huyết cấp,hemophilie,Von Willerbrand...)
- Neoplasm (neuroblastome,bướu xương nguyên phát)
- Không viêm (đau chi lành tính,bệnh xương khớp di truyền,còi xương...)
- Bệnh mô liên kết (Lupus đỏ,Kawasaki,Behcet,viêm mạch máu,viêm da cơ...)
- Viêm khớp thứ phát sau viêm ruột,vảy nến...
- Bệnh lý khác: giảm gamma globulin máu,sarcoidosis...

4.3.Chẩn đoán phù hợp từng tuyến:

Nếu viêm khớp cấp (<2 tuần):

- Kiểu đa khớp luân chuyển,có thể có hay không có viêm họng trước đó,tuổi từ 5-15 thì chẩn đoán cần được nghĩ đến trước tiên ở tuyến dưới là thấp khớp cấp.
- Kiểu đa khớp tiến triển và/hoặc viêm các khớp đặc biệt như khớp bàn đót bàn tay,chân,khớp thái dương hàm,khớp háng,khớp cột sống...,hoặc đau khớp xuất hiện ở trẻ nhỏ<5t, chẩn đoán có thể nghĩ đến là bệnh lý khớp mạn ở gđ khởi phát.
- Kiểu tổn thương một khớp/ít khớp: phải nghĩ đến viêm khớp nhiễm trùng cho tới khi có thể loại trừ, trước khi nghĩ đến thấp khớp cấp,hay viêm khớp trẻ em thể ít khớp.

Nếu viêm khớp diễn tiến > 2 tuần:

Thấp khớp cấp ít nghĩ đến,nhưng để chẩn đoán viêm khớp mạn thiếu niên thì cần tiếp tục theo dõi thêm cho đủ 6 tuần về tính chất đau khớp,đáp ứng điều trị Aspirine...

5.Điều trị:

5.1.Nguyên tắc điều trị:

Phù hợp với cơ chế bệnh sinh: Chống viêm tích cực.

Bảo tồn chức năng khớp và điều trị các triệu chứng ngoài khớp.

Tâm lý trị liệu

Phối hợp nhiều chuyên ngành.

5.2.Thuốc điều trị: bao gồm thuốc kháng viêm tác dụng nhanh.

NSAIDS:

Chỉ định: VKDTTN có phản ứng viêm tăng nhẹ hoặc vừa,tổn thương khớp khu trú,chưa có tăng globulin miễn dịch,chưa có tổn thương xương.

Các NSAIDS dùng được ở trẻ em:

- Aspirine: 75-100mg/kg/ngày, chia 4 lần.
- Naproxen: 15-20mg/kg/ngày, chia 2 lần.
- Ibuprofen: 35mg/kg/ngày, chia 3-4 lần.

Corticoid:

Chỉ định:

- VKDTTN thể hệ thống.
- VKDTTN có phản ứng viêm tiến triển nặng, không khống chế được bằng NSAIDs.
- VKDTTN có biến chứng viêm mống mắt thể mi/viêm màng bồ đào.

Thuốc:

Prednisone:liều tấn công 1-2mg/kg/ngày,đối với trẻ< 20kg (liều tối đa không quá 60mg/ngày đối với trẻ>30kg),uống buổi sáng.

Methy prednisolone (Solumedrol): chỉ định trong trường hợp phản ứng viêm tiến triển nặng không khống chế được bằng corticoid uống tấn công hoặc những trường hợp có tổn thương phủ tạng nặng đe

đọa sinh mạng trẻ. Liều 3-5mg/kg/ngày (trường hợp nặng có thể dùng liều 10-20mg/kg/ngày) TTM trong 3-5 ngày, sau đó đổi qua Prednisone uống.

Thời gian điều trị:

Trong đợt cấp, Corticoid được dùng với liều tấn công cho tới khi phản ứng viêm giảm (hết sốt, hết đau khớp và tốc độ lắng máu giờ đầu giảm < 50mm). Thời gian tấn công tùy đáp ứng của phản ứng viêm trên lâm sàng và cận lâm sàng, nhưng không nên kéo dài > 4 tuần.

Sau đợt cấp, Corticoid được giảm liều dần:

- Từ 60-20mg/ngày, giảm 2,5-5mg/tuần.
- Từ 20-10mg/ngày, giảm 1-2,5mg/tuần.
- Dưới 10mg/ngày, giảm 0,5-1mg/2-4 tuần.

NSAIDs được thay thế dần sau đó để gián đoạn corticoid.

Thuốc điều trị cơ bản:

Nhóm thuốc thay đổi diễn tiến bệnh: chỉ định khi phản ứng viêm tiến triển mạnh, đáp ứng kém với thuốc kháng viêm tác dụng nhanh, gây nguy cơ hủy xương sớm do viêm; hoặc VKDĐTĐN đã có tổn thương xương.

Sulfasalazine(SZP):

- Thời gian có tác dụng từ 1-3 tháng, do đó thuốc cần được phối hợp với kháng viêm tác dụng nhanh trong giai đoạn viêm cấp. Hiệu quả điều trị tốt khi tổn thương xương nhẹ (<GD 2) và phản ứng viêm tăng vừa, khu trú. Thuốc tỏ ra có hiệu quả ở viêm khớp mạn thiếu niên thể ít khớp có tổn thương cột sống và thể viêm cột sống dính khớp.
- Liều và cách cho thuốc: SZP được cho theo phương pháp giải mẫn cảm với liều tăng dần mỗi tuần từ 250-500mg, cho đến khi đạt tổng liều 50mg/kg/ngày (hoặc có thể dừng lại ở liều thuốc tỏ ra có hiệu quả trên lâm sàng).
- Tác dụng phụ: viêm dạ dày, phát ban, ức chế tủy xương, ảnh hưởng đến chức năng gan và có thể gây rối loạn đông máu. Do đó trong quá trình điều trị cần phải theo dõi sát các tác dụng phụ của thuốc (SGOT, PT; TQ, TCK; CTM; VS; TPTNT... cần kiểm tra mỗi tháng/3 tháng đầu, sau đó mỗi 3 tháng 1 lần). Các tác dụng phụ thường tự giới hạn khi giảm liều hoặc ngưng thuốc kịp thời. Chống chỉ định SZP ở bệnh nhân dị ứng với Salicylate hoặc Sulfonamide. Không phối hợp SZP với Corticoid trong giai đoạn cấp của VKDĐTĐN thể hệ thống.

Methotrexate(MTX):

- Chỉ định trong các trường hợp VKDĐTĐN kháng trị, hoặc phụ thuộc Corticoid. Ngoài ra, thuốc cần được chỉ định sớm ở các trường hợp VKDĐTĐN có phản ứng viêm tiến triển nặng, kèm đáp ứng miễn dịch dịch thể mạnh và kéo dài, hoặc VKDĐTĐN có tổn thương xương nặng.
- Liều dùng và cách dùng: MTX tỏ ra có hiệu quả với liều thấp 10mg/m²/1 tuần. Cá biệt có thể tăng đến 1mg/kg/1 lần trong tuần, uống vào ngày giờ nhất định.
- Phối hợp thuốc:

Corticoid là thuốc phối hợp tốt với MTX, trong giai đoạn tấn công dùng liều 1-2mg/kg/ngày, giảm liều và duy trì với liều thấp 7,5mg/ngày trong một thời gian dài trước khi ngưng Corticoid. MTX có thể sử dụng lâu dài sau khi hiệu quả đạt được (từ 3-6 tháng kể từ lúc bắt đầu sử dụng), nhưng cần theo dõi sát các tác dụng phụ của thuốc như viêm dạ dày, độc gan, phát ban, viêm phổi kẽ, ức chế tủy xương... để gián đoạn thuốc kịp thời.

Không nên phối hợp NSAIDs với MTX vì tăng tính độc của NSAIDs trên thận và giảm tác dụng của MTX. Nếu phải kết hợp nên ngưng NSAIDs 24h trước khi uống MTX.

Thuốc ức chế miễn dịch:

Cyclosporine A, Azathioprine, Cyclophosphamide... cũng được chỉ định khi có những biến chứng nặng đe dọa sinh mạng trẻ: hội chứng thực bào tế bào máu, hội chứng đông máu nội mạch lan tỏa, viêm mạch máu, biến chứng thoái hóa tinh bột ở các phủ tạng...

Liệu pháp miễn dịch khác như: gamma globulin, interferon, anti TNF..., là những liệu pháp thay thế được chỉ định trong một số trường hợp VKDTTN nặng, kháng trị.

HUYẾT HỌC

HỘI CHỨNG XUẤT HUYẾT

1. Định nghĩa

HC đi ra ngoài mao mạch một cách tự nhiên hay sau một sang chấn do rối loạn cơ chế đông máu.

2. Sinh lý đông cầm máu

Tổn thương mao mạch sẽ kích hoạt **cầm máu ban đầu** và **đông máu huyết tương**.

Cầm máu ban đầu có vai trò của *phản xạ co mạch* (liên quan TK giao cảm, thromboplastin và amin hoạt mạch), và *hoạt hóa tiểu cầu* để tạo thành nút chặn TC. Ngoài ra còn sự tham gia của *yếu tố Von-willebrand* (giúp TC kết dính vào thành mạch và giúp chuyên chở yếu tố VIIIc)

Đông máu huyết tương gồm đường nội sinh và ngoại sinh. *Đường nội sinh* kích hoạt các yếu tố XII → XI → IX → VIII → X. *Đường ngoại sinh* kích hoạt yếu tố VII → X. *Con đường chung* từ yếu tố X → V → biến prothrombin (II) thành thrombin → biến fibrinogen (I) thành fibrin → cục máu đông.

3. Chẩn đoán XH: chấm đỏ

- Không mất dưới áp lực
- Thay đổi màu sắc theo thời gian
- Khi mất không để lại dấu tích

4. Phân biệt n/n TM-TC và ĐMHT

	TM-TC	ĐMHT
Vị trí	Da, niêm, ± nội tạng nếu nặng	Thường khớp, nội tạng
Dạng XH	Dạng chấm, mảng vết bầm nhỏ	Dạng vết bầm lớn, khối máu tụ
Khởi phát	Tự nhiên hoặc ngay sau va chạm	Sau chấn thương, xảy ra từ từ
Cầm máu	Cầm được khi chẹn gòn gạc	Không cầm được
Giới tính	Nam, nữ	80% ở nam
Gia đình	Không liên quan	Liên quan bên họ ngoại

+ Lưu ý : xuất huyết thành mạch tính chất đặc trưng : đối xứng, xuất hiện ở vị trí chịu trọng lực (đầu ,mông,lưng)

XUẤT HUYẾT GIẢM TIÊU CẦU MIỄN DỊCH

Phân biệt luận thêm trên LS:

Sau khi phân biệt 2 nhóm TM-TC và ĐMHT, ta ko nghĩ XH do TM vì:

- Ko chấn thương trước đó
- Ko NT, NSV
- Ko bệnh lý miễn dịch (bệnh biểu hiện nhiều cơ quan khác)

Hiện tại chưa nghĩ đến n/n giảm chất lượng TC vì:

- Bệnh thường xuất hiện sớm
- Kèm theo DTBS

Nghĩ đến n/n XHGTC MD vì:

- XH xảy ra ở trẻ khỏe mạnh, bình thường trước đó
- Gan, lách, hạch ko to
- Ko kèm theo DTBS
- ± có NSV trước đó 2-4w, chủng ngừa virus sống, dùng thuốc quinine, sulfonamide, aspirin...
- Trẻ <6m: mẹ có tiền căn XH, dùng thuốc, dị ứng, bệnh tự miễn

Nếu bé có **sốt + chàm XH** cần phân biệt:

- SXH: sốt cao liên tục 3-6d, chàm XH, gan to đau, TC<100k, Hct tăng >20% so với bt
- NTH não mô cầu: sốt 1-2d, tử ban hoại tử trung tâm và lan nhanh, dấu hiệu shock sớm (N1-2), BC tăng cao hay bt, TC có thể giảm nếu XH nặng
- DIC: chàm XH, vết bầm, sốt cao, vè mặt NT, gan lách to, TC<100k, đông máu toàn bộ kéo dài, D-dimer (+)

1. Định nghĩa

Là bệnh do KT tự sinh chống lại TC cơ thể, gây giảm TC ở máu ngoại biên còn <100k. Bệnh có triệu chứng LS là XHDN, tùy độ bình thường. Bệnh phổ biến ở TE, thường tự giới hạn trong 3-6m (90%), ít khi kéo dài trên 6m (10%).

2. Phân độ LS XHGTC

- Nhẹ: XH da
- TB: XH da, niêm (mũi, vòm họng, kết mạc)
- Nặng: XH da, niêm, nội tạng (XHTH, tiết niệu)
- Rất nặng: XH nặng + nghi ngờ XH não

TC bt 150k – 400k

- 100k: XH khi va chạm mạnh
- 50k: XH tự nhiên
- 20k: XHTH
- 10k: XH não

3. CLS đề nghị

CTM, PMNB

TPTNT

Soi phân tìm HC ẩn

SA bụng – não (nếu còn thóp)

4. Điều trị

HEMOPHILIE

Phân biệt luận thêm trên LS:

Sau khi phân biệt 2 nhóm TM-TC và ĐMHT (**XH khớp, XH trong cơ** giúp gợi ý nhiều RLĐMHT), ta ko nghĩ XH do RLĐMHT mắc phải vì thường bệnh biểu hiện toàn thân, ngoài triệu chứng XH:

- Thiếu vit K (các YTĐM II, VII, IX, X phụ thuộc): gặp ở Trẻ 2w-6m (bệnh cảnh XH não-màng não muện)
Trẻ bị kém hấp thu
Trẻ sử dụng KS lâu dài
- Suy chức năng gan
- DIC
- Kháng đông lưu hành (lupus)

Trong nhóm RLĐMHT di truyền gồm Hemophilie A, B, C, thiếu fibrinogen, Von Willerbrand thì:

- Hemophilie A và B *thường gặp nhất* → nghĩ nhiều
- Hemophilie C (bệnh Rosenthal): thiếu yếu tố XI, di truyền theo NST thường, kiểu lặn, gặp ở 2 giới
- Bệnh Hageman: thiếu yếu tố XII
- Bệnh von Willerbrand: di truyền theo NST thường, kiểu trội, gặp ở 2 giới, thường gặp XHDN, chảy máu tự nhiên tại amidan hay XH hậu phẫu, sau nhổ răng.
- Thiếu fibrinogen BS: gây chảy máu trầm trọng do fibrinogen <0.1g/L

1. Định nghĩa

Hemophilie A và B là một bệnh di truyền liên quan NST X gây triệu chứng chảy máu kéo dài do thiếu YTĐM VIIIc và IX. Bệnh gặp chủ yếu ở phái nam.

2. Phân độ: định lượng YTĐM

- Bình thường: 100-150%
- Thể ảm: 25-60% mẹ của BN hemophilie
- Thể nhẹ: 6-25% hiếm khi chảy máu, ± sau chấn thương, PT
- Thể TB: 1-5% chảy máu sau CT, sau PT, nhổ răng, ± XHK
- Thể nặng: <1% chảy máu tự nhiên, XHK tự nhiên.

3. Điều trị Hemophilie A

Nguyên tắc: Cung cấp YTĐM

Giám và phòng các YTNC gây XH: tránh tiêm chích nhất là tiêm bắp, tránh lấy máu TM đùi, TM cổ, tránh hoạt động thể dục gây sang chấn, ko dùng aspirin và các thuốc gây RLĐM khác (kháng histamine, NSAID), chích ngừa VGSVB

Cụ thể:

Dùng **kết tủa lạnh**: 3đv VIII/ml, trên LS **bịch 50ml # 150đv VIII**

T ½ VIII là 8-12h

Truyền **1đv VIII/kg nâng lượng VIII lên 2%**

Lượng VIII cần bù = CN x (VIII cần đạt – VIII BN) x 0.5

Để cầm máu bt VIIIc cần nâng lên 30%. Trong PT lớn hay CT nặng cần nâng lên 100%

- **XHK**: VIII 20đv/kg thường 1 liều là đủ

Nếu sưng và căng nhiều sau đó: 10đv/kg/12h x 2-5d hay khi bớt

- **XH trong cơ:** 20đv/kg liều duy nhất
- **XH não, ổ bụng, trung thất, tiêu hóa, tiểu máu đại thể:**
25-50đv/kg/12h x 48h hay lâu hơn nếu còn XH
- **Nhổ răng:** 20đv/kg trước khi nhổ răng 30-60ph
sau đó 10đv/kg/12h x 1-2d
- **PT:** Trước PT 30ph: 50đv
Sau PT: 25đv/kg/8-12h x 24-48h
Sau đó 3-7d duy trì mức 50% → 30% cho đến khi lành và cắt chỉ

4. Điều trị Hemophilie B, C

Truyền huyết tương tươi đông lạnh 10-15ml/kg/12h

Truyền 1đv IX/kg nâng lượng IX lên 1% (nước ngoài)

Truyền 1đv HTTĐL/kg nâng lượng XI lên 2%

THIẾU MÁU

I. Định nghĩa:

TM là tình trạng giảm lượng hemoglobin hữu dụng lưu hành. Theo WHO 2001:

Thông số	Sơ sinh	2th-6th	6 th -6t	>6t
Hct %	34.5	28.5	33	34.5
Hbg g%	13.5	9.5	11	11.5

II. Phân loại:

Mức độ	Lâm sàng	Hb g/dl
Nhẹ	Chưa ảnh hưởng lên tim Da niêm chưa thấy rõ	>9
Trung bình	Tim nhanh Da niêm nhợt	6 -9
Nặng	Ảnh hưởng lên huyết động, sinh hiệu Da niêm rất nhợt	<6

III. Nguyên nhân:

1. Giảm sản xuất:

a. Giảm nguyên liệu tạo hồng cầu:

Thiếu đạm: SDD, mất đạm qua đường tiêu hóa, thận

Thiếu sắt

Thiếu a.folic, vitamin B12

b. Rối loạn hoạt động tủy xương:

Suy thận mạn, suy gan

Suy tủy

Ung thư xâm lấn, di căn, xơ hóa tủy

c. Ngộ độc chì

2. Tán huyết:

a. Nội mạch: xảy ra cấp tính, đột ngột

Triệu chứng: thiếu máu cấp, HC lưới tăng, tiểu Hb, haptoglobin giảm. metalbumin(+)

Thường gặp: truyền nhầm nhóm máu, thiếu men G6PD (thường gặp ở bé trai, ngay sau sinh hoặc sau khi sử dụng chất oxy hóa), tán huyết miễn dịch

b. Ngoại mạch:

Triệu chứng: thiếu máu, vàng da, gan lách to, HC lưới tăng, Fe tăng, Ferritin tăng, Billirubin GT tăng, Urobilirubin tăng

Thường gặp: Thalassemia

3. Hội chứng xuất huyết:

a. Thành mạch:

Sau nhiễm trùng: não mô cầu, SXH

Henock Schonlein

Thiếu vitamin C

b. Tiểu cầu

c. Yếu tố đông máu

d. Mất máu

IV. Thiếu máu trên CLS:

1. CTM: Hct giảm, Hb giảm(phản ánh chính xác nhất), HC giảm.

2. HC lưới :

Bình thường: lúc mới sinh 3 ngày là 4 -6%. Sau đó là 0,5 -1,5%

HC lưới tăng: tùy tăng sản xuất

HC lưới giảm: suy tủy, xơ hóa tủy

Chỉ số HC lưới (RI):

$$RI = \frac{HC \text{ lưới} \times Hct \text{ BN}}{35\% \times 1,85}$$

RI < 2%: ko có sự tăng sinh tủy

RI > 2%: có sự tăng sinh tủy

Notes:

➤ Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc:

- Thiếu máu thiếu sắt
- Ngộ độc chì
- Viêm nhiễm mạn tính
- Thalassemia
- Không có transferine
 - Thiếu máu HC to
- Thiếu a.folic
- Thiếu vitamin B12

THIẾU MÁU THIẾU SẮT:

I. Trị số bình thường:

- Nhu cầu Fe: BT 1mg/ngày đủ để thải 0,4mg ở nước tiểu và 0,6mg theo mật
Trẻ đang lớn: 1,5 – 2mg/ ngày
Dậy thì: 5mg/ngày
- Ferritin: 13 -300ng/ml
- Fe:

Fe µg%	Sơ sinh	Trên 2 th	6th	>2T
	180	120	60	100

II. Nguyên nhân:

Nguyên nhân	Yếu tố nguyên nhân
Giảm dự trữ	Sanh non, sanh đôi, sanh ba : xuất hiện sớm sau sanh
Thiếu cung cấp từ thức ăn	Thường xảy ra ở trẻ nhũ nhi vì dự trữ Fe của mẹ cho chỉ sd đến khoảng tháng t3,t4 trẻ đủ cân và tháng t2 đv trẻ đẻ non
Rối loạn hấp thu	Tiêu chảy mạn, hội chứng kém hấp thu
Thiếu transferrin	Bẩm sinh, mắc phải như HCTH
Rối loạn phân phối	Viêm mạn
Mất sắt	XHTH rỉ rả KST đường ruột ô loét xuất huyết, polyp vỡ, trĩ

III. LÂM SÀNG:

- Triệu chứng TK: quấy khóc, vật vờ, chán ăn, ngủ ít, hoạt động chậm , kém minh mẫn, chóng mặt, hay quên, nhức đầu, ù tai
- Triệu chứng vận động: giảm trương lực cơ, chậm phát triển vận động
- Triệu chứng thiếu máu: da xanh, niêm nhợt, lòng bàn tay nhợt hoặc rất nhợt, tim nhanh, có âm thổi tâm thu cơ năng
- Triệu chứng thiếu sắt:miệng khô đỏ, lưỡi láng, móng tay chân biến dạng, dẹp

IV. CẬN LÂM SÀNG:

- CTM: thiếu máu HC nhỏ nhược sắc
- Xét nghiệm thiếu sắt:

	Ferritin ng/ml	Fe µg%	Transferrin máu µg%	Hệ số bão hòa (Feht/transferrin)	Hình dạng HC
Báo động	< 20				
Tiềm ẩn	< 20	< 60	>390		
Toàn phát	< 20	< 60	>410		nhỏ nhược sắc

3. Tìm nguyên nhân: KST đường ruột(soi phân trẻ >2 tuổi), phản ứng viêm

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

1. Ngộ độc chì: chì cạnh tranh với Fe gắn vào portophyrin. Thường gặp ở trẻ gần nhà có sản xuất bình ắc quy.

2. Thalassemia – trait

3. Nhiễm trùng kéo dài: Fe ht giảm , Ferritin tăng

VI. ĐIỀU TRỊ:

Nguyên tắc:

- Chống viêm khi có bằng chứng
- Điều trị KST
- Bù sắt:
- Truyền máu khi Hb < 4g/dl hay trẻ thiếu máu nặng kèm rối loạn tri giác, nhịp thở, mạch ngoại biên nhẹ, suy tim. Liều 3ml/kg HCL trong 4h.

1. Bù sắt:

a. Chế độ ăn giàu thực phẩm chứa sắt, giảm thực phẩm làm cản trở hấp thu sắt như sữa bò, trà.

b. Uống viên sắt:

Các loại thuốc: siro Ferlin(sắt sulfat)30mg/5ml

Viên Fe folic chứa 18mg sắt nguyên tố

Venofer chứa 20mg/5ml

Cách dùng: uống sau ăn 2 -3h, sử dụng 3 tháng (ferritin trở về bt) hay thêm 1 tháng sau khi Hb trở về bt

Liều:

Thiếu máu nhẹ, TB: 3mg Fe cơ bản/kg/ngày

Thiếu máu nặng: 4 – 6 mg/kh/ngày

Vitamin C : 500mg/ngày

c. Fe truyền TM: sử dụng khi TM nặng, khó uống thuốc, nôn, ko đáp ứng sắt uống

Liều :

$$\text{Fe (mg)} = \text{CN(Hb cần đạt - Hb BN)} \times 0,24 + \text{Fe dự trữ}$$

Trong đó: Hb cần đạt 130g/l, Fe dự trữ là 15mg/kg

Cách dùng: pha với Nacl 0,9%, test thuốc, ko dùng quá 0,1mg/kg/liều

2. Điều trị nguyên nhân:

Dinh dưỡng theo lứa tuổi

Sổ giun: trẻ > 24th, chưa sổ giun > 6th. Mebendazol 0,1g: ngày 2 lần mỗi lần 1 viên trong 3 ngày

3. Đáp ứng sau điều trị:

12 – 24h: trẻ ăn uống được do phục hồi men

36h – 48h: đáp ứng tùy, HC non tăng sinh

48h -72h: HC lưới tăng , cao nhất ngày 5 -7

4 – 30 ngày: Hb tăng

1 – 3 tháng: tái lập dự trữ Fe

VII. Phòng bệnh:

PN mang thai : uống Fe + a.folic (60mg Fe + 0.25mg a.folic) trong 3 tháng(1viên/ngày).

Trẻ đủ tháng, đủ cân:bú mẹ và được ăn sớm và tháng thứ 4

Trẻ đẻ non, nhẹ cân:vitamin E 10 -20 mg/ngày trong tháng đầu, tháng thứ 2 uống siro Fe 20mg/kg/ngày

THALASSEMIA

I. Đại cương:

1. Bệnh Hb:

- Thay đổi aa trên chuỗi β : Hb S, Hb C, Hb E
- Thay đổi chiều dài globin: Hb Constant Spring

2. Thalassemia:

- α Thalassemia** (thể Hb H): Hb A < 96%, xuất hiện Hb H và có thể có Hb Constant Spring
- β thalassemia** (thể trung bình hay nặng) : có thiếu máu sớm nặng, có gan lách to. Thay đổi điện di Hb A < 80%, Hb F 20-80%
- β Thalassemia** thể nhẹ : ko thiếu máu hay thiếu máu nhẹ ko có gan lách to. Thay đổi điện di Hb A₂ > 3,5%, Hb F 5- 15%

3. Chẩn đoán:

a. Lâm sàng:

- Thiếu máu mạn: da xanh, niêm nhạt, lòng bàn tay nhạt
- Tán huyết: vàng da, gan lách to, tiểu vàng sậm
- Biến dạng xương : bướu trán, bướu đỉnh, xương hàm trên dô, mũi tẹt
- Chậm phát triển cân nặng, chiều cao, chậm dậy thì
- Dễ bị gãy xương

b. Cận lâm sàng:

- CTM, hồng cầu lưới tăng
- Phết máu ngoại biên: hồng cầu nhỏ nhược sắc, hồng cầu bia
- Tán huyết: Fe tăng, Ferritin tăng, bilirubin gián tiếp tăng
- Điện di Hb :

Dưới 6 tháng tuổi tỷ lệ globin thay đổi nên việc chẩn đoán phối hợp lâm sàng, CTM, Fe, Ferritin

Tiêu chuẩn đọc điện di:

- Tuổi
- Phối hợp MCV, MCH, Hb
- Ko được truyền máu trước khi điện di. Nếu truyền máu thì sau 1 tháng hãy thực hiện điện di
- Giới hạn của máy điện di

4. Điều trị:

a. Truyền máu: duy trì Hb > 10-11 g/dl

Chế phẩm : hồng cầu lắng (1 đơn vị 125ml) , máu tươi toàn phần

Liều : 10-20ml/kg HCL truyền chậm trong 4h

Nếu có suy tim truyền <2ml/kg/h dùng lợi tiểu lasix 0,5mg/kg/TMC trước truyền và điều trị suy tim

Khoảng cách truyền máu 4- 6 tuần

b. Thái sắt:

- Cơ chế ứ sắt: truyền máu, tăng hấp thu Fe ở dạ dày do tủy tăng sản xuất HC, tán huyết mạn
- Chỉ định:
 - Trẻ > 3 tuổi

- Ferritin > 1000 ng/ml
 - Truyền máu được khoảng 10 – 12 lần
 - Liều: 30 – 40 mg/kg /đêm , 8-12h, 5đêm
 - Uống vitamin C 3mg/kg 1h sau thải sắt(vì vit C giúp làm chậm quá trình biến đổi Ferritin thành Hemosiderin)
 - Cách dùng: TB, TDD ,TTM(desferal 0,5g/lọ pha với Destrose 5%)
 - Độc tính thải Fe : các tổn thương có thể hồi phục sau ngưng thải Fe. Kiểm tra tai và mắt mỗi 6 tháng
 - Điếc do dùng liều cao 50mg/kg/ngày , gặp ở trẻ < 3 tuổi
 - Thị giác
- c. Cắt lách:
- Chỉ định:
 - Trẻ > 6 tuổi
 - Lách to quá rốn
 - Truyền HCL 250ml/kg/năm hay thời gian truyền máu giữa 2 lần < 3 tuần hay khối lượng máu truyền gấp đôi
 - Đề phòng nhiễm trùng:
 - Tác nhân thường gặp là Steptococcus pneumonia, não mô cầu, Haemophilus influenzae.
 - Chủng ngừa đủ 3 loại trên trước cắt lách 2 tháng, lập lại mỗi 5 năm
 - Kháng sinh TM ngay khi trẻ nhiễm trùng, sốt
 - Điều trị dự phòng sốt rét /trẻ sống vùng dịch tễ
 - Uống Phenoxymethylpenicilline 250mg/viên uống 2 lần ngày hay Erythromycine 250mg mỗi ngày đến 16 tuổi

TRUYỀN MÁU

1. Hồng cầu lắng :

- + Truyền 1ml/1kg nâng lên 1% Hct.
- + Truyền 3ml/kg nâng lên 1g/dl.

Tốc độ truyền 3ml/kg/h.

1 đơn vị máu ở trẻ em 125 ml.

Chỉ định Thiếu Máu :

- + Thiếu máu thiếu Fe # Hb < 4g/dl.
- + Thalasemia : Hct < 25%, Hb < 8 g/dl.

2. Tiểu cầu đậm đặc :

Truyền 1đv/10kg nâng lên được 50.000

Tốc độ truyền : 60 ml/h

4. Kết tủa lạnh :

1 đơn vị nâng yếu tố đông máu tăng thêm 8 %-12%. Tùy theo mức độ xuất huyết mà chỉ định khác nhau, không dựa vào định lượng yếu tố 8 .

Trong 1 túi 50ml có 75 đơn vị.

Truyền : 20 đv/1kg, Tốc độ truyền : 30 đv/h.

5. Huyết tương đông lạnh :

Truyền 10-15 ml/kg/12h.

HENOCH SCHONLEIN

I. **ĐN:** henoch schlein là thể viêm mạch máu thường gặp nhất ở trẻ em, ảnh hưởng tới các mạch máu nhỏ ở các cơ quan đặc biệt là da, khớp, đường tiêu hóa và thận.

II. **LÂM SÀNG:** chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng

1. **DA:**

dát hồng ban→sẩn mề đay→ban xuất huyết. Đôi xứng, gặp nhiều ở 2 cẳng chân, 2 cẳng tay

Có thể phù nhẹ.

2. **KHỚP:**

đau kèm phù quanh khớp lớn(gối, cổ chân, khuỷu , cổ chân), thoáng qua, di chuyển, ko để lại di chứng.

Có thể tràn dịch thanh dịch nhưng ko xuất huyết.

3. **TIÊU HÓA:**

Đau quặn bụng kèm nôn ói, tiêu máu. Khám ko có điểm đau cụ thể, ko có phản ứng thành bụng.

4. **THẬN:**

Lâm sàng	Sinh thiết thận	Nguy cơ suy thận
Tiểu máu vi thể hay đại thể, tiểu đạm tối thiểu hoặc ko có	Độ 1-2, hiếm 3	<5%
Tiểu máu kèm tiểu đạm nặng kéo dài	1-4	15%
HC viêm cầu thận	2-4	15%
HCTH	2-4, hiếm khi 1 hay 5	40%
HCTH-VCTC kết hợp	2-5, đa số là 5	>50%

5. **CÁC CƠ QUAN KHÁC:**

Thần kinh: đau đầu, rối loạn tâm thần, co giật, liệt, xh nội so,...

Nhồi máu cơ tim

Bệnh phổi mô kẽ, xh phổi,...

III. **CLS:** ko dùng để chẩn đoán xd

-CTM, TS, TC

-tăng IgA, C₃

-TPTNT, đạm niệu 24h, Urê, Creatinin, sinh thiết thận(khi tiểu đạm >30mg/kh/ngày)

-siêu âm bụng

-sinh thiết da khi cần

IV. **ĐIỀU TRỊ:**

1. Nguyên tắc: chỉ đtrị triệu chứng, ko có điều trị đặc hiệu

2. Corticoid chỉ dùng khi có triệu chứng tiêu hóa và thận nặng

3. Theo dõi và tái khám mỗi 1-3 tháng để phát hiện biến chứng và diễn tiến tổn thương thận.

HỒ HẤP

HEN PHẾ QUẢN

Là tình trạng viêm mạn tính của đường hô hấp

1. Chẩn đoán

❖ **Hỏi bệnh:**

Khò khè:

Tính chất: liên tục hay có giai đoạn không khò khè

Yếu tố tăng: sau ăn, khi nằm, khi gắng sức, về đêm, gần sáng

Triệu chứng đi kèm: ho, sổ mũi, sốt

Khai thác yếu tố khởi phát: cảm lạnh, siêu vi, gắng sức, dị nguyên hô hấp, thời tiết

Triệu chứng để phân kiểm soát và nguy cơ:

con ngày đêm? Đêm có thức giấc? Giới hạn hoạt động? có đang điều trị thuốc gì, uống hay xịt, bao lâu hết 1 lọ, NV vì con kích phát bao nhiêu lần? có đặt NKQ

Tiền căn:

Bản thân: Chàm, mề đay, dị ứng thức ăn, dị nguyên hô hấp, viêm mũi dị ứng

Khò khè lần mấy

Có phun khí dung lần nào chưa, có đáp ứng k

Gia đình: 4 bệnh dị ứng, hút thuốc lá, lao

Triệu chứng: hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới: ho, khò khè, thở nhanh, khó thở thì thở ra, ran ngáy rít, đau ngực/trẻ lớn

Chẩn đoán: 5 tiêu chuẩn

- ✓ Ho, khò khè tái đi tái lại
- ✓ Có yếu tố nguy cơ suyễn
- ✓ Khám LS và test
- ✓ Đáp ứng thuốc DPQ
- ✓ Loại được các nguyên nhân khác

CLS:

CTM: khi sốt

XQ

Ion đồ, ĐH

KMĐM: dọa ngưng thở, LS xấu

Định lượng theophylline: k thấy làm

Chẩn đoán: suyễn cơn nhẹ/TB/nặng, mức độ kiểm soát, biến chứng

Phân độ cơn:

Nhẹ: Không suy hô hấp

Trung bình: SHH độ I

Nặng: SHH độ II

Dọa ngưng thở: SHH độ III

Đặc điểm	KS tốt	KS 1 lần	không KS
1.Hạn chế hoạt động	Không	Bất kỳ	≥ 3 cơn trong bất kỳ tuần nào
2.Tr/ch ban đêm/thức giấc	Không	Bất kỳ	
3.Tr/ch ban ngày	Không (≤ 2lần/tuần)	> 2 lần/tuần	
4.Cần thuốc cắt cơn/cấp cứu	Không (≤ 2lần/tuần)	> 2 lần/tuần	
5.FEVI hay PF	Bình thường	< 80%	
6.Cơn kịch phát	Không	≥ 1 lần/năm	Lần trong bất kỳ tuần

❖ **Yếu tố nguy cơ:**

- ✓ Nhập cc vì suyễn trong năm trước
- ✓ Đặt NKQ vì suyễn
- ✓ Mới uống cor hay uống thời gian ngắn
- ✓ K dùng ICS
- ✓ Dùng hơn 1 lọ cắt cơn/1 tháng
- ✓ Không tuân thủ điều trị
- ✓ Có vấn đề tâm lý

Khò khè sớm tạm thời và không kèm theo suyễn thường gặp ở nữ nhi và trẻ nhỏ:

- ✓ Bé trai
- ✓ Khởi phát khò khè: siêu vi
- ✓ Nhẹ cân lúc sanh
- ✓ Bố mẹ HTLá

Trẻ khò khè < 3t nguy cơ cao thành suyễn: thang điểm API (Asthma predictive index)

- 1 TC chính: Cha mẹ suyễn
Viêm da dị ứng
Dị ứng dị nguyên hô hấp
- 2 TC phụ: Viêm mũi dị ứng
Dị ứng thức ăn
Khò khè k lq cảm lạnh
Eos > 4%

(+): nguy cơ suyễn từ 6-14t tăng 4-10 lần

(-): 95% k suyễn

2. CĐ phân biệt:

- ✓ VTPQ
- ✓ Dị vật đường thở
- ✓ Trào ngược ĐTQ

...

3. Điều trị:

- ❖ Nguyên tắc
 - ✓ Hỗ trợ HH
 - ✓ Cắt cơn
 - ✓ Phòng ngừa
 - ✓ Quản lý BN

Cắt cơn

Cơn TB:

PKD β 2x 3 / 20ph, cơn uống \rightarrow đánh giá

- ✓ Đáp ứng tốt: PKD mỗi 4-6h/24h
- ✓ Đáp ứng k hoàn toàn: PKD β 2 + Ipra mỗi 1h x 3 lần, sau đó mỗi 4-6h
- ✓ Không đáp ứng: như cơn nặng

Cơn nặng:

PKD β 2 + Ipra x 3 mỗi 20ph qua oxy 6-8l/ph, cơn TM \rightarrow đánh giá

- ✓ Đáp ứng tốt: PKD Khí dung β 2 \pm Ipra mỗi 4-6h/24h, chuyển cơn uống
- ✓ Không đáp ứng: khoa hồi sức: PKD β 2 + Ipra mỗi 1h x 3 lần, sau đó mỗi 4-6h tới khi cắt cơn + cơn TM + MgSO₄M nếu \geq 1t hay aminophylline TM nếu <1t
 - Nếu fail nữa:

Adre TTM hoặc Aminophylline TM đối với trẻ < 1t

Doa ngưng thở:

Thêm Adre TDD + giống cơn nặng \rightarrow đánh giá lại và xử trí tiếp theo y như cơn nặng

Nếu thất bại tất cả các điều trị trên hay ngưng thở \rightarrow NKQuản

Tóm lại: sau bước đầu, đánh giá lại:

Đáp ứng tốt thì trước đó PKD gì thì dẫn ra phun mỗi 4-6h trong 24h đầu, rồi chuyển cơn (u) 5-7s

K đáp ứng thì fun lại mỗi 1h x 3 lần rồi dẫn ra mỗi 4-6h cho tới khi cắt cơn, tiếp tục cơn TM

Nếu không đáp ứng thì thêm dần β 2 PKD \rightarrow Ipra PKD \rightarrow MgSO₄/Amino TM \rightarrow β 2 TTM

Khi truyền β 2 cần theo dõi KMĐM và kali mỗi 6h

Tất cả mọi trường hợp phải đảm bảo nước, điện giải, theo dõi đường huyết

❖ **Cách dùng thuốc:**

- ✓ β 2 PKD: 0.15mg/kg, min 1.25, max 5g/lần (ống 2.5mg/2.5ml và 5mg/2.5ml)
 - ✓ Ipra: trẻ nhỏ 250 μ g, trẻ lớn 500 μ g (dd 250 μ g/2ml và 500 μ g/2ml)
 - ✓ Cơn uống: Prednisone 1-2mg/kg/d (viên 5mg)
 - ✓ Cơn chích: Hydrocortisone 5mg/kg/d (ống 100mg/2ml) hay Methylpred 1-2mg/kg (solumedrol 125mg) mỗi 6h trong 24h đầu, sau đó mỗi 12h
 - ✓ MgSO₄ 50mg/kg TTM trong 20ph nồng độ không quá 5%
- Cách tính: MgSO₄15% 1.5g/10ml \rightarrow lấy tổng liều chia cho 5 được số ml Dextrose cần pha đủ
- ✓ Aminophylline: ống 240mg/5ml: liều tấn công 5mg/kg (trước đó xài rồi thì 3) truyền trong 20ph, duy trì 1mg/kg. Nên theo dõi nồng độ Theo ở giờ 12 và sau đó mỗi 12-24h (giữ ở mức 10-20 μ g/ml)

THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ SUYỄN

Cắt cơn: SABA, Cor (uống, chích, KD), Theophylline TM, anticholinergic, MgSO₄

Ngừa cơn: LABA, ICS, Theophylline phóng thích chậm, Leukotrient, Anti IgE, Cromones

1) Kích thích thụ thể β₂:

* **SABA**

- + Albuterol = salbutamol
- + Terbutaline
- + Fenoterol.
- + Levalbuterol

* **LABA**

- + Salmeterol (Serevent),
- + Formoterol (Forandil).

2) Anticholinergic:

***Tác dụng ngắn:**

- + Ipratropium (Atrovent)
- + oxitropium.

* **Tác dụng dài:**

- + Tiotropium (Spiriva)

CÁC THUỐC CẮT CƠN

1. SABA hít:

- Salbutamol VENTOLIN ® 100 mcg x 200 liều
- Terbutalin BRICANYL ® 0,5mg/1ml

2. SABA uống :

- Terbutaline BRICANYL ® (5 mg)
- Salbutamol SALBUTAMOL ® (2mg,4mg)

3. Anticholinergic:

- Ipratropium ATROVENT N ® : 20mcg x 200 liều
- Ipratropium ATROVENT ®: dung dịch khí dung: 0.25mg, 0.5mg/2ml

4. SABA + anticholinergic hít

- Fenoterol + Ipratropium bromide BERODUAL ®
- 200 liều x (Fenoterol: 0.05mg + Ipratropium: 0.02mg)
- Ipratropium + Salbutamol COMBIVENT(Ipra 500µg + 3mg Vento)

5. Theophylline chích:

- DIAPHYLLINE 240mg/5ml

6. LABA + ICS khởi phát tác dụng nhanh:

- Formeterol + Budesonide SYMBICORT ®

CÁC THUỐC NGỪA CƠN

1. ICS: inhaled corticosteroid: *suyễn dị nguyên đặc hiệu hay k rõ dị nguyên đáp ứng tốt*

- Beclomethasone **BECOTIDE®** 200 liều x 50mcg
- Budesonide **PULMICORT®** 100 liều x 200mcg
200 liều x 100mcg
- Fluticasone **FLIXOTIDE®**
MDI: (125mcg, 250mcg) x (60 liều, 120 liều)
DPI: 200mcg x (60, 120 liều)

2. LABA uống:

- Bambuterol **BAMBEC®** (10 mg)
- Salbutamol chậm **VENTOLIN CR®** (4 mg)

3. ICS + LABA (không dùng cho trẻ < 5t)

- Fluticasone + Salmeterol **SERETIDE®**
60 liều x (Salmeterol 25mcg + Fluticasone 50mcg, 125mcg, 250mcg)
- Budesonide + Formoterol **SYMBICORT®**
60 liều x (Budesonide 160mcg + Formoterol 4,5mcg)

4. Thuốc biến đổi leukotriene: *suyễn do virus và suyễn gắng sức đáp ứng tốt*

- Montelukast **SINGULAIR®** 4 mg, 10 mg uống
- Zafirlukast **ACCOLATE®** 20mg uống
- Zileuton **ZYFLO®** 600mg uống

5. Theophylline phóng thích chậm

THEOSTAT® (100mg, 300mg)

6. Corticoid uống

- Prednisolone **PREDNISONONE®** (5mg)
- Methylprednisolone **MEDROL®** (4mg, 16 mg)

7. Anti-IgE

- Omalizumab: **XOLAIR®** 150mg/2ml

8. SABA uống :

- Terbutaline **BRICANYL®** (5 mg)
- Salbutamol **SALBUTAMOL®** (2mg,4mg)

VIÊM PHỔI

I. Các hội chứng:

- Hội chứng tổn thương nhu mô:
 - CN: sốt, ho, KT
 - Thực thể: KT, ran nổ, ẩm

- HC tắc nghẽn PQ:
 - CN: khò khè, sốt, ho, KT
 - TT: khò khè, ran ngáy rít, KT

- HC nhiễm trùng hô hấp dưới :
 - Khò khè.
 - Thở co lõm ngực.
 - Ran ngáy, ran rít, ran ẩm nổ.

- Suyễn bội nhiễm: gồm HC tổn thương nhu mô + HC tắc nghẽn PQ

II. Yếu tố thuận lợi:

- Hoàn cảnh kinh tế XH thấp, môi trường đông đúc kém vệ sinh
- Cha mẹ hút thuốc lá, khói bụi
- Sinh non, sinh nhẹ cân, SDD, sỏi, thiếu vitamin A
- Thời tiết lạnh
- Ko biết cách chăm sóc trẻ.

III. Chẩn đoán VP:

Có VP ko? Mức độ? Biến chứng? Bệnh nền gì ko?

❖ VP:

- LS: Ho, thở nhanh, ran ở phổi: tt pn thì ran ẩm, nổ; tt PQ thì ran ngáy, rít
- XQ: tiêu chuẩn vàng

❖ *Mức độ:*

• *VP rất nặng:*

- Tím tái do VP (cần phân biệt tím do TBS)
- Shh nặng
- 4 dh nguy hiểm toàn thân: li bì khó đánh thức, co giật, bỏ bú (bú kém nếu < 2th) và ko uống được

• *VP nặng:*

- Co lõm ngực
- Cánh mũi phập phồng
- <2th

• *VP:* thở nhanh, co lõm ngực nhẹ (shh độ 1)

❖ Biến chứng:

- Tại chỗ: tắc PQ gây xẹp phổi, áp xe phổi; TD, TK, TMMP; viêm trung thất
- Toàn thân: nhiễm trùng huyết, SHH, viêm tủy xương, khớp, não, thận; RL kiềm toan.

❖ Tìm bệnh nền khi:

- Ko đáp ứng đt
- VP kéo dài
- Tái phát nhiều lần

IV. Cận lâm sàng

1. Quang phổi:

Hình ảnh XQ, bệnh cảnh	Tác nhân
VP hoại tử: microabces, kén khí, TDTKMP	Tụ cầu
Ổ abces lớn, đàm hôi, VP hít	VK kỵ khí
VP thùy, đàm màu rỉ sét, xẹp phổi	Phế cầu
VP mô kẽ	Siêu vi, VP ko điển hình (Mycoplasma), P.carini
Xẹp phổi thùy đỉnh	Lao
Biến chứng hồng ban đa dạng, TM tán huyết, viêm não	M.pneumoniae
B/c RL thần kinh, RL chức năng gan thận, hạ Na máu	Legionella pneumoniae
Đau họng, khàn tiếng, khò khè	Chlamydia pneumoniae
Xẹp phổi, mờ đồng nhất, rãnh liên thùy phòng	Klebsiella pneumoniae
Phế quản phế viêm	Tụ cầu, HI
5-15t, viêm màng nhĩ, sốt nhẹ, khò khè	Mycoplasma

2. CTM

BC > 15k ưu thể Neu → VK

BC bình thường hoặc tăng nhẹ, ưu thể Lym → VR

TC tăng > 90% VP do VK

3. VS, CRP

VS tăng trong VP mạn, kéo dài hoặc có b/c

CRP ≥ 20mg/l trong VP cấp gợi ý do VK

4. XN đàm

➤ Cách lấy đàm

- ✓ Ho khạc: trẻ ≥ 10t, dễ ngoại nhiễm VK thường trú hô hấp trên
- ✓ Hút dịch khí quản (NTA nasaltracheal aspiration) trẻ nhỏ, chất lượng đàm tốt khi chứa > 25 Neu và < 10 TB lát/QT 40.
- ✓ Hút dịch dạ dày 3d liên tiếp buổi sáng đv trẻ ko biết ho khạc để xđ VK lao nghi ngờ.

➤ Nhuộm Gr

S.pneumoniae	Song cầu Gr+ hình bầu dục
HI	Trực cầu trùng Gr- nhỏ, đa dạng
M.catarrhalis	Song cầu Gr-
S.aureus	Cầu trùng Gr+ tập trung thành đám

Nhuộm Giemsa tìm P.carini

- **Cấy đàm-KSD:** thường là mt thạch máu và Mc Conkey, (+) 50% các TH VP do phế cầu

5. Cấy máu: (+) 3-11%

6. XN DMP

Nhuộm Gr và cấy

Sinh hóa: nếu $G < 40\text{mg}\%$, $\text{LDH} > 1000\text{UI/l}$, $\text{LDH}_{\text{DMP}}/\text{LDH}_{\text{HT}} = 0.6$, $\text{pH} < 7.2 \rightarrow$ b/c cao cần đặt ống dẫn lưu.

V. Điều trị:

1) Nhập viện khi:

- Nặng trở lên
- Điều trị ngoại trú ko đáp ứng
- < 2 tháng
- Có biến chứng
- Người nhà xin nhập viện
- Bệnh nền

2) Nguyên tắc điều trị: hỗ trợ hh, đặc hiệu, khác

a) Hỗ trợ hh:

CD Oxy khi:

- + Tím
- + Bỏ bú or ko uống được
- + Nhịp thở > 70 or thở co lõm nặng
- + $\text{SpO}_2 < 91\%$
- + thở rên
- + bú rớt, vật vờ
- + Đầu gật gù theo nhịp thở

Bỏ bú: bú giảm $< 1/2$

Bú kém: $< 1/3$

b) Kháng sinh:

- o Dựa vào:
 - ✓ NT bv hay cộng đồng
 - ✓ Độ nặng: VP nặng trở lên dùng ks chích, shh độ 2 trở lên phối hợp KS
 - ✓ Tuổi:

NGUYÊN TẮC LỰA CHỌN KHÁNG SINH VP CỘNG ĐỒNG

	< 2 tháng	2 tháng – 5 tuổi	≥ 5 tuổi
Tác nhân	Virus, Streptococcus B, E.coli, Listeria monocytogen	Virus, phế cầu, HI	Virus, phế cầu, VP ko điển hình, HI
KS	Ampi+Cefa III \pm Genta	Amox+Cefa II, III \pm genta	Cefa III+ Macrolide \pm Genta
	Ampi 1g 50mg/kg x 4 Cefa III Rất nặng thì thêm Genta 80mg/20ml 7.5mg/kg TMC 1 lần/d	Amox 500mg/v 80mg/kg:3 x5d 2d sau tái khám: - đáp ứng tốt: tiếp tục - ko hoàn toàn: đổi KS (u) cefpodoxim \rightarrow cefuroxim \rightarrow cefaclor \rightarrow cefixim Cefuroxime 125mg 20-30mg/kg:2 - nặng lên: NV cho KS chích nt	Azithro 250mg 6-10mg/kg x 5d Ceftriaxone 1g 80mg/kg/d- TMC 1 lần Cefotaxime 1g 100mg/kg x3 TM

Lưu ý:

- Cefixime: ko vào nhu mô phổi tốt
- Ery, Cla, Azi đều có hiệu quả ngang nhau nhưng khác nhau tdp, số lần uống, thời gian uống Ery 50-80mg/kg x3 lần/d x 2w
- Thường sd Azi vì ít tdp, thời gian dùng ít
- Macrolide hiệu quả lên cả phế cầu và VK ko điển hình
- Ampicillin điều trị được Listeria
- Rất nặng thêm gentamycin
- Genta chủ yếu td lên vk Gr (-) và 1 số Gr (+): phế cầu, liên cầu, tụ cầu cả tụ cầu kháng methicillin
- 2 tháng – 5 tuổi có thể sd Penicillin G/ nếu nặng nhưng phải test và TM 3 lần/d → khoa 3CD ngại sd.
- PC kháng Cefepime → sd Vancomycin
- Dấu hiệu nghi ngờ tụ cầu:
 - + tuổi: mọi tuổi, thường gặp <70% dưới 1t, <30% dưới 3th
 - + Ổ nhiễm nguyên phát: nốt da, viêm cơ
 - + diễn tiến nhanh và nặng
 - + Ls: đông đặc, TM, TK MP
 - + Xq: đông đặc 1 bên, TDMP, thâm nhiễm lan tỏa 2 bên nếu đi đường máu, microabces.
 - + Thêm Oxacillin, nếu kháng Oxacillin thì dùng Clindamycin or Vancomycin.
- Thời gian dt 3-4w
 - ✓ Oxacillin 200mg/kg/d TMC or TTM mỗi 6h. Oxacillin 1g bột pha tiêm
 - ✓ Vancomycin 40mg/kg/d TTM mỗi 6h. 500mg/ lọ. 5mg pha với 1ml G5%.

❖ Đáp ứng:

- Tốt đời qua đường uống
- Ko hoàn toàn: tiếp tục
- Sau 1-2d nặng hơn do:
 - + biến chứng
 - + VK kháng thuốc (phế cầu: Pe G → CIII → Vanco; Hib: Ampicillin → CIII → Quinolone),
 - + ko phải VK đó (dùng kháng sinh phổ rộng + tìm VT bằng NTA: hút dịch khí quản, tiêu chuẩn: >25bc và <10 tb lát/40), tìm lao (tất cả Vks sau >1w ko đáp ứng), Virus, Vks bệnh viện, + Bệnh nền (trào ngược, dị vật, TBS)

VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN

Nguy cơ	Tác nhân	KS
- 48h sau NV có biểu hiện VP hoặc đột ngột nặng lên - 90d sau xuất viện - Đối tượng nguy cơ: SGMD, thở máy	<5d: PC, HI 5-15d: MSSA, MRSA, K.pneumo, Ecoli, Enterobacter, P.aeruginosa, Acinetobacter ≥15d: S.altophilia, Candida spp	<5d: Levoflo Hoặc Ceftriaxone Hoặc Ampicillin/sulbactam ≥5d Antipseudomonas B-lactam + quinolone AG ± azith (nghi Legionella)

Antipseudomonas B lactam:

- Piperacillin/tazobactam

- Sulbactam/cefoperazole
- Cefepime
- Imipenem hay meropenem + Cipro hay leoflo
- Ceftriaxone

Ciprofloxacin 500mg 20-30mg/kg :2 max 1.5g

VIÊM TIÊU PHẾ QUẢN

I. ĐỊNH NGHĨA:

VTPQ là tình trạng viêm cấp tính do siêu vi của các phế quản nhỏ, thường gặp < 2 tuổi, đặc trưng bởi hội chứng lâm sàng: thở nhanh, co lõm ngực, khò khè.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Cơ địa:

- Trẻ nhỏ < 3 tháng
- Tiền sử sanh non, nhẹ cân, suy hô hấp sơ sinh(đặc biệt khi phải giúp thở)
- Tim bẩm sinh, đặc biệt tim bẩm sinh tím có cao áp phổi
- Có bệnh lý nhiễm trùng đi kèm: viêm tai giữa, bội nhiễm phổi do Haemophilus influenza
- Suy giảm miễn dịch
- Suy dinh dưỡng nặng
- Bệnh phổi mạn tính: loạn sản phổi, thiếu sản phổi

2. Lứa tuổi:

- Thường gặp trẻ < 24 tháng(80% trẻ từ 2-6 tháng)
- Sơ sinh và sanh non triệu chứng ko điển hình, khó phân biệt với viêm phổi

3. Lâm sàng:

- Khởi phát bằng triệu chứng nhiễm siêu vi: sốt nhẹ, ho, sổ mũi.
- 1-2 ngày sau trẻ khò khè, thở nhanh, co lõm ngực, trẻ tăng kích thích, quấy khóc, bú kém.
- Khám: \$ tắc nghẽn hô hấp dưới, ± suy hô hấp
- Dấu hiệu nặng:
 - Thở nhanh > 60l/ph, thở ko đều(có cơn ngưng thở)
 - Tím
 - Tái xanh
 - Bút rút, kích thích, rối loạn tri giác
 - Tam chứng ú CO₂: vã mồ hôi, nhịp tim nhanh, cao huyết áp

4. Cận lâm sàng:

- CTM: BC bình thường hoặc tăng chủ yếu lympho, TC tăng gợi ý do vi trùng
- Xquang phổi: ú khí và xẹp phổi từng vùng. Đôi khi Xq bình thường(10%)
- KMĐM: khi có SHH
- Ion đồ máu: Na máu giảm, Na niệu tăng do \$ tăng tiết ADH ko thích hợp(lồng ngực ú khí, cung lượng tim giảm, kích thích lên thụ thể ở xoang cảnh tác dụng lên vùng dưới đồi gây tăng tiết ADH).

5. Biến chứng :

- + Suy hô hấp (suy hô hấp độ 2 gây tăng tiết ADH không thích hợp : tăng cân, hạ natri máu)
- + Bội nhiễm.
- + Rối loạn kiềm toan.
- + Rối loạn nước điện giải .
- + Mất nước .
- + Tràn khí màng phổi.

6. Tiêu chuẩn chẩn đoán VTPQ bội nhiễm :

- + Sốt cao > 38,5 độ c, vè mặt nhiễm trùng.
- + Ho khạc đàm mủ.
- + Kèm ran nổ (ran tổn thương nhu mô)

- + CTM : Bc tăng >12.000 , N > 70%
- + CRP > 20 mg/l
- + X-quang có tổn thương nhu mô , kèm ứ khí .

III.CHẨN ĐOÁN PHÂN BIẾT:

1.Hen phế quản

2.Dị vật đường thở: \$ xâm nhập(trẻ đang chơi hoặc đang ăn thì đột ngột tím tái ,ho sặc sụa, khó thở..). gặp ở trẻ biết cầm nắm đồ vật

3.Trào ngược dạ dày thực quản:

- Cơ chế: Ph axit gây phồng khí phế quản hoặc gây co thắt PQ(trẻ có thể trào ngược ra ngoài hoặc đến ngã ba hầu họng)
- Khò khè tăng lên sau bú, nằm ngủ, KK liên tục kéo dài
- CLS: Siêu âm bụng: >3 cơn/5ph
- Điều trị: thay đổi cách sống(bú sữa mẹ, mẹ hạn chế ăn các chế phẩm của bò, nằm đầu cao, ăn thức ăn đặc). Sử dụng thuốc khi bệnh tái phát liên tục, ko cải thiện khi thay đổi lối sống.

4.Ho gà:ho sặc sụa tím tái, CTM(Lympho ưu thế), trẻ<3 tháng

5. Loạn sản phổi: sanh non lệ thuộc Oxy(thở Oxy> 4 tuần với FiO2>21%,12h/ngày). Trẻ sanh non>32 tuần(nếu < 32 tuần thì nên đánh giá lại vào tuần 36). Triệu chứng khò khè xuất hiện sớm sau sinh, kéo dài dai dẳng

IV.ĐIỀU TRỊ:

Mục tiêu: hỗ trợ hô hấp, dinh dưỡng, biến chứng (nếu có)

1.Ngoại trú:

- Không chỉ định kháng sinh, Dẫn phế quản, Corticoid
- Điều trị: hạ sốt, uống nhiều nước, tiếp tục bú, giảm ho
- Tái khám 2 ngày
- Chỉ định nhập viện:
 - ❖ Trẻ <3 tháng
 - ❖ Trẻ có tiền sử sanh non < 34 tuần
 - ❖ Trẻ co lõm ngực nặng, thở nhanh>70l/ph
 - ❖ Bú kém ,có dấu mất nước
 - ❖ Có dấu hiệu suy hô hấp: tím tái,SpO2<92%
 - ❖ Có bệnh tim phổi mạn

2. Nội trú:

a.Hỗ trợ hô hấp:

- Thông thoáng đường thở : hút đàm, oxy liệu pháp, phun khí dung, vật lý trị liệu hô hấp .
- Oxy duy trì SpO2>92%
- Chỉ định thở oxy:
 - ❖ Tím
 - ❖ Bỏ bú
 - ❖ Rối loạn tri giác
 - ❖ Thở nhanh>70l/ph
 - ❖ Co lõm ngực nặng
 - ❖ Thở rên
 - ❖ Đầu gật gù theo nhịp thở
- Thở CPAP: vẫn còn tím với thở oxy FiO2 = 40%

Thở nhanh > 70l/ph dù đang thở oxy

Có hình ảnh xẹp phổi trên Xq

- Thở máy: cơn ngưng thở, kiệt sức, tăng PaCO₂, giảm nặng PaO₂

b. Kháng sinh:

- Sốt > 38.5, ho, vệt mặt nhiễm trùng
- Phổi có ran nổ
- Xquang có tổn thương nhu mô
- Bệnh cảnh nặng

Thường gặp là do Haemophilus influenzae

Tuy nhiên theo WHO: các nước đang phát triển, tỉ lệ tử vong cao, VTPQ nhập viện có sử dụng kháng sinh như viêm phổi (nhiều yếu tố nguy cơ nhiễm trùng kết hợp VK, ko có dấu hiệu đặc hiệu phân biệt SV và VK, khả năng cách ly hạn chế)

c. Dẫn phế quản:

Sử dụng khi bệnh nhi khó thở, khò khè nhiều, PKD 2 lần cách nhau 20ph sau đó đánh giá lại nếu đáp ứng thì sử dụng tiếp.

Các loại: Salbutamol. Nacl 9%, Adrenalin, Nacl 3% (hiệu quả nhất vì là dd ưu trương rút nước giảm phù nề PQ và cắt phân tử đàm để thải ra ngoài nhưng thận trọng trên bn suyễn).

d. Corticoid:

Chỉ định khi ko loại trừ được suyễn và bệnh cảnh nặng nề.

e. Dinh dưỡng:

Tiếp tục cho ăn, bú

Chỉ định nuôi ăn qua sonde: thở nhanh > 70l/ph

Nôn ói liên tục

Trẻ bú mà SpO₂ < 90% dù đang thở với oxy

Khi bú/ăn tăng rõ rệt công hô hấp

Truyền dịch khi trẻ có dấu mất nước, thở nhanh.

V. TIỀN LƯỢNG:

Nặng: trẻ < 3 tháng

Có bệnh TBS đặc biệt lá cao áp phổi

Có bệnh phổi mạn tính

Trẻ suy giảm miễn dịch

VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN CẤP

I. ĐỊNH NGHĨA

VTKPQ cấp hoặc Croup là tình trạng viêm phù nề cấp tính vùng hạ thanh môn thường do siêu vi Parainfluenza, RSV, Adenovirus, đôi khi do VK như HI.

Thường gặp sau 2t (6 tháng – 5 tuổi)

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Khó thở thanh quản: là khó thở chậm thì hít vào, có thể co lõm hõm trên ức, hõm trên đòn, co kéo cơ ức đòn chũm.

Phân độ:

Độ 1: chỉ khàn tiếng, khó thở, thở rít khi khóc, gắng sức.

Độ 2:

2A: khó thở, thở rít khi nằm yên

2B: 2A+ thở nhanh, rút lõm ngực

Độ 3: 2B+ vật vã, kích thích, tím tái

- Khởi đầu NSV hô hấp trên: sốt trong vòng 24h, <38.5°C, hắt hơi, chảy mũi, đau họng, ho
- Diễn hình: khàn giọng, ho ông ông, thở rít thì HV, nặng vào buổi tối và trong 3-4d đầu

2. Cận lâm sàng

CTM bình thường, L có thể tăng

Phết họng loại trừ bạch hầu

XQ cổ: dấu hiệu tháp chuông nhà thờ: hẹp dưới thanh môn 40%.

Có thể thấy dị vật cản quang, absces thành sau họng

Nội soi đường hô hấp: CD

- Chẩn đoán phân biệt dị vật đường thở
- KT thanh quản tái phát
- Thất bại điều trị nội khoa

CT scan

3. Chẩn đoán phân biệt, biện luận: bảng trang sau

- ❖ Viêm thanh thiệt: thường do Hib, hiếm: H.parainfluenza, Streptococcus A, tụ cầu.
khởi phát rất đột ngột 6-24h, sốt, đau họng, nghẹt tiếng, sau đó thở rít, co kéo Ico7 liên sườn, phập phồng cánh mũi, chảy nước bọt, đau họng, tư thế ngửa hoa, ko chịu ngủ, ít khi khàn tiếng, ho.
Tránh sd cây đê lưỡi vì nguy cơ gây tắc đường thở cấp, khám thấy vùng hầu họng đỏ nhiều chất tiết, thanh thiệt sưng đỏ nhô lên trên đáy lưỡi.
XQ cổ nghiêng: phù nề thượng thanh môn (dấu ngón tay cái)
Chú ý TC: trẻ chưa chích ngừa Hib
- ❖ Absces thành sau họng: khởi phát từ từ, tổng trạng xấu, sốt cao, đau họng, giọng ngẹt, ko uống được
- ❖ Viêm KQ do VT: thường do Staphylococcus aureus, Streptococcus, hoặc Hib. Trẻ sốt cao, vẻ mặt nhiễm trùng kèm dấu hiệu tắc đường thở trên.
- ❖ DV đường thở: KTTQ đột ngột kèm HC xâm nhập
- ❖ Bạch hầu: giả mạc bạch hầu
- ❖ HC Pierre Robin: chẻ vòm hầu ko sút môi, teo hàm dưới, lưỡi tụt ra sau.

4. Biện chứng:

Nhiễm virus lan tỏa xuống đường hô hấp dưới: khô khè, VP
Viêm tai giữa, viêm KQ do VT
Viêm phổi thứ phát do VT và tắc nghẽn đường thở cần đặt NKQ: hiếm

III. ĐIỀU TRỊ

CD nhập viện:

- Thở rít tiến triển
- Thở rít nặng lúc nghỉ
- SHH: tím tái, kích thích, giảm oxy máu
- Sốt cao/trẻ có biểu hiện nhiễm độc

1. nguyên tắc:

- Loại trừ dị vật đường thở
- Phục hồi sự thông đường thở
- Đảm bảo thông khí và oxy hóa máu

2. điều trị

- Nhẹ: KT TQ độ I: phần lớn tự phục hồi từ 2-4d
Điều trị ngoại trú
Ăn uống bình thường
Điều trị triệu chứng: hạ sốt, giảm ho
Hướng dẫn dấu hiệu nặng cần đi khám lại: co lõm ngực, tiếng rít khi nằm yên
 - Trung bình: KTTQ IIA
Có thể điều trị ngoại trú nếu BN ở gần và có thể theo dõi sát
Prednisone 1mg/kg/lần (u)
Tái khám mỗi ngày
 - Nặng: KTTQ IIB, III
 - ✓ Nhập viện
 - ✓ Cần giữ trẻ yên, cho mẹ bồng, tránh khóc vì làm tăng phù nề TQ và KT nhiều hơn
 - ✓ O2 qua canula duy trì SaO2 92-96%
 - ✓ PKD Adrenalin 1%o 2-5ml (trẻ < 4t 2ml) lặp lại sau 30'-1 giờ nếu còn KT nhiều, và sau mỗi 1-2 giờ nếu cần để đợi tác dụng của Dexamethasone. CCD: Fallot4, bệnh lý cơ tim gây tắc đường ra tâm thất vì có thể đột ngột làm giảm cung lượng tim.
 - ✓ Dexamethasone 0.15-0.6mg/kg TM hoặc TM 1 lần, lặp lại sau 6-12 giờ nếu cần.
 - ✓ KS: Cefixime hoặc Ceftriaxone
 - ✓ Hội chẩn chuyên khoa TMH
 - ✓ Theo dõi: tri giác, tiếng rít, nhịp thở, nhịp tim, SaO2.
 - ✓ CD đặt NKQ:
 - tím tái
 - lơ mơ, kiệt sức
 - cơn ngưng thở
 - thất bại điều trị nội
- Nên chọn NKQ < 0.5 sv bình thường, thường phục hồi sau 24-48h nên ưu tiên đặt NKQ hơn là mở KQ.

➤ Điều trị viêm thanh thiệt

Trẻ ngồi tư thế thoải mái, O₂ ẩm

Chuẩn bị đặt NKQ hoặc mở KQ nếu tắc đường thở cấp xảy ra

Đảm bảo thông đường thở

KS Cefotaxime 100-200mg/kg/d chia mỗi 6h hoặc Ceftriaxone 50-100mg/kg/d chia mỗi 12h x 7d

TTM, sau đó chuyển sang uống.

Thở rít cấp												
Mắc phải		Bẩm sinh										
Dị tật vùng mũi họng, thanh quản, khí quản		Xuất hiện trẻ sơ sinh: liệt dây thanh, tắc lỗ mũi sau, màng ngăn thanh quản, vòng nhân mạch máu, HC Pierre Robin. Xuất hiện 4-6w tuổi: mềm sụn thanh quản, KQ hẹp KQ.										
Nhiễm trùng	Viêm thanh quản do virus	NSV	6m-3t	Khởi phát Từ từ	(-)	Thở rít Thở khàn	(-)	Ho	Tai phát +	Nhập viện NKQ Hiêm	Đau họng ±	
	Viêm thanh quản co thắt	-	6m-3t	Đột ngột	(-)	Thở khàn	(-)	++	++	Hiêm	(-)	
	Viêm thanh thiệt	-	3-4t	Cấp 6-24h	Sốt cao, nhiễm độc, WBC↑, cấy máu +	Nhẹ	Chảy nước bọt, uốn cổ, tư thế người hoa ++	(-)	(-)	Thường	++	
	Viêm khí quản do VT	+	4-5t	Cấp 1-2d	+	Thở khàn	(-)	++	(-)	Thường	±	
	Abces thành sau họng	-		Cấp	+						+	
Bạch hầu họng-thanh quản				+								
Chấn thương, hóa chất		Sau rút nội khí quản Uống chất ăn mòn Chấn thương hoặc bong vùng mắt										
Dị vật đường thở		HC xâm nhập										
Chuyển hóa		Hạ Ca máu		Cơn tetany, rối loạn nhịp tim (rung thất, bloc nhĩ thất)								

THẬN NIỆU

HỘI CHỨNG THẬN HƯ

I. ĐỊNH NGHĨA:

Là 1 hội chứng do nhiều NN, gồm: phù, tiểu đạm, giảm đạm máu và tăng lipid máu

II. PHÂN LOẠI:

1. Nguyên phát
2. Thứ phát: HCTH nằm trong bệnh cảnh một số bệnh:
 - Hệ thống: lupus, Henoch- Scholein
 - Nhiễm trùng: SR, viêm gan B C, HIV, Toxo, Giang mai
 - Thuốc: Penicillin, lithium, NSAID
 - Ung thư: Hodkin, lymphoma
 - Di truyền chuyển hóa: ĐTĐ, hc Alport
3. HCTH ở trẻ <1 tuổi: có nhiều NN, diễn tiến và dự hậu khác nhau.

III. CÁC BƯỚC CHẨN ĐOÁN:

1. HCTH hay không ?
2. Nguyên phát hay thứ phát ?
3. Có đáp ứng với corticoid? Đã có đổi thuốc chưa ? Có giai đoạn nào ngưng thuốc? có sinh thiết thận ?
4. Sang thương gì ?
5. Nếu đã có chẩn đoán trước đó, thì xác định chẩn đoán từ lúc nào, đang uống thuốc gì, bao nhiêu viên/ngày, liều tấn công, liều duy trì.

IV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

1. Phù của HCTH tăng >15% cân nặng
2. Tiểu đạm ngưỡng thận hư: > 50mg/kg/d OR đạm niệu/Cre niệu >2 **mg/mg**
3. Albumin máu <2,5 g%
4. Cholesterol máu >200mg%

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

1. VCTC: phù < 15%, thường kèm tiểu máu, CHA và đạm máu, cholesterol máu bình thường
2. Phù do giảm đạm máu: phù, ko tiểu đạm, cholesterol bình thường

VI. MỘT SỐ ĐN:

1. Lui bệnh: đạm niệu âm tính **hay** vết trong 3 ngày liên tiếp và hết phù
2. Tái phát (80-90%): đã lui bệnh, nay có đạm niệu $\geq 50\text{mg/kg/d}$ + phù
3. Tái phát ko thường xuyên (30-40%): <2 lần trong 6 tháng OR < 4lần trong 1 năm
4. Tái phát thường xuyên (40-50%): ≥ 2 lần trong 6tháng OR ≥ 4 lần trong 1 năm
5. Lệ thuộc Cor: tái phát 2 lần liên tục khi giảm liều Or trong vòng 14 ngày sau ngưng Cor
6. Kháng Cor: sau 4w tấn công mà không lui bệnh. Có quan điểm: sau 4w tấn công, dùng thêm Methylprednisolon 3 lần cách ngày, 2 sau không đáp ứng mới kết luận kháng Cor

VII. ĐIỀU TRỊ:

1. Phát đồ khi có đáp ứng: 4-8-6:
 - 4w tấn công: Prednisone 2mg/kg/d (tối đa 60mg/d)
 - 8w kè: Prednisone 2mg/kg **cách ngày**

- 6 tuần ke: Pred dùng cách ngày giảm liều dần 1/6 mỗi tuần
- 2. Tái phát ko thường xuyên: Pred 2mg/kg/d đến khi lui bệnh. Sau đó chuyển sang 8-6
- 3. Tái phát thường xuyên:
 - Pred 2mg/kg/d đến khi lui bệnh. Sau đó chuyển sang 8-6 nhưng không ngưng mà duy trì liều 0,1-0,6mg/kg/cách ngày trong 6-12 tháng
 - Lưu ý:
 - Nếu liều duy trì >0,5mg/kg/cách ngày mà có biến chứng Cor kéo dài thì phối hợp thêm Cyclophosphamide 2,5mg/kg/d trong 8-12 + Cor liều thấp
 - Nếu vẫn tái phát dùng Cyclosporin 5mg/kg/d trong 1 năm
- 4. Điều trị khác:
 - Phù:
 - Hạn chế muối nước trong giai đoạn phù
 - Lợi tiểu: chỉ dùng khi: phù nặng, BB to hay TDMP nhiều gây KT, nứt da do phù hay phù đi kèm NT nặng. Thuốc: Chlozide, Spirônolactone, Furosemide
 - Truyền Albumin khi: Albumin máu < 1,5g% + 1 trong 2:
 - Sốc giảm thể tích không đáp ứng dd điện giải và Gelatin
 - Phù nặng cần sinh thiết thận nhưng kháng lợi tiểu liều tối đa
 - Thêm Vit D và Calci
 - Chế độ ăn: năng lượng bình thường, Mỡ chiếm <30% calo, **không đường** tinh luyện
 - Trẻ sinh hoạt bình thường
 - Chủng ngừa: khi đang sd Pred 2mg/kg/d trên 2w thì không chủng ngừa vacxin sống, bất hoạt và chết
 - Chủng ngừa vacxin sống khi: ngưng Cor 6w Or chỉ dùng liều 0,5 mg/kg/ cách ngày

VIII. BIẾN CHỨNG:

1. Nhiễm trùng:
 - Thường gặp: VPM nguyên phát, viêm mô tb, viêm phổi, NT tiểu, NTH
 - VPM tác nhân gây bệnh thường gặp là phế cầu và Gr (-): Cefotaxime 150-200mg/kg/d chia 4 lần trong 10d + Genta 5mg/kg/d **TB**
2. Tăng đông:
3. Rối loạn nước điện giải: giảm thể tích máu, hạ Calci máu
4. Sdd
5. Biến chứng khác: STC, viêm ÔTMK
6. Biến chứng thuốc:
 - CHA
 - Tâm thần
 - XHTH
 - HC Cushing
 - Suy thượng thận cấp
 - Loãng xương

IX. MỘT SỐ CHỈ ĐỊNH

1. Nhập viện:
 - Nhà xa cho nhập viện theo dõi điều trị 5-7 ngày
 - Biến chứng: sốc, co đặc máu, tăng đông...

- Truyền Methylprednisolone
 - Sinh thiết thận khi kháng Cor
2. Xuất viện: khi giải quyết hết các vấn đề cần nhập viện
 3. CD sinh thiết thận:
 - Tuổi <1 Or >11 tuổi
 - Kháng Cor
 - Trước khi dùng Cyclosporin
 - Bệnh toàn thể có HCTH
 - HCTH không thuần túy

X. THEO DÕI:

1. Trong tháng đầu: thử đạm niệu bằng que nhúng từ ngày thứ 5 sau đt cho đến khi âm tính 3d liên tiếp. Sau đó mỗi tuần thử 2 ngày
2. Tái khám mỗi 2-4w
3. Theo dõi tỷ lệ đạm niệu/Cre niệu, tdp của thuốc mỗi lần tái khám

TÁC DỤNG PHỤ CỦA CORTICOID

1. Tiêu hóa: đau thượng vị, loét, chảy máu, thủng dạ dày tá tràng, viêm tụy
2. Mắt: đục TTT, tăng nhãn áp
3. Da: mụn trứng cá, teo da, ban và tụ máu, đỏ mặt, chậm liền sẹo, rạn da
4. Nội tiết: \$ Cushing, chậm fát triển ở trẻ
5. Chuyển hóa: tăng ĐH, ĐTĐ, giữ nước mất kali
6. Tim mạch: THA, suy tim mất bù
7. TK-tâm thần: kích thích, trầm cảm
8. Suy giảm miễn dịch
9. Cơ quan vận động: loãng xương, hoại tử đầu chi, bệnh lý cơ
10. Tai biến do thuốc: cơn suy thận cấp, tái phát đợt tiến triển của bệnh khớp do giảm liều hoặc dùng k đúng cách

NHIỄM TRÙNG TIỂU (NTT)

NTT là bệnh lý thường gặp ở trẻ em, đứng hàng thứ 3 sau bệnh lý nhiễm trùng đường hô hấp và tiêu hóa.

I. Chẩn đoán: Gồm: chẩn đoán xác định, vị trí, nguyên nhân.

1. Gợi ý NTT:

- Ls: rối loạn đi tiểu, tiểu đau, gắt buốt, sốt, đau hông lưng.
- Cls: TPTNT có bạch cầu trong nước tiểu, Nitrite (+), hay có vi trùng trên nhuộm gram nước tiểu chưa quay ly tâm.

2. Chẩn đoán xác định NTT:

- Phác đồ điều trị Nhi 2009:
 - ✓ Lấy giữa dòng $\geq 10^5$ khuẩn/ml
 - ✓ Đặt catheter vô trùng $\geq 10^4$ khuẩn/ml
 - ✓ Chọc hút trên xương mu $\geq 10^3$ khuẩn/ml

Với một loại vi khuẩn di nhất.

- (Y4) Cây nước tiểu dương tính $> 10^5$ khuẩn vi trùng/ml (khi lấy nước tiểu giữa dòng) và bạch cầu $> 10^4$ /ml.
- SGK

Cách lấy	Số khuẩn	Xác suất nhiễm trùng (%)
Chọc dò trên xương mu	-Hiện diện của trực trùng gram âm -> 10^3 khuẩn cầu trùng gram dương	99%
Đặt sonde	10^5 $10^4 - 10^5$ $10^3 - 10^4$ $<10^3$	95% Rất có khả năng nhiễm trùng Có thể nt, cấy lại Không nhiễm trùng
Giữa dòng	Trai: $>10^4$	Nhiễm trùng
	Gái: 3 mẫu $> 10^5$ 2 mẫu $\geq 10^5$ 1 mẫu $\geq 10^5$ $5 \times 10^4 - 10^5$ $10^4 - 5 \times 10^4$ $<10^4$	95% 90% 80% Nghĩ ngờ cấy lại -nếu có triệu chứng: nghĩ ngờ cấy lại -không triệu chứng, không nhiễm trùng Không nhiễm trùng

3. Chẩn đoán vị trí: không có yếu tố xác định

	Nhiễm trùng tiểu trên	Nhiễm trùng tiểu dưới
Ls	Sốt cao, đau bụng, hông lưng Trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ	Rối loạn đi tiểu Trẻ lớn
Cl		
BC	Tăng cao, chủ yếu Neutrophil	Bình thường
CRP, VS	Tăng	Không tăng
Xạ hình thận	Giảm bắt xạ nơi nhu mô thận bị viêm	-
DSMA	Ít có giá trị	-
Siêu âm		

- 4. Chẩn đoán nguyên nhân:** trẻ càng nhỏ bị NTT thì tần suất dị dạng càng cao, do đó cần thiết phải tầm soát.
- Tuổi:
 - sơ sinh từ nhiễm trùng huyết
 - trẻ lớn: từ đường tiểu dưới
 - Phái: nam thường có hẹp bao qui đầu
 - Cách đi tiểu:
 - Tiểu rĩ không thành vòi: hẹp van niệu đạo sau
 - Tiểu nhiều lần không tự chủ: bàng quang thần kinh
 - Siêu âm: có giá trị chẩn đoán các nguyên nhân tương đối: thận ú nước, dẫn niệu quản, trào ngược bàng quang niệu quản,...
 - Các xét nghiệm khác: chụp bàng quang ngược dòng, UIV,...

II. Đề nghị xét nghiệm:

A. Các xét nghiệm thường qui bắt buộc:

- Xét nghiệm nước tiểu
 - Xét nghiệm máu
 - Xét nghiệm hình ảnh
- 1. Xét nghiệm nước tiểu: cấy nước tiểu, TPTNT, Nhuộm gram nước tiểu.**
- **Cấy nước tiểu:** tiêu chuẩn vàng chẩn đoán NTT, có kết quả sau 24 giờ. Cách lấy nước tiểu:
 - Túi hứng nước tiểu: bội nhiễm 30%-60%, dành cho trẻ dưới 2 tuổi, ở trẻ tiểu không tự chủ do bệnh lý hoặc những trường hợp cấy giữa dòng bị ngoại nhiễm.
 - Lấy giữa dòng: thường làm nhất, dễ thực hiện, tương đối an toàn.
 - Chuẩn bị: rửa miệng niệu đạo bằng dd Povidone Iodin hoặc nước sạch hoặc nước muối sinh lý.
 - Cách lấy: khi lấy nên tách rời 2 môi nhỏ, lật bao qui đầu lên.
 - Áp dụng: trẻ lớn, còn điều khiển cơ bàng quang tốt.
 - Bội nhiễm 10 – 20%
 - Lấy bằng ống thông: có bất lợi là đưa vi trùng ở ngoài vào đường tiểu.
 - Chọc dò trên xương mu:
 - Bất lợi là đau
 - Nên chỉ định khi: bé rất nặng, có bế tắc đường tiểu vùng dưới bàng quang, sốt kéo dài không rõ nguyên nhân
 - Thực hiện bằng kim 25 or 22, sau khi biết rõ bàng quang có nước tiểu bằng cách gõ, sờ hay qua siêu âm, sát trùng da, điểm chuẩn là 2cm trên xương mu ở đường giữa, hút ra 1-2 ml nước tiểu là đủ.
 - Nhuộm gram nước tiểu nếu có vi trùng trong nước tiểu sạch, mới chưa quay ly tâm có thể tương đương với 10^5 khuẩn/ml.
- 2. Xét nghiệm máu:** CTM, Phết máu ngoại biên, CRP
- 3. Xét nghiệm hình ảnh:**
Siêu âm: dị dạng, áp xe, dày thành bàng quang, dẫn đài bể thận,...

B. Một số xn đặc biệt:

1. Xn máu:

- cấy máu khi nghi ngờ ntt trên
- chức năng thận, ion đồ trong các trường hợp nặng hay nghi ngờ có suy thận.

2. Xn hình ảnh:

- UIV: khi siêu âm gợi ý dị tật
- Chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng: thực hiện 3 tuần sau khi hết nhiễm trùng cấp chỉ định trong những trường hợp nnt tái phát, siêu âm có nghi ngờ dị tật đường tiết niệu, hay có trào ngược bàng quang niệu quản
- Xạ hình thận DSMA (2,3 dimercaptosuccinic acid): khi cần khẳng định nhiễm trùng tiểu trên.
- Xạ hình thận DTPA: khi cần chẩn đoán các bệnh lý dị tật tiết niệu có tác nghẽn quan trọng phải can thiệp phẫu thuật.

III. Điều trị:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị tích cực nhiễm trùng tiểu
- Phát hiện các dị tật tiết niệu đi kèm
- Điều trị phòng ngừa một số trường hợp đặc biệt

2. Tiêu chuẩn nhập viện:

- Ntt kèm
 - Biểu hiện toàn thân hoặc
 - Trẻ dưới 12 tháng tuổi hoặc
 - Không thể uống được
- Ntt kèm dị tật tiết niệu
- Ntt thất bại với điều trị kháng sinh uống
- Ntt tái phát

3. Điều trị ntt cấp:

a. Nhiễm trùng tiểu dưới:

- Chỉ cần 1 loại kháng sinh có nồng độ cao ở nước tiểu và chỉ cần 1 loại uống.
- Thời gian 7 – 10 ngày
- Chọn một trong các loại sau đây:
 - Sulfamethoxazole và trimethoprim: SM 40 mg/kg/ngày chia 2 lần
 - Amoxicilline 500mg: 50 mg/kg/ngày chia 3 lần
 - Augmentin 500/125, 250/31.25mg: 50 mg/kg/ngày chia 3 lần
 - Acid nalidixic (Negram) 500mg: 40-60 mg/kg/ngày chia 3-4 lần
 - Ampicilline 250/500mg: 100 mg/kg/ngày chia 4 lần
 - Nitrofurantoin 100mg: 4-10 mg/kg/ngày chia 4 lần

b. Nhiễm trùng tiểu trên (viêm đài bể thận cấp):

- Phải dùng kết hợp 2 kháng sinh bằng đường chích để đạt nồng độ cao tại mô
- Cefotaxim 1g: 100 mg/kg/ngày chia 4 lần TM trong 7 ngày, phối hợp với Aminoglycosides như Gentamycine 3-5 mg/kg/ngày trong 3-5 ngày. Sau đó chuyển sang Cefixine 8 mg/kg/ngày chia 2 uống trong 7 ngày, đủ 14 ngày. (Có thể thay Cefotaxime bằng Ceftriaxone 1g: 50g/kg/ngày 1 lần TM)

Kết quả: nếu điều trị đúng thì:

- Hết sốt sau 3-4 ngày
- Mất triệu chứng tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu nhiều lần sau 5 ngày
- Cây nước tiểu âm tính sau 5 – 7 ngày

4. Phát hiện dị tật: điều trị ngoại

5. Điều trị phòng ngừa:

- Chỉ định:
 - Các dị tật tiết niệu chưa được giải quyết hay không thể giải quyết.
 - Trào ngược bàng quang niệu quản độ I, II, III
 - Nhiễm trùng đường tiểu dưới tái phát nhiều lần
- Kháng sinh:
 - Nitrofurantoin: 2 mg/kg/ngày 1 liều
 - Sulfamethoxazole/trimethoprim: 12 mg/kg/ngày 1 liều

6. Theo dõi:

- Cây nước tiểu lại sau 1 tuần chấm dứt điều trị để chứng minh hết ntt.
- Trào ngược bàng quang niệu quản: cây nước tiểu lại mỗi tháng trong vòng tháng, mỗi 3 tháng trong vòng 6 tháng, và sau đó 2 lần trong năm.

VIÊM CẦU THẬN CẤP HẬU NHIỄM LCT

ĐỊNH NGHĨA:

VCTC là một hội chứng Is với các biểu hiện cấp tính: tiểu máu, tiểu đạm, tiểu ít, phù và đôi khi tăng ure máu

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN VCTC HẬU NHIỄM LIÊN CẦU TRÙNG

- Lâm sàng điển hình hội chứng VCTC: phù, tiểu ít, tiểu máu, h.áp cao và ko có bệnh toàn thân đi kèm
- Bảng chứng nhiễm LCT
 - ✓ Phết họng hay da có LCT
 - ✓ Tăng KT kháng liên cầu (ASO tăng, anti-DNAse B tăng...)
- Bỏ thể
 - ✓ C3 giảm, C4 thường bình thường
 - ✓ C3 về bình thường trong khoảng 6-8 tuần
- Trong vòng 1-2 tuần
 - ✓ Tiểu nhiều, huyết áp về bình thường, hết phù, ure máu, cre máu giảm
- Bình thường hóa của nước tiểu
 - ✓ Tiểu máu đại thể hết trong vòng 2-3 tuần
 - ✓ Tiểu đạm hết trong vòng 3-6 tháng
 - ✓ Tiểu máu vi thể hết trong vòng 1 năm

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

1. Hội chứng thận hư: phù, tiểu đạm nhiều, giảm albumin máu, tăng cholesterol và triglycerid máu
2. Nhiễm trùng tiểu: ko phù, tiểu gắt, tiểu nhiều lần, tiểu máu, tiểu bạch cầu, cấy nước tiểu có vi trùng
3. Bệnh cầu thận IgA: thường tiểu đỏ đại thể liền sau nhiễm trùng hô hấp, ko phù, koTHA
4. Viêm cầu thận tăng sinh màng: có bệnh cảnh giống VCTC hậu nhiễm LCT nhưng C3 giảm kéo dài trên 6 tuần, nước tiểu bất thường kéo dài lâu hơn, chức năng thận thường giảm nhiều

CLS:

1. CTM, ion đồ, ure, creatinin
2. ASO máu
3. Cấy phết họng hay sang thương da tìm LCK nhóm A
4. TPTNT

ĐIỀU TRỊ

1. Đt nhiễm trùng do Strep: penicilline V 100.000 đv/kg/ng x 10 ngày, nếu dị ứng, dùng erythromycine 30-50 mg/kg/ng x 10 ngày
2. Đt triệu chứng (THA, suy tim, phù phổi cấp, STC)
3. Đt biến chứng (nghi ngơi, hạn chế vđ khi biến chứng, ăn nhạt cho đến khi hết phù, lợi tiểu nếu có phù)
4. Chỉ định sinh thiết thận
 - 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 trên 12 tháng
5. Theo dõi và tái khám
 - Theo dõi: mạch, HA, cân nặng, nước tiểu, xuất nhập ít nhất 1 lần/ngày
 - TPTNT, chức năng thận mỗi 3-5 ngày
 - Tái khám sau xuất viện tháng 1, 2, 4, 6, 12

TIẾP CẬN TIỂU MÁU

Tiểu máu là sự bài xuất bất thường hồng cầu vào nước tiểu

Cần trả lời 5 câu hỏi sau khi tiếp cận tiểu máu

- Có phải BN bị tiểu máu
- Nguyên nhân cầu thận hay ngoài cầu thận
- Nguyên nhân tiểu máu là j (dự vào bệnh sử, tiền căn, LS và CLS)

1. Có phải BN bị tiểu máu?

Tiểu máu được xác định khi nhìn thấy cục máu đông ở soi nước tiểu thấy > 5HC/QT 40

2. Nguyên nhân cầu thận hay ngoài cầu thận

Triệu chứng	Tiểu máu cầu thận	Tiểu máu ngoài cầu thận
LS	TM toàn dòng Ko cục máu đông Ko đau, ko RL đi tiểu Kèm phù, THA, tiểu ít	Đầu dòng hay cuối dòng Có thể có cục máu đông Tiểu đau, gắt, buốt, tiểu rặn Có thể kèm sốt
CLS	Trụ HC/nước tiểu (+) HC biến dạng (dysmorphic) >80% MCV/HC niệu < 72fl	Ko có trụ HC HC đồng dạng Tiểu đạm ít < 1g/24g MCV/HC niệu > 72fl

3. Nguyên nhân tiểu máu là j?

a. Bệnh sử

- hoàn cảnh xảy ra tiểu máu: tự nhiên, sau vận động mạnh, đang hành kinh, sau dùng thuốc, chấn thương...
- đặc điểm tiểu máu: toàn dòng, đầu dòng hay cuối dòng, có cục máu đông ko
- triệu chứng đi kèm: sốt, đau hạ vị, đau lưng, đau cơ, khớp, triệu chứng xuất huyết nơi khác, TM kèm cơn đau quặn thận, tiểu rặn, tiểu gắt, tiểu lắt nhắt..

b. Tiền sử:

- Bản thân: có TM trước đây ko, NTT nhiều lần, bệnh thận, bệnh tiết niệu, viêm họng, viêm da trước đó 1-2 tuần
- Gia đình: Bệnh thận mạn (CKD), TM, đái tháo, THA, sỏi niệu, bệnh lý Hb, RLDM

c. LS: các dấu hiệu quan trọng như THA, phù, sốt, nổi hồng ban, tử ban, đau khớp, khối u bụng, ấn đau điểm sườn sồng

d. CLS

TM đầu dòng gợi ý tổn thương niệu đạo, cuối dòng kèm với RL đi tiểu và đau hạ vị gợi ý tổn thương bàng quang

TM kéo dài kèm với tiểu đạm nghiêm trọng, suy thận cần tiến hành sinh thiết thận để xác định sang thương thận

- TM cầu thận: C3, C4, ASO, ure, cre, đạm niệu 24g (hay đạm, cre niệu), XN nước tiểu cha mẹ, đo thính lực khi nghi ngờ hội chứng Alport, sinh thiết thận khi TM đi kèm HCTH, suy thận, TM tái phát
- TM ngoài cầu thận: cấy nước tiểu, siêu âm hệ niệu, Ca niệu/24 giờ hay Ca niệu/cre niệu tại một thời điểm, tầm soát bệnh lý HC hình cầu, CT hệ niệu. Khi nghi ngờ bất thường tại đường tiểu dưới: u mạch BQ, bứu BQ, u niệu đạo...có thể hội chẩn ngoại niệu để soi BQ. Soi BQ khi đang TM còn giá trị xác định TM từ lỗ niệu quản nào từ đó sẽ có thăm khám tiếp tục

CÂU HỎI THI:

1. Bé tiểu đở toàn dòng
 - a. Hỏi thêm những j
 - b. Chẩn đoán j nghi nhiều nhất? Đề nghị XN?
2. Đt HCTH nguyên phát lần đầu ở trẻ em
3. Đt HCTH sang thương tối thiểu

SUY THẬN CẤP

I/ ĐỊNH NGHĨA:

Là một tình trạng suy giảm độ lọc cầu thận trong vài giờ đến vài ngày mà có thể phục hồi lại được.

II/ NGUYÊN NHÂN:

- Trước thân: Giảm tưới máu thân: sốc, mất nước, mất máu, thiếu oxy, tắc nghẽn mạch máu thân, thuốc.
 - Tại thân: Hoại tử ống thận cấp, viêm cầu thận cấp, HC tán huyết ure huyết cao, ống đốt, thuốc.
 - Sau thân: Tắc nghẽn đường niệu
- *Thường gặp là suy thận cấp trước thân do mất nước, sốc nhiễm trùng or viêm cầu thận cấp

III/ CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

1/ Lâm sàng:

- Phù
- THA
- Tiểu ít: <0,5ml/kg/h (ở trẻ em <300ml/ngày)
- Vô niệu:<1ml/kg/ngày
- Có thể tiểu máu
- Ngoài ra có các triệu chứng tùy theo nguyên nhân

2/ Cận lâm sàng:

- Chức năng thận: BUN, Creatinine máu >3mg%
- CTM
- Ion đồ: hạ Na, tăng Ka
- TPTNT
- Tính khả năng bài xuất Na từng phần (FeNa)
 $FeNa(\%) = [(Una * Pcr) / (Ucr * Pna)] * 100\%$
- ECR
- Siêu âm thận, hệ niệu
- UIV

*CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

- Tiểu ít(nước tiểu <0,5ml/kg/h)
- Creatinine máu <3mg%

IV/ CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

	Thiếu dịch	Hoại tử ống thận cấp
Natri nước tiểu (mEq/L)	<20	>45
Osmol nước tiểu(mosmol/kg)	>500	350
Tỉ trọng nước tiểu	>1,020	<1,015
FeNa(%)	<1	>1

V/ ĐIỀU TRỊ

1/ Nguyên tác điều trị

- Loại trừ và điều trị nguyên nhân suy thận cấp trước và sau thân
- Điều chỉnh RL nước, điện giải, toan máu.
- Kiểm soát huyết áp
- Xác định và điều trị nguyên nhân
- Dinh dưỡng hạn chế đạm.
-

2/ Điều trị ban đầu:

a/ Suy thận cấp sau thân:

Hội chẩn ngoại niệu để chẩn đoán nguyên nhân và giải áp

b/Loại trừ và điều trị suy thận cấp trước thận:

- Bn có dấu hiệu mất nước or ko có bằng chứng quá tải có thể xem là suy thận cấp trước thận và bắt đầu điều trị:
Normal saline or Lactate Ringer 20ml/kg/h
Nếu BN vẫn chưa tiểu và ko có dấu hiệu quá tải có thể lặp lại liều 10-20ml/kg/h
- Trong trường hợp ko còn dấu hiệu thiếu dịch ma vẫn chưa đi tiểu có thể cho Furosemide TMC 2mg/kg.Nếu ko đáp ứng lặp lại 4-10mg/kg,dùng bơm tiêm tốc độ <4mg/phut để giảm nguy cơ độc tai.Sau đó nếu vẫn ko đáp ứng thì xem như suy thận cấp tại thận và ko dùng thêm.
- Nếu vẫn thất bại có thể tăng tưới máu thận bằng dopamine liều thấp <5 micro gam/kg/phút nếu BN ko co THA

c/ Điều trị suy thận cấp tại thận:

- Hạn chế dịch:chỉ bù uowngj nước mất ko nhận biết
- Đang có dấu hiệu quá tải: tạm thời ko cho thêm dịch
- Ko có dấu hiệu quá tải:
 - . Bù dịch 300-400ml/m² da/24h or 1/5 luongjwdichj cơ bản + lượng nước tiểu,nước mất khác
 - . Đánh giá bilan xuất nhập mỗi 12h
 - .Điện giải: Hạn chế Na 1-2g/ngày,ko cho Ka ngoại trừ kết quả ion đồ or ECG có dấu hiệu giảm Ka.
 - .Bù tốt nhất qua đường uống or qua sonde dạ dày
- Giảm Na máu thường do pha loãng chỉ cần hạn chế dịch
- Toan máu:chỉ bù natribicarbonate khi pH<7,2 và ko có dấu hiệu quá tải
- Truyền máu:khi Hb<7g%,theo dõi dấu hiệu quá tải, cho hồng cầu lắng 5-10ml/kg tốc độ thật chậm 3-4h
- Tránh dùng các thuốc độc thận
- Dinh dưỡng:Hạn chế đạm, ít Na và Ka.

3/ Chỉ định chạy thận:

- Quá tải ko đáp ứng với điều trị nội
- RL điện giải ko đáp ứng với điều trị nội
- Toan hóa máu ko cải thiện với Bicarbonate
- HC ure huyết cao:RL tri giác,ói,xuất huyết tiêu hóa.Ure máu >100mg% và/hoặc Creatinine >4,5mg%(nhũ nhi),>6,8mg%(trẻ nhỏ),>9mg%(người lớn)

VI/BIẾN CHỨNG:

- Quá tải dịch or cao huyết áp gây suy tim,phù phổi cấp.
- RL nhịp tim nếu tăng Ka
- Toan chuyển hóa
- Não:Co giật,hôn mê do RL điện giải,ure huyết cao
- Xuất huyết tiêu hóa

SƠ SINH

ĐẶC ĐIỂM BÌNH THƯỜNG CỦA TRẺ SƠ SINH

1. Dấu hiệu sinh tồn, tổng quát:

- Nhiệt độ.
- Mạch: bình thường 100-160l/p; lúc bị kích thích 160-180l/p; lúc ngủ 80-100l/p.
- Nhịp thở: 40-<60l/p.
- Huyết áp: (thường phải dùng huyết áp kế Doppler)

2. Đo vòng đầu, chiều cao cân nặng.

3. Các cơ quan:

3.1. Da:

- Không vàng quá 10 ngày tuổi, không tím, không nổi bông.
- Không phát ban: hạt kê, ban đỏ nhiễm độc, mụn sơ sinh.
- Không nevi: các u mạch máu.

3.2. Đầu:

- Thóp trước hình thoi, đường kính 2-4cm, đóng kín trong vòng 12-18 tháng.
- Thóp sau hình tam giác, đường kính 1cm, đóng sau 1 tháng.
- Không bứu huyết thanh.

3.3. Mặt:

- Cân đối, không có sự cách xa quá mức của 2 bộ phận, 2 cơ quan...
- Khi khóc mặt vẫn đối xứng, nếu khi khóc khóe miệng trễ xuống và mắt nếp nhăn mũi má 1 bên => tổn thương thần kinh mặt(7).

3.4. Mắt:

- Lé hay giật nhãn cầu có thể gặp ở trẻ bình thường.
- Kết mạc trong, thủy tinh thể không đục.

3.5. Mũi:

- Không dị tật. Bú dễ dàng.

3.6. Miệng:

- Hạt Epstein: kén bì, là những nang chứa chất keratin, màu trắng đục, nằm trên vòm khẩu cái cứng, lành tính và sẽ tự hồi phục bằng cách rơi ra khỏi niêm mạc miệng.
- Lưỡi không to qua mức so với khoang miệng của bé. Lưỡi to gặp trong nhược giáp bẩm sinh hay hội chứng Beckwith (trẻ khổng lồ, lưỡi to, thoát vị rốn, hạ đường huyết nặng).
- Răng sữa thực sự mọc sớm không cần nhổ.

3.7. Tai:

- Vị trí đóng bình thường của tai được xác định bằng cách kẻ một đường ngang khóe mắt trong và khóe mắt ngoài qua khuôn mặt, vuông góc với trục dọc của đầu.

3.8. Cổ:

- Không ngấn (\$ Turner)

- Phản xạ 4 điểm làm trẻ quay đầu giúp kiểm tra cổ.
- Cơ UDC không u, không sờ thấy tuyến giáp.

3.9. Ngực:

Quan sát:

- Lòng ngực cân đối, thờ không co kéo cơ hô hấp, hõm ức, khoảng gian sườn.
- Đường kính vú trẻ sơ sinh đủ tháng là 1cm. Có thể lớn 3-4cm thứ phát do tác dụng estrogen của mẹ. Ảnh hưởng này thường kéo dài trên dưới 1 tuần sau khi sinh kèm theo vú có thể tiết dịch trắng như sữa.

Nghe:

- Nghe ở hố nách. Âm phế bào nghe được đối xứng. Nếu không có thể tràn khí hoặc xẹp phổi.

3.10. Tim mạch:

Cần quan sát sự tăng động ở vùng trước tim, đánh giá nhịp tim, tần số tim, tiếng tim.

3.11. Bụng:

Quan sát:

- Không thoát vị rốn hay thoát vị cuống rốn, không thoát vị cạnh rốn.
- Rốn không rỉ dịch, nếu có do tồn tại ống niệu-rốn hoặc ống ruột-rốn.
- Bụng cân đối, không lõm lõng thuyên (thoát vị hoành)
- Không u hạt rốn.
- Nhiễm trùng rốn:

Độ 1: Đỏ khu trú chân rốn, da bụng quanh rốn bình thường.

Độ 2: Đỏ quanh chân rốn lan rộng ra da, đường kính ≤ 2 cm.

Độ 3: Đỏ quanh chân rốn lan rộng ra da, đường kính > 2 cm, có hay không kèm viêm tĩnh mạch hạ vị.

Sờ nắn: dễ dàng khi trẻ ngủ, yên tĩnh. Bình thường sờ được bờ dưới gan khoảng 1-2cm dưới hạ sườn phải và không sờ được lách.

3.12: Cơ quan sinh dục ngoài:

Nam: chiều dài dương vật lúc sinh khoảng 2cm. Sơ sinh nam luôn có biểu hiện hẹp bao quy đầu rõ. Chú ý các dị tật lỗ tiểu đóng thấp, lỗ niệu đạo mở lên trên, chứng cong dương vật. Không có tràn dịch tinh mạc sau 1 tuổi. Khám tinh hoàn và chú ý thoát vị bẹn không.

Nữ: môi lớn, môi bé và âm vật.

3.13: Hậu môn trực tràng:

- Đưa ống thông vào ≤ 3 cm dễ dàng.
- Phân su phải có sau 48h sau sinh.

3.14. Tứ chi: Ngón tay, ngón chân. nếp gấp lòng bàn tay.

3.15. Háng: nếu có biểu hiện sự bất đối xứng của nếp gấp da ở mặt lưng mông và cẳng chân có độ dài ngắn hơn chân kia coi chừng trật khớp háng (tỉ lệ 1/800 trẻ sơ sinh, thường gặp bên trái)

3.16. Cột sống:

3.17. Thần kinh: Chú ý cường cơ và phản xạ nguyên phát.

Cường cơ:

Đặc tính	Trẻ thiếu tháng(tuần)	Trẻ đủ tháng(tuần)
Tư thế	-28-30:tứ chi duỗi. -30-34:chi dưới co. ->34-37:chi dưới co tốt,chi trên duỗi	>37:tứ chi co tốt
Vị trí đầu	-28-30:cằm tiếp xúc mõn cùng vai của xương bả vai. -30-34:cằm nằm trước mõn cùng vai và di chuyển về giữa xương đòn. ->34-37:cằm ở giữa xương đòn di chuyển về xương ức	>37:cằm tiếp xúc xương ức.

Nghiệm pháp co tay	<34: (-) -34-37: co chậm>2 giây	>37:tay co trong 1-2s
Dấu khăn quàng	<34: (+)cùi chỏ qua đờng đường giữa. 34-37:cùi chỏ ngay đờng đường giữa	>37: (-)cùi chỏ không qua đờng đường giữa.
Góc nhượng chân	<34: >120 độ 34-37:90-120 độ	>37:90 độ
Góc bàn chân	<34: >30 độ 34-37:10-30 độ	>37:0-10 độ
Nghiệm pháp gót tai	<34: 120-180 độ 34-37: >90-120 độ	>37: 90 độ

Phản xạ nguyên phát:

Đặc tính	Trẻ thiếu tháng(tuần)	Trẻ đủ tháng(tuần)
Bú nuốt	-28-30:phản xạ yếu -30-34:mạnh hơn -34:đồng bộ	>37:hoàn chỉnh
	-Dùng ngón tay út sạch cho tiếp xúc môi dưới,lưỡi sau đó xoay ngửa ngón tay lên để tiếp xúc với vòm khẩu cái cứng. -Động tác bú xuất hiện,bé mút ngón tay và kéo ngón tay vào sâu. -Đánh giá có xuất hiện động tác nuốt khi thấy sụn giáp nhấp nhô.	
Bốn điểm(tìm kiếm)	-28-30: yếu -30-34:mạnh hơn. -34:3 điểm,chưa có điểm dưới. -36: 4 điểm.	->37:hoàn chỉnh(có điểm thứ 5-lao đầu ra trước)
	-Dùng ngón tay trở sạch cho tiếp xúc với điểm giao74 môi trên,điểm giữa môi dưới,hai bên khóe miệng,nếu trẻ đói,trẻ sẽ xoay mặt về hướng ngón tay tiếp xúc. -Điểm tiếp xúc ở môi dưới làm trẻ cúi đầu là điểm có sau cùng.	

Đặc tính	Trẻ thiếu tháng	Trẻ đủ tháng(tuần)
moro	-28-30:yếu -30-32: mạnh hơn nhưng chỉ có thì một -32-43:Thì 1 rõ,thì 2 yếu. -36:thì 1 và thì 2 rõ.	>37:hoàn chỉnh
	-Năm 2 bàn tay bé nâng vai bé lên khỏi mặt giường,đầu mông vẫn còn chạm giường.Đột ngột buông 2 tay bé ra để 2 vai rơi xuống giường.Khi vai chạm giường thì moro xuất hiện. -Thì 1: Dang vai,duỗi tay,xòe ngón,khóc. -Thì 2: Áp vai,khép 2 cánh tay lại trong tiếng khóc.	
Nắm	-28:ngón tay nắm. -30:cổ tay gập. -32-34:cánh tay co. -36:nhấc vai lên được	>37:hoàn chỉnh
	-Người khám đặt ngón trỏ vào lòng bàn tay bé,kích thích trên các gò ngón liên tục cho đến khi bé nắm tay lại. -Khi bé nắm chặt,nâng bé lên và kéo bé ngồi dậy.Quan sát khả năng nắm của bé và sự phối hợp các phần của tay.	
Duỗi chéo	-28-30:yếu ->30-32:mạnh hơn nhưng chỉ có thì 1 -34:thì 1 rõ,thì 2 bắt đầu -36:thì 1,2 rõ,thì 3 bắt đầu.	>37:hoàn chỉnh
	-Người khám đứng 1 bên trẻ. -Dùng 1 tay giữ gối thẳng.Tay kia kích thích lòng bàn chân bị giữ.Xem phản ứng chân đối diện (chân bị giữ xòe duỗi ngón liên tục).Chân tự do có 3 động tác: 1.Co chân 2.Duỗi chân 3.Áp và dạn.	
Tự động bước	Bước trên ngón chân	Bước trên cả bàn chân
	Giữ cho trẻ đứng thẳng người trên cả đôi chân,sau đó nghiêng người trẻ về phía trước bằng cách đẩy tuần tự từng vai ra phía trước.Tư thế này sẽ tạo ra những động tác bước xem kẽ nhau 1 cách chậm rãi.	

MỨC ĐỘ TRƯỞNG THÀNH THỰC THỂ

Dấu Hiệu	Điểm							Điểm
	-1	0	1	2	3	4	5	
Da	Trong suốt, ẩm ướt	Trong suốt, đỏ, nhầy	Hồng mịn, thấy mạch máu	Da dễ bong, ± hồng ban, thấy ít mạch máu	Da xanh xao, nứt da, hiếm thấy mạch máu	Bong da dày, không thấy mạch máu	Da dày, bong da ở nếp gấp	
Lông tơ	Không có	Thưa	Nhiều	Mỏng mịn	Có những vùng hói	Hói hầu hết		
Lòng bàn chân	Gót=>ngón: 40-50(mm)(-1) <40mm(-2)	>50mm không có nếp nhăn	Nếp nhăn đỏ, mờ nhạt	Nếp nhăn nằm ngang & ở phần trên	Nếp nhăn ở 2/3 trên	Nếp nhăn chiếm toàn bộ lòng bàn chân		
Vú	Không nhận thấy	Khó nhận thấy	Quầng vú dẹt, không chồi vú	Quầng vú từ 1-2mm có chồi vú	Quầng vú 3-4mm, có chồi vú	Quầng vú 5-10mm Có chồi vú		
Mắt/tai	Mí mắt: khấp hở (-1), Khấp chặt(-2)	Mờ mắt, Vành tai dẹt & dễ biến dạng	Vành tai mềm, độ đàn hồi kém	Vành tai mềm, độ đàn hồi tốt	Đã định dạng, chắc, đàn hồi rõ	Sụn vành tai dày, tai cứng		
Cơ quan sinh dục nữ	Lộ âm vật & 2 môi mỏng	Lộ âm vật & môi bé nhỏ	Lộ âm vật & môi bé lớn	Môi lớn và môi bé bằng nhau	Môi lớn lớn hơn môi bé	Môi lớn che kín môi bé và âm vật		
Cơ quan sinh dục nam	Bìu dài phẳng, không có nếp nhăn	Bìu dài rộng, nếp nhăn mờ nhạt	Tinh hoàn ở ống bẹn trên, nếp rất ít	Tinh hoàn đã xuống, vài nếp nhăn	Tinh hoàn xuống, nhiều nếp nhăn	Tinh hoàn đã xuống hẳn, nếp nhăn nhiều và sâu		

ĐIỂM ĐÁNH GIÁ TỐC ĐỘ TRƯỞNG THÀNH CỦA TRẺ

Điểm	-10	-5	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Tuần	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44

VÀNG DA SƠ SINH

1. Đại cương

VD kéo dài: >14d (đủ tháng)

>21d (non tháng)

VD tăng bili TT: bili TT >1mg% (với bili TP ≤5mg%)

bili TT >20% (với bili TP >5mg%)

2. Phân biệt VD tăng bili GT và TT

Tính chất	Tăng bili GT	Tăng bili TT
Thời điểm xuất hiện	<1w	>1w
Màu da	Vàng cam	Vàng chanh
Tiểu	Vàng trong	Vàng sậm, vết ó vàng trên tả hay tả trái vải trắng sau tiểu
Phân	Vàng	Bạc màu
Gan	Thường ko to	± to, chắc

VD tăng bili TT chắc chắn là bệnh lý

VD tăng bili GT có thể sinh lý hoặc bệnh lý

3. 8 nguyên nhân gây vàng da thường gặp :

- + Bất đồng nhóm máu.
- + Do nhiễm trùng.
- + Vàng da sinh lý .
- + Vàng da do sữa mẹ.
- + Do thiếu G6PD.
- + Do khối máu tụ.
- + Mẹ ĐTĐ.
- + Đa HC.

4. VD sinh lý

- “Trẻ khỏe”: bú, cử động và tiếp xúc bình thường
- VD xuất hiện sau 24h, thường vào N2-3 sau sanh
- Thời điểm hết vàng: N5-7
- Mức độ VD ko vượt quá ngưỡng chiếu đèn: trên rốn hoặc Kramer 1,2,3
- VD kéo dài <1w (trẻ đủ tháng), <2w (non tháng)
- Tốc độ tăng bili máu ≤ 5mg%/24h hay ≤ 0.2mg%/h

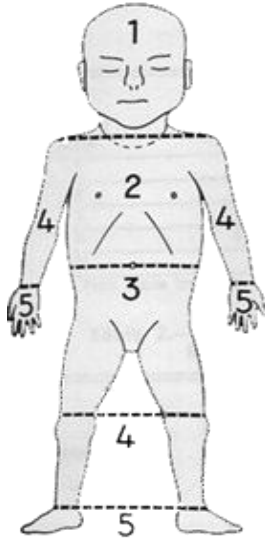
Cơ chế VD sinh lý:

- Thể tích HC lớn (Hct 50-60%)
- Đời sống HC ngắn (85d)
- UGT chưa trưởng thành
- Bài tiết ở gan kém
- Tăng chu trình ruột gan (thiếu VK chí, pH kiềm, β Glucuronydase)

Yếu tố làm nặng VDSL:

- Đa HC: kẹp rốn muộn, truyền máu mẹ-thai, trẻ nhận trong truyền máu song thai
- Thoát mạch: bầm/tụ máu, XH nội

- Chậm tiêu phân su
- Nuốt máu mẹ
- Nuôi ăn thiếu năng lượng
- Mất nước
- Nuôi sữa mẹ
- Non tháng



Vùng (# TSB)

1 (# 6mg%)

2 (# 9mg%)

3 (# 12mg%)

4 (# 15mg%)

5 (> 15mg%)

Kramer

5. Đánh giá độ nặng trên LS

- VD xuất hiện <24h
- VD tới cẳng chân N2
- VD tới lòng bàn tay, bàn chân
- VD biểu hiện TK
- TSB >95th percentile
- TSB tăng >5mg%/24h hay >0.2mg%/h

6. Bệnh não cấp do bili (BIND): biểu hiện

- Gđ1 (1-2d): bú kém, lơ mơ, ↓ TLC, ↓ phản xạ, khóc thét từng tiếng
- Gđ2 (giữa w1): ↑ TLC, gồng ưỡn người, co giật, cử động mắt bất thường, rối loạn thân nhiệt (↑/↓). Thường tử vong ở gđ này
- Gđ 3 (sau w1): ↑ TLC → ↓ TLC

Yếu tố thúc đẩy BIND:

- Tán huyết
- Toan máu
- Ngạt
- Tác động lên hàng rào máu não: non tháng, tăng ALTT, chấn thương
- Tác động lên liên kết bili-Alb: giảm alb <2.5mg%, FFA/alb >4/1, **ceftriaxone**, chrothiazide.

7. Nguyên nhân: gợi ý dựa vào ngày khởi phát VD

Ngày	Nguyên nhân
1	Bệnh lý tán huyết do bất đồng Rh, NTH
2-4	Tán huyết, sinh lý, non tháng, NTH, h/c VD do sữa mẹ, HC thoát mạch, đa HC, h/c Crigler-Najjar, h/c Gilbert, HC hình cầu

5-10	NTH, h/c VD do nuôi bằng sữa mẹ, thiếu men G6PD, galactosemia, suy giáp, hẹp môn vị
>10	NTH, NT tiết niệu

- H/c VD do sữa mẹ: do chính sữa mẹ gây ra, N2-4, nếu ngưng sữa mẹ bili ↓ nhanh trong 24h
- H/c VD do nuôi bằng sữa mẹ: do calori nhập thấp, N5-10, 20-30% VD kéo dài hơn 2-3w, ± đến 3m
- Galactosemia: tuần đầu, gan to, bú kém, ói, XH do RLDM, suy gan, ± lơ mơ, hạ ĐH, NTH Gr (-). Thời gian sau bị đục T3 gây mù, xơ gan.

8. Điều trị

Nguyên tắc: Nhận ra sớm và điều trị các n/n VD ko sinh lý
 Điều chỉnh các yếu tố thúc đẩy bệnh não cấp
 Đảm bảo cung lượng nước tiểu, phân và năng lượng
 Theo dõi chặt chẽ diễn tiến VD ở trẻ VD nặng
 Hướng dẫn tái khám VD khi trẻ x/v
 Thay máu và chiếu đèn đúng lúc

Cụ thể:

3 nhóm YT nguy cơ: Nguy cơ thấp: $\geq 38w +$ khỏe
 Nguy cơ vừa: $\geq 38w +$ YTTĐ
 35-37w 6d + khỏe
 Nguy cơ cao: 35-37w 6d + YTTĐ

Thay máu: tiêu chí

- Thay máu khẩn nếu có biểu hiện BIND hay TSB trên ngưỡng $\geq 5mg\%$
- Trẻ đủ tháng, khỏe mạnh: $>30mg\%$
 $>25mg\% +$ thất bại chiếu đèn (ko $\downarrow \geq 1mg\%$ sau 4h)
- Trẻ non tháng: TSB (mg%) $> 1\%$ CN (g)
- Cân nhắc ngưỡng thấp hơn 3-5mg% ở trẻ có YT nguy cơ

Máu dùng cho thay máu:

- Máu mới $<7d$, lý tưởng $<24h$
- Nhóm máu: VD do bất đồng ABO: HC O + HT AB
 VD do bất đồng Rh: Rh (-)
 Còn lại: thay giống nhóm máu con
- Thể tích máu = x2 thể tích máu con = 160ml/kg khi thay qua TM rôn
- Lấy ra và bơm trả tuần tự mỗi lần 5% (4ml/kg) cho đến khi hết 160ml/kg
- Sau thay máu tiếp tục chiếu đèn
- Thử lại bili mỗi 4h. nếu có hiệu quả thì bili ngay sau thay máu giảm 45-60% so với trước khi thay máu
- B/c khi thay máu: trụy tim mạch hoặc quá tải, choáng do hạ thân nhiệt, NTH, hạ calci máu

Chiếu đèn: tiêu chí

- Trẻ đủ tháng, khỏe mạnh: $>15mg\%$
- Trẻ có YT nguy cơ: $>13mg\%$
- Trẻ non tháng: TSB (mg%) $> 1\%$ CN (g) /2

Chú ý:

- Che mắt, bìa
- Theo dõi thân nhiệt
- Thay đổi tư thế

- Tăng nhu cầu nước 20%
- CCĐ ở trẻ tăng bili TT
- Bộc lộ da càng nhiều càng tốt, chiếu liên tục trong 24-48h, chỉ nghỉ khi bú, sau đó chiếu ngắt quãng, trung bình kéo dài 4-5d

TDP:

- Phân lỏng, tăng thân nhiệt gây mất nước, đứng cân tạm thời
- Tổn thương võng mạc
- H/c “em bé da đồng”: da sạm nâu + tiểu sạm gần như đen

9. Theo dõi

Nếu bili >75th percentile cần dinh dưỡng, nước, và xem xét các n/n:

- NT
- Tán huyết
- Thiếu men G6PD (dân số nguy cơ)

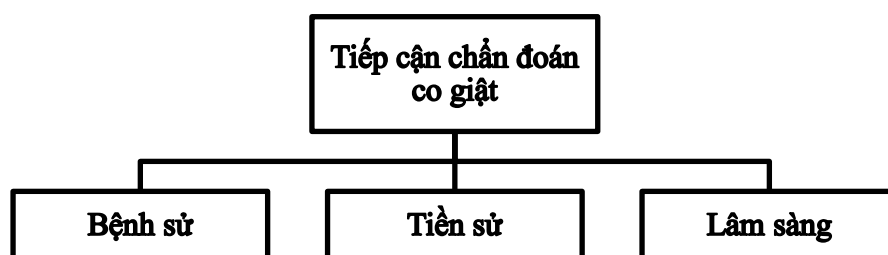
Đo bili theo đường cong Bhutani:

- >75th: đo bili máu 24-48h
- >40th + có YT nguy cơ: đo bili máu 24-48h
- <40th: ko cần theo dõi.

CO GIẬT TRẺ EM

I Nguyên nhân :

KHÔNG SỐT		SỐT
Hệ TKTW	Ngoài HTKTW	
Chấn thương	Rối loạn chuyển hóa : tăng hay hạ đường huyết	Nhiễm trùng TKTW: viêm não, VMN, áp xe não, sốt rét thể não
Xuất huyết não màng não: thiếu vitK, RLDM, vỡ dị dạng mạch máu.	RL điện giải	Co giật trong lý , viêm dạ dày ruột
Thiếu Oxy não	Ngộ độc Phospho hữu cơ	Co giật do sốt do nhiễm trùng đường hô hấp, NTH
U não	Tăng huyết áp	



A. Bệnh sử :

Hỏi về cơn giật : đầu tiên hay nhiều lần

A. Cơn giật lần đầu

1. Kiểu giật
2. Mất ý thức , rối loạn ý thức sau cơn
3. Vị trí : cục bộ, một bên, hai bên hay toàn thể
4. Thời gian
5. Số lần co giật trong đợt bệnh này
6. Yếu tố kích gọi : sốt, ói, nhức đầu, tiêu chảy, tiêu phân đàm máu, dấu yếu liệt, uống thuốc

B Cơn tái phát và không tìm thấy nguyên nhân kích gọi thì nghi Động kinh

B. Tiền sử

1. Cơn giật đầu hay nhiều lần
2. Từng bị co giật do sốt
3. Chấn thương
4. Thuốc
5. Sản khoa
6. Bệnh lý chuyển hóa, bại não chậm phát triển tâm vận
7. Gia đình

C. Lâm sàng : chú ý

Tổng trạng : nếu bn hôn mê đánh giá bằng thang Glassgow

Dấu gọi ý nguyên nhân:

1. Dấu Màng não :

Dấu	Cách thực hiện	Dương tính	Dương tính giả
cổ gượng	Khi gập cổ BN một cách thụ động	Có sự đề kháng lại làm cho cằm không thể chạm ngực	Viêm cột sống, viêm cơ, áp xe sau hầu, uốn ván, chấn thương vùng cổ, rối loạn ngoại tháp
Kernig	Người khám giữ chân bn duỗi thẳng, từ từ gập đùi Bn lên vuông góc với thân mình tại khớp hông	3 co : cử động gập tự động tại khớp háng, K gối, K cổ chân ở cả hai chân.	Chỉ xuất hiện một bên chân trong đau dây TK tọa
Brudzinski	Người khám đặt một tay lên đầu, một tay lên ngực BN, cố gắng gập đầu BN thụ động theo hướng cằm chạm ngực.	Đau dọc theo cột sống cổ xuống lưng và tự động gập đùi và gối cả một chân hay cả hai chân	
Thóp phồng			

2. Dấu xuất huyết: thiếu máu trẻ sơ sinh và nữ nhi

3. TKĐV

4. Chấn thương

5. Da : mảng cà phê sữa, bثور máu, mảng da đỏ tím trên mặt

6. Đáy mắt : xuất huyết, phù gai

D. Cận lâm sàng:

Thường quy	Tìm nguyên nhân
Đường huyết	Rối loạn chuyển hóa : tăng hay hạ đường huyết
Ion đồ : giảm Na, Ca, Mg	RL điện giải
XQ phổi, CTM , CRP	Co giật do sốt do nhiễm trùng đường hô hấp,
Chức năng gan thận	

Có chỉ định

DNT (sinh hóa, tb, cấy, latex, PCR), huyết thanh chẩn đoán tác nhân viêm não, phết tìm KST sốt rét	Nhiễm trùng TKTW: viêm não, VMN, áp xe não, sốt rét thể não
Cấy phân	Co giật trong lý , viêm dạ dày ruột
Cấy máu	NTH
Lấy mẫu dịch dạ dày	Ngộ độc Phospho hữu cơ
EEG	Nghi ngờ động kinh(co giật tái phát không yếu tố kích gợ)

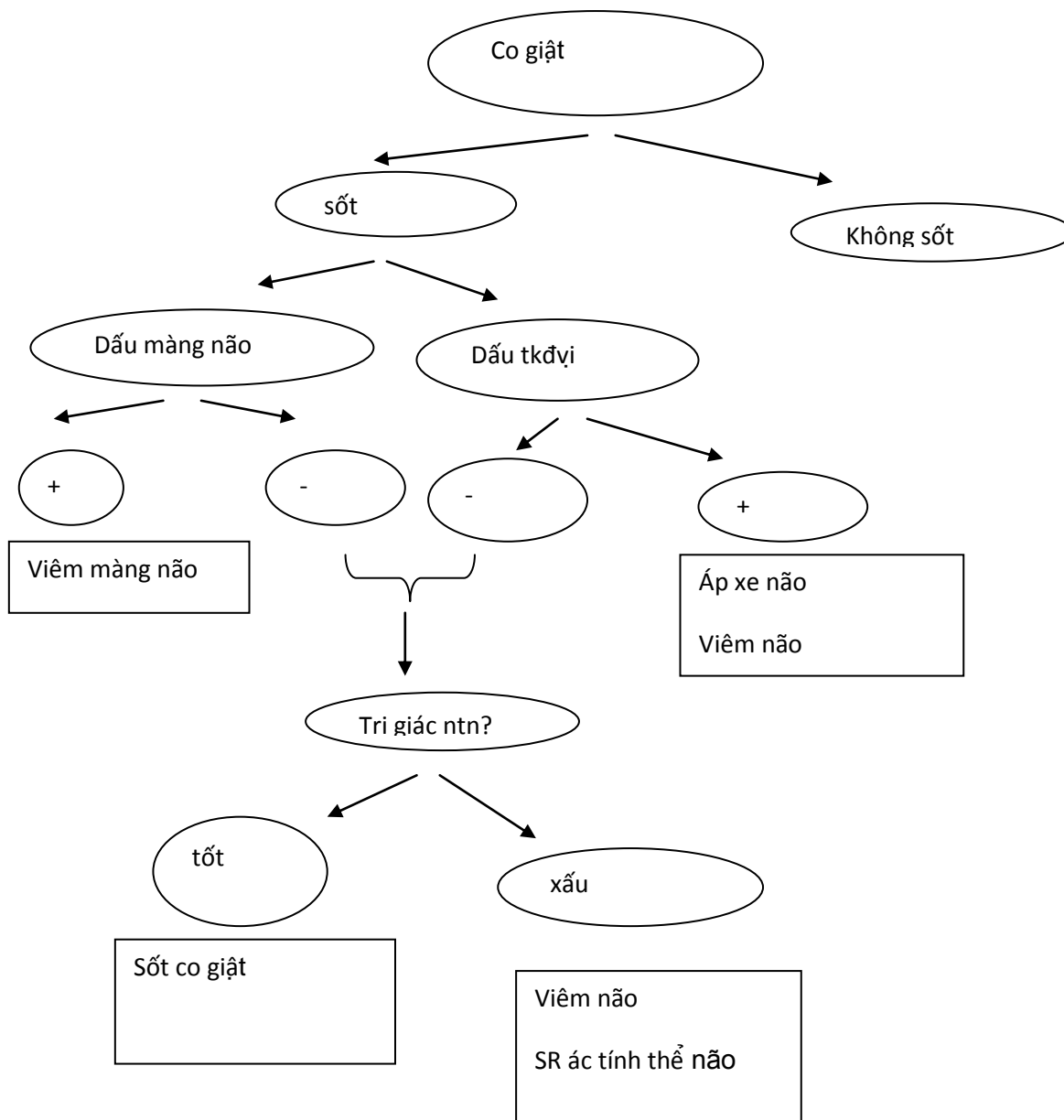
Chỉ định CDDNT

Trẻ dưới 12 tháng và cơn co giật đầu tiên

Trên 12 tháng có sốt và cơn co giật phức tạp (co giật khu trú, kéo dài trên 15 phút, hay có cơn tái phát trong vòng 24h hay cùng đợt bệnh)

Sốt và co giật đã dùng KS đường tĩnh mạch trước (vì có thể không có triệu chứng nhiễm trùng HTKTV rõ)

Rối loạn tri giác hay không tỉnh sau 30 phút co giật (loại trừ trẻ đã được uống thuốc an thần)



SỐT CAO CO GIẬT

I. Định nghĩa : là cơn co giật thường xảy ra từ **3 tháng-5 tuổi** kèm sốt **không** phải do nhiễm trùng hệ TKTW và nguyên nhân xác định nào khác.

Bệnh sử :

Kiểu giật : co cứng co giật Yếu tố kích gọi : sốt (min 38⁰C)	
Co giật do sốt thể đơn giản	Co giật do sốt thể phức tạp
Vị trí : toàn thể	Khu trú
Thời gian < 15 phút	>=15
Số lần co giật trong đợt bệnh này : không	>=2 cơn giật

2. Yếu tố tăng nguy cơ tái phát

1. <18 tháng
2. Cha mẹ, anh chị em có sốt cao co giật
3. Co giật khi sốt <40⁰C
4. Nhiều cơn co giật trong đợt bệnh đầu tiên.
5. Khởi phát co giật sớm(<1h sau sốt)

3. **Tiên lượng** : lành tính và dự hậu tốt, cơn giật tự giới hạn.

NHIỄM TRÙNG HUYẾT SƠ SINH

I. ĐỊNH NGHĨA:

- NTHSS là bệnh cảnh nhiễm trùng toàn thân, được định nghĩa là hội chứng đáp ứng viêm toàn thân do nguyên nhân nhiễm trùng.
- Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân biểu hiện ≥ 2 trong các tiêu chuẩn sau:
 - Bất ổn thân nhiệt: $< 35^{\circ}\text{C}$ hay $> 37,8^{\circ}\text{C}$
 - Rối loạn chức năng hô hấp:
 - Nhịp thở $> 60\text{l/ph}$
 - Giảm oxy máu : $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$
 - Rối loạn chức năng tim mạch:
 - Nhịp tim $> 160\text{l/ph}$
 - CRT > 3 giây
 - Huyết áp hạ $> 2\text{SD}$ dưới mức trung bình theo tuổi
 - Bất thường tưới máu:
 - Thiểu niệu ($< 0,5\text{ml/kg/h}$)
 - Toan huyết nhiễm axit lactic (tăng lactate huyết và/hoặc pH máu $< 7,25$)
 - Rối loạn tri giác

II . 13 Dấu hiệu nhiễm khuẩn :

1. Co giật, bỏ bú.
2. Thở nhanh .
3. Rút lõm ngực nặng.
4. Cánh mũi phập phồng.
5. Thở rên.
6. Thóp phồng.
7. Chảy mủ tai.
8. Tấy đỏ quanh rốn
9. Sốt hoặc sốt.
10. Nhiều mụn hay mụn mủ nhiễm khuẩn nặng ở da, sâu và rộng.
11. Ngủ li bì hoặc khó đánh thức.
12. Cử động ít hơn bình thường.

III. YẾU TỐ NGUY CƠ:

1. Yếu tố nguy cơ từ mẹ:
 - Mẹ sốt $> 38^{\circ}\text{C}$ lúc sanh
 - Mẹ bị nhiễm trùng ko sốt
 - Viêm màng ối
 - Ới vỡ sớm $> 18\text{h}$
 - Chuyển dạ sanh non
 - Có huyết tắng hôi/tuần cuối +hở eo tử cung
2. Yếu tố từ con:
 - Nhẹ cân, non tháng
 - Phái nam
 - Sinh đôi

- Di tật bẩm sinh
 - Sang thương ngoài da
 - APGAR thấp < 5 điểm(5ph)
 - Tim thai > 160/ph kéo dài
3. Yếu tố nguy cơ từ môi trường:
- Nằm viện > 3ngày
 - Thủ thuật xâm lấn
 - Khoa sơ sinh quá tải
 - Tỷ lệ bệnh nhi /điều dưỡng cao
 - Thiếu động tác rửa tay
 - Liệu pháp kháng sinh kéo dài
 - Phẫu thuật

III. TÁC NHÂN:

1. Đường lây truyền:

Nhiễm trùng trong tử cung

Nhiễm vi trùng ngược dòng: thường gặp trong giai đoạn chuyển dạ

Nhiễm trùng muện sau sinh: nguồn lây bệnh quan trọng nhất cho trẻ nằm viện là bàn tay nhân viên y tế

2. Tác nhân:

Bệnh lý bào thai: TORCH, uốn ván, lậu cầu, VGSV B. sốt rét, HIV, Chlamydia

Vi trùng thường gặp nhất ở giai đoạn sơ sinh: streptococcus nhóm B, E. Coli, Listeria monocytogenes.

IV. CÁC THỂ LÂM SÀNG:

Đặc điểm	Khởi phát sớm	Khởi phát muộn	Khởi phát rất muộn
Lúc khởi phát	Lúc sanh – 7 ngày, thường < 72h	7 – 30 ngày	> 30 ngày
b/c sản khoa	Thường gặp	Ko thường gặp	Thay đổi
Sanh non	Tần suất cao	Thay đổi	Hay có
Nguồn gây nhiễm	Đường sinh dục mẹ	Đường sinh dục mẹ/ môi trường	môi trường/ cộng đồng
Biểu hiện	Đa hệ thống	Đa hệ thống khu trú	Đa hệ thống khu trú
Vị trí	Phòng cho bú thường/ nằm với mẹ	NICU, cộng đồng	NICU, cộng đồng
Thể LS	NT Bào Thai NTH	NTH ; VMN , NT tiểu ; các NT khu trú khác	Tất cả thể ls khu trú.

Nhiễm trùng bệnh viện: nhiễm trùng sau 3 ngày tuổi mà ko có nguồn gốc từ mẹ.

V. CHẨN ĐOÁN:

Phối hợp 3 yếu tố: lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố nguy cơ

1. Yếu tố nguy cơ: PHẦN TRÊN

2.

3. Lâm sàng:

<p>1. Trẻ ko khỏe mạnh</p> <p>2. Triệu chứng hô hấp: Xanh tím Rên rĩ Rối loạn nhịp thở Thở nhanh > 60l/ph + co kéo Ngưng thở > 15 giây</p> <p>3. Triệu chứng tim mạch: Xanh tím Xanh tím, da nổi bông CRT > 3 giây Huyết áp hạ</p> <p>4. Triệu chứng tiêu hóa: Bú kém, bỏ bú Nôn ói Tiêu chảy Chướng bụng Dịch dạ dày > 1/3 thể tích cũ ăn trước</p>	<p>5. Thần kinh: Tăng trương lực/ kích thích Co giật Thóp phồng Giảm trương lực Giảm phản xạ Hôn mê</p> <p>6. Huyết học: Xuất huyết nhiều nơi Tử ban Gan lách to</p> <p>7. Da niêm: Hồng ban Vàng da sớm trước 24h Nốt mụn Phù nề Cứng bì</p> <p>8. Rối loạn thực thể: Đứng cân/ sụt cân Rối loạn thân nhiệt(hạ, tăng thân nhiệt)</p>
--	---

4. Cận lâm sàng:

a. CTM và phết máu ngoại biên:

- Thiếu máu
- Tiểu cầu giảm
- Bạch cầu < 5000 hay > 20000/mm³
- Tỷ lệ Band Neutrophil/neutrophil $\geq 0,2$
- Bạch cầu có hạt độc, ko bào, thể Dohle
- Tỷ lệ tế bào non > 10%

b. CRP hay PCT(procalcitonin)

c. Cây máu hay cấy dịch cơ thể

d. Chọc dò tủy sống : khi

- Biểu hiện nghi ngờ NTHSS
- Có triệu chứng nhiễm trùng, nhất là thể khởi phát muộn
- Triệu chứng TKTW nghi do nhiễm trùng
- Cây máu dương tính /bệnh cảnh NTHSS

e. Xét nghiệm khác :

- KMDM : khi có suy hô hấp, nhiễm trùng huyết nặng
- Ion đồ, đường huyết, billirubin khi có vàng da
- Đông máu toàn bộ khi có biểu hiện xuất huyết

- Chức năng gan thận
- Xquang phổi

A. Chẩn đoán xác định : lâm sàng + cấy máu(+)

B. Chẩn đoán có thể : khi chưa có kết quả cấy máu

Lâm sàng : triệu chứng nhiều cơ quan+ ổ nhiễm trùng + CLS gợi ý nhiễm trùng.

CTM : phải có ít nhất 3 tiêu chuẩn sau :

- Bạch cầu < 5000 hay > 20000/mm³
- Tỷ lệ Band Neutrophil/Neutrophil $\geq 0,2$
- Có ko bào, hạt độc, thể Dohl
- Tiểu cầu < 150000/mm³
- CRP > 10mg/l

VI. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc:

Phát hiện và điều trị biến chứng: suy hô hấp, sốc

Điều trị kháng sinh

Phối hợp điều trị nâng đỡ và điều trị các biến chứng khác

2. Chiến lược điều trị:

✚ Có các yếu tố gợi ý nhiều khả năng NTHSS:

- Mẹ sốt > 38 khi chuyển dạ
- Có huyết trắng hôi/tuần cuối + hở eo tử cung
- Sang thương đại thể trên nhau dạng áp xe(nhiễm Listeria)
- Triệu chứng da niêm xuất hiện < 12h tuổi
- Suy hô hấp + Xquang phổi ko đồng nhất
- Suy tuần hoàn cấp tính
- Gan lách to
- Trẻ sốt > 38 ko rõ nguyên nhân
- Toan chuyển hóa tái diễn ko do nguyên nhân tim phổi
- BC < 6000/H24 hay < 5000 > h24

Cho kháng sinh ngay , hiệu chỉnh theo lâm sàng và cận lâm sàng.

✚ Có yếu tố gợi ý NTHSS: trẻ có lâm sàng ổn mà

- Mẹ vỡ ối sớm > 24h
- Mẹ bị nhiễm trùng tiêu 1 tháng trước khi sinh mà ko chắc chắn điều trị hết
- Dịch ối dơ, có màu sắc bất thường, có phân su nhưng ko do sanh khó và trẻ ko ngạt khi sinh

Khám lâm sàng 2 lần/ngày, xét nghiệm mỗi 12 – 24h .

3. Kháng sinh:

a. kháng sinh ban đầu:

✚ Ampicilline + Gentamycine

✚ Hoặc Ampicilline + Cefotaxim

✚ Hoặc Ampicilline + Gentamycine + Cefotaxim khi có 1 trong các dấu hiệu sau:

- Nhiễm trùng huyết trước 7 ngày tuổi
- Bệnh có dấu hiệu nặng nguy kịch ngay từ đầu
- Nhiễm trùng huyết + viêm màng não mủ

✚ Nếu nghi ngờ tụ cầu (nhiễm trùng da hay rốn): oxacillin + Gentamycin ± Cefotaxim

🚑 Thời gian điều trị:

Trung bình 7 – 10 ngày

Khi có viêm màng não mủ đi kèm : 21 – 28 ngày

4. Trường hợp nặng:

- Hỗ trợ hô hấp
- Ổn định huyết động
- Kiểm tra yếu tố đông máu
- Thay máu khi có chỉ định
- Vitamin K1 1mg (TB) mỗi 15 ngày khi điều trị kháng sinh kéo dài

NHIỄM

SỞI

I. Định nghĩa:

Sởi là bệnh truyền nhiễm do siêu vi sởi (Polinosa morbillarum) gây ra.

Lứa tuổi dễ mắc bệnh nhất là trẻ em từ 2 – 6 tuổi.

II. Chẩn đoán: dựa vào dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng

1. Dịch tễ: lứa tuổi, đang có dịch bệnh xảy ra, có tiếp xúc với bệnh nhân sởi

2. Lâm sàng:

- Hội chứng nhiễm độc: sốt, mệt mỏi, uể oải toàn thân, ăn uống kém, nôn ói,...
- Hội chứng viêm long (viêm xuất tiết): chảy nước mắt, nước mũi gây hắt hơi, ho; viêm kết mạc mắt gây chảy nước mắt, nhiều ghèn, phù nề mi mắt, mắt đỏ. Viêm long đường tiêu hóa gây tiêu chảy.
- Nốt Koplik thường xảy ra trước hay ngày đầu ra ban (ngày thứ 2 của sốt), biến mất sau 24 – 48 giờ sau phát ban (tồn tại 12 – 14 giờ): nốt trắng có kích thước bằng đầu kim, ở niêm mạc má vùng răng hàm.
- Hồng ban toàn thân:
 - Phát ban vào ngày thứ 4 – 6 của bệnh, hồng ban không tẩm nhuận, dạng dát, sần, kích thước nhỏ, giữa các nốt ban là khoảng da lành. Ban mọc rải rác hay dính liền nhau thành mảng tròn 3 – 6 mm, sự phát ban diễn ra theo trình tự:
 - Ngày đầu: mọc sau tai rồi lan dần ra hai bên má, cổ
 - Ngày 2: ban lan xuống ngực, bụng và 2 tay
 - Ngày 3: ban lan ra sau lưng, hông và 2 chân
 - Ban tồn tại đến ngày thứ 6 kể từ ngày bắt đầu phát ban, kể đó sẽ dần dần biến mất theo trình tự xuất hiện, từ mặt đến thân mình và chi, để lại các nốt thâm có tróc da mỏng, mịn giống bụi phấn hay vảy cám.

3. Cận lâm sàng:

Xét nghiệm huyết thanh tìm IgM anti virus sởi (thương dương tính ngày thứ 3 sau khi phát ban).

III. Chẩn đoán phân biệt:

1. Bệnh rubella: sốt nhẹ, viêm long nhẹ, dấu hiệu nhiễm độc toàn thân không rõ, ban dát sần dạng sởi nhưng nhỏ hơn, mọc thưa hơn và mọc sớm ngay từ ngày 1 – 2. Không có dấu Koplik. Hạch sau tai, chàm sưng đau.
2. Ban do siêu vi khác:
 - Ban không xuất hiện toàn thân, không viêm long
 - Ban xuất hiện nhanh và biến mất nhanh
3. Ban nhiệt (rôm sảy): xuất hiện vùng nếp gấp, ban kèm mụn mủ
4. Tinh hồng nhiệt: ban thường đỏ bầm toàn thân, khi ban bay gây tróc vảy, tróc da ở đầu ngón tay. Xét nghiệm ASO huyết thanh tăng
5. Ban dị ứng: đột ngột sau tiếp xúc dị nguyên, thường nổi mẩn ngứa toàn thân, không viêm long
6. Kawasaki

IV. Đề nghị xét nghiệm:

- CTM
- Huyết thanh tìm IgM
- X-quang phổi nếu có nghi ngờ viêm phổi

V. Điều trị:

1. Nguyên tắc:

- Bổ sung vitamine A
- Phát hiện và điều trị biến chứng
- Tất cả trẻ sỏi biến chứng nặng cần được nhập viện

A. Bổ sung vitamine A:

- a. Chỉ định: tất cả trẻ bị sỏi, trừ những trẻ đã uống đủ liều trong một tháng.
- b. Cách dùng:
 - Cho 2 liều: liều đầu ngay khi chẩn đoán, liều thứ 2 ngày hôm sau
 - Liều lượng:
 - Trẻ < 6 tháng: 50.000 đv/liều
 - Trẻ 6 – 11 tháng: 100.000 đv/liều
 - Trẻ 12 tháng – 5 tuổi: 200.000 đv/liều
 - Nếu trẻ có tổn thương mắt do thiếu vitamine A hoặc suy dinh dưỡng nặng thì cho thêm liều thứ 3 sau liều thứ 2 từ 2 – 4 tuần.

B. Điều trị triệu chứng và nâng đỡ:

- a. Sốt: paracetamol 10 – 15 mg/kg x 4 lần/ngày khi sốt trên 38.5 °C
Còn sốt sau phát ban 3 – 4 ngày: bội nhiễm hoặc sốt do nguyên nhân khác.
- b. Giảm ho: Pectol
- c. Dinh dưỡng
- d. Vệ sinh: thoáng mát, khô ráo, ngừa bội nhiễm.

C. Điều trị biến chứng:

- a. **Viêm phổi, viêm tai giữa:**
 - Kháng sinh viêm phổi
 - Chảy mủ tai: bác sâu kèn
- b. **Tiêu chảy:**
- c. **Viêm thanh quản**
- d. **Viêm kết mạc mắt, tổn thương giác mạc, võng mạc:** vitamine A, vệ sinh, băng mắt ngừa bội nhiễm, pommade Tetracyclin tra mắt 3 lần/ ngày, 7 ngày, không được dùng các loại thuốc có steroid.
- e. **Loét miệng:**
 - Súc miệng bằng nước muối sinh lý ít nhất ngày 4 lần
 - Thoa tím Gentian 0.25%
 - Loét nặng và có hôi: Benzyl penicilline 50.000 đv/kg mỗi 6 giờ hoặc Metronidazol uống 7.5 mg/kg x 3 lần/ngày trong 5 ngày
 - Không ăn uống được nên nuôi ăn qua thông dạ dày
- f. **Biến chứng thần kinh**
- g. **Suy dinh dưỡng nặng**

THỦY ĐẬU

I. Định nghĩa:

Thủy đậu là bệnh nhiễm trùng cấp tính do siêu vi Varicella zoster.

Bệnh xảy ra hầu hết ở trẻ em, 90% ở trẻ dưới 3 tuổi, đặc biệt ở tuổi mẫu giáo và cấp 1 – 2, nam và nữ mắc bệnh như nhau.

II. Chẩn đoán: dựa vào dịch tể, lâm sàng, cận lâm sàng.

1. **Dịch tể:** chưa chủng ngừa thủy đậu, chưa mắc bệnh thủy đậu, có tiếp xúc với bệnh nhân thủy đậu 2 – 3 tuần trước.

2. Lâm sàng:

- Sốt, hồng ban khoảng vài mm nhanh chóng chuyển thành bóng nước sau 24 giờ.
- Bóng nước da từ 3 – 10 mm, lúc đầu chứa dịch trong, sau 24 giờ hóa đục, nhiều lứa tuổi: dạng phát ban, dạng bóng nước trong, dạng bóng nước đục và bóng nước già nhất là dạng đóng mào, một số trường hợp có bóng nước dạng xuất huyết.
- Bóng nước có thể mọc ở niêm mạc miệng, đường tiêu hóa, hô hấp, tiết niệu, sinh dục hay ở mắt.

3. Cận lâm sàng:

- CTM: BC có thể bình thường hay tăng nhẹ
- Phân lập siêu vi, PCR
- Phương pháp miễn dịch học (phương pháp cố định bổ thể, miễn dịch huỳnh quang trực tiếp hoặc ELISA) ít được sử dụng

III. Chẩn đoán phân biệt:

1. Impétigo (chốc lở bóng nước): do Streptococcus beta hemolytic nhóm A, xảy ra sau khi da bị trầy xước, gỡ mào thấy có vết trợt đỏ không loét có quầng đỏ bao quanh.
2. Nhiễm trùng da
3. Bóng nước do Herpes simplex, dựa vào phân lập siêu vi.
4. Bệnh tay chân miệng do virus Coxsackie nhóm A

IV. Điều trị:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị đặc hiệu
- Điều trị triệu chứng
- Phát hiện và điều trị biến chứng

2. Điều trị đặc hiệu: Acyclovir 200, 400, 800mg

- Hiệu quả cao nếu sử dụng sớm trong 24 giờ sau khi khởi phát
- 80mg/kg/ngày chia 4 lần (tối đa 800mg/lần) uống
- Điều trị 5 ngày hoặc đến khi không xuất hiện thêm bóng nước mới
- Trường hợp nặng hoặc bn SGMD nên tiêm tĩnh mạch liều: 10 mg/kg mỗi 8 giờ trong 7 ngày

3. Điều trị triệu chứng:

- Chống ngứa: kháng histamin,...
- Giảm đau, hạ sốt:
 - Paracetamol
 - Không dùng Aspirin vì có thể gây hội chứng Reye
 - **Hội chứng Reye:**
 - Là bệnh lý gan não gặp ở giai đoạn đậu mọc nếu trẻ uống Aspirin để giảm đau, hạ sốt

- Lo âu, bồn chồn, kích thích, nặng hơn sẽ hôn mê, co giật do phù não, có thể vàng da, gan to, xuất huyết nội tạng
- Cls amoniac máu tăng cao, ĐH giảm, tăng ALT, AST và LDH. Dịch não tủy thay đổi không đặc hiệu của viêm màng não.

4. Điều trị biến chứng:

- Bội nhiễm: Bristopen (Oxacilline 500mg, 1g/lọ): 100mg/kg uống hay tiêm mạch nếu nặng
- Viêm não

TAY CHÂN MIỆNG

ĐỊNH NGHĨA:

Bệnh TCM là bệnh truyền nhiễm di siêu vi trùng đường ruột thuộc nhóm **Coxsackie Virus** và **Enterovirus EV71** gây ra. Biểu hiện chính là sang thương da niêm dưới dạng bóng nước ở các vị trí đặc biệt như miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời. Bệnh thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, nhất là dưới 3 tuổi. Bệnh xảy ra hàng năm, nhất là tháng 2 đến 4 và tháng 9 đến 12

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Bóng nước ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông

Phân độ

Độ 2: rung giật cơ, bứt rứt, chói với, đi loạng choạng

2a: giật mình ít, ko ghi nhận khi khám, quấy

2b: giật mình nhiều ≥ 2 lần/30 phút, ghi nhận khi khám, hay giật mình kèm 1 trong các dấu hiệu sau

- Chới với
- Run chi
- Đi loạng choạng
- Ngủ gà
- Mạch > 150 lần/phút
- Sốt cao ko hạ
- Yếu liệt chi

Độ 3: vã mồ hôi lạnh, mạch nhanh > 170 lần/phút, thở nhanh, THA, co giật, hôn mê (GCS < 10)

Độ 4: SHH, trụy mạch

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Bệnh lý có sang thương da

- Sốt phát ban: sang thương chủ yếu là hồng ban xen kẽ ít dạng sẩn, thường có hạch sau tai
- Dị ứng da: sang thương dạng hồng ban đa dạng nhiều hơn bóng nước
- Viêm da mủ: sang thương đau đỏ, có mủ
- Thủy đậu: sang thương bóng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân, ko chỉ tập trung ở tay, chân, miệng

2. Bệnh lý nhiễm trùng

- Nhiễm trùng huyết: sang thương da ko điển hình, bầm máu vết chích, xuất huyết dưới da, CRP máu tăng
- VMN vi trùng: sang thương da ko điển hình, thóp phồng, CRP máu tăng, DNT đậm tăng, đường giảm

CLS

- CTM
- KSTSR
- Trường hợp nghi ngờ biến chứng: ĐH, CRP, ion đồ, X quang phổi
- KMĐM khi có SHH: thở nhanh, rút lõm ngực hay $SpO_2 < 92\%$
- Troponin I khi nhịp tim trên 160 lần/phút
- Chọc dò tủy sống
 - ✓ CD: khi có biến chứng tkinh (từ độ IIB). Trường hợp BN SHH, trụy mạch, đang co giật hay kích thích quá mức sẽ thực hiện khi tình trạng ổn định
 - ✓ Nếu chưa thực hiện cần chọc dò sau khi đã thở máy hay khi BN tử vong

- ✓ DNT có thể bình thường hay thay đổi theo huoesng bạch cầu tăng nhẹ, có thể đa nhân ưu thế, đạm tăng nhẹ < 1g/l, đường ko giảm
- Xn tìm tác nhân gây bệnh
 - ✓ Phết họng, phết trực tràng thực hiện PCR (EV71, Coxsakie virus): từ lib
 - ✓ Cây, phân lập virus từ phân, bóng nước, phết họng

ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc:

- Đt triệu chứng
- Theo dõi sát, phát hiện sớm và đt tích cực biến chứng
- Sd thuốc an thần sớm để giảm kích thischm tránh gây tăng áp lực nội sọ

Xử trí

Độ 1 có thể đt ngoại trú, độ 2 phải nhập viện đt

Độ 1:

- Đt ngoại trú
- Hạ sốt, giảm đau bằng Para
- Vệ sinh răng miệng
- Nghỉ ngơi, tránh kích thích,
- Tái khám mỗi 1-2 ngày trong 7 ngày đầu của bệnh
- Dặn dò những dấu hiệu cần tái khám ngay
 - ✓ Sốt cao ≥ 39
 - ✓ Thở mệt
 - ✓ Giật mình, rung chi, chói với, quấy khóc, bứt rứt
 - ✓ Co giật, hôn mê
 - ✓ Yếu chi
 - ✓ Da nổi bóng

Độ 2:

2a

- Phenobarbital 5-7mg/kg uống hay TB
- Nghỉ ngơi, tránh kích thích
- Theo dõi M, NĐ, HA, tri giác, ran nõ, SpO2 mxỗi 6-8 g
- Theo dõi sát phát hiện đt biến chứng

2b

- An thần Phenobarbital 10mg/kg TB hay TTM
- Nghỉ ngơi, tránh kích thích
- Thở oxy, nằm đầu cao 30 độ, cổ thẳng
- Theo dõi M, NĐ, HA, tri giác, ran nõ, SpO2 mỗi 4-6 g
- Dùng Immunoglobulin
 - ✓ Ngày 1: 1g/kg TTM trong 6-8g
 - ✓ Ngày 2: đánh giá lại nếu trở về độ 2a hay độ ko dùng, nếu còn ở độ 2b hay độ 3 tiếp tục dùng 1g/kg TTM trong 6-8g

Độ 3:

- Phenobarbital: nếu có kích thích 10-20 mg/kg pha trong Glucose 5% TTm trong 30-60 phút
- Chống phù não
 - ✓ Nằm đầu cao 30 độ, cổ thẳng

- ✓ Thở oxy, nếu ko hiệu quả nên đặt NKQ sớm và thở máy khi SpO2 < 92% hay PaCO2 ≥ 50 mmHg
- ✓ Khi thở máy cần tăng thông khí. Giữ PaO2 90-100 mmHg và PaCO2 25-35 mmHg (PaCO2 thấp làm co mạch não, giảm lưu lượng máu lên não gây giảm áp lực nội sọ)
- ✓ Hạn chế dịch: tổng dịch bằng 1/2-3/4 nhu cầu bình thường
- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm và đường huyết, lưu ý hạ Na máu và hạ đường huyết
- IGIV 1g/kg/ngày TTM trong 6-8g x 2 ngày
- Dùng Dobutamin khi mạch ≥ 170 lần/phút, bắt đầu 5μg/kg/ph, tăng dần mỗi 15 phút cho đến khi hiệu quả
- Theo dõi M, NĐ, HA, tri giác, ran phổi, SpO2 mỗi 1-2 giờ

Độ 4:

- xử trí tương tự độ 3, ko dùng IGIV
- Điều trị sốc
 - ✓ Thở oxy
 - ✓ Truyền dd điện giải (NaCl 0.9% hoặc LR) 5ml/kg/15 ph, nếu ko có CVP theo dõi sát dấu hiệu phù phổi (dấu hiệu SHH, sùi bọt hồng, ran phổi)
 - ✓ Khi có CVP, điều chỉnh dịch theo hướng dẫn CVP và theo đáp ứng lâm sàng
 - ✓ Sd vận mạch:
 - Dopamin TTM bắt đầu 5μg/kg/ph, tăng dần mỗi 15 phút cho đến khi hiệu quả, tối đa 10 μg/kg/ph
 - Phối hợp thêm Dobutamin 5μg/kg/ph, tăng dần mỗi 15 phút cho đến khi hiệu quả, tối đa 20 μg/kg/ph
- Điều trị SHH
 - ✓ Thông đường thở, hút sạch đàm dãi\
 - ✓ Thở oxy nếu khó thở hoặc hôn mê, duy trì SpO2 trên 92%
 - ✓ Đặt NKQ sớm, cho thở máy nếu có cơn nhưng thở hoặc thất bại với oxy, tránh thiếu oxy máu kéo dài làm tăng tình trạng phù não và tổn thương đa cơ quan dẫn đến tử vong

Kháng sinh: khi ko loại trừ nhiễm trùng huyết, VMNM hoặc có bội nhiễm

PHÒNG NGỪA

- Vệ sinh cá nhân, rửa tay bằng xà phòng (đặc biệt sau khi thay quần áo, tã, sau khi tiếp xúc với phân, nước tiểu, nước bọt)
- Rửa sạch đồ chơi, vật dụng, sàn nhà
- Cách ly trẻ bệnh trong tuần đầu tiên

VIÊM MÀNG NÃO MỦ

I.TÁC NHÂN

Thường gặp : Hib, PC, NMC

Theo tuổi

<3m	Strep B, gr(-) Ecoli, listeria monocytogenes
3m-6y	Hib, PC, NMC
6y-15y	PC, NMC

Cơ địa

Vô lách	Hib, PC, NMC
Ghép thận, lympho T, hodgkin	listeria monocytogenes
Thiếu C5, C6	NMC
Phẫu thuật	Strap, Vi trung bệnh viện

II.LÂM SÀNG

Theo tuổi và thời gian bệnh

1. Nhiễm trùng : triệu chứng nhiễm siêu vi sốt, vè mặt nhiễm trùng

2. Hệ thần kinh Tw:

*HC Màng não:

-Trẻ lớn: ói mửa, nhức đầu, táo bón.Khám cổ gượng, Kernig, Brudzinskie

- Nhũ nhi và sơ sinh: quấy khóc, rên rỉ, li bì, ói sốt, bỏ bú. Khám thóp phồng, tăng cảm da, rối loạn PXP, cổ gượng (nhũ nhi)

*HC não :co giật , co gồng, RLTG, TK khu trú, TALNS

*HC tủy sống: liệt mềm 2 chi dưới, hai chi trên, tứ chi.

III.CẬN LÂM SÀNG

CD CDTS:

- ✓ Nghi ngờ hoặc chưa loại trừ nhiễm trùng hệ TKTW
- ✓ Sốt + bất kỳ dấu tổn thương TKTW
- ✓ Sốt kéo dài chưa rõ nguyên nhân
- ✓ Trẻ sơ sinh bệnh cảnh nhiễm trùng huyết.

CCĐ

- TALNS
- Rối loạn huyết động học
- RL đông máu
- Co giật chưa kiểm soát
- SHH
- Nhiễm trùng tại vị trí chọc dò

CDTS lần 2

- ✓ Đáp ứng lâm sàng kém với điều trị KS thích hợp sau 24-36h
- ✓ Sốt kéo dài, sốt tái phát
- ✓ VMNM do trực khuẩn Gr -

1.DNT : sinh hóa, tế bào, latex, cấy , IgM ; JEV, HSV1, EV1, EV71, PCR

	DN tủy bình thường		VMNM
Tuổi	So sinh	Ngoài sơ sinh	
Màu sắc	Trắng vàng trong , hồng nhạt	Trắng trong	Mờ hãOcj đục như nước vo gạo
Đạm (g/l)	0.5-1	<0.3	tăng
Đường mg%	30-40 (>=1/2 đường máu)	50-60	Giảm
Tế bào	BC <30	<10	Tăng đa số Neu
lactate			>4mmol/l
Cấy			Dương 70-80%

Nhuộm gr

PC	Song cầu gr +
NMC	song cầu Gr -
Hib	Cầu trực trùng gr -
Strep B	Trực cầu trùng hay cầu trùng gr +
L.monocytogenes	Trực cầu trùng hay cầu trùng gr -

2.Xn Máu : a.CTM

hct	Giảm trong bệnh nặng
BC	Tăng cao, chuyển trái,
TC	Tăng do viêm và nhiễm trùng nặng

b.Phết máu : bạch cầu đũa, hạt độc, không bào trong nguyên sinh chất của neu

c.CRP tăng

d. cấy máu : giúp chọn lựa KS thay thế KS ban đầu

e.đường máu cùng lúc với PL

f .ion đồ máu : Na giảm do thiếu (nôn, ói, tiêu chảy), pha loãng (ADH, truyền dịch)

3.Tìm kháng nguyên hòa tan vt máu bằng pưng ngưng kết latex

4.Nhuộm gr và cấy sang thương da.

5.XQ phổi : tìm tác nhân

6..XN hình ảnh học

CD trong khi điều trị:

- Gia tăng kích thước vòng đầu, co giật, tri giác u ám kéo dài > 72h từ lúc điều trị
- Cấy DNT + kéo dài mặc dù dùng KS thích hợp
- BC DNT tăng kéo dài ở thời điểm đã hoàn tất điều trị
- VMN tái phát.

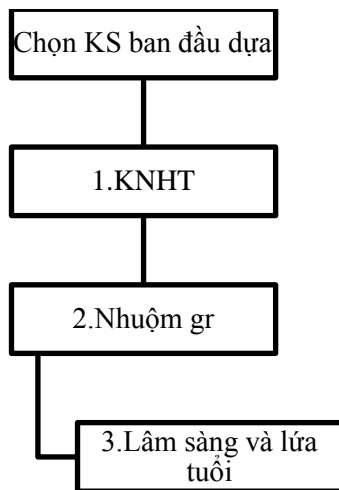
IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Virus	Khởi phát cấp, 1-2d, diễn tiến nhanh đến tổn thương não không hồi phục
Lao, nấm KST	Bệnh cảnh kéo dài trên cơ địa SGMD

V. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc

- ✚ Sử dụng sớm KS
- ✚ Nhạy cảm với VT gây bệnh
- ✚ Loại diệt khuẩn
- ✚ Đạt nồng độ diệt trùng: liều cao, đường TM, không giảm liều trong lúc điều trị



PC	Cefotaxime	200mg/kg/ngày	10-14 ngày
Hib	ceftriaxone	100mg/kg/ngày	5-7 ngày
NMC	Amoxicilline (C3 như trên	200mg/kg/ngày	5-7 ngày
Strap	oxacilline	200mg/kg/ngày	
	Vancomycine	60mg/kg/ngày	
L.monocytogenes	Ampicilline +/- Genta	200mg/kg/ngày +/- 5-7mg/kg/ngày	14-21 ngày

VITIÊN LƯỢNG

Mức độ ý thức tại thời điểm nhập viện	GCS
Tác nhân gây bệnh cho nguy cơ TV và di chứng	PC > NM, Hib
Co giật phức tạp và kéo dài	Sau 72h KS thích hợp
Đường DNT	<20mg% lúc NV
DNT chậm về vô trùng	Cấy + sau 16-18h KS thích hợp
Tổn thương thính lực	PC 31%
	NMC 11%
	Hib 6%
Các dấu hiệu tại thời điểm NV	Mất thính lực, co giật, liệt, dấu TK khác

TIÊU HÓA

TIÊU CHẢY

13. Định nghĩa :

Đi tiêu phân lỏng tóe nước hay có máu > 2 lần trong 24h

Phân lỏng là phân có hình của vật chứa

14. Tác nhân gây bệnh:

Virus:

Rotavirus: tác nhân chính ở trẻ <2 tuổi

Rota có 4 type, khi bị ơ thể chỉ đáp ứng 1 type

Vi khuẩn:

E.coli (25%):

- ✓ ETEC: Enterotoxigenic Escherichia Coli: sinh độc tố ruột (*quan trọng/nước đang phát triển*)
- ✓ EAEC: Enteroadherent EC: bám dính
- ✓ EPEC: Enteropathogenic EC: gây bệnh
- ✓ EIEC: Enteroinvasive EC: xâm lấn
- ✓ EHEC: Enterohemorrhagia EC: gây chảy máu ruột

Shigella:

4 nhóm huyết thanh:

S.Plexneri: ở các nước đang phát triển

S.Dysenteria: *type I thường gây bệnh rất nặng*

S.Boydi

S.Sonei.

Campylobacter jejuni:

Samonella k gây thương hàn

Vibrio Cholerae O1: gây dịch

KST:

Entamoeba histolytica: thường ở hồi tràng-đại tràng, chỉ điều trị khi tìm thấy thể hoạt động

Giardia lamblia: bám dính: teo nhung mao → tiêu chảy, kém hấp thu

Cryptosporidium: ở người SGMD

15. Cơ chế:

- ✓ Xâm nhập: Shigella, EIEC, EHEC, Campylo, Samonella, Entamoeba,...
- ✓ Bám dính: EPEC, EAEC, Rota, Crypto, Giardia, tả...
- ✓ Xuất tiết: tả, ETEC, ...
- ✓ Campy, Samonnella, Shigella có 2 cơ chế: xuất tiết và xâm nhập
- ✓ Tả có 2 cơ chế: bám dính và xuất tiết

16. Phân loại:

a. TC cấp:

Thường 5-7ds, k quá 14 ngày

Hậu quả:

- ✓ Mất nước
- ✓ RL điện giải: hạ Na, kali
- ✓ Toan chuyển hóa
- ✓ Hạ ĐH
- ✓ Suy thận cấp
- ✓ SDD

b. Hội chứng lỵ

Đi tiêu nhiều lần phân đàm máu (HC, BC) (xác suất gặp 10-20%)

Tính chất phân

Tồn thương cao: ruột non: nhiều nước

Thấp: ít nước, mót rặn

Hậu quả:

- ✓ Nhiễm trùng nhiễm độc
- ✓ Mất nước điện giải: k bằng TC cấp
- ✓ SDD

Hướng điều trị

- ✓ Kháng sinh
- ✓ Bù nước điện giải
- ✓ Dd fù hợp

c. TC kéo dài:

≥ 14ds, nếu trong đó có 2 ngày phân bt thì đợt tiêu chảy tiếp theo tính như đợt mới

Cơ chế: TC dài ngày → niêm mạc kém hồi phục → giảm hấp thu

Hội chứng nhung mao cùn

Yếu tố làm bị TC kéo dài:

- ✓ SDD
- ✓ Chế độ ăn k hợp tuổi
- ✓ Kháng sinh kéo dài
- ✓ Nhiễm trùng TH nhiều lần

Yếu tố nguy cơ:

- ✓ < 1tuổi
- ✓ Nuôi bằng sữa bò
- ✓ SGMD: SDD, AIDS,...

Hậu quả:

- ✓ SDD
- ✓ Mất nước điện giải: k bằng TC cấp
- ✓ Bội nhiễm: tử vong cao

Hướng điều trị

- ✓ Tăng cường chế độ dd fù hợp
- ✓ Bù nước điện giải
- ✓ Điều trị bội nhiễm nếu có

Tình trạng mất nước

2/4 Li bì khó đánh thức Mắt trũng Uống kém hay k thể uống Véo da mắt rất chậm $\geq 2s$	MẮT NƯỚC NẶNG 10% trọng lượng	Phác đồ C
2/4 Vật vã, kích thích Mắt trũng Uống háo hức, khát Véo da mắt chậm	CÓ MẮT NƯỚC 5-10% trọng lượng	Phác đồ B
Không đủ dấu hiệu của 2 loại trên	KHÔNG MẮT NƯỚC	Phác đồ A

Tiêu chảy $\geq 14ds$

Có mất nước	TIÊU CHẢY KÉO DÀI NẶNG	✓ Điều trị mất nước trước khi chuyển, trừ trường hợp phân loại nặng khác ✓ Chuyển đến BV
Không mất nước	TIÊU CHẢY KÉO DÀI	✓ Hướng dẫn cách nuôi trẻ bị TC kéo dài ✓ Khám lại trong 5ds

Có máu trong phân

Có máu trong phân	LỖ	✓ Điều trị KS uống 5ds ✓ Khám lại trong 2 ngày
-------------------	----	---

17. CLS:

Ion đồ, ĐH

Chức năng thận khi nghi suy thận

SA bụng: tiêu máu, đau bụng, chướng bụng, ói nhũu

XQ bụng KSS: bụng chướng

ECG: kali ≥ 6.5 hay ≤ 2.5

18. Phác đồ

Phác đồ A: tại nhà, 3 biện pháp

1. Uống nhiều nước fòng mất nước

ORS 1 gói	NaCl	3.5g
	KCl	1.5g
	Trisodium citrat	2.9g
	Glucose	20g

Hoặc: nước mặn ngọt:	3g muối	+ 18g đường	+ 1L nước
Nước cháo muối:	3g muối	+ 80g bột/gạo	+ 1.2L nước
Nước dừa muối:	3g muối	+ 1L nước dừa	

Uống 10ml/kg sau mỗi lần tiêu chảy

2. Tiếp tục cho trẻ ăn:

Bú mẹ: tiếp tục

Bú sữa bò: < 6th: bú bt + 100-200ml nước chín

Nấu kỹ thức ăn, nhuyễn, dễ tiêu chia 6 bữa

Sau khi hết TC, ăn thêm 1 bữa trong ngày ít nhất 2ws

3. Theo dõi tại nhà

Trong 2 ngày, có 1/6 dấu hiệu sau → đi khám

- ✓ Sốt cao
- ✓ Khát nước
- ✓ Ăn, bú kém
- ✓ Ói nhiều
- ✓ Phân có máu
- ✓ Phân nhiều nước, tiêu nhiều lần

Phác đồ B: y tế địa phương

- ❖ ORS 75ml/kg trong 4 giờ
 - ❖ Sau 4h đánh giá lại
 - ✓ Hết mất nước → phác đồ A
 - ✓ Còn mất nước: phác đồ B lần 2, nhưng k nhịn sữa bò như lần 1 + hướng dẫn cho ăn như phác đồ A
 - ✓ Mất nước nặng: phác đồ C
- < 2tuổi uống bằng mcj mỗi 1-2ph. Nếu trẻ ói, ngưng 5-10ph, cho uống chậm hơn mỗi 2-3ph

Phác đồ C: BV

TTM: LR tốt nhất, có thể NaCl

Tuổi	Bù nhanh	Bù chậm
<12th	30ml/kg/h	70ml/kg/5h
>12th	30ml/kg/30ph	70ml/kg/2.5h

Nếu trẻ tỉnh táo, uống được thì kết hợp TTM với uống 5ml/kg/h

Nếu ở địa phương k TTM được → nhỏ giọt ORS qua thông mũi dạ dày hoặc ống nhỏ giọt 20ml/kg/h

19. Kháng sinh

Chỉ định

- ✓ Nghi ngờ tả: fân nhiều nước, đục như vo gạo, mất nước nhanh, trong vùng dịch
- ✓ Phân có máu

Tiêu đàm máu chưa biến chứng, chưa điều trị

Cotrimoxazole 5 ngày (k sử dụng cho trẻ <1th có vàng da, sanh non)

Theo dõi 2 ngày → Đáp ứng: đủ 5ds

Không đáp ứng: chuyển cipro 15mg/kg x 2 lần/d x 3ds

Theo dõi 2 ngày → Đáp ứng: đủ 3 ngày

Không đáp ứng: kháng sinh đồ, đổi sang ceftriaxone

Nặng có biến chứng

< 2 th: ceftriaxone 50-100mg/kg TTM 1 lần x 5 ngày

2th – 5 tuổi: cipro (u) liều như trên

Không uống được cipro 20-30mg/kg chia 2 lần x 5 ngày

Theo dõi 2 ngày, nếu k đáp ứng

Cấy (+): theo KSD

Cấy (-): ceftriaxone

Dùng Metronidazole cho trẻ tiêu máu đã đổi 2 lần kháng sinh mà k bớt hoặc thực sự nhiễm amib

Metro viên 250mg: amib: 10mg/kg x 3

Giadia: 5 mg/kg x 3

Tóm lại điều trị TC cấp:

1. Xử trí cấp cứu nếu có: co giật
2. Hạ đường huyết: uống nước đường 50ml (1mcf đường) hoặc TTM Glu 10% 5ml/kg/15ph
3. Toan CH: bù NaHCO_3 khi $\text{pH} < 7.2$ hoặc $\text{HCO}_3^- < 15\text{mEq/L}$, theo công thức
 $\text{HCO}_3 \text{ mmol} = \text{base excess} \times 0.3 \times \text{P(kg)}$
 $1 \text{ ml } \text{NaHCO}_3 \text{ 8.5\%} = 1\text{mmol } \text{HCO}_3$
4. Điều trị mất nước
5. Kháng sinh khi có CD
6. Hỗ trợ:
7. 4h đầu bù nước k cho ăn gì ngoài sữa mẹ
8. Phác đồ B nên cho ăn sau 4h điều trị
9. Cho ăn như phác đồ A