

EDITED BY
ALISA McQUEEN • S. MARGARET PAIK

Translated and Edited by
TRAN KHANH LUAN

ILLUSTRATED
CLINICAL
CASES

Pediatric Emergency Medicine

Second edition

 CRC Press
Taylor & Francis Group

Pediatric Emergency Medicine

Second edition

EDITED BY

ALISA MCQUEEN

The University of Chicago Medicine

Comer Children's Hospital Chicago, Illinois, USA

S. MARGARET PAIK

The University of Chicago Medicine

Comer Children's Hospital Chicago, Illinois, USA

Together, they oversee pediatric emergency medicine education for medical students, residents, and fellows in training.

PREFACE

This book offers 200 clinical cases which present as emergencies. Congenital and acquired conditions affecting all body systems in infants and children are covered, including allergies, abuse, burns, fractures and other trauma, feeding problems, foreign bodies, genetic disorders, infections, poisoning, hematology, oncology, and much more. Cases appear in random order, reflecting actual practice in emergency medicine, and reinforcing skills in investigation, diagnosis, and treatment. It is superbly illustrated with high-quality radiographic images and photographs, and is indispensable for all health professionals dealing with emergencies involving children.

“Quyển sách trình bày 200 case lâm sàng gặp trong cấp cứu nhi khoa. Các bệnh lý bẩm sinh và mắc phải ảnh hưởng đến hệ thống cơ thể ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ được đề cập trong các trường hợp lâm sàng cụ thể, bao gồm có dị ứng, các trường hợp bạo lực ở trẻ nhỏ, bỏng, gãy xương và các loại chấn thương khác, các vấn đề khi cho ăn, dị vật, bệnh lý di truyền, nhiễm trùng, nhiễm độc, bệnh lý huyết học, ung thư và một số bệnh lý khác. Các trường hợp lâm sàng xuất hiện ngẫu nhiên, cũng tương tự như cách bệnh nhi đến với ta tại phòng khám nhi, tập trung trình bày vào cách đánh giá, chẩn đoán và điều trị. Sách sẽ cung cấp minh họa lâm sàng bằng các hình ảnh của kết quả chẩn đoán hình ảnh và hình ảnh thực của tình trạng lâm sàng cần chú ý của bệnh nhi, mong rằng quyển sách sẽ một phần nào đó ôn tập lại những trường hợp cấp cứu thường gặp và nhắc lại những trường hợp hiếm gặp những cần lưu ý đối với các bác sĩ nhi khoa.” - lời tác giả.

COPYRIGHT PAGE

CRC Press

Taylor & Francis Group

6000 Broken Sound Parkway NW, Suite 300 Boca Raton, FL 33487-2742

© 2019 by Taylor & Francis Group, LLC

CRC Press is an imprint of Taylor & Francis Group, an Informa business

No claim to original U.S. Government works

Printed on acid-free paper

International Standard Book Number-13: 978-1-4822-3029-1 (Paperback) 978-1-138-34649-9 (Hardback)

This book contains information obtained from authentic and highly regarded sources. While all reasonable efforts have been made to publish reliable data and information, neither the author[s] nor the publisher can accept any legal responsibility or liability for any errors or omissions that may be made. The publishers wish to make clear that any views or opinions expressed in this book by individual editors, authors or contributors are personal to them and do not necessarily reflect the views/opinions of the publishers. The information or guidance contained in this book is intended for use by medical, scientific or health-care professionals and is provided strictly as a supplement to the medical or other professional's own judgement, their knowledge of the patient's medical history, relevant manufacturer's instructions and the appropriate best practice guidelines. Because of the rapid advances in medical science, any information or advice on dosages, procedures or diagnoses should be independently verified. The reader is strongly urged to consult the relevant national drug formulary and the drug companies' and device or material manufacturers' printed instructions, and their websites, before administering or utilizing any of the drugs, devices or materials mentioned in this book. This book does not indicate whether a particular treatment is appropriate or suitable for a particular individual. Ultimately it is the sole responsibility of the medical professional to make his or her own professional judgements, so as to advise and treat patients appropriately. The authors and publishers have also attempted to trace the copyright holders of all material reproduced in this publication and apologize to copyright holders if permission to publish in this form has not been obtained. If any copyright material has not been acknowledged please write and let us know so we may rectify in any future reprint.

Except as permitted under U.S. Copyright Law, no part of this book may be reprinted, reproduced, transmitted, or utilized in any form by any electronic, mechanical, or other means, now known or hereafter invented, including photocopying, microfilming, and recording, or in any information storage or retrieval system, without written permission from the publishers.

For permission to photocopy or use material electronically from this work, please access www.copyright.com (<http://www.copyright.com/>) or contact the Copyright Clearance Center, Inc. (CCC), 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, 978-750-8400. CCC is a not-for-profit organization that provides licenses and registration for a variety of users. For organizations that have been granted a photocopy license by the CCC, a separate system of payment has been arranged.

Trademark Notice: Product or corporate names may be trademarks or registered trademarks, and are used only for identification and explanation without intent to infringe.

Visit the Taylor & Francis Web site at <http://www.taylorandfrancis.com>

and the CRC Press Web site at <http://www.crcpress.com>

CONTENTS

Cover	Case 25 - Timothy Ketterhagen
Editors and Preface	Case 26 - Victoria Rodriguez.....
Copyright page	Case 27 - Emily Obringer
Content	Case 28 - Emily Obringer
Contributors	Case 29 - Emily Obringer
Broad classification of cases Abbreviations	Case 30 - Michael Farnham and Timothy Ketterhagen
<i>Vài lời cảm ảm của người dịch</i>	Case 31 - Emily Obringer
Case 1 - Timothy Ketterhagen.....	Case 32 - Emily Obringer
Case 2 - Timothy Ketterhagen.....	Case 33 - Nina Mbadiwe
Case 3 - Timothy Ketterhagen.....	Case 34 - Alisa McQueen.....
Case 4 - S. Margaret Paik.....	Case 35 - Nina Mbadiwe
Case 5 - Leah Finkel	Case 36 - Nina Mbadiwe
Case 6 - Alisa McQueen	Case 37 - Timothy Ketterhagen
Case 7 - Timothy Ketterhagen.....	Case 38 - Leah Finkel.....
Case 8 - Timothy Ketterhagen.....	Case 39 - Michael Gottlieb
Case 9 - Timothy Ketterhagen.....	Case 40 - Michael Gottlieb
Case 10 - Michael Gottlieb.....	Case 41 - Michael Gottlieb
Case 11 - Timothy Ketterhagen.....	Case 42 - Emily Obringer
Case 12 - Timothy Ketterhagen.....	Case 43 - Timothy Ketterhagen
Case 13 - Barbara Pawel	Case 44 - Diana Yan.....
Case 14 - Michael Farnham and Timothy Ketterhagen	Case 45 - Diana Yan.....
Case 15 - Barbara Pawel	Case 46 - Timothy Ketterhagen
Case 16 - Barbara Pawel	Case 47 - Michael Gottlieb
Case 17 - Emily Obringer.....	Case 48 - Michael Gottlieb
Case 18 - Emily Obringer.....	Case 49 - Diana Yan.....
Case 19 - Emily Obringer.....	Case 50 - Michael Gottlieb
Case 20 - Michael Gottlieb.....	Case 51 - Michael Gottlieb
Case 21 - Alisa McQueen	Case 52 - Kevin R. Schwartz.....
Case 22 - Emily Obringer.....	Case 53 - Alisa McQueen.....
Case 23 - Michael Farnham and Timothy Ketterhagen	Case 54 - Veena Ramaiah
Case 24 - S. Margaret Paik	Case 55 - Kevin R. Schwartz.....
	Case 56 - Lauren Allister.....
	Case 57 - Kevin R. Schwartz.....

Case 58 - Lauren Allister
Case 59 - Kevin R. Schwartz
Case 60 - Kevin R. Schwartz
Case 61 - S. Margaret Paik
Case 62 - Lauren Allister
Case 63 - Lauren Allister
Case 64 - Lauren Allister
Case 65 - Lauren Allister
Case 66 - Lauren Allister
Case 67 - Lauren Allister
Case 68 - Kevin R. Schwartz
Case 69 - Kevin R. Schwartz
Case 70 - Kevin R. Schwartz
Case 71 - Kevin R. Schwartz
Case 72 - Kevin R. Schwartz
Case 73 - Kevin R. Schwartz
Case 74 - Lauren Allister
Case 75 - Michael Gottlieb.....
Case 76 - Barbara Pawel
Case 77 - Lauren Allister
Case 78 - Lauren Allister
Case 79 - Emily Obringer.....
Case 80 - Michael Gottlieb.....
Case 81 - Michael Gottlieb.....
Case 82 - Timothy Ketterhagen.....
Case 83 - Emily Obringer.....
Case 84 - Timothy Ketterhagen.....
Case 85 - Emily Obringer.....
Case 86 - Emily Obringer.....
Case 87 - Veena Ramaiah
Case 88 - Justin Triemstra
Case 89 - Timothy Ketterhagen.....
Case 90 - Michael Gottlieb.....

Case 91 - Leah Finkel.....
Case 92 - Timothy Ketterhagen
Case 93 - Timothy Ketterhagen
Case 94 - Diana Yan.....
Case 95 - Michael Gottlieb
Case 96 - Leah Finkel.....
Case 97 - Michael Gottlieb
Case 98 - Catherine H. Chung
Case 99 - Emily Obringer
Case 100 - Michael Gottlieb
Case 101 - Diana Yan.....
Case 102 - Emily Obringer
Case 103 - Michael Gottlieb
Case 104 - Catherine H. Chung
Case 105 - Catherine H. Chung
Case 106 - Catherine H. Chung
Case 107 - Catherine H. Chung
Case 108 - Alisa McQueen.....
Case 109 - Nina Mbadiwe.....
Case 110 - Michael Gottlieb
Case 111 - Emily Obringer
Case 112 - Emily Obringer
Case 113 - Michael Gottlieb
Case 114 - Michael Gottlieb
Case 115 - S. Margaret Paik.....
Case 116 - Nina Mbadiwe.....
Case 117 - Catherine H. Chung
Case 118 - Diana Yan.....
Case 119 - Timothy Ketterhagen
Case 120 - Nina Mbadiwe.....
Case 121- Diana Yan.....
Case 122 - Michael Gottlieb
Case 123 - Jaimee Holbrook

Case 124 - Michael Gottlieb.....
Case 125 - Veena Ramaiah
Case 126 - Veena Ramaiah
Case 127 - Veena Ramaiah
Case 128 - Veena Ramaiah
Case 129 - Barbara Pawel
Case 130 - Veena Ramaiah
Case 131 - Veena Ramaiah
Case 132 - Veena Ramaiah
Case 133 - Timothy Ketterhagen.....
Case 134 - Michael Gottlieb.....
Case 135 - Timothy Ketterhagen.....
Case 136 - Leah Finkel
Case 137 - Timothy Ketterhagen.....
Case 138 - Veena Ramaiah
Case 139 - James Bistolarides
Case 140 - Veena Ramaiah
Case 141 - Michael Gottlieb.....
Case 142 - Emily Obringer.....
Case 143 - Diana Yan
Case 144 - Michael Gottlieb.....
Case 145 - Michael Gottlieb.....
Case 146 - Michael Gottlieb.....
Case 147 - Leah Finkel
Case 148 - Timothy Ketterhagen.....
Case 149 - Diana Yan
Case 150 - Diana Yan
Case 151 - James Bistolarides
Case 152 - Michael Gottlieb.....
Case 153 - Michael Gottlieb.....
Case 154 - Diana Yan
Case 155 - Veena Ramaiah

Case 156 - Nina Mbadiwe.....
Case 157 - James Bistolarides.....
Case 158 - Nina Mbadiwe.....
Case 159 - Diana Yan.....
Case 160 - S. Margaret Paik.....
Case 161 - S. Margaret Paik.....
Case 162 - Barbara Pawel.....
Case 163 - Diana Yan.....
Case 164 - Nina Mbadiwe.....
Case 165 - Nina Mbadiwe.....
Case 166 - Catherine H. Chung
Case 167 - S. Margaret Paik.....
Case 168 - S. Margaret Paik.....
Case 169 - Nina Mbadiwe.....
Case 170 - Barbara Pawel.....

Hãy dùng bookmark của ebook đi, cái này truyền thống quá rồi :3

CONTRIBUTORS**Lauren Allister, MD**

Hasbro Children's Hospital

Alpert Medical School of Brown University
Providence, Rhode Island

James Bistolarides, MD

Beaumont Health Royal Oak, Michigan

Catherine H. Chung, MD, MPH Inova

Children's Hospital Falls Church, Virginia

Michael Farnham, BA

Comer Children's Hospital

University of Chicago Medicine Chicago, Illinois

Leah Finkel, MD

University of Illinois at Chicago, Illinois

Michael Gottlieb, MD, RDMS

Rush University Medical Center Chicago, Illinois

Jaimee Holbrook, MD

Comer Children's Hospital

University of Chicago Medicine Chicago, Illinois

Timothy Ketterhagen, MD

Comer Children's Hospital

University of Chicago Medicine Chicago, Illinois

Nina Mbadiwe, MD

Comer Children's Hospital

University of Chicago Medicine Chicago, Illinois

Alisa McQueen, MD

Department of Pediatrics Comer Children's
Hospital

University of Chicago Medicine Chicago, Illinois

Emily Obringer, MD

Advocate Children's Hospital Oak Lawn, Illinois

S. Margaret Paik, MD

Department of Pediatrics Comer Children's
Hospital University of Chicago Medicine Chicago,
Illinois

Barbara Pawel, MD

St. Christopher's Hospital for Children
Philadelphia, Pennsylvania

Veena Ramaiah, MD

Comer Children's Hospital University of Chicago
Medicine Chicago, Illinois

Victoria Rodriguez, MD

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of
Chicago

Northwestern University Feinberg School of
Medicine Chicago, Illinois

Kevin R. Schwartz, MD

Massachusetts General Hospital Harvard
Medical School Boston, Massachusetts

Justin Triemstra, MD

Central Maine Healthcare/Spectrum Health
Michigan State University Grand Rapids, Michigan

Diana Yan, MD

Comer Children's Hospital

University of Chicago Medicine, Chicago, Illinois

BROAD CLASSIFICATION OF CASES

Abdominal pain, 19, 25, 63, 64, 67, 72, 98, 101, 111, 133, 135, 138, 147, 190

Acute abdomen, 41, 63, 64, 65, 70, 75, 159

Airway, 1, 14, 17, 68, 71, 145, 154, 157, 164, 174

Altered mental status, 40, 120, 121, 134, 150

Animal bite, 42

Benign, 2, 7, 34, 67, 89, 131, 172, 176, 187

Bite wound, 42

Blunt trauma, 20, 40, 41, 46, 54, 61, 70, 73, 80, 81, 90, 110, 116, 120, 134, 136, 137, 156, 164, 182, 183, 188, 199, 200

Cardiology, 4, 57, 103, 105, 185

Chest pain, 4, 74, 103, 162, 183, 185, 186, 196

Child abuse, 73, 120, 121, 125, 126, 127, 128, 130, 138, 155, 182

Child abuse mimicker, 24, 54, 87, 101, 115, 123, 132, 141, 142, 148, 155, 167, 177, 179

Congenital anomaly, 18, 34, 72, 96, 149, 173

Cough, 5, 108, 118, 158, 160, 161, 197

CT, 25, 62, 66, 70, 73, 109, 120, 121, 133, 134, 135, 136, 137, 140, 147, 150, 163, 174, 196, 198, 199, 200

Dental 91, 94, 171

Dental injury, 37, 171

Dermatology, 2, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 33, 52, 53, 55, 57, 58, 69, 79, 87, 88, 99, 102, 115, 126, 128, 130, 132, 139, 143, 148, 155, 165, 167, 169, 172, 176, 181, 187, 195

Do not miss, 3, 10, 11, 13, 30, 31, 40, 41, 55, 56, 59, 60, 65, 69, 71, 77, 84, 97, 109, 114, 124, 134, 143, 148, 151, 170, 174, 182, 186, 195, 199, 200

Drug reactions, 14, 55, 86, 88, 139, 143

ECG, 4, 103, 185

Environmental, 15, 79, 125, 126, 128, 155

Environmental injuries, 52, 53

Extremity injury, 16, 20, 36, 45, 46, 49, 50, 51, 61, 76, 80, 81, 90, 92, 93, 110, 116, 127, 131, 136, 137, 146, 156, 166, 184, 188, 189, 192, 193

Fever, 21, 23, 30, 31, 32, 59, 60, 64, 109, 143, 177, 197, 198

Foreign body, 39, 43, 47, 68, 78, 82, 93, 106, 144, 154, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 178, 193

Gastrointestinal, 5, 6, 12, 19, 78, 154, 157, 158, 159, 160, 180

Genitourinary, 10, 11, 24, 54, 77, 101

GU trauma, 11, 129

Gynecology, 25, 65, 72, 150, 177, 179

Hand injury, 42, 44, 46, 47, 48, 52, 82, 95, 100, 114

Head and neck/ENT, 1, 15, 17, 18, 30, 33, 37, 38, 53, 68, 85, 89, 91, 96, 145, 163, 168, 173, 174, 180

Head injury, 73, 120, 121, 122, 124, 178

Headache, 40, 119

Hematology, 148

Hematology/oncology, 171, 186

Hematuria, 7, 24, 28, 194

Iatrogenic complication, 111

Infection, 18, 30, 31, 32, 39, 165, 169

Infectious, 23, 102, 168, 191

Infectious diseases, 8, 17, 19, 21, 23, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 42, 56, 59, 60, 69, 79, 83, 85, 86, 91, 99, 102, 104, 105, 117, 123, 140, 142, 145, 149, 150, 165, 168, 170, 172, 174, 175, 179, 185, 191, 195, 196, 197, 198

Infestation, 169, 179

Life-threatening, 14, 41, 56, 71, 162

Limp, 35, 97, 107, 140, 170, 175, 184, 188, 189, 193

Mass, 12, 17, 22, 24, 25, 33, 34, 75, 96, 109, 113, 118, 133, 135, 141, 147, 149

Medications, 6, 14, 44, 45, 52, 67, 87, 89

Metabolic, 9

Mimickers, 6, 7, 31, 32, 53, 66, 86, 88, 105, 112, 125, 139, 176, 194

MRI, 60, 66, 72, 119, 131, 147

Neck injury, 62, 134, 164, 199, 200

Neonate, 2, 3, 7, 94, 167, 187, 195

Neurology, 8, 66, 135, 175

Neurosurgery, 40, 60, 62, 73, 119, 134, 150, 163, 190

Oncology, 71, 109, 118, 131, 135, 151

Ophthalmology, 33, 39, 69, 84, 151

Oropharyngeal injury, 15, 37, 38, 180

Orthopedics, 9, 16, 20, 34, 35, 36, 46, 48, 49, 50, 51, 61, 76, 80, 81, 90, 92, 97, 107, 110, 116, 127, 136, 137, 140, 146, 156, 170, 183, 184, 188, 192, 193

Penetrating trauma, 13, 38, 44, 45, 47, 68, 83, 84, 93, 100, 114, 122, 124, 129, 146, 150, 162, 178, 189, 193

Pitfalls, 15, 16, 51, 76, 83, 97, 105, 106, 114, 122, 124, 146, 153, 157, 158

Procedures, 13, 16, 43, 45, 48, 49, 50, 82, 92, 95, 100, 122, 124, 141, 144, 145, 152, 153, 154, 166, 178

Pulmonary, 5, 74, 108, 112, 118, 161, 162, 186, 196, 197, 198

Rash, 23, 57, 102, 169, 181

Renal/nephrology, 28, 194

Respiratory distress, 5, 13, 41, 74, 108, 109, 112, 186, 198

Rheumatology, 28

Signs and symptoms, 8

Skin and soft tissue infection, 3, 17, 18, 21, 22, 42, 58, 99, 104, 115, 117, 132, 142, 144, 149, 152, 153, 168, 173, 181, 193

Surgery, 63, 64, 75, 98, 113, 149

Toxicology, 180

Trauma, 62, 188

Ultrasound, 12, 25, 47, 49, 64, 65, 72, 77, 98, 101, 104, 105, 106, 107, 113, 117, 136, 144, 147, 166, 189, 190

Urology, 129

Vomiting, 75, 98, 113, 120, 158, 160, 190

Vài lời cảm rằm của người dịch:

Biết đến quyển này sách tầm độ tháng 10 năm 2018, lúc đó cũng đang dịch mấy bài linh tinh để đi lâm sàng hiệu quả hơn, bổ sung thêm lý thuyết bằng những bài soạn chủ yếu từ Uptodate thì nghĩ có hay hơn khi dịch một quyển sách. Sau khi cân nhắc đủ điều thì chọn được quyển này và bắt đầu dịch từ đầu tháng 11 với dự định publish vào trước giáng sinh năm 2018. Nhưng không đi theo kế hoạch, lâm sàng và thi học kỳ đẩy việc dịch quyển này kéo dài hơn và cuối cùng cũng xong vào những ngày giữa tháng 2 năm 2019.

Sách như lời của tác giả giới thiệu sẽ là 200 cases lâm sàng nhi khoa, nhưng trên thực tế thì bản ebook mà trên web Taylor and Francis phát hành chỉ có 170 cases, tìm mãi cũng không ra được bản có đủ 200 case mà chỉ có những phần *abstract* mà trên trang chủ của Taylor and Francis đưa ra, không hiểu vì sao khi đã đưa bản ebook mà lại giới hạn như vậy. Do đó các bạn nếu có thấy hứng thú mà đọc bản dịch này thì thông cảm tại sao nội dung là 200 cases nhưng chỉ có 170 cases thôi nha.

Nội dung thì như bạn đã biết đó, nhưng ngoài ra để phục vụ cho việc học thêm anh văn chuyên ngành mình sẽ giữ lại những thuật ngữ gốc bằng tiếng anh ngay bên cạnh thuật ngữ đã dịch – ví dụ: viêm khớp – **arthritis**. Bên cạnh đó sẽ bổ sung thêm những kiến thức có liên quan đến case lâm sàng đó để mang đến cái nhìn tổng quát và toàn thể hơn - một điều mà mình thấy thiếu ở quyển này; các phần lý thuyết bổ sung trong bài có thể sẽ được trình bày ngay tại case đó hoặc là dẫn *link* tài liệu, các thuật ngữ định dạng như thế này **arthritis** - sẽ chứa *link* tài liệu tham khảo. Nội dung thì là như vậy, còn về phần trình bày mình chuyển sang dạng văn bản 2 cột - điều mà mình làm ở hầu hết các bài dịch trước đây của mình - thuận tiện cho việc đọc trên các thiết bị có màn hình nhỏ. Bản dịch này chủ yếu dùng dưới dạng ebook nên các thiết đặt bookmark của mình sẽ cố gắng tạo thuận tiện nhất cho các bạn có thể tìm và *nhảy* đến case mà mình muốn tìm.

Và cuối cùng, quyển sách này là quyển đầu tiên mình tiến hành dịch, và hoàn thành NÓ ở *giai đoạn* sinh viên nên chắc chắn sẽ còn nhiều sai sót không thể tránh khỏi, mong nhận được nhiều ý kiến góp ý để có thể hoàn thiện hơn ở những bản dịch sau.

Xin cảm ơn!

- Trần Khánh Luân, sinh viên Y5 Đa Khoa trường Đại Học Y Dược Huế

Huế - 2/2019

Sách dịch được publish tại trang Facebook cá nhân và Blog Wordpress

<https://www.facebook.com/medicalliterature/>



<https://khanhluantran207.wordpress.com/>



CASE 1

TIMOTHY KETTERHAGEN

Questions

Một trẻ trai 4 tuổi vào khoa cấp cứu bởi vì có “vật gì đó” trong họng của trẻ. Bà mẹ cho biết rằng vào sáng nay bà thấy trong miệng trẻ khi trẻ la hét và ghi nhận thấy có một vật mà bà không hình dung được đó là gì và bà chưa từng thấy trước đây. Bệnh nhân vẫn hoạt động bình thường. Bố mẹ bệnh nhân khẳng định trẻ không nuốt vật lạ. Mẹ trẻ cho biết trẻ không bị ốm gần đây. Bệnh nhân có thể ăn và uống bình thường và không gặp khó khăn gì. Không sốt, không nôn, không tiêu chảy, không khó thở, không dãi nước miếng và cũng không ghi nhận có đau bụng.

Thăm khám lâm sàng: trẻ biểu hiện tốt; sinh hiệu trong giới hạn của độ tuổi. Không thở rít, không khò khè, không có dấu co kéo, không chảy nước dãi. Không có dị vật trong khoang miệng. Không có tổn thương u cục được ghi nhận. Không có u cục hoặc căng cứng vùng cổ. Khi bệnh nhân mở miệng tối đa, thì thấy hình sau. Thăm khám lâm sàng khác không ghi nhận gì đáng kể



Hình 1.1

Tình trạng của trẻ hiện tại là gì?

Phân độ Mallampati là gì?

Answers

Hình ảnh phía trong họng của đứa trẻ mà bà mẹ nó nhìn thấy chính là một nắp thanh quản bình thường – **epiglottis**. Nắp thanh quản đôi khi có thể được nhìn thấy ở trẻ mà không cần bất kỳ dụng cụ thăm khám nào. Một điều quan trọng là cần phải loại trừ được dị vật, bất thường về giải phẫu, hoặc nguyên nhân nhiễm trùng. Ở bệnh nhân hiện tại khỏe mạnh và không có sự tắc nghẽn nào.

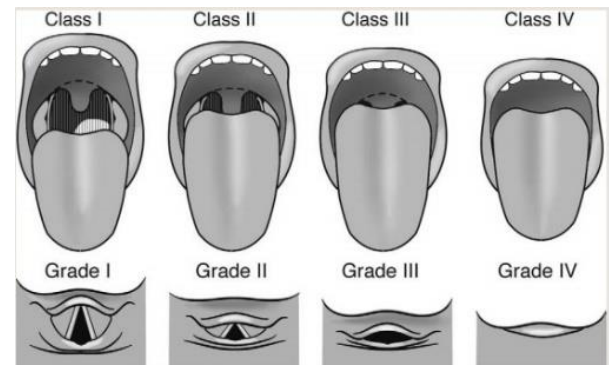
Phân độ Mallampati được sử dụng trong tiên đoán mức độ khó khăn khi tiến hành đặt nội khí quản. Có 4 mức độ, mỗi mức độ bao gồm có các đặc điểm giải phẫu đặc hiệu. class I là phân độ dễ đặt nhất trong khi đó thì class IV rất khó để đặt được.

Class I: Có thể thấy vòm miệng mềm – **soft palate**, lưỡi gà – **uvula**, họng – **fauces**, và các trụ - **pillars**.

Class II: Có thể thấy được vòm miệng mềm, lưỡi gà, họng

Class III: Có thể thấy được vòm miệng mềm, đáy của lưỡi gà

Class IV: chỉ thấy được vòm miệng cứng



Keywords: head and neck/ENT, airway.

Bibliography

Eberhart LHJ, Arndt C, Cierpka T, Schwanekamp J, Wulf H, Putzke C. The reliability and validity of the upper lip bite test compared with the Mallampati classification to predict difficult laryngoscopy: An external prospective evaluation. *Anesth Analg* July 2005;101(1):284–9.

Petkar N, Georgalas C, Bhattacharyya A. High-rising epiglottitis in children: Should it cause concern? *I Am Board Fam Med* September–October 2007;20(5):495–6.

CASE 2

Timothy Ketterhagen**Question**

Bà mẹ mang đứa con gái 10 ngày tuổi của mình vào khoa cấp cứu bởi vì đứa bé có tình trạng “sưng vùng ngực”. Đứa trẻ sinh đủ tháng, sinh bằng đường âm đạo, không có biến chứng. Mẹ bé không sử dụng thuốc trong khi mang thai và hiện tại vẫn không sử dụng bất kỳ loại thuốc gì. Mẹ trẻ ghi nhận rằng sưng xuất hiện vài ngày trước, và tăng dần. nhưng tổng trạng của trẻ vẫn bình thường. Bú tốt, tiểu được và cân nặng của bé vẫn như lúc sinh. Không sốt, không chảy dịch hoặc đỏ lên tại vùng vú của trẻ.

Thăm khám lâm sàng: trẻ biểu hiện tốt và không có gì đáng ghi nhận ngoại trừ tình trạng sưng phía dưới núm vú hai bên. Chỗ sưng có đường kính khoảng 4cm, không có tình trạng xuất huyết, không di chuyển, và chạm vào không ấm nóng. Vú không căng, không tiết dịch. Cơ quan sinh dục ngoài bình thường đối với tuổi của trẻ và không ghi nhận hạch.



Hình 2.1



Hình 2.2



Hình 2.3

Kiểm tra và xử trí như thế nào ở bệnh nhi này?

Answer

Tình trạng vú to ở trẻ sơ sinh – **neonatal gynecomastia** là bệnh lý khá phổ biến ở cả trẻ nam và nữ trong vài tuần tuổi đầu đời. Tăng sản vú có liên quan đến sự kích thích từ hormone của mẹ. Nhìn chung không cần đánh giá gì thêm ở bệnh nhân này. Giáo dục và an tâm cho gia đình là điều cần thiết.

Tiền sử và thăm khám nên tập trung vào phân biệt sự thay đổi sinh lý của tình trạng nhiễm trùng hoặc bất thường về giải phẫu. Nếu có sốt, ăn kém, hôn mê, ảm người, xuất huyết hoặc núm vú chảy dịch thường hướng đến tình trạng viêm vú – **mastitis** hoặc một khối abscess. Sự hiện diện của đặc trưng sinh dục thứ phát nên cân nhắc đến bệnh lý nội tiết. Các tổn thương lành tính nên được theo dõi trong vài tháng.

Keywords: neonate, dermatology, benign

Bibliography:

Fleisher GR, Ludwig S, eds. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

CASE 3**Timothy Ketterhagen****Questions**

Trẻ gái 3 tuần tuổi được bố đưa đến khoa cấp cứu bởi vì tình trạng vú sưng và đỏ. Bố bé cho biết tình trạng sưng vú xảy ra vào khoảng tuần trước, nhưng khi đó bé vẫn ổn và ông không nghĩ rằng có chuyện gì bất thường. Tuy nhiên, trong vài ngày gần đây, tình trạng sưng tăng lên, da vùng vú chuyển đỏ ở vùng vú trái, và bé trở nên khó chịu hơn bình thường. Tiền sử của trẻ không có gì bất thường. Bệnh nhân phát triển tốt và bú tốt. Không sốt và không có tình trạng chảy mủ ở vú.

Thăm khám lâm sàng: trẻ khó chịu, và đang khóc. Sinh hiệu nằm trong giới hạn bình thường. Có tình trạng sưng bên dưới hai núm vú, đường kính vào khoảng 4cm. Vú bên trái có ban đỏ, ấm, và khá cứng. Không có dịch chảy ra từ hai núm vú. Thăm khám khác chưa ghi nhận bất thường.



Hình 3.1

Chẩn đoán?

Điều trị theo chẩn đoán?

Answers

Ở trẻ bị viêm vú trái. Viêm vú là một tình trạng nhiễm trùng mô vú. Thường xảy ra một bên. Vùng bị ảnh hưởng có thể sưng, căng, và ấm. Có thể có hoặc không có dịch chảy từ núm vú và các triệu chứng toàn thân (ví dụ như sốt). Viêm vú hầu hết xảy ra ở tuần thứ 2 đến tuần thứ 5 sau sinh và nguyên nhân thường gặp là tụ cầu vàng. Trẻ gái gặp nhiều hơn trẻ trai, tỷ lệ 2:1.

Viêm vú phải được phân biệt với tình trạng tăng sản vú sinh lý – tình trạng này tự hồi phục. Bệnh nhi cũng nên được tiến hành đánh giá khả năng tạo abscess

Tiếp cận và điều trị một tình trạng viêm vú sơ sinh bao gồm có khai thác tiền sử bệnh sử và thăm khám lâm sàng. Cận lâm sàng: Công thức máu, CRP, cấy máu, và cấy dịch nếu có. Nuôi cấy dịch não tủy nếu ghi nhận có sốt, hoặc nếu dưới 28 ngày tuổi. nên bắt đầu tiến hành điều trị bằng kháng sinh tiêu diệt tụ cầu vàng và nhóm tụ cầu. Cân nhắc tiến hành điều trị ngoại khoa nếu cần rạch và hút dịch.

Keywords: neonate, skin and soft tissue infection, do not miss

Bibliography:

Fleisher GR, Ludwig S, eds. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010

Hoffman RJ, Wang VJ, Scarfone R. *Fleisher & Ludwig's 5-Minute Pediatric Emergency Medicine Consult*.

Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

CASE 4

S. Margaret Paik

Question

Trẻ gái 11 tuổi được đưa đến khoa cấp cứu từ trường học sau khi đưa trẻ cảm thấy đau ngực và khó thở. Khi đưa trẻ đang đi bộ trong trường thì đột ngột cảm thấy tim đập nhanh kèm với cảm giác nóng ngực. Lòng bàn tay đỏ mồ hôi. Các triệu chứng kéo dài tối thiểu từ 5-10'. Y tá ở trường gọi đến khoa cấp cứu. Khi hỏi thì bệnh nhi cho biết không có bất kỳ triệu chứng đường hô hấp trên nào, hay có sốt hoặc tình trạng tương tự trước đây.

Sinh hiệu được ghi nhận trên đường đến khoa cấp cứu:

BP 106/52

Pulse 86

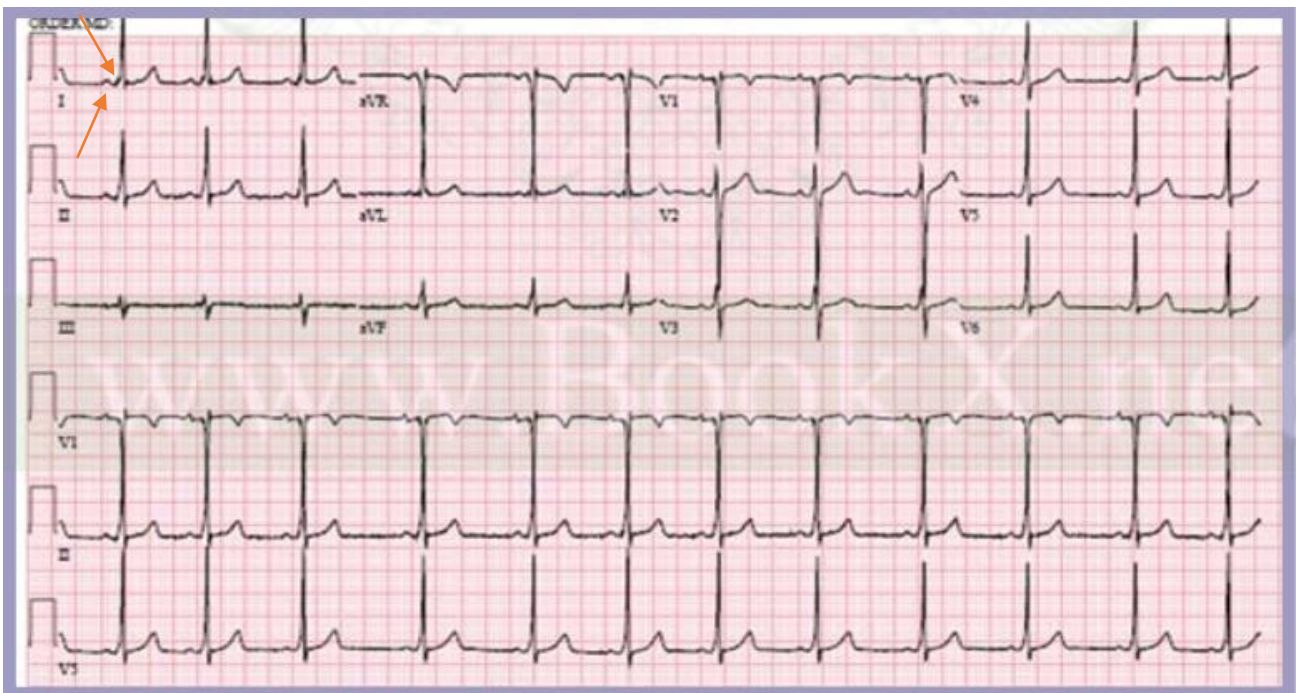
Temperature 35.9 độ C

RR 20

SpO2 100% on room air

THăm khám: trẻ tỉnh, trả lời các câu hỏi tốt, biểu hiện bình thường. Nghe phổi bình thường. Tiếng tim S1 S2 bình thường, không nghe thổi. Mạch bắt ở mức +2. Ngoài ra không ghi nhận gan lớn, tím hoặc phù.

ECG của trẻ như sau:



Trên ECG này ghi nhận điều gì bất thường?

Answer

Khoảng PR ngắn – 0.116 s và có các sóng delta ở các chuyển đạo. Khoảng PR ngắn là do có tình trạng dẫn truyền nhĩ thất nhanh. Các nguyên của khoảng PR ngắn bao gồm có hội chứng Lown-Ganong-Levine (LGL) và hội chứng Wolff-Parkinson-White (WPW). Hội chứng LGL được đặc trưng bởi khoảng PR ngắn và phức hợp QRS bình thường. Hội chứng WPW là một thể điển hình của tình trạng kích thích sớm với tăng dẫn truyền nhĩ thất thông qua đường dẫn truyền phụ - đường này băng qua nút nhĩ thất và tạo nên tình trạng rối loạn nhịp nhanh – **tachydysrhythmias** bao gồm có nhịp nhanh trên thất – **supraventricular tachycardia SVT**; rung nhĩ, cuồng nhĩ; hoặc nhịp nhanh phức hợp QRS rộng. Một phức hợp QRS rộng là do có sóng delta.

Các triệu chứng này có thể biểu hiện ở mọi lứa tuổi. Trẻ nhỏ có thể biểu hiện tình trạng khó chịu, kém ăn, mạch nhanh, tái nhợt. Trẻ lớn hơn có thể biểu hiện bệnh lý tim phổi nặng và có thể ngừng tim – **cardiac arrest**.

Điều trị ban đầu đối với SVT bao gồm có gây cường phế vị - **vagal maneuvers** và IV adenoside, IV verapamil hoặc diltiazem. IV procainamide hoặc amiodarone được sử dụng nếu có tình trạng mạch nhanh phức hợp QRS rộng

Keywords: cardiology, chest pain, ECG.

CASE 5

Leah Finkel

Question

Trẻ trai 7 tháng tuổi, đủ tháng, trước đó khỏe mạnh nay biểu hiện với ho, sổ mũi, khó thở - thở gắng sức. Theo ghi nhận của bà mẹ, đây là lần thứ ba “viêm tiểu phế quản” ở trẻ. Ở nhà trẻ có dùng albuterol. Trên thăm khám lâm sàng: trẻ có tình trạng thở nhanh. Âm thở giảm và có co kéo khoảng dưới sườn nhẹ. Bạn quyết định cho trẻ sử dụng albuterol dạng phun sương và tiến hành chụp x quang phổi thẳng- nghiêng. Albuterol không cải thiện được tình trạng hô hấp của trẻ.



Hình 5.1



Hình 5.2

Hình ảnh x quang này cho ta thấy điều gì và tiến hành điều trị ở bệnh nhân như thế nào?

Answer

X quang cho thấy hình ảnh của thoát vị hoành bẩm sinh – **congenital diaphragmatic hernia – CDH**. Thoát vị hoành bẩm sinh xảy ra bởi vì các khiếm khuyết của cơ hoành xảy ra trong giai đoạn thai kỳ, thường là giữa tuần thứ 8 và 10 của thai kỳ. Di tật này cho phép các tạng trong ổ bụng vào khoang ngực qua vị thoát vị, gây ra tình trạng giảm sản của phổi – **lung hypoplasia**. Mặc dù tình trạng giảm sản phổi chỉ đáng kể ở bên cơ hoành thoát vị, nhưng cả hai phổi có thể bị ảnh hưởng. CDH thường gặp ở bên trái so với là bên phải (khoảng 85% so với 13%) và ít khi gặp tình trạng cả hai bên. **Nếu xảy ra bên phải thì tỷ lệ tử vong thường cao hơn.**

Tỷ lệ tử vong cao do thoát vị hoành trong vòng vài giờ đầu sau sinh. Thường được chẩn đoán trước sinh hoặc ngay sau khi sinh. Trong phòng sinh, thông khí bằng mask nên tránh sử dụng dụng cụ vì có thể làm nặng tình trạng tạng bụng đi lên và đè ép vào phổi. Điều trị ở bệnh nhân này thường bao gồm có thông khí với áp lực thấp – **low peak inspiratory pressures** nhằm hạn chế chấn thương vào phổi, giảm sức ép dạ dày mũi bằng hút liên tục nhằm giảm áp lực của các tạng trong ổ bụng, lấy vein, và hỗ trợ huyết áp.

Bệnh nhân với các biểu hiện của thoát vị hoành bẩm sinh muộn có thể mô tả các triệu chứng của hô hấp của tiêu hóa, bao gồm có nhiễm trùng hô hấp dai dẳng, suy hô hấp, nôn nhiều, tiêu chảy, chậm lớn và các dấu hiệu của thoát vị nghẹt cấp – **acute hernia incarceration**. CHD có thể bị bỏ sót ở độ tuổi này bởi vì thường được cho là một vấn đề lúc sơ sinh.

Keywords: pulmonary, gastrointestinal, cough, respiratory distress

Bibliography

Banac S, Ahel V, Rozmanic V, Gazdik M, Saina G, Mavrincac B. Congenital diaphragmatic hernia in older children. *Acta Med Croatica* 2004;58(3):225–8.

Haroon J, Chamberlain RS. An evidence-based review of the current treatment of congenital diaphragmatic hernia. *Clin Pediatr (Phila)* February 2013;52(2):115–24.

CASE 6**Alisa McQueen****Question**

Một bà mẹ mang cậu con trai 9 tháng tuổi vào viện vì máu trong tả lót. Bà mẹ cho biết sáng nay, tả lót hoàn toàn màu đỏ. Ngoài ra đứa bé vẫn biểu hiện bình thường, không sốt, không nôn, hoặc biểu hiện đau bụng. Thăm khám lâm sàng bình thường. Hình ảnh tả lót ghi nhận được tại bệnh phòng:



Hình 6.1

Xét nghiệm thì không phải máu ở tả lót?

Vậy nguyên nhân nào khiến phân có màu như vậy?

Answer

Một vài thực phẩm và thuốc có thể làm đổi màu phân, và khi biểu hiện màu đỏ, thường khiến phụ huynh đưa trẻ vào viện vì lo sợ rằng phân có máu. Bao gồm có thức ăn có màu đỏ tự nhiên hoặc màu đỏ nhân tạo như củ cải đỏ, cà chua....

Bệnh nhân này có sử dụng cefdinir và uống cephalosporin, và khi có sự hiện diện của sắt, gây ra tình trạng oxi hóa ion sắt và làm phân chuyển màu đỏ. Tình trạng phổ biến nhất ở trẻ là sử dụng fe hoặc thực phẩm chứa nhiều sắt.

Keywords: medications, gastrointestinal, mimickers

Bibliography

Graves R, Weaver SP. Cefdinir-associated 'bloody stools' in an infant. *J Am Board Fam Med* 2008;21(3):246–8.

http://www.childrenscolorado.org/wellness/at_home/abdomen/stools-unusual-color.aspx, và chi tiết ở tại:

"<https://www.childrenscolorado.org/conditions-and-advice/conditions-and-symptoms/symptoms/stools-unusual-color/>".

CASE 7

Timothy Ketterhagen**Question**

Trẻ nam 4 ngày tuổi được mang đến khoa cấp cứu bởi vì bố mẹ phát hiện có “máu trong nước tiểu”. Bố mẹ bé cho rằng thay đổi màu sắc nước tiểu sau khi thay đổi tã trong ngày, do đó họ mang bé đến bệnh viện để được đánh giá. Bệnh nhi biểu hiện tốt. Bệnh nhi sinh vào 39 tuần tuổi bằng đường âm đạo. Không có biến chứng nào trước sinh. Trẻ trở về nhà sau vài ngày. Bú tốt, mỗi ngày làm ướt khoảng 8 cái tã và 1-2 lần đi cầu phân không có máu trong mỗi ngày. Trước đó, bố mẹ bé không ghi nhận tình trạng “máu trong nước tiểu”. Tiền sử gia đình không có ai bị bệnh thận. Không sốt, không nôn, không chấn thương hoặc hôn mê được ghi nhận.

Thăm khám lâm sàng cho thấy trẻ dễ chịu, biểu hiện tốt. Sinh hiệu trong giới hạn bình thường. Bộ phận sinh dục ngoài phù hợp với lứa tuổi của trẻ, chưa cắt bao quy đầu. Không có ban hoặc cá tổn thương ở vùng mặc tã. Không có máu tại lỗ sáo, và không chảy dịch tại niệu đạo và không có rãnh nứt hậu môn hay chảy máu ở hậu môn. Thăm khám lâm sàng khác chưa ghi nhận bất thường.



Hình 7.1

Chúng ta nên cân nhắc những vấn đề gì khi trẻ mới sinh biểu hiện tiểu ra máu như vậy

Answer

Tiểu máu ở trẻ mới sinh không bao giờ là một tình trạng bình thường. tuy nhiên, nước tiểu màu đỏ hoặc màu cam đôi khi không phải là máu. Sự thay đổi màu sắc của nước tiểu có thể gây ra bởi sự kết tinh của acid uric trong nước tiểu. Trong vài ngày đầu tiên của đứa bé, có nguy cơ cao bị mất nước do ăn kém hoặc lượng sữa mẹ cung cấp. Chính điều này có thể dẫn đến nồng độ của acid uric trong nước tiểu cao lên và hình thành các tinh thể acid uric, khiến nước tiểu có màu đỏ hoặc cam. Giải thích với bố mẹ và điều trị tình trạng mất nước ở trẻ là điều cần tiến hành.

Nếu trẻ biểu hiện bình thường, sinh hiệu ổn định, và không có các dấu hiệu toàn thân khác, thì không cần đánh giá thêm. Tuy nhiên, thử nước tiểu là điều cần tiến hành để đánh liệu có máu trong nước tiểu hay không hoặc tình trạng nhiễm trùng niệu. Tiểu máu đại thể có thể do bệnh lý cầu thận, nhiễm trùng đường tiểu, chấn thương, huyết khối. Ở trẻ lớn hơn, ăn các thực phẩm như củ cải đỏ, dâu tây, sử dụng các thuốc đặc biệt như **rifampin**, **ibuprofen**, **deferoxamine**, hoặc có chế độ dinh dưỡng có chứa nhiều aniline cũng có thể gây ra tình trạng thay đổi màu sắc nước tiểu thành màu đỏ hoặc nâu. Các đánh giá khác cần được tiến hành nếu có bất kỳ dấu hiệu nào khác ở bệnh nhi.

Keywords: neonate, mimickers, benign, hematuria.

Bibliography:

Hoffman RJ, Wang VJ, Scarfone R. *Fleisher & Ludwig's 5-Minute Pediatric Emergency Medicine Consult*.

Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012

CASE 8

Timothy Ketterhagen

Questions

Một ông bố mang đứa con gái 12 tuổi vào khoa cấp cứu vì cô bé khó vận động vùng mặt trái, bắt đầu ghi nhận cách 24 h. Bệnh nhân uống thì bị chảy nước bên trái và mắt trái cảm thấy khô. Bệnh nhân cho biết không có dấu hiệu thần kinh nào khác hoặc bất kỳ chấn thương nào. Ba đứa trẻ cho biết đứa trẻ bị nhiễm lạnh một vài tuần trước, nhưng đã cải thiện. Đứa trẻ cũng khẳng định không sử dụng bất kỳ thuốc gì và cũng không đi du lịch trong thời gian gần đây. Đây là lần đầu bố mẹ bé ghi nhận những triệu chứng này.

Thăm khám lâm sàng: bệnh nhi tỉnh táo, không mệt mỏi. Mất nếp mũi môi – **nasolabial crease** bên trái. Giảm vận động ở góc miệng bên trái khi ta bảo cô bé cười. Thăm khám thần kinh không ghi nhận bất thường khác. Ngoài ra cũng không ghi nhận tình trạng viêm tai giữa, sưng tuyến mang tai và cũng không đau vùng xương chũm.



Hình 8.1



Hình 8.2

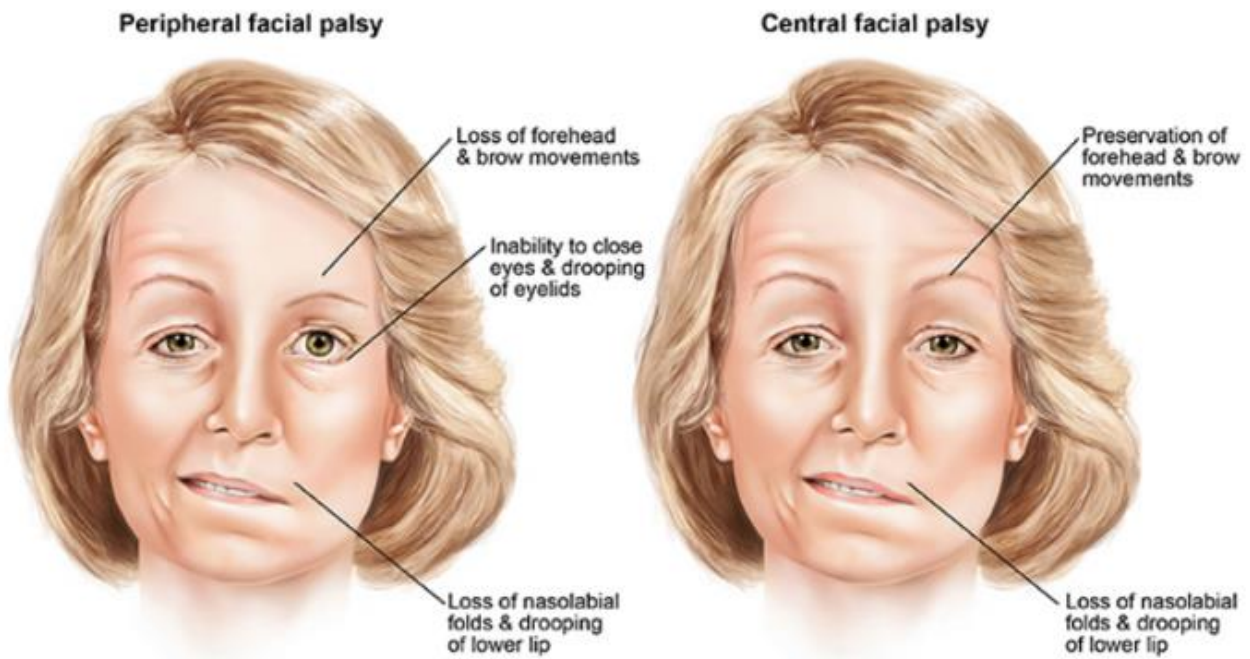
Cần tiến hành làm gì để đưa ra được chẩn đoán

? Điều trị như thế nào

Answers

Ở bệnh nhân này, mắc phải tình trạng liệt dây VII ngoại biên hay liệt mặt ngoại biên – **Bell's palsy**, là tình trạng liệt thần kinh mặt một bên. Nguyên nhân của liệt mặt ngoại biên vẫn chưa xác định, mặc dù tiền sử của nhiễm trùng đường hô hấp trên do Epstein Barr virus hoặc HSV là có thể. Liệt mặt ngoại biên là bệnh lý chẩn đoán dựa vào lâm sàng. Nếu liệt ở hai bên hoặc mất nếp nhăn trán - **ipsilateral forehead sparing** và cử động lông mày **brown movement** cùng bên thì nên cân nhắc các chẩn đoán khác (tổn thương trung ương). Chẩn đoán phân biệt bệnh lý này với đột quỵ, đa xơ cứng = **multiple sclerosis**, u, bệnh Lyme, hội chứng Guillain-Barré, và hội chứng Ramsay Hunt. Chẩn đoán hình sọ não nên được tiến hành đối với các trường hợp các triệu chứng khởi phát từ từ (>48h), liệt mặt hai bên, **sparing of the ipsilateral forehead** - mất nếp nhăn trán cùng bên. Mụn nước ở mặt, miệng hoặc ở tai hướng đến hội chứng Ramsay Hunt, là tình trạng tái hoạt của virus varicella zoster.

Điều trị liệt mặt Bell vẫn còn bàn cãi vì thiếu các nghiên cứu ở trẻ em. Tuy nhiên, điều trị hỗ trợ bao gồm có tạo nước mắt nhân tạo – **artificial tears**, thuốc mỡ tra mắt – **eye ointments**, và che mắt vào buổi tối nên được áp dụng ở tất cả bệnh nhân để bảo vệ giác mạc. Corticosteroid cho thấy hiệu quả ở người lớn nhưng chưa có nghiên cứu cụ thể ở bệnh nhi. Thiếu bằng chứng hỗ trợ trong việc sử dụng thuốc kháng vi sinh vật (acyclovir, và valacyclovir) ở trẻ em. Các triệu chứng sẽ tự hồi phục ở hầu hết trẻ trong vòng 3 tháng.



Các đặc điểm lâm sàng của liệt mặt ngoại biên và liệt mặt trung ương; trong đó liệt mặt ngoại biên không có dấu hiệu mất nếp nhăn trán và cử động của lông mày cùng bên.

Keywords: neurology, infectious diseases, signs and symptoms

Bibliography:

Fleisher GR, Ludwig S, eds. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

Hoffman RJ, Wang VJ, Scarfone R. *Fleisher & Ludwig's 5-Minute Pediatric Emergency Medicine Consult*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

CASE 9

Timothy Ketterhagen**Question**

Bố mẹ mang một bé trai 12 tháng tuổi vào khoa cấp cứu bởi vì sưng cổ tay phải. Bố mẹ bé cho biết sưng xuất hiện vài ngày trước, nhưng không tự khỏi nên mang bé vài viện để tiến hành theo dõi. Bố mẹ bé khẳng định không có bất kỳ chấn thương nào và tình trạng của trẻ vẫn bình thường. Cho đến khi 6 tháng thì trẻ bỏ bú và hiện nay trẻ cũng đã ăn theo kiểu [table foods \(click để tham khảo thêm về cơ ăn này\)](#). Không sử dụng vitamin hằng ngày. Bệnh nhân tiểu tiện bình thường, không sốt, không nôn, không tiêu chảy, cân nặng ở bách phân vị 20th, chiều cao ở bách phân vị 5th. Bé có thể vịn để đi - *cruising*, nhưng chưa thể tự đi một mình. Các sự phát triển khác trong khoảng bình thường. Sinh vào lúc 34 tuần tuổi nhưng tiền sử sinh không ghi nhận bất thường.

Thăm khám lâm sàng: không cho thấy triệu chứng nhiễm độc, bệnh nhi tỉnh. Sinh hiệu trong giới hạn bình thường. Nhìn các chi, có sưng ở cổ tay và gối hai bên. Vùng sưng cứng, không dao động, không có ban đỏ. *These also appears to be bowing of lower extremities – chân dạng vòng kiềng*. Thăm khám khác chưa ghi nhận bất thường.



Hình 9.1



Hình 9.3



Hình 9.2



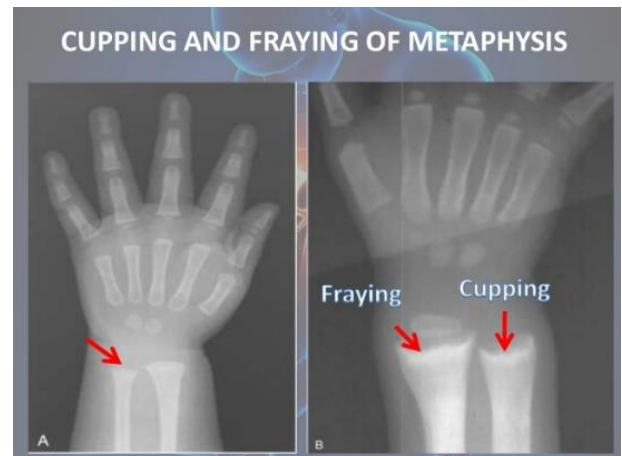
Hình 9.4

Chẩn đoán và nguyên nhân của tình trạng trên

Answer

Bệnh nhân mắc bệnh còi xương, nguyên nhân là do thiếu vitamin D. Nguyên nhân của bệnh còi xương có thể bao gồm một chế độ dinh dưỡng thiếu vitamin D, bài tiết quá mức phosphate, thiếu thể chuyển hóa [1.25 – (OH)2D3] của vitamin D, tích lũy quá mức acid. Bằng chứng của còi xương giảm do các thực phẩm bổ sung vitamin rất phổ biến. Tuy nhiên thì tình trạng còi xương vẫn xảy ra một số nhóm dân số theo yếu tố sắc tộc, trẻ sinh non, trẻ có rối loạn hấp thu, bệnh nhi ít tiếp xúc với ánh sáng mặt trời, và có bệnh thận nặng.

Tiền sử khai thác chế độ ăn rất có ích. Trẻ có thể biểu hiện với dị dạng xương, đau xương, cốt hóa xương không đúng thời điểm – *slippage of epiphyses*, gãy xương, chậm lớn, co giật, giảm trương lực cơ, hôn mê. X quang xương là lựa chọn để khẳng định lại chẩn đoán. Đặc trưng trên x quang bao gồm có hình ảnh tằm cốt hóa rộng và không đồng đều – *widening and irregularity of the epiphyseal plates, cupped metaphyses*, gãy xương, và chân hình bát – *bowling of limbs*. Nồng độ Calci, phosphate, alkaline phosphate, PTH và 25-hydroxyvitamin D nên được đánh giá.



Điều trị phụ thuộc vào bệnh lý. Chế độ ăn của còi xương là 1200-1600 IU ergocalciferol mỗi ngày cho đến khi có sự hồi phục. Cải thiện trên x quang nhìn chung là sau hai tuần. Bệnh nhân nên tiếp tục sử dụng 400 IU vitamin D để ngăn ngừa tái phát.

Keywords: metabolic, orthopedics

Bibliography:

Fleisher GR, Ludwig S, eds. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010

CASE 10**Michael Gottlieb**Dubin J, Davis JE. Penile emergencies. *Emerg Med Clin North Am* August 2011;29(3):485–99**Questions**

Trẻ trai 1 năm tuổi vào viện vì đau và sưng dương vật. Mẹ của trẻ cho biết bà tắm cho bé trước khi đi ngủ. Sau khi đặt trẻ vào giường, trẻ bắt đầu khóc. Khi bà xem tả của đứa bé để thay, thì bà thấy tình trạng như sau:



Hình 10.1

Chẩn đoán là gì

Các kế hoạch điều trị tình trạng này

Answer

Đứa bé này bị bán hẹp bao quy đầu hay thắt nghẹt bao quy đầu – **paraphimosis** – là tình trạng bao quy đầu tuột lên khỏi quy đầu nhưng không tuột xuống được, dẫn đến giảm dòng máu đến phần đầu của dương vật. Đây là một cấp cứu niệu khoa để khôi phục sự cấp máu tới phần đầu của dương vật. Ngược với hẹp bao quy đầu là tình trạng bao quy đầu không bao giờ tuột được da bao quy đầu ra khỏi quy đầu, và cũng hiếm khi cần đến can thiệp cấp cứu.

Nghẹt bao quy đầu có thể được điều trị bằng giảm phù nề và kéo bao quy đầu trở lại vị trí bình thường.

Keywords: genitourinary, do not miss, procedures

Bibliography

Clifford ID, Craig SS, Nataraja RM, Panabokke G et al. Paediatric paraphimosis. *Emerg Med Australas* February 2016;28(1):96–9.

CASE 11**Timothy Ketterhagen****Question**

Bố của một đứa trẻ trai 1 tuổi mang trẻ vào khoa cấp cứu bởi vì dương vật của đứa trẻ “trong không bình thường”. Bệnh nhi bắt đầu khóc vào tối quá và không ngủ được. Hôm nay, bố đứa trẻ cho biết đứa bé khóc không kiểm soát được nữa. Khi ông thay tả cho đứa trẻ, ông thấy dương vật đứa bé sưng lên, do vậy ông mang đứa bé vào khoa cấp cứu. Ông bố khẳng định không có bất kỳ chấn thương nào. Không sốt, nước tiểu không hôi, và không nổi ban.

Thăm khám lâm sàng: trẻ khóc, còn khỏe hoạt bát. Thăm khám tiết niệu sinh dục cho thấy sưng dương vật đã cắt bao quy đầu kèm với một vòng lổm ở đầu xa dương vật (như hình). Nhìn gần, phát hiện lông ở gốc dương vật. Dương vật mềm khi nắn bóp, tinh hoàn sờ thấy trong bìu ở hai bên, không có u cục hoặc các tổn thương. Thăm khám lâm sàng không ghi nhận bất thường khác.



Bước tiếp theo nên tiến hành để điều trị tình trạng **penis hair tourniquet**?

Answer

Hội chứng tourniquet - Hội chứng ga rô có thể gây tổn thương mô mềm, tổn thương các bó thần kinh mạch máu, cắt ngang niệu đạo hoặc hoại tử. Tóc, sợi chỉ, quần áo, hoặc bất kỳ vật liệu nhân tạo nào cũng có thể gây ra hội chứng tourniquet trên dương vật.

Thăm khám lâm sàng là cần thiết đối với bất kỳ trẻ nhỏ nào, đặc biệt là những trẻ khóc không kiểm soát được. Bao gồm có đánh giá cơ quan sinh dục ngoài và tất các các ngón tay ngón chân để phát hiện hội chứng này.

Các mô bị ảnh hưởng có thể biểu hiện phù, xuất huyết và bị thắt nghẹt. Các tác nhân gây ra thì có thể thấy bằng mắt hoặc có thể bị che lấp phía trong chỗ sưng. Các tình trạng như chấn thương, côn trùng cắn, abscess, thắt nghẹt bao quy đầu, viêm quy đầu – **balanitis**, hoặc phản ứng dị ứng nên được cân nhắc khi bệnh nhân có những biểu hiện tương tự.

Điều trị đối với hội chứng này ở dương vật bao gồm có giảm đau bằng “vô cảm dương vật” – **penile block** hoặc sử dụng các thuốc bằng đường tiêm. Tiến hành mở cận thận vòng thắt hoặc chèn một que cùn – **blunt probe** vào phía dưới vòng thắt và cắt bằng kéo hoặc bằng dao mổ. Đường rạch – **incision** ở hướng 4 hoặc 8 giờ của dương vật để tránh các bó thần kinh mạch máu phần lưng dương vật. Một tình trạng tourniquets bị ấn vào sâu cần phải hội chẩn với chuyên khoa niệu nếu có tình trạng thiếu máu – **ischemia**, chấn thương niệu đạo, hoặc nghi ngờ có chấn thương mạch máu thần kinh; khi đó có thể chỉ định tiến hành phẫu thuật. Nếu nghi ngờ chấn thương niệu đạo có thể chụp niệu đạo ngược dòng – **retrograde urethrogram**. Siêu âm Doppler có thể cần được dùng để đánh giá tình trạng tắc nghẽn của mạch máu dương vật. Bệnh nhi sau khi loại bỏ tắc nghẽn và không có bất kỳ dấu hiệu của thiếu máu có thể xuất viện sau 24h và hướng dẫn phụ huynh theo dõi các dấu hiệu của tình trạng thiếu máu.

Keywords: genitourinary, GU trauma, do not miss, procedures

Bibliography: McAninch SA, Letbetter SA. Hair tourniquet syndrome. In *Current Diagnosis & Treatment: Pediatric Emergency Medicine*, Stone CK, Humphries RL, Drigalla D, Stephan M, eds. New York: McGrawHill, 2015:477–8.

CASE 12**Timothy Ketterhagen****Questions**

Trẻ gái 4 nữ, được bố mẹ mang vào khoa cấp cứu vì lí do “sưng u lên ở vùng háng – ***lump in her groin***”. Bố mẹ bệnh nhi cho biết sưng như thế nào trong ngày nay, tăng lên khi bé khóc. Bệnh nhân vẫn biểu hiện bình thường. Bố mẹ cho biết gần đây trẻ không đau ốm gì. Bệnh nhi ăn uống bình thường và không đau ở chỗ nào cả. Bố mẹ chưa ghi nhận sưng như thế này trước đây cả. Không nôn, không tiêu chảy, không sổ mũi, không đau bụng, không tiểu khó.

Thăm khám lâm sàng: trẻ biểu hiện bình thường, sinh hiệu ổn định, bụng mềm, không đau, không căng, không có phản ứng dội hoặc đề kháng thành bụng và âm ruột bình thường. Sờ chưa ghi nhận khối u. Thăm khám hệ tiết niệu sinh dục, sưng không đau vùng bẹn phải. Khối sưng mềm, và di động nhưng không thể giảm bớt kích thước, không có xuất huyết. Các thăm khám khác chưa ghi nhận bất thường.



Hình 12.1

Chẩn đoán là gì

Chẩn đoán nào không nên bỏ qua nếu một trẻ gái có khối u vùng bẹn

Answers

Bệnh nhi này bị thoát vị bẹn. Thoát vị bẹn là một chẩn đoán dựa vào lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng là thường k cần đến. Nhiều trẻ nữ nhi và trẻ nhỏ biểu hiện với phình lồi ống bẹn, mệt mỏi và khóc. Thường do quai ruột chạy xuống túi thoát vị. Nếu trẻ vẫn biểu hiện bình thường, có thể làm giảm khối thoát vị bằng tay kèm với thuốc giảm đau phù

hợp. Cân nhắc phẫu thuật nếu đẩy khối thoát vị bằng tay thất bại.

Ở trẻ gái, một điều quan trọng cần lưu ý đó là buồng trứng có thể thoát vị và có thể làm tăng nguy cơ xoắn buồng trứng. Nếu trên lâm sàng ghi nhận có khối thoát vị đau, thì cũng có thể là do quai ruột bị thoát vị nghẹt. Bệnh nhi có thể biểu hiện các dấu hiệu của tắc ruột, như nôn. Một bệnh nhân có biểu hiện nhiễm độc, phẫu thuật cấp cấp có thể được chỉ định kèm với bồi phụ thể tích tuần hoàn. Khi một khối thoát vị không đau và cũng không thể làm giảm kích thước, thì có thể đó là thoát vị cầm tù – ***incarcerated hernia*** hoặc một hạch lympho. Siêu âm có thể có ích trong đánh giá dòng máu đến buồng trứng.

Keywords: gastrointestinal, mass, ultrasound

Bibliography

Fleisher GR, Stephens L, eds. Textbook of Pediatric Emergency Medicine. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010

Hoffman RJ, Wang VJ, Scarfone R. Fleisher & Ludwig's 5 – Minute Pediatric Emergency Medicine Consult. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 2012.

CASE 13**Barbara Pawel****Question**

Một trẻ nam 16 tuổi được mang vào khoa cấp cứu với một vết thương súng đạn – **gunshot wound (GSW)** ở ngực trái. Lâm sàng: mạch nhanh, oxy máu thấp, suy hô hấp. Kiểm tra phổi ghi nhận giảm âm thở toàn bộ ngực trái



Hình 13.1

Hãy liệt kê những tổn thương có khả năng cao xảy ra đối với một chấn thương xâm nhập vào ngực.

Answer

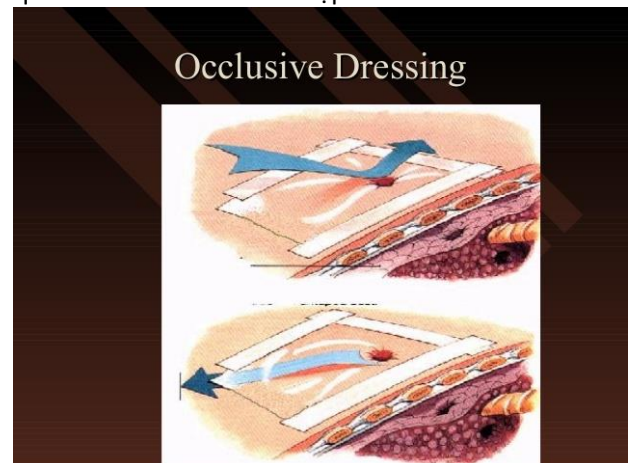
- Tràn khí màng phổi hở, kín hoặc tràn khí màng phổi áp lực (**open, closed or tension pneumothorax**).

- Tràn máu màng phổi – **hemothorax**
- Chèn ép tim cấp – **cardiac tamponade**
- Chảy máu ồ ạt – **exsanguinating hemorrhage**

Bất kỳ chấn thương xâm xuyên thấu nào ở đầu, cổ, ngực và bụng hoặc các chi có nguy cơ cao là một chấn thương nặng và cần tiến hành can thiệp ngoại khoa. Đánh giá sơ cấp và thứ cấp – **primary and secondary survey** đầy đủ nên được tiến hành ở tất cả trẻ với cơ chế chấn thương hoặc trên thăm khám lâm sàng định hướng đến một tình trạng chấn thương nặng hoặc đa chấn thương. Chấn thương đe dọa tính mạng nên được phát hiện và xử trí trong suốt thời gian đánh giá sơ cấp.

Bất kỳ thể lâm sàng nào của tràn khí màng phổi có thể biểu hiện ở một bên với biểu hiện của giảm âm thở, tràn khí dưới da (**crepitus**) tại thành ngực và kèm với tình trạng suy hô hấp, khó thở, mạch nhanh, đau kiểu màng phổi, và oxy máu thấp.

Tràn khí màng phổi áp lực có thể gây ra tình trạng di lệch khí quản, và nếu có nghi ngờ tình trạng trên và bệnh nhân có huyết động không ổn định, thì thủ thuật mở ngực bằng kim – **needle thoracostomy** nên được tiến hành bằng catheter 14-16 gauge và sau đó nên đặt một ống dẫn lưu ngực – **thoracostomy tube**. Bất kỳ tràn khí màng phổi nào >15% thể tích của phổi thì ít hồi phục mà không tiến hành đặt dẫn lưu ngực. Tràn khí màng phổi hở cần bịt lỗ hồng vết thương bằng **occlusive dressing** và tiến hành can thiệp ngoại khoa. Phẫu thuật mở ngực có thể cần đến và dựa trên tình trạng chảy máu ban đầu hoặc vẫn đang tiếp diễn. Tái đánh giá thường xuyên là cần thiết để có thể nhanh chóng phát hiện tình trạng mất - **decompensation** bù của các cơ quan trước và sau can thiệp.



Keywords: penetrating trauma, procedures, do not miss, respiratory distress.

Bibliography:

American College of Surgeons Committee on Trauma. *Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual*. 9th ed. Chicago: American College of Surgeons, 2012.

CASE 14

Michael Farnham and Timothy Ketterhagen

Questions

Một bà mẹ mang đứa con gái 14 tuổi vào khoa cấp cứu. Môi và má của đứa bé sưng lên và có ngứa ít. Các triệu chứng bắt đầu một vài giờ trước. Bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp và đang được quản lý bởi các bác sĩ khoa thận tiết niệu. Gần đây, trẻ bắt đầu sử dụng một loại thuốc mới trong điều trị tăng huyết áp, nhưng mẹ của trẻ không thể nhớ tên của loại thuốc đó. Bệnh nhi cho biết cô bé không khó thở và không nuốt khó. Không ho, không chảy mũi, không nôn, không tiêu chảy. Không sốt. không có tiền sử dị ứng. Và không đau ốm gì gần đây.

Thăm khám lâm sàng: phát triển bình thường, sinh hiệu ổn định. Đầu và cổ khi thăm khám cho thấy phù mắt và môi. Ngoài ra mặt bệnh nhi còn biểu hiện đỏ ửng lên. Không ghi nhận có thở nhanh, thở rít hay khò khè. Tay bệnh nhi có biểu hiện phù nhẹ nhưng ngoài ra không còn ghi nhận phù tại vị trí khác. Thăm khám bụng bình thường. Không có ban và thăm khám khác chưa ghi nhận bất thường.



Hình 14.1 và Hình 14.2

Chẩn đoán là gì?

Thuốc đặc hiệu nào có thể gây ra tình trạng này?

Tại sao cần hành động khẩn trương đối với trường hợp như vậy



Answers

Chẩn đoán: Phù mạch – **angioedema**. Phù mạch là tình trạng phù khu trú do thoát mạch của dịch ra khoảng kẽ. Nguyên nhân có thể là vô căn, do thuốc, nhiễm trùng, di truyền, dị ứng, hoặc do thuốc. Thường xảy ra ở đầu, cổ, tay và ống tiêu hóa. Không cần xét nghiệm lâm sàng để có thể chẩn đoán. Điều trị ban đầu bao gồm có ổn định thông khí và tuần hoàn.

Phù mạch không do histamine – **non histamine induced angioedema** có thể xảy ra do điều trị bằng thuốc ACEi, ở bệnh nhân này. Thuốc ức chế men chuyển phổ biến nhất được kê đơn cho trẻ em bao gồm có **lisinopril, captopril và enalapril**. Phù mạch có thể xảy ra bất kỳ thời điểm nào trong khi điều trị thuốc ức chế men chuyển. Người Mỹ gốc Phi được cho là quần thể dễ mắc tình trạng này. Bệnh nhi cần được đổi thuốc hạ huyết áp khác.

Ở bệnh nhi không có các yếu tố nguy cơ, thì chẩn đoán **thiếu hụt ức chế C1 esterase** nên được cân nhắc. Tiền sử của một chấn thương nhỏ thường có trước những triệu chứng này trên bệnh nhân.

Điều trị khẩn trương cho bệnh nhi với tình trạng này là cần thiết bởi vì tránh để tắc nghẽn đường thở. Trái với phù mạch dị ứng do histamine, được điều trị bằng epi-, antihistamine và steroid, thì phù mạch không do histamine không đáp ứng với các liệu pháp điều trị trên. Bệnh nhi với thiếu hụt chất ức chế C1 esterase được điều trị với truyền AND tái tổ hợp C1 inhibitor. Nếu không có và các triệu chứng vẫn tiến triển thì cần đến **plasma tươi đông lạnh – fresh frozen plasma – FFP**.

Keywords: medications, airway, life – threatening, drugs reactions

Bibliography

Dykewicz MS. Cough and angioedema from angiotensin-converting enzyme inhibitors: New insights into mechanisms and management. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2004;4:267.

Hoffman RJ, Wang VJ, Scarfone R. *Fleisher & Ludwig's 5-Minute Pediatric Emergency Medicine Consult*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

Nagarajan V, Patel A. ACE inhibitor related angioedema. *QJM* 2011;105(11):1129–9.

CASE 15

Barbara Powell**Question**

Bé trai 4 tuổi được mang vào khoa cấp cứu với tình trạng bỏng quanh miệng và chảy nước dãi – **drooling** sau khi đưa bé này [ngậm vào nhai một sợi dây cảm điện](#).



Hình 15.1

Tên một biến chứng muộn trầm trọng của bỏng mép miệng?

Answer

Chảy máu muộn từ động mạch môi có thể xảy ra ở bất kỳ thời điểm nào trong vòng 3 tuần đầu khi vết thương đóng vảy.

Bỏng miệng do điện có khuynh hướng thường xảy ra ở độ tuổi đang mọc răng (từ 3-36 tháng). Nước miếng sẽ đóng vai trò dẫn truyền dòng điện

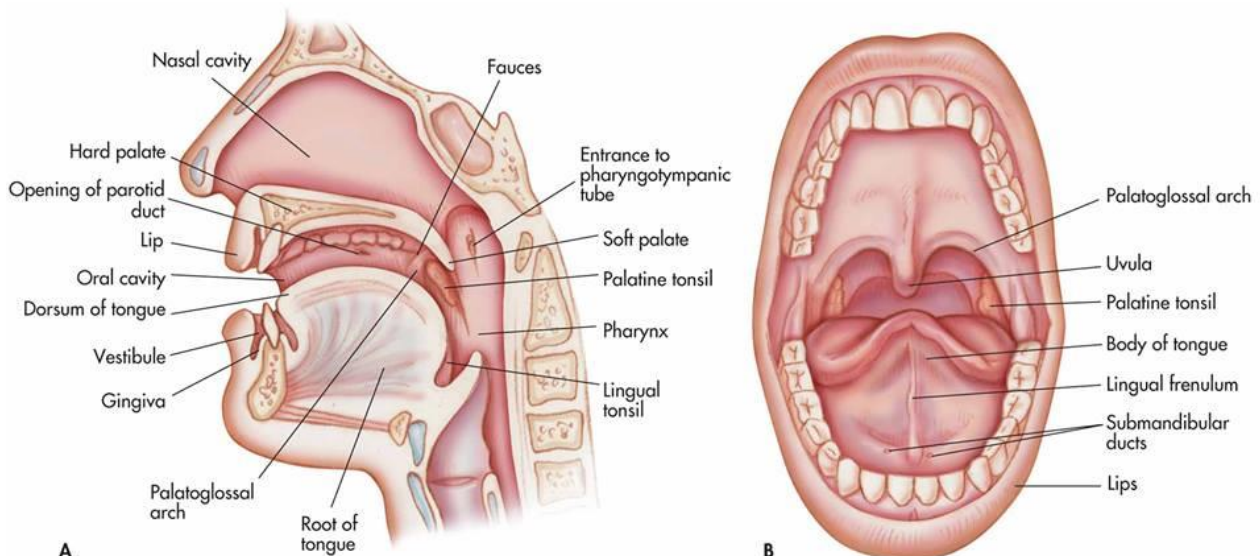
vào niêm mạc gây ra bỏng và hoại tử - **coagulation necrosis**. Thăm khám cẩn thận vùng bỏng, vùng da phòng rộp, vùng da bị cháy đen đặc biệt là xung quanh miệng. Sự phá hủy do bỏng có thể lan rộng đến lưỡi, sàn miệng, niêm mạc má, và **labial vestibule**. Phù và chảy nước miếng quá mức xảy ra trong vài giờ. Đóng vảy xảy ra từ 1-3 tuần. Tình trạng chảy máu có thể xảy ra tại vị trí đóng vảy. Tổn thương tại mép môi có thể dẫn đến tình trạng **microstomia**, có thể ảnh hưởng đến phát âm, cử động hàm và lưỡi, ăn uống, vệ sinh miệng, và có thể là méo mó khuôn mặt.

Early reconstruction (commissuroplasty) and removable commissural splints are interventions to help prevent contractures.

Keywords: head and neck / ENT, environmental, pitfalls, oropharyngeal injury.

Bibliography

Hashem FK, Al Khayal z, Oral burn contractures in children. *Ann plast surg* 2003;51(5):468-71.



CASE 16

Barbara Pawel

Question

Một đứa trẻ 8 tuổi vào khoa cấp cứu do đau cổ tay sau khi ngã với tư thế chống tay. Trên X quang biểu hiện như sau



Hình 16.1



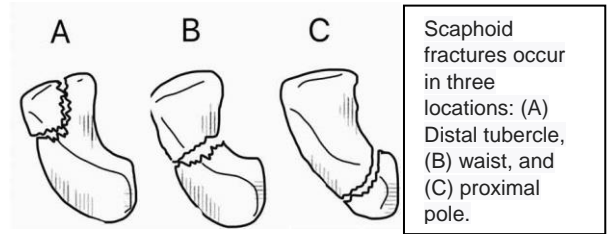
Hình 16.2

Các biến chứng có liên quan đến tình trạng gãy xương thuyền và các type của gãy xương thuyền thường dẫn đến những biến chứng đó là gì.

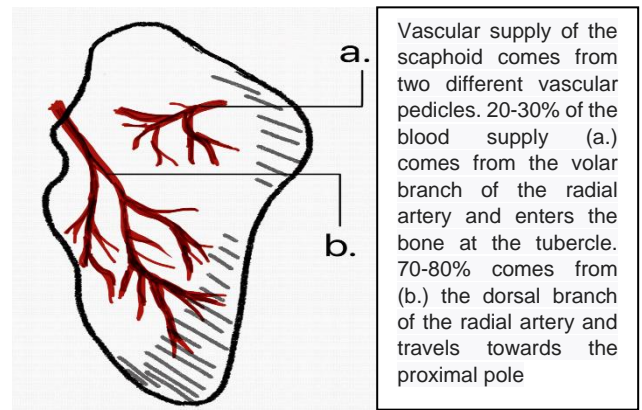
Answer

Gãy đầu gần của xương thuyền – **proximal scaphoid fractures** có xu hướng là vỡ các mạch máu, dẫn đến hoại tử và không tự liền xương – **non union**.

Xương thuyền là là xương bị gãy thường gặp ở trẻ em. Các triệu chứng bao gồm có đau phía bờ quay của cổ tay, giảm vận động và tăng đau ở vị trí



hõm lào giải phẫu – **tenderness in the anatomical snuffbox**. Ở trẻ nhỏ, xương thuyền được bao bọc bởi một lớp sụn khớp – **articular cartilage** và đầu xương quay. Do đó dẫn đến chấn thương khó phát hiện, như gãy bánh bơ – **torus or buckle fracture**, với ghi nhận tối thiểu trên x quang. Do quá trình cốt hóa ở độ tuổi này, vị trí gãy hầu hết là đầu xa của xương thuyền. Trong những trường hợp đó, tình trạng cấp máu thường vẫn còn duy trì do đó mà những biến chứng như hoại tử do vô mạch – **avascular necrosis** và không liền xương là ít gặp. Ở lứa tuổi thiếu niên thường gãy đầu gần hoặc ở cổ tay với tần suất biến chứng nhiều hơn. CHỤP x quang ban đầu, bao gồm có xương thuyền có thể sẽ âm tính. Nếu có nghi ngờ gãy xương thuyền, bất động ngón cái theo kiểu băng chéo – **thumb spica splint** và nên chuyển bệnh nhân sang khoa ngoại chấn thương. Bất động sớm sẽ giảm tỷ lệ biến chứng.



Keywords: orthopedies, extremity injury, procedures, pitfalls.

Bibliography:

Ahmed I, Ashton F, Tay WK, Porter D et al. The pediatric fracture of the scaphoid in patients aged 13 years and under: An epidemiological study. *J Pediatr Orthop* 2014;34(2):150–4.

Gholson JJ, Bae DS, Zurakowski D, Waters PM et al. Scaphoid fractures in children and adolescents: Contemporary injury patterns and factors influencing time to union. *J Bone Joint Surg Am* 2011;93(13):1210–9.

CASE 17

Emily Obringer

Questions

Một bé gái 5 tuổi vào khoa cấp cứu với tình trạng sưng cổ và mặt trái đã 3 tuần. Vùng sưng ghi nhận ấm và căng nhẹ, tuy nhiên hiện sưng giới hạn vùng hoạt động cổ của trẻ. Không nuôi thú cưng nhưng thường xuyên đến chơi với cô chị họ - cô bé này lại đang nuôi một con mèo. Trên thăm khám không có biểu hiện nhiễm độc, không chảy nước giãi, không có triệu chứng của kích thích màng não – *meningismus* nhưng có đau khi xoay cổ.



Hình 17.1



Hình 17.2

1 Câu hỏi được đặt ra là nên hỏi tình trạng nhiễm trùng gì khi tiếp cận một trường hợp sưng cổ

2 Hai nhiễm trùng phổ biến nhất gây ra viêm hạch cổ một bên là gì.

Answers

Khi đánh giá nguyên nhân của sưng cổ, nên chú ý đến việc phát hiện một nguyên nhân khu trú. Đánh giá và điều trị bệnh hạch cổ, viêm tuyến giáp, *superficial midline neck swelling*, và nhiễm trùng cổ sâu có biểu hiện không khác nhau là bao. Thăm khám trên bệnh nhân từ phía sau có thể giúp định khu rõ vị trí. Tiếp xúc với các dị ứng nguyên, du lịch, và bệnh sử tình trạng miễn dịch là cần thiết phải khai thác, mô tả chính xác thời gian các triệu chứng có thể giúp trong thiết lập chẩn đoán.

Hai tình trạng nhiễm trùng phổ biến nhất gây ra viêm hạch cổ một bên đó là bệnh do vết thương của mèo gây ra – *cat scratch disease* (do con *Bartonella henselae*) và nhiễm vi khuẩn lao không điển hình – *non-tuberculous mycobacterial infection*. Các nguyên nhân nhiễm trùng khác bao gồm có: nhiễm lao, toxoplasmosis, và actinomycosis.

Bệnh lý hạch vùng là biểu hiện phổ biến nhất của bệnh do vết thương của mèo gây ra và điển hình gặp ở hệ thống miễn dịch của vật chủ có tiếp xúc với mèo và đặc biệt là mèo cái – *kittens*. Một tổn thương da nguyên phát – *primary skin lesion* - thường xuất hiện từ 7-12 ngày sau khi có vết thương và sau đó xuất hiện hạch vùng từ 5-50 ngày sau, trung bình là 12 ngày (*American Academy of Pediatrics 2012*). Xét nghiệm nồng độ kháng thể thường dương tính và có thể làm vững chắc chẩn đoán đưa ra. Bệnh lý tự khỏi và thời gian tự khỏi trong khoảng từ 2-4 tháng. Điều trị triệu chứng là chủ yếu, nhưng một vài chuyên gia khuyến cáo sử dụng 5 ngày azithromycin để đẩy nhanh sự hồi phục (*American Academy of Pediatrics 2012*). Chọc hút bằng kim- *needle aspiration* có thể giúp là giảm triệu chứng, tuy nhiên thì nên tránh do có khả năng tạo ổ dò.

Nhiễm trùng vi khuẩn lao không điển hình – *non tuberculosis mycobacteria NTM* chiếm khoảng 70-95% trường hợp viêm hạch do mycobacterial ở Mỹ, với chủ yếu là *M.avium complex*, *M.scrofulaceum* ở hầu hết các trường hợp (Gosche and Vick, 2006). Trẻ dưới 5 tuổi là đối tượng bị ảnh hưởng nhiều nhất. Diễn biến tăng dần ở hạch cổ một bên được thấy trong vòng từ 2-3 tuần. Thông thường, vùng da phía trên vùng nhiễm trùng trở nên tím và mủn đi. Lỗ dò có thể được hình thành. Đối với nhiễm trùng NTM, phẫu thuật là phương pháp điều trị.

Tuy nhiên, nếu loại bỏ hoàn toàn hạch là không thể, thì sử dụng đa thuốc có thể cần đến và lựa chọn thuốc nên dựa vào nuôi cấy (*acid – fast bacilli*) và độ nhạy với kháng sinh.

Keywords: infectious disease, mass, airway, head and neck/ENT, skin and soft tissue infection.

References:American Academy of Pediatrics. Cat scratch disease. In *Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases*, Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds. Elk Grove Village, IL:AmericanAcademy of Pediatrics, 2012:269–71.

Gosche JR, Vick L. Acute, subacute, and chronic cervical lymphadenitis in children. *Sem Pediatr Surg* 2006;15:99–106.

CASE 18**Emily obringer****Question**

Một bé gái 7 tuổi vào viện vì có khối ở cổ. Mẹ bé cho hay sưng tăng lên trong vài ngày trước, sờ vào thấy ấm, nhìn thấy đỏ và có rỉ dịch ra ở trung tâm khối sưng này. Trên thăm khám, bệnh nhi có cảm giác căng tức, khối u di chuyển lên xuống ở đường giữa cổ, và một ít mủ được ghi nhận.



Hình 18.1



Hình 18.2

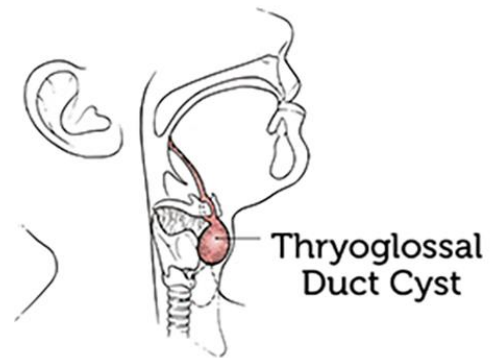
Chẩn đoán nào có khả năng nhất ở bệnh nhi này

Answer

Chẩn đoán phân biệt của khối vùng cổ ở trẻ là khá rộng và bao gồm có sự phát triển theo lứa tuổi - **developmental**, nhiễm trùng, và ít gặp hơn là khối u. Vị trí, kích thước, và tiền sử tiếp xúc gần đây, khởi phát và diễn biến của các triệu chứng, cũng như các triệu chứng liên quan như sốt có thể giúp thu hẹp chẩn đoán. Nếu khối u cứng và cố định, thì có khả năng là ung thư.

Xét nghiệm chẩn đoán và điều trị ban đầu phụ thuộc vào chẩn đoán. Nếu nghi ngờ viêm hạch tái hoạt - **reactive lymphadenitis**, xét nghiệm thì không cần sử dụng các xét nghiệm cận lâm sàng và tiến hành điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm. Nếu các gợi ý về bệnh sử hoặc khối u không đáp ứng với kháng sinh, thì có thể cần xác định nhiễm trùng ở bệnh nhi, có thể là *Bartonella henselae*, Epstein Barr virus, HIV, hoặc các chủng khác. Siêu âm là công cụ chẩn đoán hình ảnh hữu hiệu đối với đánh giá khối ở cổ. Nếu nguyên nhân là **developmental** hoặc khối u được nghĩ đến thì nên chuyển cho các chuyên gia về ung bướu.

Đối với sưng cổ ở vị trí chính giữa, ở trẻ em nguyên nhân thường gặp đó là nhiễm trùng nang ống giáp lưỡi - **infected thyroglossal duct cyst**, hoặc có thể là nhiễm trùng u nang dạng da - **infected dermoid cyst** hoặc là dò khe mang - **branchial anomaly**. Nang ống giáp lưỡi là một dị tật bẩm sinh là do thất bại trong teo cấu trúc này. Điển hình, bệnh nhận biểu hiện trước 10 tuổi ới khối chính giữa cổ không đau, di động trong phạm vi kích thước và có xu hướng dễ nhiễm trùng. Trong trường hợp cụ thể này, kháng sinh theo kinh nghiệm, siêu âm, và chuyển bệnh nhi đến một bác sĩ chuyên khoa về tai mũi họng nên được cân nhắc.



Keywords: head and neck/ENT, infection, congenital anomaly, skin and soft tissue infection

Bibliography:

American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria. Neck mass/adenopathy. <https://acsearch.acr.org/docs/69504/Narrative>. Accessed May 24, 2017.

Meier JD, Grimmer JF. Evaluation and management of neck masses in children. *Am Fam Physician* 2014;89(5):353–8.

Simon LM, Magit AE. Impact of incision and drainage of infected thyroglossal duct cyst on recurrence after Sistrunk procedure. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2012;138(1):20–4.

CASE 19**Emily Obringer****Questions**

Trẻ nhập viện tại khoa cấp cứu với biểu hiện đau bụng cấp và nặng. Mẹ trẻ cho biết trong phân trẻ có “con” (trong ảnh) đó vài ngày trước.



Hình 19.1

Biến chứng có thể xảy ra khi nhiễm *Ascaris lumbricoides* (giun tròn)?

Tối thiểu 3 tên thuốc kháng giun sán có tác dụng tiêu diệt giun tròn.?

Answers

Trẻ với biểu hiện tắc ruột cấp, là một biến chứng của nhiễm giun tròn khi bị nhiễm lượng giun lớn.

Ascaris lumbricoides là loại giun phổ biến nhất trên thế giới (Bethony et al., 2006). Nhiễm trùng thường xảy ra ở vùng có hệ thống vệ sinh chưa phát triển (nhất là hệ thống xử lý nước thải) và nơi sử dụng phân người làm phân bón (American Academy of Pediatrics, 2015). Giun trưởng thành và nhả lên tại ruột non và các trứng có thể thải ra theo phân. Chẩn đoán có thể được xác định dựa trên soi phân tìm trứng hoặc con giun trưởng thành. Ở các trường hợp tắc ruột non do *Ascaris lumbricoides*, thuốc diệt giun sán là phương pháp điều trị hiệu quả, cũng như kiểm soát tình trạng tắc ruột, bao gồm có truyền dịch và súc dạ dày. Hiếm khi can thiệp ngoại khoa cần đến để giải phóng tắc nghẽn.

Ascaris lumbricoides hầu hết được điều trị bằng benzimidazole như mebendazole hoặc albendazole. Mebendazole có thể sử dụng 2 lần mỗi ngày trong 3 ngày, trong khi đó albendazole sử dụng mỗi liều duy nhất. Nitazoxamide và ivermectin cũng có thể được sử dụng.

Keywords: infectious disease, gastrointestinal, abdominal pain.

References:

American Academy of Pediatrics, *Ascaris lumbricoides* infections. In Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Disease, 30th ed., Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Elk Grove Village, IL: American of Pediatrics 2015: 221-2.

Bethony J, Brooker S, Albonico M, Geiger SM, Loukas A, Diemert D, Hotez PJ. Soil – transmitted helminth infections: Ascariasis, trichuriasis, and hookworm. Lancet 2006;367: 1521-32.

CASE 20

Michael Gottlieb

Questions

Trẻ nam 12 tuổi vào khoa cấp cứu với đau khớp gối phải sau khi ngã với tư thế gập gối khi đang chạy. Theo lời của đứa trẻ thì nó rất đau và không di thể di chuyển sau khi bị té ngã. Ngoài ra không còn chấn thương nào khác. Thần kinh của đứa trẻ không bị ảnh hưởng và bắt mạch ngoại biên vẫn còn tốt. Các kết quả chụp x quang của trẻ như sau



Hình 20.1



Hình 20.2



Hình 20.3

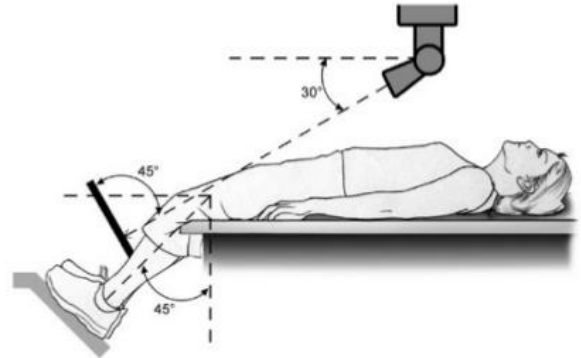
Tại sao đánh giá khớp gối ở tư thế duỗi lại quan trọng trong chấn thương như thế này?

Chỉ định của điều trị ngoại là khi nào?

Answers

Ở bệnh nhân này biểu hiện gãy xương bánh chè. Những trường hợp như thế này điển hình biểu hiện với đau xương bánh chè sau một chấn thương trực tiếp và đánh giá tốt nhất là ở tư thế Merchant (ảnh 20.3)

MERCHANT VIEW



Bệnh nhi không thể tiến hành đánh giá tư thế này gợi ý một chấn thương khiến không thể duỗi khớp gối được, và đây cũng là một chỉ định của điều trị ngoại.

Hầu hết các trường hợp có thể được điều trị bằng bất động khớp gối và chịu sức nặng theo khả năng sớm (có vai trò trong phục hồi dáng đi) - **early weight-bearing as tolerated**. Tuy nhiên, thì có các chỉ định khác nhau đối với mổ nắn và kết hợp xương bên trong – **operative reduction and internal fixation**. Các chỉ định bao gồm có:

- Gãy hở
- Mất khả năng duỗi
- Di lệch đáng kể mảnh xương gãy.

Còn lại gãy theo trục dọc, gãy không di lệch và còn khả năng duỗi thì vẫn có thể điều trị bằng bất động khớp gối

* Tìm hiểu tổng quan về **weight bearing** - một phương pháp phục hồi chức năng sau điều trị gãy xương:

Các hình thức chịu sức

- Không chịu sức nặng - **non WB**: ở mức 0% trọng lượng cơ thể; chân thậm chí không thể chạm được mặt đất và không thể chịu bất kỳ trọng lượng nào. Trong giai đoạn này cần phải sử dụng nạng – **crutches** hay các dụng cụ hỗ trợ khác để di chuyển.

- Chịu sức nặng tối thiểu – **minimal WB or touch down weight bearing or toe touch weight bearing**: có thể đặt chân hoặc ngón chân xuống sàn nhà nhưng không chịu được sức nặng.

- Chịu sức nặng một phần – **partial WB**: chân có thể chịu được một trọng lượng nhỏ, dần dần tăng lên 50% trọng lượng cơ thể; trong giai đoạn này bệnh nhân có thể đứng mà không cần sự hỗ trợ nhưng vẫn chưa thể đi lại.

- Chịu sức nặng theo khả năng – **WB as tolerated**: thường có chịu được sức nặng từ 50-100% trọng lượng cơ thể

- Chịu sức nặng hoàn toàn – **total WB**: hiện tại có thể chịu hoàn toàn trọng lượng cơ thể và duy trì được dáng đi bình thường.

Keywords: orthopedics, extremity injury, blunt trauma

Bibliography:

Melvin JS, Mehta S. Patellar fractures in adults. *J Am Acad Orthop Surg* April 2011;19(4):198–207.

Scolaro J, Bernstein J, Ahn J. Patellar fractures. *Clin Orthop Relat Res* April 2011;469(4):1213–5.

CASE 21**Alisa McQueen****Question**

Trẻ ở độ tuổi biết đi (tầm 2 tuổi), biểu hiện chàm 2 ngày. Sốt nhẹ và mấy ngày gần đây khó chịu hơn bình thường. Ban dạng này lan rộng mặc dù đã dùng steroid tại chỗ - thuốc thường kiểm soát được tình trạng lan rộng ra ở đứa trẻ.



Hình 21.1

Tình trạng này là gì và điều trị như thế nào?

Answer

Nhìn gần ban này cho thấy cả hai dạng là nốt phỏng nhỏ và bọng nước vỡ gây có tình trạng viêm loét – **punched out erosions** gợi ý nhiễm herpes simplex virus HSV. Trẻ mắc viêm da dị ứng – **atopic dermatitis** đặc biệt sẽ có tình trạng nhạy cảm với nhiễm HSV lan tỏa, dễ mắc chàm thể nặng – **eczema herpeticum**, còn được biết đến với tên gọi phát ban thể thủy đậu Kaposi – **kaposi varicelliform eruption**. Chẩn đoán dựa vào phát hiện HSV từ các tổn thương. Nếu nghi ngờ đến chẩn đoán này thì cần sử dụng đến acyclovir toàn thân ngay lập tức hoặc ức chế miễn dịch có thể cần khi nhập viện. Nếu có biểu hiện ở mắt, thì cần tham khảo ý kiến các bác sĩ khoa mắt.

Keywords: dermatology, infectious disease, fever, skin and soft tissue infection

Bibliography:

Kress DW. Pediatric dermatology emergencies. *Curr Opin Pediatr* 2011;23(4):403–6.

Jen M, Chang MW. Eczema herpeticum and eczema vaccinatum in children. *Pediatr Ann* 2010;39(10):658–64.

CASE 22**Emily Obringer****Question**

Một bé gái tuổi thiếu niên với biểu hiện đau ở vùng nách từng cơn. Đứa trẻ đã từng được điều trị với triệu chứng tương tự bằng một vài loại kháng sinh và kem bôi tại chỗ. Bạn nghi ngờ chẩn đoán có thể là viêm tuyến mồ hôi mủ - **hidradenitis suppurativa**.



Hình 22.1



Hình 22.2

Nguyên nhân phổ biến nhất được tìm thấy tại ổ abscess khi mắc viêm tuyến mồ hôi mủ là gì?

Answers

Viêm tuyến mồ hôi mủ là một tình trạng viêm mạn tính tuyến bán hủy ở vùng da – **apocrine gland bearing skin** được ghi nhận tại nách và bẹn. Viêm mô dưới da, abscess và hình thành lỗ dò là biểu hiện thường gặp. Hầu hết các tình trạng nhiễm trùng là tác nhân đa vi khuẩn bao gồm vi khuẩn kỵ khí và hiếu khí. Các thử nghiệm về các phương pháp điều trị hiệu quả vẫn còn hạn chế, tuy nhiên thì sử dụng

kháng sinh đường uống và tại chỗ vẫn là liệu pháp điều trị được sử dụng (Woodruff et al., 2015)

Keywords: dermatology, skin and soft tissue infection, mass.

Reference:

Woodruff CM, Charlie AM, Leslie KS. Hidradenitis suppurativa: A guide for the practicing physician. *Mayo Clin Proc* 2015;90(12):1679–93.

CASE 23

Michael Farnham and Timothy Ketterhagen

Questions

Một bà mẹ mang đứa con trai 7 tuổi của mình vào khoa cấp cứu vì đứa bé đau họng và sốt. Triệu chứng xuất hiện trong 3-4 ngày nay. Hiện tại trẻ phát ban và mẹ của cậu bé nghĩ rằng lưỡi của cậu bé đỏ hơn bình thường. Cậu bé không ho, không buồn nôn, không tiêu chảy hoặc tiểu khó. Chủng ngừa vaccine được thực hiện đầy đủ. Không du lịch gần đây, đứa trẻ ăn không ngon miệng nhưng vẫn uống bình thường. Gần đây không đau ốm gì.

Thăm khám lâm sàng: phát triển vận động bình thường. Sinh hiệu ổn, ngoại trừ có sốt. Ghi nhận tình trạng ban dạng sẩn mịn lan tỏa có cảm giác như giấy nhám, và nhạt đi khi ấn mạnh. Ghi nhận hạch phía trước cổ ở hai bên. Amidan khẩu cái biểu hiện sưng, xuất huyết xuất tiết, Lưỡi đỏ với gai lưỡi dạng nhú là chủ yếu. Tim phổi chưa ghi nhận bất thường. Thăm khám khác bình thường.



Hình 23.1



Hình 23.2



Hình 23.3



Hình 23.4

1. Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt một tình trạng ban hoặc viêm mạch (**exanthems or vasculitis**)?

2. Các biến chứng và di chứng có thể xảy ra đối với bệnh lý này?

Answers

Trẻ này mắc sốt tinh hồng nhiệt – **scarlet fever**, với nguyên nhân là nhiễm liên cầu tan máu beta nhóm A – **group A beta hemolytic streptococcus** nhưng cũng có thể gây ra bởi tụ cầu vàng. Sốt tinh hồng nhiệt có thể phải chẩn đoán với bệnh Kawasaki khi mà không có biểu hiện các triệu chứng ở mắt và phù ở ngoại biên. Ban cũng có thể ở dạng tróc vảy trong suốt thời kỳ của bệnh lý. Đường Pastia – **Pastia's lines** là dấu hiệu của nhiễm liên cầu, cũng có thể hình thành ở nếp lằn da – **skin creases**. Epstein – Barr virus là một tác nhân có khả năng “bắt chước” liên cầu cũng có thể gây ra sốt, mệt mỏi, ban dạng sẩn. Liên cầu nhóm A nhạy với penicillin, do đó đây là liệu pháp đầu tay; dị ứng với penicillin có thể được điều trị bằng clindamycin hoặc azithromycin.

Scarlet fever rash - Pastia's lines



The rash of scarlet fever is marked in the skin folds of the inguinal, axillary, antecubital, and abdominal areas and about pressure points. It often exhibits a linear petechial character in the antecubital fossae and axillary folds, known as Pastia's lines.

Hầu hết các trường hợp sốt tinh hồng nhiệt sẽ tự khỏi mà không có biến chứng với điều trị thích hợp. Tuy nhiên, một số type huyết thanh của liên cầu nhóm A là **rheumatogenic** và có thể gây ra những biến chứng nghiêm trọng như thấp tim và viêm cầu thận. Các biến chứng khác bao gồm có abscess quanh amygdal, viêm phổi, nhiễm trùng máu – **septicemia**, hoặc viêm màng não.

Keywords: infectious disease, dermatology, rash, fever.

Bibliography

Dinkla K, Rohde M, Jansen WT, Kaplan EL, Chhatwal GS, Talay SR. Rheumatic fever-associated *Streptococcus pyogenes* isolates aggregate collagen. *J Clin Invest* 2003;111(12):1905–12.

Hoffman RJ, Wang VJ, Scarfone R. *Fleisher & Ludwig's 5-Minute Pediatric Emergency Medicine Consult*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

Pichichero ME. Complications of streptococcal tonsillopharyngitis. <http://www.uptodate.com/contents/complications-of-streptococcal-tonsillopharyngitis>. Accessed April 28, 2016.

Zitelli BJ, Davis HW. *Atlas of Pediatric Physical Diagnosis*. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby, 2002

CASE 24

S. Margaret Paik

Questions

Trẻ gái 4 tuổi vào khoa cấp cứu vì chảy máu âm đạo. Đưa bé đi tiểu bình thường không đau, nhưng lại có máu trong giấy vệ sinh. Bệnh sử không nôn, không tiêu chảy, không đau bụng, hoặc có thay đổi trong đường ruột. Cảm giác ăn uống vẫn bình thường. Không sốt và không tiếp xúc với nguồn bệnh gần đây. Không có tiền sử chấn thương. Gia đình khẳng định không có tình trạng xâm hại tình dục.

Trên thăm khám lâm sàng: trẻ biểu hiện bình thường. Bụng mềm không căng. Độ trưởng thành sinh dục ở mức 1. Không có biểu hiện ban, có tổn thương hình chiếc nhẫn lồi ra từ niệu đạo không kèm chảy máu. Khi sờ thấy căng nhẹ. Màng trinh biểu hiện bình thường. Không có máu ở âm hộ - *introitus*.



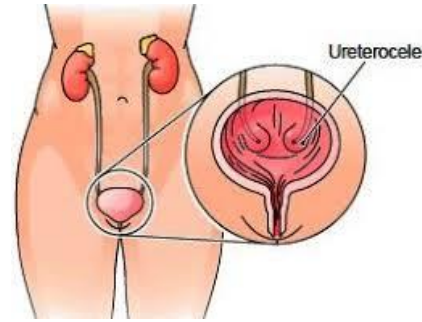
Hình 24.1

1 Bạn thấy gì trên hình này?

2 Lựa chọn điều trị ban đầu sẽ là gì?

Answers

Ở bệnh nhi này có tình trạng sa niệu đạo - **prolapse of the urethra**. Tiểu khó, tiểu ra máu, tiểu ngập ngừng hoặc tiểu lắt nhắt là những biểu hiện phổ biến nhất, được ghi nhận ở trẻ gái trước tuổi dậy thì hoặc phụ nữ sau mãn kinh. Chẩn đoán phân biệt bao gồm có túi sa niệu quản (hay có tài liệu ghi là nang niệu quản) – **ureterocele**, sùi mào gà sinh dục – **condyloma**, và ung thư mô liên kết –



rhabdomyosarcoma. Sarcoma hình bò đào – **sarcoma botryoides** ở đầu xa niệu đạo có thể có biểu hiện tương tự.

Điều trị ban đầu bao gồm có bôi kem estrogen tại chỗ và sử dụng bồn tắm ngồi – **sitz bath**.

Sitz Bath Installation



Sitz Bath For Hemorrhoids























Sa niệu đạo thường tự khỏi trong vòng vài tuần. Hoại tử là biến chứng hiếm gặp và cần can thiệp ngoại khoa. Các chỉ định khác của can thiệp ngoại khoa bao gồm có sa kéo dài hoặc chảy máu đáng kể.

Keywords: genitourinary, child abuse mimicker, mass, hematuria.

Bibliography

Hillyer S, Mooppan U, Kim H, Gulmi F. Diagnosis and treatment of urethral prolapse in children: Experience with 34 cases. *Urology* 2009;73:1008–11.

Richardson D, Hajj S, Herbst A. Medical treatment of urethral prolapse in children. *Obstet Gynecol* 1982;59:69–74

	Breast	Pubic Hair	Genitals	Pubic Hair
Stage 1	<p>Small nipples. No breast.</p> 	<p>No pubic hair.</p> 	<p>No signs of puberty. Scrotum, testes, and penis as in childhood.</p> 	<p>No pubic hair.</p> 
Stage 2	<p>Breast and nipples have just started to grow. The areola has become larger. Breast tissue bud feels firm behind the nipple.</p> 	<p>Initial growth of long pubic hairs. These are straight, without curls, and of light color.</p> 	<p>Initial growth of scrotum and testes. The skin on the scrotum has become redder, thinner, and more wrinkled. The penis may have grown a little in length.</p> 	<p>Few hairs around the root of the penis. The hairs are straight, without curls, and of light color.</p> 
Stage 3	<p>Breast and nipples have grown additionally. The areola has become darker. The breast tissue bud is larger.</p> 	<p>The pubic hair is more widespread. The hair is darker, and curls may have appeared.</p> 	<p>The penis has now grown in length. Scrotum and testes have grown. The skin of the scrotum has become darker and more wrinkled.</p> 	<p>Hairs are darker and curlier and still sparse, mostly located at the penis root.</p> 
Stage 4	<p>Nipples and areolas are elevated and form an edge towards the breast. The breast has also grown a little larger.</p> 	<p>More dense hair growth with curls and dark hair. Still not entirely as an adult woman.</p> 	<p>The penis has grown in both length and width. The head of the penis has become larger. The scrotum and testes have grown.</p> 	<p>More dense, curly, and dark hair. The hair growth is reaching the inner thighs.</p> 
Stage 5	<p>Fully developed breast. Nipples are protruding, and the edge between areola and breast has disappeared.</p> 	<p>Adult hair growth. Dense, curly hair extending towards the inner thighs.</p> 	<p>Penis and scrotum as an adult.</p> 	<p>Pubic hair extends upwards to the umbilicus. It is dense and curly.</p> 

CASE 25

Timothy Ketterhagen

Questions

Một trẻ gái 16 tuổi vào khoa cấp cứu với biểu hiện của đau bụng. Trẻ cho biết đã có cảm giác khó chịu từ tuần trước, tuy nhiên chỉ nặng lên trong vài ngày gần đây mà thôi. Trước đó đau kiểu âm ỉ, nhưng hiện tại thì đau nhói và nặng lên ở hạ vị. Lần kinh cuối là cách đây 3 tháng, nhưng đứa bé cho biết trước đây chưa bao giờ chu kỳ kinh của nó bình thường. Bệnh nhi còn cho biết rằng trẻ có cảm giác sưng húp lên, cô bé cho rằng là do nó ăn quá nhiều thức ăn nhanh, nhưng hiện tại vẫn nặng dần. Lần cuối nó đi đại tiện là cách 5 ngày và đi rất khó. Giảm cảm giác muốn ăn, nhưng không ghi nhận có nôn, không sốt, không sổ mũi, không tiểu khó, không tiêu chảy và cũng không phát ban. Bệnh nhân khẳng định không có quan hệ tình dục và cũng chưa từng mang thai.

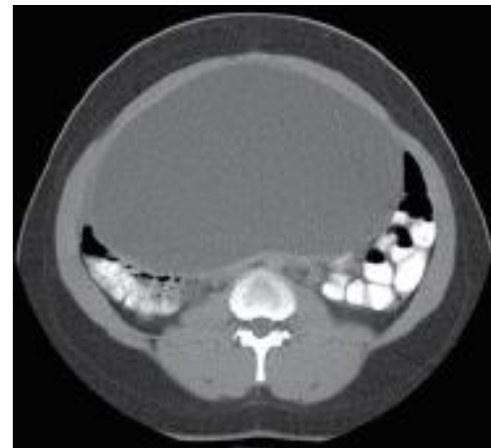
Trên thăm khám lâm sàng, bệnh nhân ốm nhưng không có biểu hiện nhiễm độc và biểu hiện đau ở mức độ trung bình. Sinh hiệu ổn định. Thăm khám tim phổi chưa ghi nhận bất thường. Khám bụng cho thấy bụng căng phồng, cảm ứng phúc mạc – **diffuse tenderness** tại vùng hố chậu phải cũng như cảm giác giác đầy bụng quanh vùng rốn. Không ghi nhận phản ứng dội – **rebound tenderness**, nhưng bệnh nhân lại có đề kháng thành bụng ở hố chậu phải khi sờ vào. Âm ruột bình thường. Thăm khám tiết niệu sinh dục bình thường. Tanner stage 5, không có tổn thương, không chảy dịch hoặc chảy máu âm đạo. Không căng đau góc sườn sống – **costovertebral angle CVA**.



Hình 25.1



Hình 25.2



Hình 25.3



Hình 25.4



Hình 25.5

Chẩn đoán và tiến hành đánh giá ntn đối với bệnh nhân này để có thể đưa ra được chẩn đoán?

Answers

Bệnh nhi này mắc phải bệnh lý xoắn u nang buồng trứng – **ovarian cyst with torsion**. Nang buồng trứng là một cấu trúc chứa dịch sinh ra từ buồng trứng. U nang buồng trứng gặp ở mọi lứa tuổi. Nang noãn – **follicular cysts** là cấu trúc có thành mỏng, và dễ vỡ kèm chảy máu rất ít. Vỡ nang hoàng thể - **corpus luteal cysts** chỉ xảy ra trước khi kinh nguyệt bắt đầu và có thể gây chảy máu nặng. Hầu hết u nang buồng trứng không có triệu chứng. Bệnh nhân có thể biểu hiện với khối vùng bụng không đau, tăng kích thước tại vòng eo, hoặc các triệu chứng mơ hồ như nôn hoặc táo bón. Lứa tuổi thanh niên có thể biểu hiện với triệu chứng đau vùng chậu, khó chịu khi tiểu tiện hoặc rối loạn kinh nguyệt.

Tiến hành đánh giá một bệnh nhi như thế này cần phải kiểm tra có thai hay không, CTM, bệnh lậu – **gonorrhea/chlamydia (GC)**. Các đánh giá cao hơn cần thiết để loại trừ các nguyên nhân khác. Siêu âm là một phương tiện chẩn đoán hình ảnh phù hợp, kèm với Doppler để đánh giá mạch máu nếu như có nghi ngờ xoắn buồng trứng. CT và MRI có thể hữu ích trong quan sát nang buồng trứng.

Chẩn đoán phân biệt có thể rộng ở bệnh nhi biểu hiện đau bụng nhưng lại rất quan trọng khi khẳng định hay loại bỏ một chẩn đoán nghiêm trọng. Chẩn đoán phân biệt bao gồm, nhưng là bị giới hạn, xoắn buồng trứng, vỡ u nang buồng trứng, xoắn u nang buồng trứng, mang thai, thai lạc chỗ, lạc nội mạc tử cung – **endometriosis**, abscess vòi - buồng trứng, viêm vùng chậu – **pelvic inflammatory disease PID**, viêm ruột thừa, táo bón, viêm ruột, đau bụng kinh – **dysmenorrhea**, viêm tụy, viêm túi mật, sỏi thận, và ung thư.

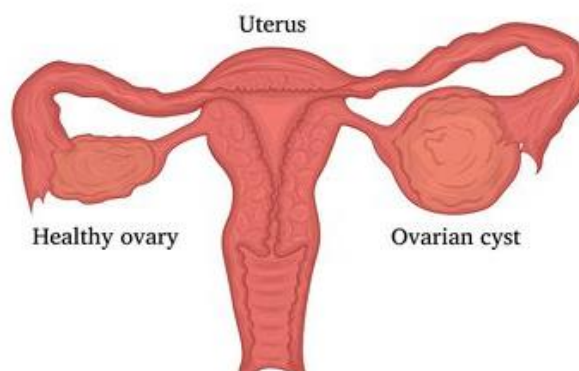
Phẫu thuật cắt bỏ nang có thể cần trong trường hợp các triệu chứng nặng, kích thước nang >5cm và tiến triển nhanh, nang rắn chắc hoặc nang lớn tồn tại >3-4 tháng. Hầu hết nang buồng trứng tự thoái hóa trong 4-8 tuần.

Keywords: gynecology, ultrasound, mass, abdominal pain, CT

Bibliography

Hoffman RJ, Wang VJ, Scarfone R. *Fleisher & Ludwig's 5-Minute Pediatric Emergency Medicine Consult*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012

Ovarian cyst



CASE 26

Victoria Rodriguez

Questions

Bé gái 10 tuổi vào viện tại khoa cấp cứu với ban mới hình thành và theo đũa trẻ là nó đang lan rộng ra. Cách đây khoảng một tháng đũa trẻ này phải nhập viện cũng tại khoa cấp cứu do đau họng.



Hình 26.1



Hình 26.2

Chẩn đoán là gì?

Bệnh lý nào có thể làm nặng tình trạng trên?

Thuốc sử dụng tại chỗ nào là phương án điều trị đầu tay trong trường hợp này?

Answers

Bệnh vảy nến dạng đốm – **guttate psoriasis** biểu hiện với ban đỏ dạng nốt tròn và mảng với lớp vảy mà trắng bạc. Phân bố chủ yếu ở thân, nhưng tổn thương cũng có thể xuất hiện ở chi cũng như ở lòng bàn tay bàn chân, và có dấu Auspitz dương tính (bóc lớp vảy có thể gây chảy máu mao mạch da)



Auspitz sign

Nhiễm liên cầu nhóm A được ghi nhận là có liên quan đến vảy nến dạng đốm khi mắc lần đầu. Sự liên kết là không rõ ràng, nhưng có tình trạng miễn dịch chéo giữa liên cầu và kháng nguyên tự nhiên – **native antigens**. Tầm soát nhiễm liên cầu nhóm A ở các bệnh nhân không triệu chứng còn đang tranh cãi, tuy nhiên, tuy nhiên thì các nghiên cứu của liệu pháp kháng sinh lại cho kết quả hỗn hợp nên vẫn chưa có thể đưa ra một kết luận chính xác sau cùng.

Sử dụng corticoid tại chỗ, kèm với liệu pháp chữa bệnh bằng ánh nắng mặt trời – có chứa tia UV, được cân nhắc như là một phương án điều trị đầu tay. Steroid có thể được sử dụng với thời gian như trong điều trị chăm, mặc dù nguy cơ đối với da mỏng và hấp thụ và hệ thống cơ thể nên cân nhắc ở bệnh nhi với tổn thương da lan tỏa.

Keywords: dermatology, infectious diseases

Bibliography:

Browning JC. An update on pityriasis rosea and other similar childhood exanthems. *Curr Opin Pediatrics* August 2009;21(4):481–5.

Krishnamurthy K, Walker A, Gropper CA, Hoffman C. To treat or not to treat? Management of guttate psoriasis and pityriasis rosea in patients with evidence of group A streptococcal infection. *J Drugs Dermatol* March 2010;9(3):241–50.

Silverberg NB. Pediatric psoriasis: An update. *Ther Clin Risk Manag* 2009;5:849–56.

Silverberg NB. Update on pediatric psoriasis. Part 1: Clinical features and demographics. *Cutis* September 2010;86(3):118–24

CASE 27**Emily Obringer****Question**

Một đứa trẻ ở độ tuổi biết đi vào viện vì ban (ảnh) sau khi nhiễm virus gần đây. Cậu bé không sốt và biểu hiện tốt. Ban ghi nhận khi khám có ban đối xứng và có vị trí ở các chi, mông và mặt.



Hình 27.1



Hình 27.2



Hình 27.3

Chẩn đoán là gì?

Answer

Hội chứng Gianotti – Crosti hay là viêm da đầu chi dạng sẩn – **papular acrodermatitis** ở trẻ em là một phản ứng tự giới hạn thường trước đó có bị nhiễm virus. Tác nhân virus thường gặp nhất bao gồm có Epstein – Barr virus và virus viêm gan B, cũng như một số loại virus phổ biến khác (Lauren and Garzon 2012). Tình trạng miễn dịch cũng có liên quan đến sự phát triển của bệnh lý này. Ban của bệnh nhân có đặc trưng là ban một hình thái, ban dạng sẩn phân bố ở mặt dưới của tay và chân, mông và mặt. Điều trị hỗ trợ và các tổn thương có thể tồn tại tối thiểu từ 3-6 tuần (Lauren and Garzon, 2012)

Keywords: infectious disease, dermatology

Reference:

Lauren CT, Garzon MC. Papules, nodules, and ulcers. In *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*, 4th ed., Long SS, Pickering LK, Prober CG, eds. Edinburgh: Elsevier-Saunders, 2012:449–54.

CASE 28

Emily Obringer

Questions

Một bé gái 5 tuổi vào khoa cấp cứu với biểu hiện của nổi ban ở chi dưới và mông, kèm theo đau bụng kiểu quặn thắt. Không sốt và bệnh ghi nhận có ban xuất huyết có thể sờ được tại các vùng chịu áp lực của cơ thể. Khi bệnh nhi không đau bụng, đưa trẻ cảm thấy thoải mái và tiếp xúc thoải mái hơn. Gần đây có bị nhiễm trùng đường hô hấp trên.



Hình 28.1



Hình 28.2

Bạn nghi ngờ đứa trẻ này mắc bệnh lý Henoch-Schönlein purpura (HSP). Ghi nhận lâm sàng nào thường gặp?

Mặc dù HSP là một chẩn đoán mang tính chất đậm về lâm sàng, nhưng một xét nghiệm nào cần được tiến hành?

Answers

1. Ban xuất huyết Schönlein – Henoch là một bệnh lý viêm mạch phổ biến nhất ở trẻ em. Tỷ lệ mắc cao nhất là từ 4-6 tuổi, với tỷ lệ nam/nữ là 2:1.

Trên lâm sàng những ghi nhận thường gặp đó là ban xuất huyết có thể sờ được, đau bụng, đau khớp, và sưng phù. Các triệu chứng của khớp thường có tính chất di trú và điển hình gặp ở những khớp lớn của chi dưới (Reid-Adam 2014). Mặc dù nguyên nhân vẫn chưa thể hiểu rõ và do nhiều yếu tố, nhưng HSP thường xảy ra sau đợt nhiễm trùng hô hấp trên (Reid – Adam,2014). Điển hình thì bệnh lý này tự giới hạn và hồi phục trung bình trong 4 tuần (Saulsbury. 2010).

2. Phân tích nước tiểu là xét nghiệm được khuyến cáo thực hiện ở bệnh nhi HSP và có vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh nhân. Viêm thận xảy ra ở 40-50% bệnh nhi mắc HSP và là bệnh lý liên quan phổ biến trong thời gian dài của HSP (Saulsbury,2010). Rối loạn chức năng thận có thể biểu hiện ngay ban đầu hoặc có thể phát triển sau một vài tháng. Dạng bệnh thận ở bệnh nhi HSP rất rộng và bao gồm có tiểu máu vi thể đến tiểu máu đại thể, thậm chí cả hội chứng thận hư. Mức độ nặng của viêm thận tương quan với tiến triển của bệnh thận mạn. Bệnh nhi nên được theo dõi bằng xn phân tích nước tiểu và tầm soát huyết áp trong vài tháng để theo dõi tình trạng bệnh lý. Sinh thiết thận có thể được chỉ định khi có tình trạng bệnh viêm thận hoặc hội chứng thận hư. Lắng đọng phức hợp miễn dịch IgA là ghi nhận điển hình trên kết quả tế bào học khi sinh thiết (Reid-Adam,2014)

Keywords: renal/nephrology, dermatology, rheumatology, hematuria, infectious disease

References

Reid-Adam J. Henoch-Schönlein purpura. *Pediatr Rev* 2014;35(10):447–9.

Saulsbury F. Henoch-Schönlein purpura. *Curr Opin Rheumatol* 2010;22:598–602.

CASE 29**Emily obringer****Question**

Trẻ ở độ tuổi trước khi đi học vào viện vì ghi nhận bất thường ở móng tay một tháng sau khi nhiễm virus có biểu hiện loét miệng và nổi ban. Bé gái này vẫn ăn uống bình thường và các vấn đề sức khỏe khác chưa ghi nhận bất thường. Không có tiền sử của chấn thương giuờng móng.



Hình 29.1



Hình 29.2

Đối với một tình trạng bất thường ở các móng tay như vậy, bạn sẽ hướng đến nhiễm virus nào trước đó?

Answer

Bệnh tay chân miệng là bệnh lý nhiễm virus phổ biến gây ra bởi virus coxsackie A16 và enterovirus D71, cũng như các loài khác của giống *Enterovirus*.

Biểu hiện đặc trưng bao gồm có sốt, loét đau vùng miệng, và nổi ban thường ở lòng bàn tay và lòng bàn chân.

Bong móng – **onychomadesis or shedding of the nails**, được ghi nhận như là một biến chứng ở lòng bàn tay và lòng bàn chân, điển hình nó diễn ra khoảng 4 tuần sau khi các triệu chứng ban đầu biến mất (Bracho et al., 2011; Wei et al., 2010). Sau đó thì sự phát triển của móng vẫn diễn ra bình thường.

**Onychomadesis – bong móng****Keywords:** infectious diseases, dermatology**References:**

Bracho MA, Gonzalez-Candelas F, Valero A, Cordoba J, Salazar A. Enterovirus co-infections and onychomadesis after hand, foot, and mouth disease, Spain, 2008. *Emerg Infect Dis* 2011;17(12):2223–31.

Wei SH, Huang YP, Liu MC, Tsou TP et al. An outbreak of coxsackievirus A6 hand, foot, and mouth disease associated with onychomadesis in Taiwan, 2010. *BMC Infect Dis* 2011;11:346

CASE 30

Michael Farnham and Timothy Ketterhagen

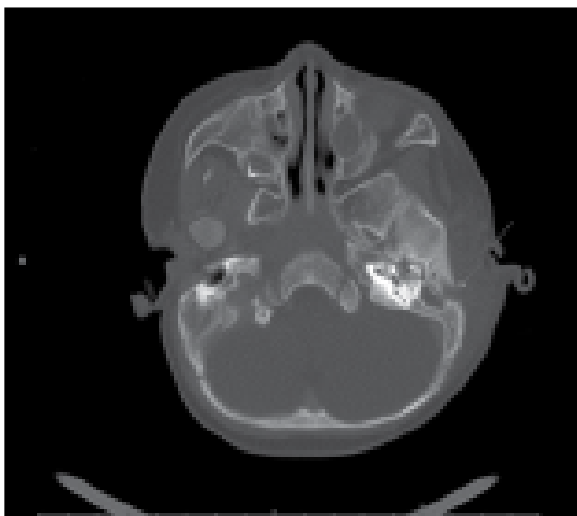
Questions

Một bà mẹ mang đứa con trai 8 tháng tuổi vào khoa cấp cứu do bất thường ở tai trái của trẻ. Bà mẹ cho hay, tai trái của trẻ có xây xước vài ngày trước và hôm nay thì bà phát hiện tai trái của trẻ khác biệt so với tai phải. Cậu bé này đã được điều trị viêm tai giữa cấp ở tai trái 1 tuần trước. 2-3 ngày hôm nay có sốt, khó chịu hơn bình thường. Có sổ mũi nhẹ, nhưng không ho, không nôn, không tiêu chảy, hoặc nổi ban. Không ghi nhận tiếp xúc với nguồn bệnh và tình trạng chủng ngừa thì vẫn còn đang tiến hành. Hiện tại ăn uống, tiểu tiện vẫn bình thường.

Thăm khám lâm sàng: trẻ khó chịu nhưng không biểu hiện đau ốm. Tai trái bị lồi ra và màng nhĩ xuất huyết, đau âm ỉ, và lồi căng ra. Trẻ khóc khi ta chạm vào tai trái và móm xương chũm. Các thăm khám lâm sàng khác chưa ghi nhận bất thường.



Hình 30.1



Hình 30.2

1. Chẩn đoán ở trẻ là gì, nguyên nhân có thể là gì?

2. Tại sao cần can thiệp nhanh chóng, và các biến chứng nào có thể xảy ra

Answers

1. Ở trẻ này bị viêm xương chũm – **mastoiditis**, một tình trạng nhiễm trùng khoang chũm. Hầu hết là do phế cầu gây ra cũng như *Streptococcus pyogenes* và *Haemophilus influenzae*. Tụ cầu vàng cũng có thể gây ra viêm xương chũm. Vi khuẩn gram (-) có thể gây ra viêm xương chũm bao gồm có *Pseudomonas aeruginosa* và *Moraxella catarrhalis*. Bệnh nhân sẽ biểu hiện sau một khoảng thời gian bị viêm tai giữa với biểu hiện sốt, đau phía sau tai, các triệu chứng chỉ ở một bên tai và giảm khả năng nghe. Một vài bệnh nhân có thể hình thành abscess tại da phía trên xương chũm.

2. Các xét nghiệm để đánh giá bệnh nhân bao gồm có CTM, các marker viêm, và cấy máu. CT scan xương thái dương nên được thực hiện nếu viêm xương chũm được nghĩ đến. Điều trị nhanh chóng với kháng sinh phổ rộng truyền tĩnh mạch là điều quan trọng, cùng với dẫn lưu mủ từ tai giữa and/or khoang xương chũm. Các biến chứng của viêm xương chũm bao gồm có viêm tủy xương – **osteomyelitis**, liệt dây thần kinh, giảm chức năng nghe, ỉn lan vào não do nằm sát với xương thái dương. Do đó can thiệp sớm là cần thiết.

Keywords: head and neck/ ENT, infection, do not miss, fever

Bibliography

Bluestone CD, Klein KO. Intratemporal complications and sequelae of otitis media. In *Pediatric Otolaryngology*, 4th ed., Bluestone CD, Alper CM, Stool SE, Arjmand EM, Casselbrant ML, eds. Philadelphia: Saunders, 2003:687.

Hoffman RJ, Wang VJ, Scarfone R. *Fleisher & Ludwig's 5-Minute Pediatric Emergency Medicine Consult*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

Luntz M, Brodsky A, Nusem S, Kronenberg J et al. Acute mastoiditis—The antibiotic era: A multicenter study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001;57:1.

Mitchell RB, Pereira KD. *Pediatric Otolaryngology for the Clinician*. Dordrecht: Humana Press, 2009:231–2. Wald ER. Acute mastoiditis in children: Clinical features and diagnosis. <http://www.uptodate.com/contents/acute-mastoiditis-in-children-clinical-features-and-diagnosis?> Accessed April 28, 2016.

CASE 31**Emily Obringer****Question**

Trẻ trai 3 tuổi với biểu hiện nổi ban và sốt 6 ngày nay. Mẹ bé cho biết trẻ khó chịu hơn bình thường và không muốn ăn hay uống. Trên thăm khám lâm sàng ghi nhận viêm kết mạc không xuất tiết – **nonexudative conjunctivitis** hai bên, một hạch cổ lớn, và ban đỏ và sưng phù tay, chân và môi.



Hình 31.1



Hình 31.2



Hình 31.3

**Hình 31.4**

Bạn nghi ngờ trẻ mắc bệnh Kawasaki. Các chẩn đoán phân biệt khác thì sao?

Answer

Bệnh Kawasaki là một tình trạng viêm gấp phổ biến nhất ở trẻ em <5 tuổi và được đặc trưng bởi sốt cao tối thiểu 5 ngày, nổi ban, viêm kết mạc không xuất tiết, nổi ban đỏ ở bàn tay và bàn chân, những thay đổi ở miệng và nổi hạch cổ một bên với đường kính >1.5cm. Phình đm vành là biến chứng đáng sợ nhất của bệnh lý này và nguy cơ này có thể được giảm nhẹ bằng điều trị tích cực ngay ban đầu bằng globulin miễn dịch truyền tĩnh mạch.

Không có một test chẩn đoán nào đối với bệnh này và các ghi nhận lâm sàng lại k đặc trưng, các bác sĩ lâm sàng phải loại trừ với các bệnh lý khác, Sởi nên được cân nhắc nếu trẻ chưa chủng ngừa hoặc trẻ với biểu hiện sốt, ban, ho, sổ mũi, viêm kết mạc. Chẩn đoán nhiễm adenovirus ở trẻ với các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh Kawasaki là một thách thức bởi vì cả hai bệnh lý này đều có biểu hiện tương tự nhau. Bệnh nhân với viêm họng xuất tiết và viêm kết mạc xuất tiết và mẫu xét nghiệm mũi họng dương tính với adenovirus thường k gặp trong bệnh cảnh lâm sàng của Kawasaki. Mặt khác, thì ban đỏ ở bàn tay và bàn chân, lưỡi dâu tây và ban bong vảy tại háng - **desquamating groin rash** thường k đặc trưng cho một tình trạng nhiễm adenovirus.

Keywords: infectious diseases, do not miss, fever, rash

Bibliography

American Academy of Pediatrics. Measles. In Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases, Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2015:535–47.

McCrinkle BW, Rowley AH, Newburger JW, Burns JC et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: A scientific statement for health professionals from the American Heart Association. *Circulation* 2017;135(17):e927–99.

Rowley AH, Shulman ST. Editorial commentary: Missing the forest for the trees; Respiratory viral assays in patients with Kawasaki disease. *Clin Infect Dis* 2013;56:65–6.

CASE 32

Emily obringer

Questions

Bé gái 6 tuổi biểu hiện sốt nhẹ, triệu chứng hô hấp vừa phải và sưng mắt bên trái trong 2 ngày trước.



Hình 32.1

Ngoài quai bị, thì bệnh do virus nào có vaccine phòng ngừa cũng có thể gây ra viêm tuyến mang tai?

Biện pháp phòng ngừa nào nên được áp dụng khi nghi ngờ quai bị?

Answers

1. Bệnh quai bị là một bệnh lý do virus phổ biến (Gutierrez 2012). Mặc dù những đối tượng chưa tiêm chủng vaccine quai bị có khả năng cao bị nhiễm hơn, nhưng cũng có thể xảy ra trên những cá thể đã chủng ngừa, đặc biệt là lứa tuổi trẻ thiếu niên – **older adolescents** và **young adults** (Barskey et al., 2009). Viêm tuyến mang tai là biểu hiện phổ biến nhất của quai bị, tuy nhiên thì 1/3 bệnh nhân lại không có biểu hiện sưng tuyến nước bọt và có thể chỉ có biểu hiện các triệu chứng hô hấp nhẹ nhàng mà thôi (**American Academy of Pediatrics 2015**). Khi biểu hiện, viêm tuyến mang tai thường biểu hiện một bên lúc đầu nhưng có thể thành hai bên lên đến 70% bệnh nhân (Gutierrez 2012)

Các bệnh lý có vaccin phòng bệnh khác cũng có thể gây ra viêm tuyến mang tai bao gồm có bệnh cúm, đặc biệt là cúm A (Krillov and Swenson, 1985). Các virus khác cũng có thể gây ra viêm tuyến mang tai bao gồm có virus á cúm, virus Epstein-Barr, Cytomegalovirus, coxsackievirus A và echovirus (Gutierrez 2012).

Nhiễm HIV cũng có thể gây ra tình trạng viêm tuyến mang tai nhưng thường biểu hiện ở dạng mạn, và sưng hai bên.

2. Quai bị lan truyền thông qua tiếp xúc với dịch tiết đường hô hấp của người nhiễm. Ngoài các phòng ngừa chuẩn, thì biện pháp phòng ngừa giọt dịch tiết – **droplet precautions** nên được áp dụng ở bất kỳ trường hợp nghi quai bị. (**American Academy of Pediatrics**)

DROPLET PRECAUTIONS

(in addition to Standard Precautions)

STOP VISITORS: Report to nurse before entering.

Use Droplet Precautions for patients known or suspected to be infected with pathogens transmitted by respiratory droplets generated by a patient who is coughing, sneezing or talking.

- Personal Protective Equipment (PPE)**
Don mask upon entry into the patient room or cubicle.
- Hand Hygiene**
Hand Hygiene according to Standard Precautions.
- Patient Placement**
Private room, if possible. Cohort or maintain spatial separation of 3 feet from other patients or visitors if private room is not available.
- Patient Transport**
Limit transport to medically necessary purposes.
 If transport or movement in any healthcare setting is necessary, instruct patient to **wear a mask** and follow Respiratory Hygiene/Cough Etiquette.

 No mask is required for persons transporting patients on Droplet Precautions.

DPR7.LA ©2008 Brevis Corporation www.brevis.com

References

American Academy of Pediatrics. Mumps. In *Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 30th ed., Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2015.

Barskey AE, Glasser JW, LeBaron CW. Mumps resurgences in the United States: A historical perspective on unexpected elements. *Vaccine* 2009;27(44):6186–95.
 Gutierrez K. Mumps virus. In *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*, 4th ed., Long SS, Pickering LK, Prober CG, eds. Philadelphia: Elsevier-Saunders, 2012:1125–9.

Krillov LR, Swenson P. Acute parotitis associated with influenza A infection. *J Infect Dis* 1985;152(4):853.

CASE 33***Nina Mbadiwe*****Question**

Một trẻ trai 3 tuổi khỏe mạnh được mang vào khoa cấp cứu bởi mẹ của đưa trẻ bởi vì bà phát hiện một tổn thương ở mí mắt trái của trẻ, tổn thương này theo bà đã phát triển từ 3 tháng trước. Hiện tại tổn thương này bắt đầu chảy máu từng đợt.

Trên thăm khám lâm sàng: trẻ biểu hiện tốt, một tổn thương đơn độc có cuống 1cm, có ban đỏ nhẹ ở tổn thương, tại mí mắt trái, tổn thương được phủ bởi lớp vỏ mỏng màu vàng – **yellow crusting**. Không có chảy máu khi thăm khám.



Hình 33.1

Bước tiếp theo trong quản lý và điều trị đối với trường hợp này là gì

Answer

Chẩn đoán ở trường hợp này là u hạt nhiễm khuẩn – **pyogenic granuloma**, bệnh lý này được biết đến (trên phương diện tế bào học) như là u mao mạch dạng thùy – **lobular capillary hemangioma**. Là một u mạch phổ biến nhất ở trẻ nhũ nhi và trẻ em. Bệnh lý này là một bệnh lý lành tính và có thể xảy ra ở trên da và niêm mạc. Độ tuổi trung bình là 6-10 tuổi.

Chẩn đoán dựa vào một nốt sẩn – **papule** dễ chảy máu và phát triển trong vài ngày đến vài tuần. Tổn thương thường khởi phát như là một nốt sẩn nhỏ màu đỏ, phát triển nhanh trong vài tuần đến vài tháng và sau đó trở nên ổn định. Hiếm khi tự thoái triển.

Ở hầu hết trường hợp không có nguyên nhân rõ ràng, mặc dù được cho rằng là do chấn thương

trước đó, hay là sử dụng thuốc, và tiền sử dị dạng mao mạch có thể làm nặng hơn.

Điều trị thường cần đến bởi vì thường có thể loét và chảy máu tại tổn thương. Điều trị bằng cách cắt bỏ tổn thương, có nhiều sự lựa chọn bao gồm có nạo đơn giản bằng dao điện – **electrocautery**, phẫu thuật cắt bỏ – **excision**, phẫu thuật bằng laser, phương pháp chườm lạnh – **cryotherapy**, hoặc liệu pháp tại chỗ/bên trong tổn thương.

Keywords: dermatology, head and neck/ENT, ophthalmology, mass.

Bibliography

Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BS, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8th ed. New York: McGraw-Hill, 2012

CASE 34**Alisa McQueen****Question**

Một bệnh nhi tuổi dậy thì lo lắng về một chỗ sưng ở gối một thời gian nên vào viện. Chỗ sưng này không đau, nhưng vào cuối ngày nó lại đau khi bị cọ xát với chân bên kia. Ngoài ra không còn bất kỳ dấu hiệu nào bất thường. Khi thăm khám, có một khối phồng chắc và cố định phía trên gối trái, không đau đau khi chạm vào. Khớp gối hoạt động bình thường, da phía trên khối phồng bình thường và thăm khám thần kinh mạch máu chi dưới vẫn bình thường.



Hình 34.1

Các bước tiếp theo cần tiến hành để đưa ra một chẩn đoán chính xác?

Answer

Chụp x quang ở đoạn hành xương của xương đùi với hình ảnh bờ xương xác định rõ và không có bằng chứng trên x quang cho thấy hình ảnh phá hủy xương và xâm nhiễm mô mềm. Sự xuất hiện và vị trí phù hợp với chẩn đoán u xương sụn – **osteochondroma**.

Là một u xương lành tính, còn được biết với tên gọi khác là **osteochondroma** - bướu / lồi xương sụn, có nguồn gốc từ vỏ của xương dài

(xương đùi và xương cánh tay là hai xương phổ biến nhất) và tiếp tục phát triển ở trẻ em co đến khi sụn tăng trưởng bị cốt hóa. Khi kích thước và vị trí gây ra các triệu chứng khó chịu, phẫu thuật có thể được tiến hành. Bởi vì rất ít nguy cơ ác tính, nên các tổn thương không phẫu thuật thì nên theo dõi bằng thăm khám lâm sàng và chụp x quang phù hợp.



Hình 34.2

Keywords: orthopedics, congenital anomaly, benign, mass

Bibliography:

Springfield DS, Gebhardt MC. Bone and soft tissue tumors. In *Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics*, 6th ed., Morrissy RT, Weinstein SL, eds. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006:493.

CASE 35***Nina Mbadiwe*****Question**

Một trẻ trai 7 tuổi vào khoa cấp cứu do triệu chứng đi khập khiễng kèm với đau khớp háng hai bên từng đợt. Không sốt, không sụt cân, hoặc các triệu chứng hệ thống. Đưa bé và bố mẹ nó đều khẳng định không có bất kỳ chấn thương nào.

Trên thăm khám: trẻ không sốt, không có tình trạng suy hô hấp hay tuần hoàn, nhưng biểu hiện khó chịu nhẹ do đau. Để giảm đau trẻ hạn chế vận động của khớp háng (trong tư thế dạng và xoay trong); các thăm khám khác bình thường.

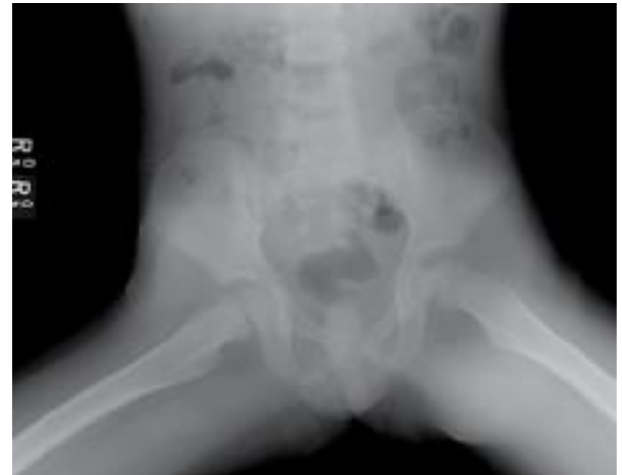
Xét nghiệm hình ảnh nào cần thực hiện để xác định chẩn đoán?

Answer

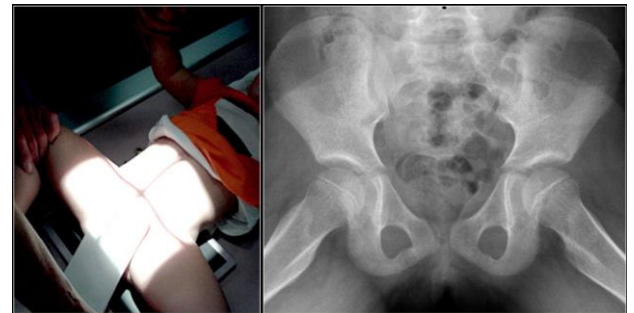
Bệnh Legg – Calvé – Perthes gây ra hoại tử (do không mất cấp máu) vô căn khớp háng (đầu xương đùi). Nguyên nhân là không xác định. Bệnh thường gặp ở bệnh nhi từ 3 -12 tuổi và với tỷ lệ nam/nữ là 4:1. Bệnh nhân điển hình hình biểu hiện đi khập khiễng và cũng có thể có đau khớp háng, đùi trước, hoặc khớp gối. Chụp x quang trong khoảng thời gian đầu (A-P view và frog view) có thể vẫn bình thường. Sau một khoảng thời gian của bệnh, trên x quang thường biểu hiện tăng đậm độ và dị dạng (phẳng dẹt ra và vỡ ra từng mảnh) ở đầu xương đùi.



Hình 35.1



Hình 35.2

*Frog view x ray***Keywords:** orthopedics, limp**Bibliography**

Weinstein SL. Legg-Calvé-Perthes syndrome. In *Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics*, 6th ed., Morrissy RT, Weinstein SL, eds. Lippincott, Williams, and Wilkins, 2006.

CASE 36

Nina Mbadiwe**Question**

Trẻ gái khỏe mạnh 13 tuổi vào khoa cấp cứu 2 ngày với triệu chứng đau chân và khớp gối bên phải, bắt đầu các triệu chứng này sau khi cô bé bị té ngã xe đạp. Đứa bé khẳng định không bị tê chân, dị cảm – *paresthesia*, hoặc các chấn thương khác.

Trên thăm khám: không sốt, và không ghi nhận tình trạng suy tạng cấp. Khi sờ vào vùng sưng gần gối phải thì đau. Không ấm hay xuất huyết ở vùng này, X quang kết quả mô tả có tình trạng gãy xương bệnh lý.



Hình 36.1



Hình 36.2

Chẩn đoán phân biệt đối với một tình trạng gãy xương bệnh lý là gì?

Answer

Gãy xương bệnh lý là kết quả của tình trạng yếu xương thứ phát sau một bệnh lý như còi xương – *rickets*, u xương, chứng loãng xương thiếu niên – *juvenile osteoporosis*, suy thận mạn, bệnh xương thủy tinh – *osteogenesis imperfecta*, nang xương đơn độc – *unicameral bone cysts*, nang xương phình mạch – *aneurysmal bone cysts*, hoặc là u xơ không cốt hóa – *non ossifying fibromas*. Gãy xương thường xảy ra sau một chấn thương nhỏ, do đó mà gãy xương bệnh lý có thể không được phát hiện. Đầu gối xương đùi và xương cánh tay là những vị trí thường gặp nhất của gãy xương bệnh lý.

Keywords: orthopedics, extremity injury

Bibliography:

Ortiz EJ, Isler MH, Navia JE, Canosa R. Pathologic fractures in children. *Clin Orthop Relat Res* 2005;116.

CASE 37

Timothy ketterhagen

Question

Một bà mẹ mang đứa con trai 6 tuổi vào khoa cấp cứu khi bà lo lắng về một cái răng bị gãy. Đứa bé trước đó 15 phút chơi đuổi bắt với chị gái của mình và khi chạy đứa bé bị ngã và đập miệng của mình vào góc bàn. Đứa bé vẫn tỉnh táo và vẫn hoạt động bình thường kể từ khi va chạm. Khi vào khoa cấp cứu bà mẹ có mang theo cái răng bị gãy. Bệnh nhi cho biết có đau nhẹ ở miệng và ngoài ra không còn bất kỳ chấn thương nào khác.

Thăm khám lâm sàng cho thấy đứa bé vẫn tỉnh táo. Khám khoang miệng cho thấy mất cái răng cửa trên bên phải kèm với chảy máu nhẹ ở chân răng. Không còn chấn thương ở khoang miệng nào khác. Ngoài ra không còn ghi nhận bất thường nào khác.



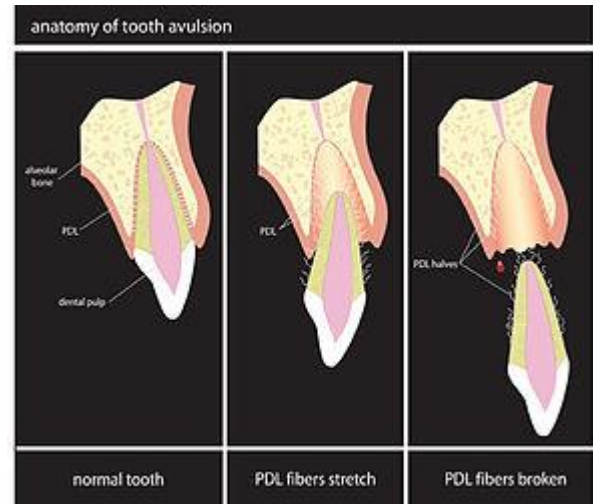
Hình 37.1 (tươi quá :)



Hình 37.2

Yếu tố nào nên được cân nhắc để quyết định có nên cấy răng - [Reimplantation](#) vào lại hay không?

Answer



Thuật ngữ **avulsion** - nhổ bật răng ra được sử dụng trong tình huống này. Ở những trường hợp như vậy cần kiểm soát chảy máu ngay ban đầu.

Các yếu tố nên được cân nhắc trước khi cấy một cái răng như vậy vào lại bao gồm *có răng này là răng sữa hay là răng vĩnh viễn, chăm sóc trước khi cấy, và thời gian kể từ khi răng bị gãy ra*. Nếu là răng sữa thì không cần. Tiên lượng tốt nhất đối với răng vĩnh viễn khi tiến hành là thời gian vào khoảng từ 15-30' sau chấn thương. Trước khi tiến hành, rửa nhẹ màng răng, nhưng việc cọ rửa và chạm vào răng nên hạn chế. Nếu răng không được cấy vào lại ngay lập tức, có thể bảo quản trong dung dịch muối đẳng trương, sữa hoặc một số dung dịch kém hiệu quả hơn như nước muối sinh lý hoặc nước bọt. Giảm đau hoặc gây tê phù hợp nên được sử dụng. Cần tham khảo ý kiến của bác sĩ nha khoa về cần tiến hành “nẹp” và các phương pháp điều trị khác.

Keywords: head and neck/ENT, dental injury, oropharyngeal injury.

Bibliography

Fleisher GR, Ludwig S, eds. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

Hoffman RJ, Wang VJ, Scarfone R. *Fleisher & Ludwig's 5-Minute Pediatric Emergency Medicine Consult*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

CASE 38*Leah Finkel***Question**

A 5-year-old boy with no past medical history presents after falling with a pencil in his mouth. He was running in school, tripped, and landed on it. On exam he is in moderate pain with some mild blood oozing from inside his mouth. There are no signs of respiratory distress.



Picture 38.1

What do you see on examination and how would you manage this?

Answer

This is a case of uvular trauma.

Penetrating injuries of the oropharynx occur with some frequency in children. Initial evaluation should focus on the mechanism of injury, location of injury, wound characteristics, and the child's neurologic status. Minor oropharyngeal injuries typically heal spontaneously, but a small number of them can result in significant complications including deep neck infections or carotid artery bleeding. Furthermore, injury to the internal carotid artery may lead to thrombus formation as well as a dissecting aneurysm or pseudoaneurysm that may

lead to neurologic sequelae including stroke. Any concern for neurovascular damage should be evaluated with CT angiography or angiogram.

The majority of oropharyngeal injuries can be treated conservatively, including wounds through the hard palate. Wounds that may require intervention are ones in which there is a large avulsion flap, through-and-through wounds, or wounds with a potential retained foreign body. Consider the use of prophylactic antibiotics to prevent infection, in particular for patients requiring admission or those who have deeper and larger injuries. Oral injuries also require tetanus prophylaxis.

Keyword: head and neck/ENT, oropharyngeal injury, penetrating trauma

Bibliography

Kupietzky A. Clinical guidelines for treatment of impalement injuries of the oropharynx in children. *Pediatr Dent* 2000;22:3.

Hellman J, Schott SR, Gootee MJ. Impalement injuries of the palate in children: Review of 131 cases. *Int J Otorhinolaryngol* 1993;22:6

CASE 39**Michael Gottlieb****Questions**

Một trẻ trai 5 tuổi vào khoa cấp cứu vì bố mẹ ghi nhận trẻ đau ở mắt trái 2 ngày trước. Trước ngày nhập viện có các triệu chứng của nhiễm virus, nhưng bắt đầu đau vào ngày hôm này sau khi đưa trẻ dụi mắt của nó. Thị giác hai bên đều 20/20, nhưng đưa bé cho hay ở phía trên vi trường mắt trái có tình trạng mờ. Không có tình trạng viêm kết mạc hoặc đau khi vận động nhãn cầu. Tiến hành nhuộm huỳnh quang – **fluorescein staining** và kết quả ở các hình dưới.



Hình 39.1

1. Sự khác biệt giữa trầy giác mạc và loét giác mạc là gì?
2. Nhiễm trùng nào phổ biến có liên quan với việc sử dụng kính áp tròng trong thời gian dài?

Answers

Trầy giác mạc xảy ra khi biểu mô giác mạc bị tổn thương, và có thể là do chấn thương trực tiếp hoặc sử dụng kính áp tròng trong thời gian dài. Các triệu chứng bao gồm có cảm giác có dị vật, ngứa và đau mắt. Cảm giác sợ ánh sáng – **photophobia** có thể có nếu có liên quan đến viêm mống mắt – **iritis**.

Loét giác mạc – **corneal ulcer** là tình trạng trầy giác mạc có nhiễm trùng. Có thể xảy ra do vi khuẩn từ môi trường bên ngoài hoặc có thể do **precipitating etiology**, như trong các trường hợp của viêm giác mạc do virus hoặc do nấm – **viral or fungal keratitis**. Về sau có thể chẩn đoán phân biệt bằng sự hiện diện của viêm kết mạc nhiễm trùng, chảy mủ, tăng loét bờ từ chỗ viêm, hoặc sự hiện diện của tổn thương tỏa nhánh – **dendritic**.

Khi sử dụng kính áp tròng trong thời gian dài sẽ gia tăng nguy cơ nhiễm **Pseudomonas aeruginosa**. Đây là một tác nhân nguy hiểm hơn và có thể kháng nhiều loại kháng sinh chuẩn được sử dụng cho mắt. Vì vậy, bất kỳ bệnh nhi nào biểu hiện của trầy giác mạc do sử dụng kính áp tròng trong thời gian dài nên được sử dụng kháng sinh kháng pseudomonas như ciprofloxacin, ofloxacin, hoặc gentamycin.

Keywords: ophthalmology, foreign body, infection

Bibliography:

Ahmed F, House RJ, Feldman BH. Corneal abrasions and corneal foreign bodies. *Prim Care* September 2015;42(3):363–75.

Wipperman JL, Dorsch JN. Evaluation and management of corneal abrasions. *Am Fam Physician* January 2013;15;87(2):114–20.

CASE 40

Michael Gottlieb

Questions

Trẻ trai 12 tuổi vào viện do giảm tri giác và đau đầu dữ dội sau khi té ngã cầu thang. Đứa bé có thể nói nhưng sử dụng từ ngữ không phù hợp và không thể tạo thành câu hoàn chỉnh. Đứa trẻ chỉ vận động khi gây đau và mở mắt theo yêu cầu của người khám. Được đưa đi chụp CT và kết quả được trình bày ở hình 40.1



1. Thang điểm Glasgow sẽ dựa vào những thông tin được cung cấp nào?
2. Loại xuất huyết nào biểu hiện trên CT của trẻ?

Answers

1. Thang điểm hôn mê Glasgow được đánh giá dựa trên trạng thái thần kinh và có thể cho biết được mức độ chấn thương và có giá trị thông qua giao tiếp với người đánh giá. Thang điểm này bao gồm có 3 thành phần bao gồm có: mắt, nói, và vận động; với mức điểm tối đa là 15 (bảng 40.1). Ở bệnh nhi trong trường hợp này GCS là 11 (3E,3V,5M)

2. Ở bệnh nhân này là xuất huyết màng cứng. Khởi phát của các triệu chứng thường từ từ và xuất hiện hình ảnh trăng lưỡi liềm – **crescentic** trên CT. Khối máu tụ có thể đẩy đường giữa – **suture lines** nhưng không thể đẩy được các nếp gấp màng cứng – **dural reflection** (ví dụ như lều tiểu não – **tentorium cerebelli**, hoặc liềm não – **falx cerebri**). Ngược lại thì khối máu tụ dưới màng cứng do chấn thương các động mạch não, hầu hết là động mạch não giữa và trên CT cho hình ảnh lồi ra và đẩy các nếp gấp màng cứng nhưng lại k đẩy đường giữa.

Keywords: neurosurgery, altered mental status, headache, do not miss, blunt trauma

Bibliography:

Rosman NP, Oppenheimer EY, O’Connor JF. Emergency management of pediatric head injuries. Emerg Med Clin North Am April 1983;1(1):141–74.

Wright DW, Merck LH. Head trauma. In Tintinalli’s Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, Tintinalli JE, Stapczynski J, Ma O, Yealy DM, Meckler GD, Cline DM, eds. New York: McGrawHill, 2016

	>1 year		<1 year	
Eye opening	4	Spontaneously	Spontaneously	
	3	To verbal command	To shout	
	2	To pain	To pain	
	1	No response	No response	
Best motor response	6	Obeys	Spontaneous movements	
	5	Localizes pain	Localizes pain	
	4	Flexion-withdrawal	Flexion-withdrawal	
	3	Abnormal flexion	Abnormal flexion	
	2	Abnormal extension	Abnormal extension	
	1	No response	No response	
	>5 years		2–5 years	0–23 months
Best verbal response	5	Oriented and converses	Appropriate words and phrases	Coos and smiles appropriately
	4	Disoriented and converses	Inappropriate words	Cries
	3	Inappropriate words	Cries and/or screams	Inappropriate crying and/or screaming
	2	Incomprehensible sounds	Grunts	Grunts
	1	No response	No response	No response

CASE 41

Michael Gottlieb

Questions

Trẻ trai 10 tuổi không có tiền sử y khoa nào trước đây, được mang vào khoa cấp cứu với tình trạng thở nhanh sau khi bị tai nạn xe máy. Trên đường di chuyển đến bệnh viện thì tình trạng của trẻ nặng lên, thở nhanh, hạ oxy máu và ghi nhận giảm âm thở đáng kể ở phổi trái. Trẻ được đặt nội khí quản và ống dẫn lưu ngực – **chest tube**. Kết quả x quang ngực và CT bụng ở hai hình dưới



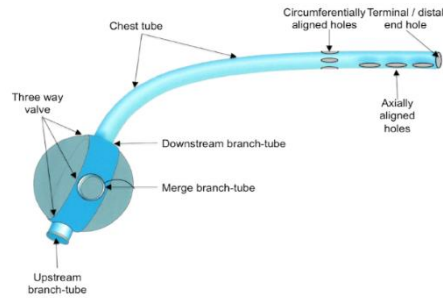
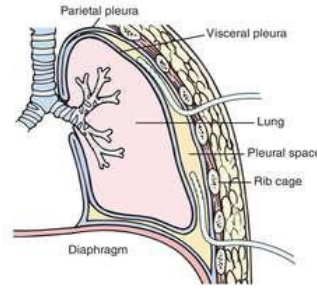
Hình 41.1



Hình 41.2

1. Xét nghiệm nào nhạy nhất để phát hiện chấn thương vỡ cơ hoành? Phía bên nào thì dễ bị hơn?

2. Điều trị đối với trường hợp thoát vị do chấn thương cơ hoành?



Answers

1. X quang ngực là phương thức chẩn đoán có độ nhạy thấp nhất trong chẩn đoán vỡ cơ hoành. CT sẽ cải thiện độ nhạy trong chẩn đoán, nhưng có thể vẫn bỏ sót một số đáng kể các trường hợp. Trong khi nội soi ổ bụng được cho rằng có thể phát hiện hầu hết các trường hợp, thì nội soi ngực dưới sự hướng dẫn của video được cho là có độ nhạy cao nhất – **video assisted thoracoscopy**. Vỡ cơ hoành thường xảy ra ở bên trái hơn so với bên phải, bởi vì bên phải có sự bảo vệ tự nhiên của gan.

2. Hầu hết các trường hợp có triệu chứng đều cần đến can thiệp ngoại khoa. DO cơ hoành vẫn tiếp tục vận động và vẫn tiếp tục chịu sức ép từ các cấu trúc của ổ bụng thì chỗ rách của cơ hoành không thể tự hồi phục được. Nếu chỗ rách này rộng ra, thì các thành phần của ổ bụng có thể thoát vị vào khoang ngực do áp lực khoang bụng tăng so với áp lực ở khoang ngực. Điều này có thể dẫn đến triệu chứng ho kéo dài, thở nhanh, khó thở khi nằm – **orthopnea**, và thậm chí là tổn thương ở ruột nếu bị thắt nghẹt.

Keywords: blunt trauma, respiratory distress, life – threatening, do not miss, acute abdomen

Bibliography:

Rashid F, Chakrabarty MM, Singh Y, Iftikhar SY. A review on delayed presentation of diaphragmatic rupture. *World J Emerg Surg* August 2009;21(4):32.

CASE 42

Emily Obringer

Questions

Trẻ gái 5 tuổi bị cắn vào bàn tay bởi con chó của chính gia đình trẻ. Cả chó và đứa trẻ đều được tiêm chủng đầy đủ. Con chó vẫn hoạt động bình thường. Vết thương được làm sạch và băng bó tại nhà. Hiện tại sau 2 ngày, đau tại vết thương và sưng lên.

1. Bệnh cảnh lâm sàng nào ở một bệnh nhân bị chó cắn nên được sử dụng kháng sinh?

2. Bệnh cảnh lâm sàng nào nên chủng ngừa bệnh dại – *rabies* sau khi bị chó cắn?





Answers

Vết thương chó cắn bị nhiễm trùng với tần suất chỉ khoảng 10-15% và thường là nhiễm đa vi khuẩn – *polymicrobial* (American Academy of Pediatrics, 2009). Các tác nhân phổ biến nhất bao gồm có: **loài *Pasteurella*, tụ cầu vàng, liên cầu, và vi khuẩn kỵ khí** (Talan et al., 1999). Kháng sinh theo kinh nghiệm được sử dụng là **amoxicillin – clavulanate** đường uống. Các bác sĩ lâm sàng nên lưu ý đến thuốc không tác dụng lên nhóm tụ cầu vàng kháng penicillin và khi vi khuẩn này chỉ xuất hiện đơn độc trong kết quả nuôi cấy vết thương, kèm theo hoặc thay thế kháng sinh cần đc tiến hành.

Trong các bệnh cảnh nhất định, kháng sinh mới được chỉ định bao gồm có: vết thương nặng và bầm dập, vết thương thủng – **puncture wound**, các vị trí như: ở mặt, tay, chân, và vùng sinh dục; ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch, và khi vết thương trong có vẻ nhiễm trùng (American Academy of Pediatrics 2009). Thời gian điều trị phụ thuộc vào mức độ nặng và vị trí của tổn thương.

Phụ thuộc vào dịch tễ vùng miền, mà chó bị dại có thể phổ biến hay không (Centers for Disease Control and Prevention, 2014). Do vậy mà đánh giá nguy cơ bệnh dại là quan trọng đv tất cả vết thương do chó cắn. Nếu chó biểu hiện dại hoặc không thể xác định vị trí của nó trong vòng 10 ngày, bên nhân nên được phòng bệnh dại. Kèm với trong vòng 10 ngày sau bị cắn, con chó biểu hiện dại thì bệnh nhân cũng nên được tiến hành phòng dại. Đv bệnh nhân chưa được chủng dại trước đó thì tiến hành chủng ngừa, sau đó là sau 3,7 và 14 ngày (American academy of pediatrics 2009). Thêm vào đó, thì globulin miễn dịch – ***rabies immune globulin – RIG***, nên đc sử dụng phối hợp trong ngày chủng ngừa đầu tiên. ***Half of the RIG should be infiltrated directly into the dog bite wound with the rest administrated intramuscularly in a site (or multiple sites, if necessary) distant from where the rabies vaccine was administered (American academy of Pediatrics, 2009).***

**RABIES CLINICAL FORMS:
FURIOUS AND DUMB (PARALYTIC)**

- **Furious form** – Animal is restless, nervous, aggressive, and dangerous (fearless). Inability to swallow water (**hydrophobia**), **excessive salivation**, **exaggerated response to light and sound**, **hyperesthesia** (animals commonly bite or scratch themselves). 
- **Dumb or paralytic form** - As encephalitis progresses, fury gives way to paralysis. **Convulsive seizures**, **depression**, **coma**, and **respiratory arrest** resulting in death **2 to 14 days after onset of clinical signs**. 

Keywords: animal bite, bite wound, infectious disease, hand injury, skin and soft tissue infection

References

American Academy of Pediatrics. Bite wounds. In *Red Book: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 28th ed., Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2009:187–91.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Reported cases of rabies in cats and dogs, by county, 2014.

<http://www.cdc.gov/rabies/resources/publications/2014-surveillance/2014-cats-and-dogs.html#dogs>. Last modified April 29, 2016.

Talan DA, Citron DM, Abrahamian FM, Moran GJ, Goldstein EJC. Bacteriologic analysis of infected dog and cat bites. *NEJM* 1999;350:85–92.

CASE 43**Timothy Ketterhagen****Question**

Người bố mang đứa con gái 18 tháng tuổi vào khoa cấp cứu để xử trí sau khi đứa bé dẫm phải lưỡi câu. Không có chấn thương khác nào được ghi nhận.

Trên thăm khám lâm sàng: trẻ tỉnh, lưỡi câu găm vào bờ sau của mắt ngoài chân tría. Không ghi nhận có chảy máu, ngoài ra thăm khám không ghi nhận bất thường nào khác. Chấn thương được mô tả trên hình ảnh.



Hình 43.1



Hình 43.2

Thủ thuật nào được tiến hành để có thể lấy lưỡi câu này ra?

Answer

Hầu hết các tổn thương do lưỡi câu là tổn thương nông. Tuy nhiên thì tình trạng thần kinh và mạch máu cũng nên được đánh giá. Các tổn thương liên quan đến xương và gân cần phải được đánh giá cẩn thận. Chẩn đoán hình ảnh thường không cần

thiết. Chấn thương liên quan đến mắt cần đánh giá tình trạng nhãn khoa ngay lập tức. Cần đánh giá khả năng mất uốn ván và kháng sinh dự phòng thường không cần thiết.

Có một vài thủ thuật có thể dùng để có thể áp dụng trong trường hợp chấn thương nông. Làm sạch vết thương và giảm đau tại chỗ nên được áp dụng đối với tất cả trường hợp.

Các thủ thuật lấy lưỡi câu ra gồm có: **retrograde (đẩy ngược ra)**, **string (dùng các sợi dây)**, **needle cover (dùng kim chèn vào)**, **advance and cut**.

Kỹ thuật sử dụng sợi dây để lấy móc câu: khó giải thích lắm nên tốt nhất là xem video của link sau nhé: <https://www.youtube.com/watch?v=ZRgH1oLMNnI>.

Các kỹ thuật còn được mô tả rõ ràng ở một bệnh nhi bị lưỡi câu móc vào mắt, ở vùng gần mắt trong video sau: <https://www.youtube.com/watch?v=YyymouV8ulU> (lưu ý khi xem video)

Keywords: procedures, foreign body

Bibliography

Fleisher GR, Ludwig S, eds. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
Gammons M, Jackson E. Fishhook removal. *Am Fam Physician* 2001;63:2231–7

CASE 44*Diana Yan***Question**

Một trẻ trai 7 tuổi có tiền sử dị ứng với trứng nay được đưa vào khoa cấp cứu sau một tai nạn là cậu bé đâm vào ngón tay cái của mình bởi bút tiêm epinephrine Epipen (*epinephrine autoinjector*). Cậu bé cho biết rằng cậu cảm thấy ngón cái mình đau và ông bố cho biết là ngón cái trở nên lạnh và tím hơn. Không có triệu chứng toàn thân nào như nhịp tim nhanh, đổ mồ hôi hay run rẩy. Trước đó, cậu bé cảm thấy bình thường. Tiền sử y khoa có hen mức độ trung bình và dị ứng với trứng. Ngoài sử dụng bút tiêm này, cậu bé còn dùng corticoid dạng hít hai lần mỗi ngày và albuterol khi cần thiết.

Thăm khám lâm sàng: trẻ khóc, nhưng vẫn tỉnh táo, lạnh lợi và biểu hiện ổn. Thăm khám ngón tay cái ghi nhận tím, lạnh ngón tai cái bên phải với thời gian đổ đầy mao mạch – *capillary refill time* - lớn hơn 3s. Khi ấn vào ngón cái trẻ bảo đau và cây kim vẫn mắc trong ngón cái. Vẫn có thể cử động ngón cái, nhưng cảm giác thì giảm ở phần ngoại biên.



Hình 44.1



Hình 44.2

Câu hỏi đặt ra đó là tiến hành xử trí như thế nào đối với triệu chứng thiếu máu ở các ngón sau khi sử dụng bút tiêm epinephrine?

Answer

Tiến hành điều trị hỗ trợ. Tình trạng này khá phổ biến và hiếm khi cần đến can thiệp. Theo một đánh giá hồi cứu của **The Texas poison control network** đã ghi nhận 127 trẻ trên 6 tuổi xảy ra các tai nạn khi sử dụng bút tiêm epinephrine ở các ngón tay (ngón chân) và không có trường hợp nào có ảnh hưởng đến toàn thân đáng kể hay các ảnh hưởng nào lên mạch máu. Không có bất kỳ bệnh nhân nào cần nhập viện hoặc cần can thiệp ngoại khoa. Khoảng 58% bệnh nhân tự hồi phục các triệu chứng trong 2h, trong khi đó có 10% bệnh nhân không có triệu chứng. Hầu hết tiến hành theo dõi, trong khi đó có 29 bệnh nhân được điều trị bằng nitroglycerin dán tại chỗ, tiêm tại chỗ phentolamine, sử dụng terbutaline tại chỗ, hoặc kết hợp cả 3 phương pháp này. Ngâm nước ấm cũng được sử dụng ở 32 % trường hợp. Tất cả các trường hợp có sự hồi phục mà không kèm bất kỳ biến chứng nào. Vì vậy chúng tôi khuyến cáo theo dõi bệnh nhân tối thiểu 2h và cần nhắc các liệu pháp nội khoa tại thời điểm này nếu bệnh nhân vẫn tiếp tục biểu hiện thiếu máu ở đầu chi.

Keywords: penetrating trauma, medications, hand injury

Bibliography

Muck AE, Beharta VS, Borys DJ, Morgan DL. Six years of epinephrine digital injections: Absence of significant local or systemic effects. *Ann Emerg Med* 2010;56:270–4.

CASE 45

Diana Yan

Question

Một trẻ gái 19 tuổi, với tiền sử dị ứng với hạt dẻ vào khoa cấp cứu sau khi y tá tại trường sử dụng bút tiêm epinephrine, tiêm vào đùi trái của bệnh nhi. Bé biểu hiện nổi mào đay – *urticaria* và khó thở sau khi ăn bánh chocolate brownie (theo tìm hiểu trên wiki có chứa thành phần là hạt dẻ). Kể từ khi sử dụng epinephrine thì các triệu chứng cải thiện, nhưng có một điều đó là cái bút vẫn còn mắc lại trong đùi trái của bé. Không có tiền sử y khoa nào đáng kể khác hoặc sử dụng thuốc nào trước đó.

Trên thăm khám lâm sàng: trẻ tỉnh, hoạt động vẫn bình thường, trẻ biểu hiện lo lắng khi chạm vào vùng có cây bút găm vào. Đau tăng khi mà cây bút di chuyển, nhưng không có tình trạng chảy máu hay chảy dịch ở vùng đùi trái. Cơ lực 5/5 ở ngoại vi, cảm giác vẫn bình thường, thời gian đổ đầy mao mạch ít hơn 2s.



Hình 45.1



Hình 45.2

Câu hỏi là hãy nêu các biến chứng có thể xảy ra khi sử dụng bút tiêm epinephrine – *epinephrine autoinjector*?

Answer

Gây ra vết rách và mắc kim tại vị trí chích là những trường hợp hay gặp. Bệnh nhân có shock quá mẫn sau khi ăn thức ăn có chứa các dị ứng nguyên. Shock quá mẫn được định nghĩa là khi có từ một triệu chứng toàn thân, các triệu chứng toàn thân bao gồm có ở da, mô mềm (nổi mào đay), trên hô hấp (khó thở, khô khè), tiêu hóa (nôn), hệ thần kinh trung ương (giảm tri giác hoặc ảnh hưởng đến trạng thái tinh thần), hệ tim mạch (huyết áp tụt kẹt). Các triệu chứng của bệnh nhân quá mẫn sẽ được giải quyết sau khi điều trị thích hợp bằng epinephrine. Trong trường hợp này, đầu kim có xu hướng gây ra vết rách tại vị trí tiêm. Những vết rách có độ rộng đáng kể cần phải khâu lại. Trẻ có nguy cơ đối với các biến chứng là những trẻ khi sử dụng bút tiêm vùng vẩy quá nhiều. Các đề nghị được đưa ra để giảm nguy cơ bao gồm có:

- Bất động chân trẻ.
- Giữ bút tiêm gần đùi và sau đó tiêm hơn là sử dụng phương pháp “*swing and push*”.
- Giữ kim tiêm tại vị trí tiêm chỉ 2s, là tối đa, thay vì các khuyến cáo là 10s.

Tất cả những khuyến cáo này nên được áp dụng để tạo ra một môi trường được kiểm soát nhiều hơn và do đó thì ít nguy cơ xảy ra các chấn thương hay là mắc đầu kim tại vị trí tiêm. Trong trường hợp trước đó, kim đâm xuyên qua xương thì khả năng tự hồi phục là rất cao và không để lại biến chứng nào. Biến chứng nguy hiểm nhất trong tình huống này đó là viêm tủy xương – *osteomyelitis*. Nếu kim đâm vào ngón chân, ngón tay, các tổn thương có thể gặp ở vùng da hai bên ngón – *whitlow*, và giảm sự phát triển của móng. Trong trường hợp cụ thể ở bé gái này, có thể dự phòng bằng kháng sinh amoxicillin-acid clavulanic.

Keywords: penetrating trauma, extremity injury, medications, procedures.

CASE 46

Timothy Ketterhagen

Question

Một người cha mang đứa con trai 14 tuổi vào khoa cấp cứu sau khi đứa trẻ bị một chấn thương ở tay phải. Tay của bệnh nhân đấm vào tường khi đứa trẻ bị ngã. Bệnh nhi chỉ báo có triệu chứng đau ở tay phải và ngoài ra không còn triệu chứng nào khác.

Thăm khám lâm sàng: trẻ biểu hiện bình thường. Có sưng ở bờ trụ của bàn tay phải. Bệnh nhi không thể nắm bàn tay phải do đau. Da vùng tay không bị tổn thương. Không có biểu hiện của tổn thương thần kinh mạch máu, tuy nhiên khi duỗi các ngón ghi nhận một dị dạng hình tròn tại ngón năm (như hình dưới). Thăm khám lâm sàng khác chưa ghi nhận bất thường.



Hình 46.1



Hình 46.2



Hình 46.3

Câu hỏi đặt ra các hình ảnh trên bộc lộ chấn thương gì ở bệnh nhân?

Answer

Trường hợp này, gãy ngang cổ xương bàn số năm hay còn gọi là gãy **boxer (võ sĩ quyền anh đấm)– boxer's fracture**.

Hầu hết các trường hợp gãy xương bàn tay xảy ra ở phần cổ của xương. Phần lớn là ở xương bàn số năm. Một điều quan trọng là khi quan sát chấn thương phải xác định đó là gãy xương hở hay không. Đối với gãy xương bàn, thường áp dụng quy tắc 10°, 20°, 30°, 40°. Góc chấp nhận được là 10 độ đối với xương bàn số hai (trên phim nghiêng – vì chỉ định phẫu thuật đối với trường hợp gãy cổ xương bàn cần đến phim nghiêng xương bàn tay), và theo đó tăng dần góc – và 40 độ là góc chấp nhận của xương bàn năm. Đối với các trường hợp góc gãy vượt một mức cho phép, cần chỉ định nắm xương kín – **closed reduction**. Chức năng trong thời gian dài có thể hồi phục ở hầu hết các trường hợp mặc dù có góc gãy có đáng kể.

Keywords: extremity injury, blunt trauma, orthopedics, hand injury

Bibliography

Fleisher GR, Ludwig S, eds. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

CASE 47**Michael Gottlieb****Questions**

Một trẻ nam 14 có tiền sử y khoa bình thường, nay vào viện mảnh gỗ xuyên ngón ba và ngón bốn bàn tay trái khi đưa trẻ giúp bố của mình vận chuyển khúc gỗ trong sân. Không có chấn thương nào khác. Tình trạng thần kinh bình thường.



Hình 47.1

Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh nào có thể giúp phát hiện các dị vật trong cơ thể?

Kháng sinh dự phòng có cần thiết sau khi loại dị vật ra khỏi cơ thể?

Answers

Mặc dù *NHÌN* là một trong những cách phát hiện hiệu quả đối với các dị vật, nhưng hầu hết các chuyên gia đều khuyến cáo rằng nên tiến hành thêm chẩn đoán hình ảnh để khẳng định không có dị vật nào khác bị bỏ sót. Chủ yếu vẫn sử dụng là x quang. Siêu âm có thể được sử dụng để quan sát dị vật và có giá trị khi các dị vật không cản quang – **radiolucent** hoặc quá nhỏ. Siêu âm cũng có thể được sử dụng để hỗ trợ định khu vị trí và loại bỏ tại thời gian thực. CT có thể được sử dụng ở bệnh nhân nghi ngờ có dị vật khi mà kết quả của các phương tiện chẩn đoán trước đó âm tính nhưng nên sử dụng dè chừng bởi vì gia tăng đáng kể tình trạng nhiễm xạ.

Tỷ lệ nhiễm trùng là rất thấp sau khi đã loại trừ dị vật ra khỏi, và nhìn chung kháng sinh dự phòng là không cần thiết. Nguyên nhân phổ biến nhất của tình trạng nhiễm trùng đó là do bỏ sót các dị vật (đặc biệt là các dị vật hữu cơ), điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện và loại bỏ những dị

vật này trong thăm khám ban đầu. Cần xác định những vết cắn ở tay, vì có thể cần đến kháng sinh dự phòng, theo dõi tình trạng uốn ván và cung cấp dự phòng uốn ván nếu cần.

Keywords: foreign body, penetrating trauma, hand injury, ultrasound

Bibliography

Halaas GW. Management of foreign bodies in the skin. *Am Fam Physician* September 1, 2007;76(5):683–8.
Lammers RL, Magill T. Detection and management of foreign bodies in soft tissue. *Emerg Med Clin North Am* November 1992;10(4):767–81.

CASE 48

Michale Gottlieb**Questions**

Một bệnh nhi 17 tuổi, giới nữ, biểu hiện đau ngón năm táy trái. Khi chơi bóng mềm thì bị bóng đập vào ngón này, gây đau ngay lập tức và có thể thấy bất thường ở ngón này. Bệnh nhân của chúng ta khẳng định không có các chấn thương khác. Vết thương kín. Tình trạng thần kinh bình thường, thời gian đổ đầy mao mạch bình thường. Kết quả chụp x quang như sau



Hình 48.1



Hình 48.2

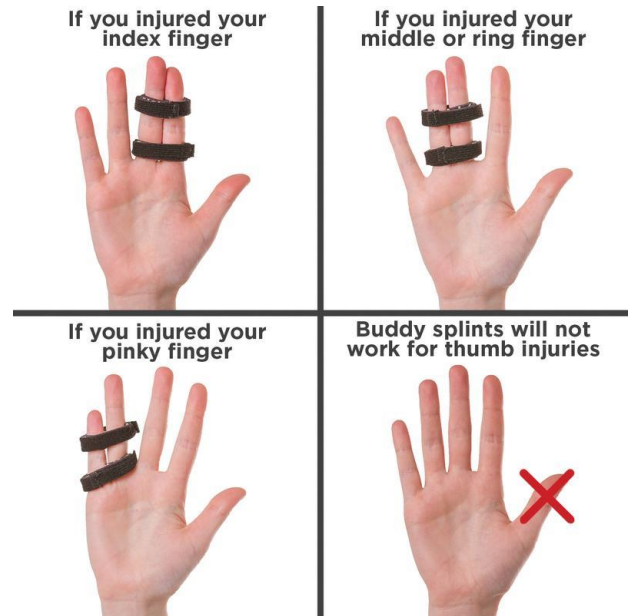
1. Tiến hành nắn chỉnh như thế nào trong trường hợp này?

2. Sau khi nắn chỉnh, thì cố định như thế nào?

Answers

1. Ở bệnh nhân này bị trật khớp về mặt lưng của khớp ngón gần ngón 5 bàn tay trái – **proximal interphalangeal joint (PIPJ)**. Tiến hành nắn chỉnh bằng cách kéo đầu xa của ngón bị chấn thương, trong khi đó ấn lòng bàn tay trực tiếp lên đốt giữa. Nắn thường thường có kết quả ngay trên thăm khám lâm sàng và có thể khẳng định lại trên x quang sau nắn.

2. Cố định sau nắn như thế nào: cổ điển thì tiến hành nẹp ngón bị trật khớp ở tư thế duỗi 30 độ trong một tuần, và sau đó băng ngón – **buddy taping** trong 1-2 tuần kèm với cử động càng sớm càng tốt. Nếu bất động trong thời gian dài có thể dẫn đến cứng khớp.

Hình minh họa **buddy taping**

Keywords: hand injury, procedures, orthopedics

Bibliography

Borchers JR, Best TM. Common finger fractures and dislocations. *Am Fam Physician* April 15, 2012;85(8):805–10.
Leggit JC, Meko CJ. Acute finger injuries: Part II. Fractures, dislocations, and thumb injuries. *Am Fam Physician* March 1 2006;73(5):827–34.

CASE 49

Diana Yan

Question

Một bé gái 6 tuổi khỏe mạnh vào khoa cấp cứu sau khi ngã khi đang chơi khoảng một giờ trước. Cô bé cho biết vấp chân và ngã trong tư thế duỗi – **outstretched arm**. Sau khi ngã, bắt đầu khóc và mẹ bé thấy tay trẻ có bất thường. Mẹ bé ghi nhận rằng bé có thể cử động các ngón tay nhưng không thể cử động cánh tay, và bé bảo đau ở cẳng tay phải. Ngoài ra không ghi nhận chấn thương vùng đầu và suy giảm tri giác.

Thăm khám cho thấy bé tỉnh và chịu ngồi yên trong tay mẹ. Có dị dạng rõ ràng ở cẳng tay phải. Có bé có thể cử động các ngón tay của mình và cảm giác ở đó vẫn bình thường, CRT <2s.



Hình 49.1



Hình 49.2

Câu hỏi đặt ra đó là gãy theo kiểu gì và điều trị như thế nào cho phù hợp?

Answers

Ở trường hợp này, gãy trên là gãy cành tươi – **greenstick fracture**, điều trị lý tưởng sẽ là nắn xương kín. Gãy cành tươi có xu hướng xảy ra ở trẻ từ 5-14 tuổi, khi mà xương còn mềm và dẻo hơn. Tình trạng này được cân nhắc là gãy không hoàn toàn khi xương bị uốn cong và đường gãy không đi đến vỏ xương. Dị dạng kiểu uốn cong thường xảy ra là do chấn thương dạng xoắn – **torsional injury** và cần được điều trị bằng nắn kín kèm với bó bột. Sau khi bó bột cần thăm khám và chụp phim x quang theo dõi.

Để hạn chế tiếp xúc với tia X cho trẻ em. Một nghiên cứu ở 109 bệnh nhi từ 2-15 tuổi có gãy cành tươi xương cẳng tay, cho thấy hiếm trường hợp nào cần đến nắn bổ sung sau khi nắn kín ban đầu. Trong nghiên cứu này thì tác giả đưa ra đề nghị số lượng phim nên chụp sau khi nắn đó là **một lần sau 2 tuần và một lần khác sau 6 tuần**. Ngoài ra còn đưa ra vai trò của siêu âm trong chẩn đoán gãy đầu xa xương cẳng tay để giảm tiếp xúc với tia x. Trong nghiên cứu của Herren et al (2015) trên 201 bệnh nhi từ 4-11 tuổi với gãy đầu xa xương cẳng tay (có 32% gãy cành tươi) thì siêu âm cho độ đặc hiệu và độ nhạy là 99.5% trong chẩn đoán. Chẩn đoán bằng siêu âm bao gồm có phát hiện một u máu màng xương – **periosteal hematoma**, hoặc tình trạng bong màng xương – **detachment of the periosteum**/khoảng trống ở vỏ xương – **cortical gap** hoặc chỗ phình – **bulge**. Ngoài ra còn có thể phát hiện được chấn thương phần mềm mà x quang không thể.

Keywords: orthopedics, extremity injury, procedures, ultrasound

Bibliography

Herren C, Sobottke R, Ringe MJ, Visel D, Graf M, Müller D, Siewe J. Ultrasound-guided diagnosis of fractures of the distal forearm in children. *Orthop Traumatol: Surg Res* 2015;101:501–5.

Ting BL, Kalish LA, Waters PM, Bae DS. Reducing cost and radiation exposure during the treatment of pediatric greenstick fractures of the forearm. *J Pediatr Orthop* 2016;36:816–20.

CASE 50

Michael Gottlieb**Questions**

Trẻ trai 14 tuổi vào khoa cấp cứu do đau gối trái sau khi va chạm khi đá bóng. Sau va chạm, ngay lập tức ngã xuống và không đi lại được. Ngoài ra k còn chấn thương nào khác. Thăm khám thần kinh bình thường và mạch cũng vậy. Trên x quang cho thấy hình ảnh sau.



Hình 50.1



Hình 50.2

1. Chẩn đoán và điều trị trường hợp này?
2. Tiến hành nắn chỉnh như thế nào?

Answers

Trường hợp này trẻ bị trật khớp bánh chè – **acute patellar dislocation**. Diễn hình xảy ra do chấn thương trực tiếp lên xương bánh chè hoặc cử động vặn xoắn bất ngờ của cẳng chân, và thường gặp ở trẻ do khớp này vẫn còn lỏng lẻo. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng và cần tiến hành nắn nhanh chóng, và có thể không cần đến cả kháng định trên x quang. Sau đó, bệnh nhân nên được gửi đến khoa ngoại chấn thương để tiếp tục theo dõi.

Kỹ thuật nắn xương bánh chè, xem video thay lời muốn nói:
<https://www.youtube.com/watch?v=57dGvS4JL4k>.
 Mặc dù cho kỹ thuật này tương đối nhanh và dễ thực hiện nhưng một điều quan trọng phải giảm đau cho bệnh nhân để làm bệnh nhân dễ chịu và dễ hợp tác hơn.

Keywords: extremity injury, orthopedics, procedures

Bibliography:

Krause EA, Lin CW, Ortega HW, Reid SR. Pediatric lateral patellar dislocation: Is there a role for plain radiography in the emergency department? *J Emerg Med* June 2013;44(6):1126–31.

Lu DW, Wang EE, Self WH, Kharasch M. Patellar dislocation reduction. *Acad Emerg Med* February 2010;17(2):226

CASE 51

Michael Gottlieb**Questions**

Một bé trai 11 tuổi đau hông trái sau khi bị tai nạn do va chạm với xe máy. Không có chấn thương vùng đầu. Trên thăm khám ghi nhận khớp háng trái ngấn so với bên đối diện và xoay trong. Cảm giác, cơ lực, mạch và thời gian đổ đầy mao mạch ở đầu xa của chi dưới vẫn bình thường. Phim x quang bên dưới



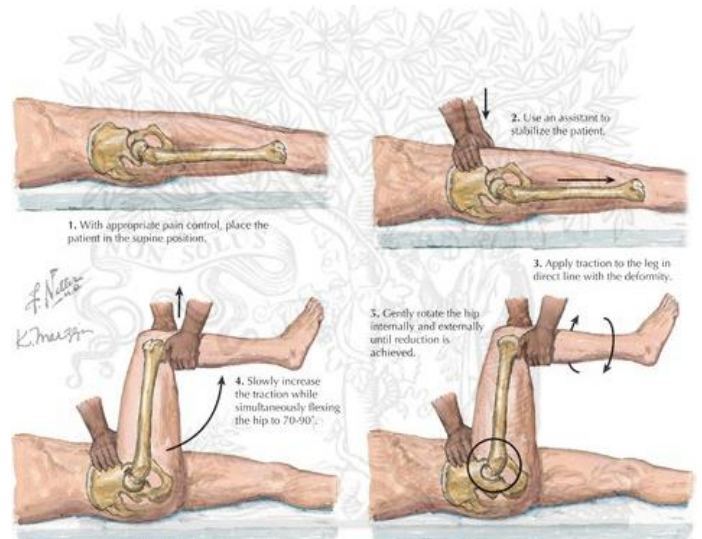
Hình 51.1

1. Các biến chứng có thể xảy ra đối với chấn thương kiểu như thế này?
2. Kỹ thuật nắn chỉnh như thế nào?

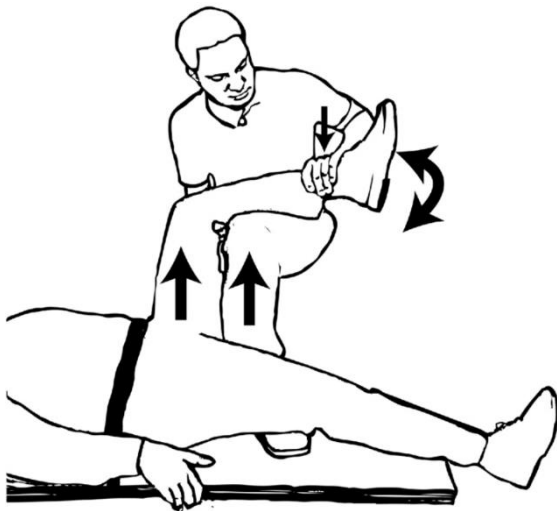
Answers

Ở bệnh nhi này biểu hiện của trật khớp háng. Trên lâm sàng cần phân biệt với gãy xương đùi bằng biểu hiện của gãy xương đùi là chi ngắn đi và xoay ngoài, trong khi đó trật khớp háng biểu hiện ngắn chi và xoay trong. Trật khớp háng có thể có liên quan đến tổn thương dây thần kinh tọa và các dây thần kinh đùi, cũng như gia tăng nguy cơ của viêm xương khớp – **osteoarthritis** sớm. Nắn chỉnh sớm là cần thiết, nếu kéo dài thời gian nắn chỉnh sẽ gia tăng nguy cơ của hoại tử chỏm xương đùi vô mạch – **avascular necrosis of the femoral head**. Biến chứng này thường gặp ở trẻ em đặc biệt là với trường hợp chỏm xương đùi trật khỏi ổ cối khớp háng như trường hợp này – this complication (avascular necrosis of the femoral head) is more common in children with open physes, as in this case.

Trừ trường hợp gãy xương được phát hiện, thì nên tiến hành nắn sớm trong phòng cấp cứu để giảm nguy cơ của tình trạng hoại tử vô mạch. Trẻ bị trật khớp có chỏm xương đùi trật hoàn toàn khỏi ổ chảo nên được tham khảo ý kiến của các bác sĩ chấn thương chỉnh hình. Phương pháp Allis - cho bệnh nhi nằm ngửa thoải mái trên giường bệnh, được gây mê, háng và gối gấp 90 độ, đùi khép nhẹ. Người phụ giữ cố định hai mào chậu xuống mặt giường, hoặc buộc đai cố định xương chậu vào giường. Người tiến hành nắn kê đầu gối của mình dưới khoeo của bệnh nhân làm điểm tựa, tay ấn cổ chân của người bệnh xuống và lực kéo chính dựa vào một đai vai quàng số 8 vào cổ người nắn và vòng vào dưới gối người bệnh để kéo đùi thẳng lên trời. Có thể đặt thêm hoặc duỗi nhẹ đùi. Nắn được sẽ nghe tiếng “cục”. Ngoài ra còn có thực hiện kéo thẳng đùi theo cách như hình sau:



Một kỹ thuật mới, được biết đến với tên gọi là kỹ thuật nắn “Captain Morgan” - bệnh nhân nằm trên giường, gây mê; người phụ giữa cổ định mào chậu hoặc dùng đai cố định mào chậu vào giường, tư thế gấp khớp háng và đùi góc 90 độ, kê chân người nắn phía dưới khoeo của bệnh nhân, tay phải giữ đùi bệnh nhân, tay trái ấn cổ chân bệnh nhân xuống kết hợp với xoay trong và ngoài sao cho khớp háng vào đúng vị trí.



Có thể xem trên thực tế các bác sĩ tiến hành như thế nào ở các video sau:

Kỹ thuật nắn Captain Morgan

<https://www.youtube.com/watch?v=HIMVx-ZWOQg>

<https://www.youtube.com/watch?v=82ln7i2JdZE>

Kỹ thuật nắn Allis và cả kỹ thuật Captain Morgan

<https://www.youtube.com/watch?v=VYl6M87Uh68>

Keyword: orthopedics, extremity injury, procedures

Bibliography

Stein MJ, Kang C, Ball V. Emergency department evaluation and treatment of acute hip and thigh pain. *Emerg Med Clin North Am* 2015 May;33(2):327–43.

CASE 52

Kevin R. Schwartz

Question

Một trẻ trong độ tuổi mới biết đi, không có tiền sử y khoa gì đáng kể, trong khi ở với mẹ bé với thời tiết lạnh thì bị mất găng tay. Găng tay bị rơi mất và mẹ bé không để ý đến điều này trong vài phút. Vài giờ sau, mẹ bé ghi nhận sưng các ngón tay và mang bé vào khoa cấp cứu

Trên thăm khám, sinh hiệu bình thường. Trẻ tỉnh, và biểu hiện bàn tay như hình dưới, sau khi sưởi ấm tích cực ở bàn tay



Hình 52.1



Hình 52.2

1. Hãy trình bày các khuyến cáo đối với việc tái sưởi ấm tình trạng bỏng lạnh – **frostbite** ở các đầu chi?

2. Ngoài ra, cần cần nhắc điều trị gì thêm đối với các trường hợp cấp và khi nào chỉ định can thiệp phẫu thuật

Answers

Ở bệnh nhi bị bỏng lạnh. Tổn thương mô ở bỏng lạnh do hai cơ chế - (a) tổn thương trực tiếp vào tế bào do sự hình thành tinh thể băng ngoại bào – **ice crystal formation** kèm với tổn thương màng tế bào làm cho tế bào bị mất nước và (b) thiếu máu nuôi dưỡng lớp biểu bì như là một hệ quả của đáp ứng các trung gian viêm, gây tổn thương tế bào màng trong, và tạo huyết khối gây ra tình trạng huyết khối vi mạch và các mô bị ảnh hưởng do tình trạng thiếu oxy nuôi dưỡng.

Bỏng lạnh có thể chia làm 4 mức độ:

- **Độ 1** – một vùng da đỏ lên có cảm giác tê cứng với một mảng trắng ở trung tâm
- **Độ 2** - bỏng rộp với dịch trong suốt hoặc màu trắng sữa xung quanh nền da đỏ.
- **Độ 3** - bỏng rộp xuất huyết phía trên vùng da không có tuần hoàn mạch máu kèm phù nề
- **Độ 4** – mô vùng bỏng cứng, màu xanh – xám và không còn cảm giác.





Độ 1 và độ 2 ở mức độ nặng với chăm sóc thích hợp có thể hồi phục mà không kèm mất vùng mô bị bỏng, trong khi đó ở độ 3 và 4 thì tổn thương ít có khả năng hồi phục tốt.

Điều trị đối với bỏng lạnh bao gồm có tránh làm ấm (như sử dụng túi chườm ấm, lửa hoặc lò sưởi) hoặc tiếp xúc với nguồn lạnh tại vùng bị ảnh hưởng và tránh các chấn thương cơ học tác động lên vùng da bị ảnh hưởng. Trong khoa cấp cứu, nhanh chóng ngâm tay (chân) bị bỏng lạnh vào nước ấm kèm với một thuốc kháng sinh nhẹ (như povidone – iodine hoặc chlorhexidine ở nhiệt độ từ 38 – 40 độ C. Nên ngâm cho đến khi cảm giác cứng lạnh hết hoàn toàn, thường là từ 15-30 phút. Cần sử dụng thêm opiates để cho người bệnh thoải mái trong suốt quá trình ngâm ấm cho bệnh nhi. NSAIDs (thường là ibuprofen) nên được cho ngay ban đầu để kiểm soát cơn đau và hạn chế phản ứng viêm. Dự phòng bằng kháng sinh vẫn còn đang tranh cãi và không được khuyến cáo là một cách tiếp cận chuẩn.

Có một bằng chứng độc lập cho rằng sử dụng hoạt hóa plasminogen mô – **tissue plasminogen activator (TPA)** có thể giảm tổn thương mô hiệu quả và giảm đáng kể tần suất phải cắt cụt chi ở các trường hợp bỏng lạnh nặng.

TPA nên được cân nhắc trong các trường hợp bỏng lạnh nặng, xảy ra trong vòng 24h, chưa trải qua chu trình tan băng – đóng băng – **freeze thaw cycle**, và không có chống chỉ định khác của TPA (ví dụ như chảy máu, suy giảm thần kinh). Các trung tâm điều trị không có TPA nên cân nhắc chuyển bệnh nhân đến các chuyên khoa có khả năng điều trị.

Cắt cụt chi sớm nên tránh trừ khi có tình trạng nhiễm trùng rầm rộ hoặc hoại thư ướt – **wet gangrene**. Nhìn chung, hầu hết các khuyến cáo đều cho phép bảo tồn toàn bộ mô (thi thoảng với thời gian từ 1-3 tháng) trước khi tiến hành phẫu thuật cắt bỏ phần mô bị nhiễm trùng – **debridement** hoặc là cắt cụt – **amputation**. MRI và scan xương có thể tiên lượng khả năng bảo tồn của chi và có thể sử dụng trong việc lên kế hoạch phẫu thuật.

Frostbite	First degree	Second degree	Third degree	Fourth degree
Image				
Layers involved	• Epidermis	• Epidermis • Dermis	• Hypodermis	• Skin, muscles, tendons, and bones
Signs and symptoms	Erythema and edema	Hard edema and clear blisters	Hemorrhagic bullae, pale grey extremity	Insensate, black/grey
Rewarming	Minimal pain with rewarming	Mild to moderate pain with rewarming	Severe pain with rewarming	Painless during rewarming

Bản phân mức độ của bỏng lạnh.

Keywords: environmental injuries, hand injury, medications, dermatology

Bibliography

Handford C, Thomas O, Imray CH. Frostbite. *Emerg Med Clin N Am* 2017;35:281–99.
Hutchison RL. Frostbite of the hand. *J Hand Surg Am* 2014;39:1863–8

CASE 53**Alisa McQueen****Question**

Trẻ trai 2 tuổi, trước đây khỏe mạnh, vào khoa cấp cứu với ban ở hai má.

Không sốt, vẫn chơi đùa bình thường, trông vẫn khỏe mạnh, có ban đỏ cứng nhưng không đau ở hai bên má.



Câu hỏi đặt ra là cần khai thác tiền sử gì đối với gia đình bé trai này để định hướng chẩn đoán?

Answer

Đây là bệnh lý viêm lớp mỡ dưới da – **panniculitis**, hay còn gọi là “**popsicle panniculitis**” do hoại tử mô mỡ dưới da do tiếp xúc với lạnh trong thời gian dài. Biểu hiện xuất hiện 24-48h sau khi tiếp xúc đó là vùng da nổi đỏ và cứng. Đứa trẻ này ngày hôm trước khi khai thác tiền sử được phát hiện là có ngậm que kem. Bệnh lý này chỉ xảy ra ở trẻ nhỏ, có nồng độ cao acid béo bão hòa - chất này kết tinh khi gặp lạnh. Không cần điều trị, và k để lại sẹo, tuy nhiên tình trạng này có xu hướng tái phát.

Keywords: head and neck/ENT, dermatology, mimickers, environmental injuries

Bibliography

Day S, Klein BL. Popsicle panniculitis. *Pediatr Emerg Care* 1992;8(2):91–3.

CASE 54**Veena Ramaiah****Question**

A 3-year-old presents with blood in underwear and a laceration in her genitourinary area. Patient told her mom that she was playing with her 7- and 5-year-old brothers and they were sliding down a pole (a rod from a window shade) they had set up from the bed to the floor. There were hard plastic blocks on the ground near the end of the pole. Mom thinks her daughter slid onto the hard blocks causing the laceration.

The patient is able to tolerate an exam in the supine frog-leg position. On exam, there is a perineal laceration that seems to extend up to the distal posterior vaginal wall. There is bleeding from the laceration but not from the inside of the vagina as far as you can tell.



Is this a plausible explanation? What is your next step? How would you manage this laceration?

Answer

Genital lacerations are indicative of trauma to the genital area. It is plausible that this occurred from the child straddling an object forcefully—either impaling herself on the rod or falling forcefully on a hard object as it is primarily an external injury.

The concern of sexual abuse always exists with any genital injury. In order to increase the reliability of the history, the child should be interviewed separate from the caretakers, if verbal, to ask the events of the history.

This child was interviewed and reported getting hurt when she slid down the rod and fell. During a screening of sexual abuse history, she denied anyone hurting her or touching her.

Medically, an exam under sedation was arranged to ensure no intravaginal laceration, no extension into the rectum, and to repair the laceration.

In general, straddle injuries in females result in external injury. Most children fall forward so injury is often seen to the anterior structures such as the clitoris, the labia majora, and the fold between the labia majora and minora. Girls can also fall directly onto their perineum as in this case. Again the injury is primarily external and does not involve the hymenal tissue or the more internal structures.

Injuries from sexual abuse or assault are very uncommon overall—80%–90% of exams are normal—however, when they are present, they usually involve the posterior rim of the hymen (4 o'clock–8 o'clock) or the posterior fourchette.

Keywords: child abuse mimickers, genitourinary, blunt trauma

Bibliography

Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, Levitt CJ, Shapiro RA, Moles RL,

Starling SP. Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* April 2016;29(2):81–7.

Saxena AK, Steiner M, Höllwarth ME. Straddle injuries in female children and adolescents: 10-year.

CASE 55

Kevin R. Schwartz

Question

Một trẻ gái 13 tuổi mắc co giật được bắt đầu điều trị kiểm soát co giật bằng thuốc vào 2 tuần trước (**lamotrigine** - thuốc chống co giật). Nay trẻ vào viện với sốt và nổi ban. Trên thăm khám lâm sàng, bệnh nhi biểu hiện khó chịu với sinh hiệu: sốt 38,4 độ C, nhịp tim 120 bpm, và trên da biểu hiện như hình sau:



Hình 55.1

Câu hỏi: Chẩn đoán là gì và loại thuốc gì thường có liên quan đến tình trạng này nhất?

Answer

Trường hợp này được chẩn đoán là hội chứng Stevens – Johnson (**stevens – johnson syndrome SJS**). SJS được đặc trưng bởi ban đỏ dạng dát – **erythematous macules** với ban xuất huyết tối màu ở vùng trung tâm, tiến triển thành bong nước và cuối cùng là vỡ. Ban thường bắt đầu ở mặt và ngực như hình trên và lan ra. Theo BMJ, SJS là một hội chứng miễn dịch với kháng nguyên bên ngoài, SJS là một dạng nghiêm trọng hơn hồng ban đa dạng;

và có biểu hiện nhẹ hơn tình trạng hoại tử thương bì nhiễm độc – **toxic epidermal necrolysis (TEN)**.

Phân loại của bệnh tùy thuộc vào tỷ lệ phần trăm ảnh hưởng đến da: SJS ảnh hưởng thường <10% diện tích bề mặt toàn thân (**total body surface area – TBSA**); SJS/TEN ảnh hưởng từ 10-30% và TEN ảnh hưởng >30% TBSA.

Các thuốc thường dùng trong nhi khoa có liên quan đến SJS hầu hết thuộc **nhóm chống động kinh (lamotrigine, carbamazepine, phenobarbital, phenytoin)** và **kháng sinh trimethoprim – sulfamethoxazole**. Nhiều thuốc khác cũng có liên quan đến SJS nhưng ít gặp hơn bao gồm có kháng sinh họ beta-lactam, cephalosporin, fluoroquinolones, và các thuốc NSAIDs.

Điều trị đối với những trường hợp này đó là dừng các thuốc có khả năng gây ra hội chứng này và tích cực chăm sóc vết thương, thường ở trung tâm bỏng. Immunoglobulin tiêm tĩnh mạch – **intravenous immunoglobulin (IVIG)**; steroids và các thuốc ức chế miễn dịch khác đã được thử nghiệm điều trị trên lâm sàng; với bằng chứng hiệu quả không thật sự rõ ràng. Tỷ lệ tử vong ở mức cao 10% đối với SJS và 30% đối với TEN.

Keywords: drug reactions, do not miss, dermatology

Bibliography:

Ferrandiz-Pulido C, Garcia-Patos V. A review of causes of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in children. Arch Dis Child 2013;98(12):998–1003.

Mockenhaupt M, Viboud C, Dunant A. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: Assessment of medication risks with emphasis on recently marketed drugs. The EuroSCAR-study.

J Invest Dermatol 2008;128(1):35–42.

(Các bạn có thể tham khảo thêm về hội chứng Steven Johnson qua một bài của BMJ best practice:

https://drive.google.com/open?id=1cJ7_JhKP4DnIOOtUGi9m9bBoNrHGjWjD)

CASE 56

Lauren Allister

Question

Một sinh viên nam 19 tuổi vào khoa cấp cứu sau khi cảm thấy không khỏe một ngày trước đó, với các biểu hiện đó là sốt, mệt mỏi và một vùng nhỏ ban ban đầu có vị trí ở cẳng tay trái. Cậu sv cho biết rằng ban này bắt đầu lan xuống tay khoảng vài giờ trước đó.

Khi thăm khám, bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt. Sinh hiệu: nhiệt độ 38 độ C; Huyết áp 133/60 mmHg, Tần số thở 20; SpO2 100%. Qua thăm khám bệnh nhân biểu hiện mệt mỏi nhưng không có biểu hiện nhiễm độc, đau cổ và cơ nhẹ, và ban nổi ở chi trên bên trái như hình dưới.



Hình 56.1 a



Hình 56.1 b

Ban trên bệnh nhân này thể hiện tình trạng nào? Bước xử trí tiếp theo thực hiện để đánh giá bệnh nhân này là gì?

Answer

Bất kỳ bệnh nhân nào với biểu hiện khởi phát cấp tình trạng mệt mỏi có sốt với biểu hiện nổi chấm xuất huyết – **petechial** thì nhiễm não mô cầu – **meningococcal** nên được đưa vào trong chẩn đoán phân biệt. Ban ở trên bệnh nhân này kết hợp với tuổi của bệnh nhân, môi trường sinh hoạt tập thể

và các triệu chứng ở bệnh nhân hướng đến có khả năng nhiễm ***Neisseria meningitidis***.

N.meningitidis là nguyên nhân hay gặp của viêm màng não mắc phải ở cộng đồng ở trẻ em và người lớn. *N.meningitidis* tồn tại ở niêm mạc mũi và lan truyền khi hít phải trong không khí, môi trường tập thể là điều kiện môi trường lý tưởng cho lan truyền mầm bệnh. *N.meningitidis* có thể gây ra các triệu chứng ở mức độ khác nhau từ sốt và nhiễm khuẩn huyết cho đến tình trạng bệnh lý bùng phát nhanh chóng với khả năng tử vong trong vài giờ sau khi khởi phát.

Phát hiện sớm và can thiệp bằng kháng sinh ban đầu là nền tảng của điều trị nhiễm khuẩn vi sinh vật này và ngăn ngừa những biến chứng lâu dài của nhiễm khuẩn này như mất chi, giảm thính lực, sẹo trên da, rối loạn thần kinh và tử vong. Nhìn chung tỷ lệ tử vong cao ở mức từ 10-15% và 25-30% tử vong ở những bệnh nhân có tình trạng nhiễm khuẩn huyết não mô cầu (Cohn and MacNeil, 2015). Một khi đã nghi ngờ là *N.meningitidis*, kháng sinh nên được dùng trong 30 phút (Tunkel et al., 2010).

Một lưu ý, bệnh nhân này đã được tiêm vaccine não mô cầu trước khi nhập học. Trong khi hầu hết các vaccine tồn tại trên thị trường đều có khả năng diệt type huyết thanh Y và C, thì khả năng bệnh nhân có thể mắc type huyết thanh B.

Keywords: infectious diseases, life – threatening, do not miss

References

Cohn A, MacNeil J. The changing epidemiology of meningococcal disease. *Infect Dis Clin North Am* December 2015;29(4):667–77.

Tunkel AR, van de Beek D, Scheld WM. Acute meningitis. In *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 7th ed., Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2010:1189.

CASE 57

Kevin R.Schwartz

Question

Bệnh nhân nam 17 tuổi từ bang Massachusetts vào cuối mùa hè nhập viện với nổi ban như hình dưới. Bệnh nhân không biểu hiện gì khác. Trên thăm khám lâm sàng phát hiện nhiều ban xuất huyết khác nhau, tổn thương dẹt như hình dưới. Ngoài ra bệnh nhân biểu hiện ổn, nhịp tim không nhanh, thở bình thường; không đau không sưng các khớp. Điện tim hình dưới.



Hình 57.1



Hình 57.2



Hình 57.3

Vấn đề tim mạch nào biểu hiện ở bệnh nhân này và hãy cho biết bệnh nhân đang ở giai đoạn nào của bệnh lý (một bệnh phù hợp với tình trạng của bệnh nhân hiện tại)??

Answer

Ở bệnh nhân này, chẩn đoán phù hợp nhất đó là bệnh Lyme, bệnh lý được đặc trưng bởi tổn thương da mở rộng, hình khuyên, không ngứa, không đau khi chạm vào, có thể là ban đỏ đồng tâm hoặc có vùng trắng ở giữa (mắt bò) và thường có đường kính từ 5 cm trở lên. Vùng trắng ở giữa ít gặp hơn ở những bệnh nhân sống trong vùng lưu hành dịch tại Hoa Kỳ (khoảng 20%) so với những vùng không lưu hành dịch tại Hoa Kỳ và châu Âu (khoảng 80%). Biểu hiện này thường đi kèm các triệu chứng thực thể, chẳng hạn như sốt và đau khớp. Những tổn thương dạng hồng ban đồng tâm đơn độc không được điều trị thường giảm trong vài ngày đến vài tuần. Có thêm nhiều tổn thương da đa hình khi vi khuẩn lây lan từ vị trí nguyên phát. Tại châu Âu, vị trí nhiễm khuẩn chính trên da thường là dạng tổn thương dạng hồng ban đồng tâm – **erythema migrans (EM)** không đau, ít gây viêm và tiến triển chậm hơn (Theo BMJ best practice). Bệnh lý gây ra do xoắn khuẩn *Borrelia burgdorferi* (châu Mỹ), *B. afzelii* và *B. garinii* (châu Âu và châu Á), bệnh lây truyền qua vết cắn của con bọ vẹ *Ixodes* và trải qua 3 giai đoạn:

Giai đoạn sớm – gđ bệnh khu trú: giai đoạn này được đặc trưng bởi tổn thương hồng ban đồng tâm tại vị trí cắn, tồn tại thông thường vào khoảng 2 tuần và có thể kèm theo sốt, đau đầu, mệt mỏi, đau cơ khớp. Xét nghiệm huyết thanh thường âm tính trong giai đoạn này. (xem thêm ở [CASE 79](#))

Giai đoạn bệnh lan rộng – **disseminated disease**: gđ này được đặc trưng bởi nhiều hồng ban đồng tâm cũng như các dấu hiệu hệ thống diễn ra trong vài tuần đến vài tháng sau vết cắn ban đầu. Viêm màng não, liệt các dây thần kinh sọ (đặc biệt là dây VII), và viêm cơ tim (thường gặp block nhĩ thất) có thể gặp trong giai đoạn này.

Giai đoạn muộn - xảy ra từ vài tuần đến vài tháng sau khi điều trị nhiễm khuẩn ban đầu. Đặc trưng của bệnh lý ở giai đoạn này đó là viêm khớp (>90% là khớp gối). Sốt thường không phổ biến ở giai đoạn này.

Viêm cơ tim ở bệnh Lyme thường ở giai đoạn bệnh lý lan rộng và hay gặp đó là block AV; có thể cấp II hoặc III (như trường hợp này). Đối với bệnh nhân block AV cấp I và khoảng PR >0.3 s hoặc cấp II hoặc cấp III, nên tiến hành điều trị nội trú.

Keywords: dermatology, rash, cardiology

Bibliography

Kimberlin D, Brady MT, Jackson MA, Long SS et al. Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2015.

Robinson ML, Kobayashi T, Higgins Y, Calkins H, Melia MT. Lyme carditis. *Infect Dis Clin North Am* 2015;29(2):255–68

CASE 58**Lauren Allister****Question**

Một bé gái Mỹ gốc Phi 14 tuổi, với tiền sử mắc chàm nay vào viện với đau, sưng và chảy mủ ở vùng da đầu. Một tháng trước khi có biểu hiện này, cô bé có đan tóc tại một salon. Biểu hiện ban đầu đó là đau sau tại vị trí đan tóc, nhưng tuần trước đau tăng và bị ngứa. Gia đình bé tháo tóc đan đó ra vào ngày hôm qua và ghi nhận chảy dịch hôi vùng da đầu.

Trên thăm khám lâm sàng, trẻ tinh và tiếp xúc tốt nhưng có cảm giác không thoải mái. Thăm khám vùng da đầu có biểu hiện như hình dưới.



Hình 58.1

Giải thích như thế nào đối với biểu hiện trên? Tiến hành điều trị như thế nào và tiên lượng về lâu dài như thế nào???

Answer

Với tiền và thăm khám như vậy phù hợp với viêm mô bào vùng da đầu – **dissecting cellulitis of the scalp (DCS)**. Bệnh lý da liễu này thường gặp ở những người có sử dụng các biện pháp chăm sóc tóc đặc hiệu như sử dụng hóa chất làm mềm tóc, kéo thẳng tóc bằng nhiệt, tết hay đan tóc – các tình trạng có thể gây kích thích da đầu và tạo ra các tổn thương dạng nang.

The pathogenesis of DCS involves initial follicular occlusion followed by a combination of infection and traumatic forces driving formation of inflammatory pustules, fluctuant cysts and abscesses, suppurative nodules, and draining sinus tracts. Medical therapy is considered the first-line treatment and includes topical antibiotics, intralesional steroids, oral antibiotics, isotretinoin as monotherapy or in

combination with rifampin, and oral prednisone. Other principles of care include optimizing wound care and educating patients about possible sequelae of these grooming practices. Long-term consequences include disfigurement, permanent hair loss, emotional distress, and decreased quality of life.

Keywords: dermatology, skin and soft tissue infections

Bibliography

Madu P, Kundu RV. Follicular and scarring disorders in skin of color: Presentation and management. Am J Clin Dermatol August 2014;15(4):307–21.

CASE 59**Kevin R. Schwartz****Question**

Một trẻ trai 5 tuổi vào khoa cấp cứu với biểu hiện sốt, nôn và ảnh hưởng đến ý thức của trẻ. Bệnh nhi vừa trở về từ Nigeria hai tuần trước. Trên thăm khám lâm sàng, trẻ biểu hiện lơ mơ – **somnolent**, xanh xao kèm với gan có thể sờ thấy. Trên xét nghiệm máu ngoại biên có kết quả như sau:



Hình 59.1

Chẩn đoán ở trẻ này là gì? Với những chẩn đoán được cân nhắc đó thì nên ưu tiên điều trị gì trong khoa cấp cứu???

Answer

Với hình ảnh công thức máu ngoại biên có hình ảnh kí sinh trùng kí sinh nội bào trong các tế bào hồng cầu. Tiền sử du lịch gần đây tại vùng tây Phi, thì chẩn đoán có khả năng nhất đó là sốt rét – **malaria**. Trên bệnh nhi có tình trạng ảnh hưởng đến ý thức đáng kể gợi ý một tình trạng sốt rét ác tính thể não. Sốt rét ác tính thể não – **cerebral malaria** được định nghĩa bởi suy giảm ý thức – **impaired consciousness**, mê sảng – **delirium**, and/or co giật trong tình trạng xác định hoặc nghi ngờ mắc sốt rét. Nếu không điều trị, bệnh lý này gần như hầu hết gây tử vong.

Plasmodium falciparum là tác nhân phổ biến nhất gây tử vong ở bệnh sốt rét và thường có liên quan đến sốt rét ác tính thể não. Thời gian ủ bệnh thường là 12-14 ngày và hầu hết các trường hợp sẽ biểu hiện sau 30 ngày phơi nhiễm.

Chẩn đoán nên được cân nhắc ở bất kỳ bệnh nhân nào có du lịch đến vùng dịch tễ của sốt rét có biểu hiện sốt trong 30 ngày sau khi trở về.

Liệu pháp kháng sốt rét đường tiêm nên được áp dụng ban đầu đối với tình trạng sốt rét nặng với hoặc là artesunate hoặc nếu không có thì có thể sử dụng quinine hoặc quinidine. Hỗ trợ hô hấp có thể từ oxy hỗ trợ đến thở máy là cần thiết. Giảm gluco máu thường gặp và nên được đánh giá và điều trị nếu có ghi nhận. Co giật xảy ra ở hầu hết các trường hợp và nên được điều trị với benzodiazepines. Thiếu máu là một triệu chứng thường được ghi nhận và nên được điều trị bằng hồng cầu khối – **packed RBC (PRBCs)** khi mà Hb < 7g/dL.

Keywords: infectious disease, do not miss, fever

Bibliography

White NJ, Pukrittayakamee S, Hien TT. Malaria. *Lancet* 2014;383(9918):723–35.

World Health Organization. Guidelines for the Treatment of Malaria. 3rd ed. Geneva: WHO, 2015.

CASE 60**Kevin R. Schwartz****Question**

Một bé gái 5 tuổi với biểu hiện sốt, đau lưng, và khó đi. Trên thăm khám, ghi nhận sốt, nhịp tim nhanh và biểu hiện khó chịu. Khi thăm khám thần kinh ghi nhận giảm cơ lực ở hai chi dưới và tăng phản xạ gân xương bánh chè.

Câu hỏi: chẩn đoán phân biệt được đặt ra ở một trẻ đau lưng kèm sốt và XN & xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh nào được tiến hành ở khoa cấp cứu để có thể định hướng chẩn đoán?

Answer

Trong khi đau lưng là triệu chứng thường gặp ở người lớn thì đây lại là triệu chứng ít gặp ở trẻ em, đặc biệt là trẻ nhỏ như trong trường hợp này. Do vậy cần tiến hành đánh giá cẩn thận với triệu chứng này.

Ở trẻ với biểu hiện đau lưng và sốt, viêm đĩa đệm, viêm tủy xương cột sống – **vertebral osteomyelitis** và abscess ngoài màng cứng nên được cân nhắc. Các chẩn đoán khác như viêm phổi hay viêm thận – **pyelonephritis** có thể cũng biểu hiện với đau lưng nhưng đau khu trú tại vùng cột sống thường ít gặp ở các chẩn đoán này.

Bệnh nhân mắc viêm đĩa đệm thường có thể hồi phục mà không cần sử dụng kháng sinh và thường diễn biến không đau nhiều. Viêm tủy xương cột sống biểu hiện tương tự như viêm tủy xương.

Một điều cần lưu ý đó là vẫn giữ nghi ngờ cao đối với abscess ngoài màng cứng. Tiến hành phẫu thuật giải phóng sớm có thể cần thiết để cải thiện chức năng thần kinh. Biểu hiện điển hình của abscess ngoài màng cứng đó là tam chứng gồm có: đau lưng; sốt và suy giảm chức năng thần kinh, tuy nhiên cả 3 đặc trưng này không luôn luôn biểu hiện ban đầu.

Đối với tất cả những chẩn đoán đã liệt kê ở trên, MRI là phương tiện được chọn lựa, khi abscess ngoài màng cứng được nghĩ đến nên tiến hành khẩn trương. Các xn khác bao gồm có CBC, cấy máu, sinh hóa máu và các marker viêm. Kháng sinh kinh nghiệm bao gồm có MRSA nên được cho ban đầu.



Hình 60.1

Keywords: infectious disease, fever, neurosurgery, do not miss, MRI

Bibliography:

Hawkins M, Bolton M. Pediatric spinal epidural abscess: A 9-year institutional review and review of the literature. *Pediatrics* 2013;132(6):e1680–5.

Payne WK, Ogilvie JW. Back pain in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1996;43(4):899–917.

CASE 61

S. Margaret Paik

Questions

Một trẻ trai 13 tuổi được mang vào viện bởi nhân viên y tế - **paramedic** sau khi ngã đập gối phải xuống đất trong khi chơi bóng rổ. Bệnh nhi không thể duỗi gối phải ra hoàn toàn, và có xu hướng gập gối phải. Khi thăm khám ghi nhận xương bánh chè trật lên cao so với vị trí bình thường và một “lỗ hổng” được ghi nhận ở giữa xương bánh chè. X quang trước sau và nghiêng như sau:



Hình 61.1



Hình 61.2

Câu hỏi

1. Hai cơ chế chấn thương chính là gì?
2. Phân loại gãy xương bánh chè?

Answers

Cơ chế chấn thương trực tiếp, do ngã đập đầu gối xuống đất hoặc đập vào các vật cứng khi gối đang ở tư thế gập hoặc do đánh trực tiếp vào xương bánh chè. Do cơ chế chấn thương gián tiếp – ít gặp hơn, hay gặp ở người chơi thể thao, do cơ gấp căng chân đột ngột khi cơ tứ đầu đùi đang co gấp làm cho xương bánh chè bị tỳ ép mạnh lên lồi cầu xương đùi gây ra gãy ngang xương bánh chè. Gãy xương bánh chè thường ít gặp ở nhi khoa. Tỷ lệ thấp chấn thương được cho là do dày lớp sụn xung quanh xương bánh chè ở trẻ nhỏ và thiếu niên

Gãy ngang là gãy xương xảy theo hướng trong ngoài. Gãy dọc xảy ra theo hướng trên dưới và ít gặp (case 20).

Gãy ở cực xương bánh chè – **marginal fractures** thường tại bờ của xương bánh chè, chỉ tróc một phần xương nhỏ nhưng phần vỏ sụn thì nhiều và không gây trở ngại động tác duỗi. Các mảnh vỡ di lệch giãn cách hơn 3mm được phân loại là gãy di lệch và cần đến can thiệp ngoại khoa. Gãy vụn – **comminuted** hay gãy hình sao – **stellate** là loại gãy xương bánh chè có nhiều (multiple) mảnh xương gãy.

Gãy lột cực dưới – **patella sleeve fractures** chiếm khoảng 50% trường hợp gãy xương bánh chè và thường gặp ở bệnh nhân từ 8 đến 12 tuổi. Cơ chế đó là do co bất ngờ cơ tứ đầu đùi trong khi khớp gối đang duỗi, kết quả là bật mạnh màng xương – **periosteum**, dây chằng vòng – **retinaculum** và sụn từ xương bánh chè. X quang bên có thể cho thấy sưng vùng cực dưới của xương bánh chè và có thể thấy mảnh xương nhỏ bị bật ra cùng với sụn. Thường không ghi nhận tình trạng tràn dịch khớp. MRI là xét nghiệm cần thiết để hoàn thành đánh giá bệnh nhân. Các biến chứng do bỏ sót chẩn đoán hoặc chẩn đoán chậm bao gồm có hoại tử vô mạch phần dưới xương bánh chè, xương bánh chè lệch lên (alta), cơ tứ đầu mất dần chức năng duỗi gối, đau phía trước khớp gối, và sự cốt hóa của dây chằng bánh chè.

Keywords: orthopedics, extremity injury, blunt trauma.

Bibliography

Carpenter JE, Kasman R, Matthews LS. Fractures of the patella. J Bone Joint Surg Am October 1993;75(10):1550–61.

Damrow DS, Van Valin SE. Patellar sleeve fracture with ossification of the patellar tendon. Orthopedics 2017;40(2):e357–9.

Ray JM, Hendrix J. Incidence, mechanism of injury and treatment of fractures of the patella in children. J Trauma April 1992;32(4):464–7.

CASE 62**Lauren Allister****Question**

A 6-year-old previously healthy male presents with persistent left-sided headache and neck pain. Three days ago, he had been hanging upside down on a door-mounted pull-up bar approximately 4–5 feet in the air when he fell straight down onto his head, landing on a hardwood floor. He had no loss of consciousness, upper extremity weakness, or paresthesias. He continued to complain of headache and neck pain, and was evaluated by his pediatrician the following day. At that time, his exam was notable for a left-sided torticollis, as well as a mild amount of lateral neck pain that was diagnosed as a muscle spasm. He was discharged home with acetaminophen and ibuprofen. The patient continued to complain of neck pain with worsening torticollis and decreasing activity, which prompted his emergency department visit.

On arrival to the emergency department, he was awake and interactive with stable vital signs. His exam was notable for left-sided torticollis, tenderness along the upper cervical spine, and paraspinal muscles bilaterally. His neurologic exam was completely intact.

Given his history of axial-load mechanism trauma and his findings on physical exam, a CT of the neck is ordered and is shown next.



Image 62.1

How common are these types of injuries in pediatric patients? How should this injury be managed at this time?

Answer

This CT demonstrates a mildly displaced, approximately 2–3 mm, fracture of the anterior C1 mass with associated left hinging/displacement.

Cervical spine injuries are rare in pediatric patients, with an incidence of 1%–1.5%. Some of the most common mechanisms of injury in pediatric patients are sports, motor vehicle collisions, falls from significant heights, and diving. In children under the age of 8, the upper cervical spine is more susceptible to injury, given certain anatomic features (a higher fulcrum) and more direct blunt mechanisms involving the head/upper cervical spine (Tilt et al., 2012). Upper cervical spine injuries carry a higher morbidity, including neurologic sequelae, and mortality, making prompt diagnosis imperative in a trauma evaluation.

This patient did not present with any neurologic symptoms. He was placed in cervical spine immobilization and followed closely as an outpatient. He did not require surgical intervention and recovered without sequelae.

Keywords: trauma, neurosurgery, neck injury, CT

Reference

Tilt L, Babineau J, Fenster D, Ahmad F, Roskind CG. Blunt cervical spine injury in children. *Curr Opin Pediatr* June 2012;24(3):301–6.

CASE 63**Lauren Allister****Question**

Bệnh nhi nữ 18 tuổi, không có tiền sử bệnh lý trước đây, nay biểu hiện một ngày nay đau vai trái và đau vùng giữa đến thấp ngực trái. Bệnh nhi cho biết có cảm giác đau nhẹ vào sáng sớm với cảm giác khó chịu vùng vai trái trong khi làm bài kiểm tra ở trường. Có đau nhẹ khi hít vào mà không kèm với các triệu chứng khác. Ngoài ra không sốt, không ho, hay chấn thương.

Khi thăm khám lâm sàng: bệnh nhi tỉnh, tiếp xúc tốt. Sinh hiệu: 37 độ C, nhịp tim 80 lần/1', tần số thở 18; SpO2 100%. Khi thăm khám chỉ ghi nhận đau nhẹ từ giữa đến vùng dưới thành ngực và khó chịu ở vùng thượng vị, bụng mềm; không đau hạ vị, không có dấu hiệu kích thích phúc mạc, tạng bụng không lớn. Dấu Murphy âm tính. Nghe phổi bình thường. Vùng vai trái đau nhưng không giới hạn vận động.

Mặc dù khi thăm khám có ghi nhận đau vùng ngực, nên tiến hành ECG và x quang ngực để tìm kiếm các nguyên nhân tim phổi. ECG cho kết quả bình thường. Còn x quang ngực kết quả như sau:



Hình 63.1

Ghi nhận gì trên x quang? Gợi ý nào ở bệnh sử của bệnh nhi là gợi ý cho chẩn đoán? Bước tiếp theo trong đánh giá bệnh nhi ở khoa cấp cứu là gì?

Answer

Trên x quang cho thấy hình ảnh tràn khí phúc mạc với kèm hoại tử ruột. Với chẩn đoán như vậy nên tiến hành đưa bệnh nhân vào phòng phẫu thuật và tiến hành mở bụng can thiệp. Ở trường hợp này, sau khi tiến hành mở bụng can thiệp, phát hiện một lỗ thủng khoảng 1cm ở thành trước của dạ dày.

Loét dạ dày là một bệnh lý ít gặp ở trẻ em (Drumm et al., 1988) và thủng là một biểu hiện ít gặp (Hua et al., 2007). Mặc dù đau bụng cấp có thể là một biểu hiện lâm sàng của thủng dạ dày, các triệu chứng của thủng có thể bao gồm có các triệu chứng ngoài bụng như đau ngực, lan lên vai, hay kích thích cơ hoành như trong trường hợp của bệnh nhi này gây đau ngực vùng thấp. Đối với một bệnh nhân với bệnh nhân có những triệu chứng về đường tiêu hóa kèm với đau ngực, nên nghi ngờ thủng đường ruột. Điều trị cấp bao gồm có ngừng ăn uống, tiến hành lấy đường truyền tĩnh mạch, kháng sinh phổ rộng, và can thiệp ngoại khoa.

Keywords: abdominal pain, acute abdomen, surgery

References:

Drumm B, Rhoads JM, Stringer DA, Sherman PM, Ellis LE, Durie PR. Peptic ulcer disease in children: Etiology, clinical findings, and clinical course. *Pediatrics* September 1988;82(3 Pt 2):410–4.

Hua MC, Kong MS, Lai MW, Luo CC. Perforated peptic ulcer in children: A 20-year experience. *J Pediatr*

Gastroenterol Nutr July 2007;45(1):71–4.

CASE 64

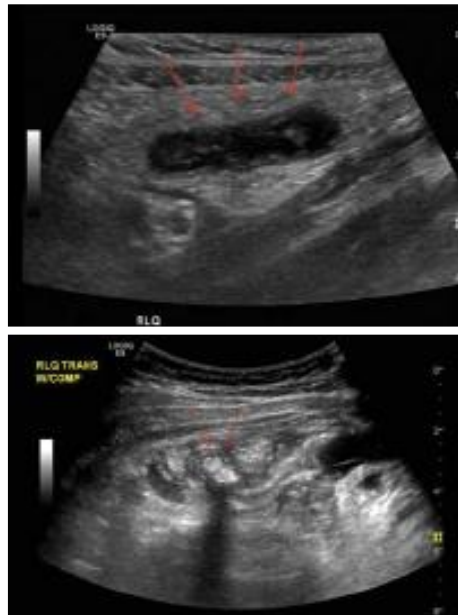
Lauren Allister

Questions

Một bé gái 9 tuổi vào viện vì tình trạng đau bụng nặng lên, bệnh nhi không thể đi lại do đau, nôn và ăn uống kém. Tuần trước, bé bắt đầu nôn và tiêu chảy và được điều trị trong một thời gian ngắn bằng bù dịch đường tĩnh mạch, sau đó thì các triệu chứng có cải thiện.. Trong 24h trước khi nhập viện, bé trở nên mệt mỏi nhiều hơn kèm nặng dần các triệu chứng lâm sàng trước đó.

Trên thăm khám, trẻ biểu hiện mệt mỏi, đang có nôn kèm với khó khám bụng do đau nhiều, đề kháng thành bụng tự nhiên – **voluntary guarding**. Sốt 39 độ C, mạch nhanh với tần số 130 bpm; và huyết áp là 100/60. Với tình trạng của bé như vậy, nên các bác sĩ tiến hành bồi phụ dịch bằng đường truyền TM, xn cận lâm sàng và chụp x quang bụng.

Sau khi có kết quả x quang; cùng với bệnh cảnh lâm sàng của bệnh nhi; tiến hành hội chẩn khoa ngoại và tiến hành siêu âm bụng bệnh nhi.



Câu hỏi được đặt ra đó là:

1. Ghi nhận nào được phát hiện trên phim x quang?
2. Chẩn đoán điển hình nào phù hợp với kết quả siêu âm của bệnh nhi?

Answers

1. Trên phim x quang bụng cho thấy hình ảnh các quai ruột non giãn – **gas dilated loops** và có hình ảnh mức hơi dịch chứng tỏ có tình trạng tắc nghẽn ruột non. Không có khí tự do trong phúc mạc nên gợi ý chưa ghi nhận thủng, nhưng lại có một hình ảnh hiếm gặp: sỏi phân ruột thừa – **appendicolith** hay **fecalith**.

X quang bụng không chuẩn bị thường k được khuyến cáo trong đánh giá những trường hợp đau bụng cấp; tuy nhiên có thể hữu ích nếu bệnh cảnh trên lâm sàng gợi ý một tình trạng tắc nghẽn hoặc thủng như trường hợp của bệnh nhân này. Sỏi phân là một ghi nhận hiếm gặp trên phim bụng thường quy trong các trường hợp nghi ngờ viêm ruột thừa, nhưng khi phát hiện nó là một gợi ý có giá trị (Yamamoto 2017).

2. Siêu âm là một phương tiện chẩn đoán hình ảnh lý tưởng trong đánh giá ban đầu đối với trẻ nghi có viêm ruột thừa, dễ sử dụng và ít phơi nhiễm phóng xạ. Một ruột thừa không đè ép được – **non compressible appendix** với đường kính ≥ 6 mm, sỏi phân, tăng hồi âm của mô mỡ xung quanh ruột thừa, giảm âm lớp dưới niêm, và gia tăng lưu lượng máu vào ruột thừa trên siêu âm Doppler là những

ghi nhận của tình trạng viêm ruột thừa (Schuh et al., 2011). Khi quan sát một ruột thừa bất thường không ghi nhận tình trạng tích tụ dịch xung quanh ruột thừa cũng là phù hợp với viêm ruột thừa. Siêu âm ở trẻ béo phì gặp nhiều khó khăn hơn.

Hình ảnh siêu âm sẽ cho biết ruột thừa giãn, bị viêm và sỏi phân.

Keywords: abdominal pain, acute abdomen, surgery, ultrasound, fever

References

Schuh S, Man C, Cheng A, Murphy A, Mohanta A, Moineddin R, Tomlinson G, Langer JC, Doria AS. Predictors on non-diagnostic ultrasound scanning in children with suspected appendicitis. *J Pediatr* 2011;158:112–8. Yamamoto L. Plain film radiographs of the pediatric abdomen. In *Clinical Emergency Radiology*, 2nd ed.,

Fox JC, ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2017:115.

CASE 65**Lauren allister****Question**

Trẻ gái 9 tuổi trong vài ngày nay đau tăng vùng bụng bên phải, nôn, sốt, không thể dung nạp bằng đường uống. Thăm khám trẻ biểu hiện mệt mỏi, phản ứng thành bụng khu trú ở bên phải và một vài vùng ở bên phải có đề kháng thành bụng tự nhiên. Ở khoa cấp cứu có ghi nhận nôn ra máu một thời gian. Bệnh sử và thăm khám trên lâm sàng có khả năng là viêm ruột thừa nên đã được tiến hành đặt đường truyền tĩnh mạch, các xét nghiệm cls, tiến hành siêu âm. Các xn cls không có bất thường đáng kể, bạch cầu ở mức bình thường; các chỉ số viêm không tăng. Khi tiến hành siêu âm, bạn nhận được thông báo rằng trên siêu có ghi nhận tình trạng bất thường và khá nổi bật. (hình 65.1)



Ghi nhận bất thường gì trên siêu âm? Mức độ phổ biến của tình trạng lâm sàng này là ntn ở độ tuổi này?

Answer

Trên siêu âm phát hiện giảm lưu lượng mạch máu và những thay đổi ở buồng trứng phù hợp với một tình trạng xoắn buồng trứng cấp.

Xoắn phần phụ là một cấp cứu phụ khoa đứng hàng thứ năm với tỷ lệ gặp là 2.7% và ảnh hưởng 4.9/100000 phụ nữ trẻ dưới 20 tuổi (Childress and Dietrich 2017). Ở bệnh nhi, xoắn buồng trứng và phần phụ có thể gặp ở một buồng trứng bình thường, thường thiên về xoắn thứ phát do kích thước tử cung nhỏ và một dây chằng buồng trứng tử cung tương đối dài, làm cho phần phụ khá di động (Childress and Dietrich, 2017).

Đau bụng là biểu hiện thường gặp nhất (Rey – Bellet Gasser et al., 2016) nhưng các triệu chứng thường gặp khác đó là buồn nôn và nôn do phản xạ phúc mạc; đau bụng và chán ăn – **anorexia** (childress and Dietrich 2017).

Siêu âm vẫn là công cụ chẩn đoán hình ảnh chính, sau đó là CT (Rey – Bellet Gasser et al., 2016)

Cần can thiệp ngoại khoa cấp cứu để tiến hành tháo xoắn – **detorsion** buồng trứng bị ảnh hưởng. Ở trường hợp bệnh nhi trong tình huống này dù đã được can thiệp ngoại khoa cấp cứu nhưng buồng trứng đã bị hoại tử và phải tiến hành cắt bỏ. Trường hợp này cho thấy mức độ khó khăn trong chẩn đoán bệnh lý này ở độ tuổi trẻ em và tầm quan trọng của việc phát hiện và chẩn đoán sớm để kịp thời can thiệp qua đó tránh biến chứng lên buồng trứng.

Keywords: gynecology, acute abdomen, do not miss, ultrasound

References:

Childress KJ, Dietrich JE. Pediatric ovarian torsion. Surg Clin North Am February 2017;97(1):209–21. Rey-Bellet Gasser C, Gehri M, Joseph JM, Pauchard JY. Is it ovarian torsion? A systematic literature review and evaluation of prediction signs. Pediatr Emerg Care April 2016;32(4):256–61.

CASE 66

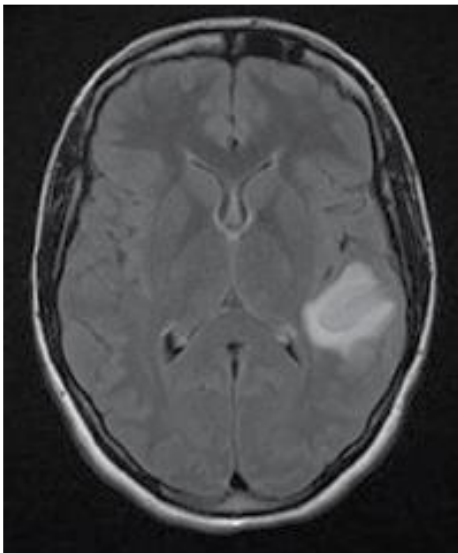
Lauren Allister

Question

Bệnh nhân nữ 19 tuổi, tiền sử y khoa khỏe mạnh vào khoa cấp cứu do rối loạn nhận thức (nhầm lẫn) và ảnh hưởng đến khả năng nói. Bệnh nhân trước đó ở tại trường khoảng một giờ trước khi bệnh nhân trở nên rối loạn ý thức, bệnh nhân mất đi khả năng viết hay nói.

Tại khoa cấp cứu, không ghi nhận sốt. Bệnh nhân tỉnh và tiếp xúc được, nhưng bị nhầm lẫn; khó khăn trong trả lời các câu hỏi và chỉ có thể lặp những cụm từ ngắn. Không ghi nhận bất thường nào khác ngoại trừ tình trạng rối loạn ngôn ngữ - **aphasia**, giảm sút khả năng nói và trả lời các câu hỏi. Thăm khám các dây thần kinh sọ, trương lực cơ, dáng đi không ghi nhận bất thường nào.

Với sự thay đổi trạng thái tinh thần như vậy, bệnh nhân được chỉ định chụp CT sọ và kết quả cho thấy một tổn thương khá có giới hạn rõ ở vùng đỉnh trái với hình thái có khả năng là một thương tổn liên quan đến mạch máu. MRI với thuốc cản quang được chỉ định tiếp theo để làm rõ. Hình ảnh MRI ở hình dưới:



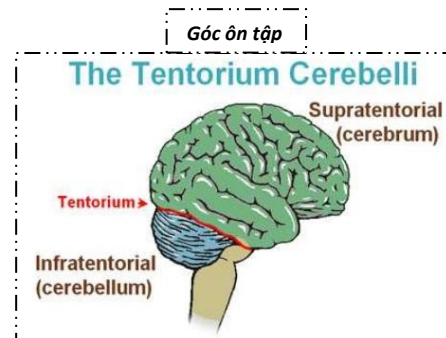
Hình 66.1

Câu hỏi: ghi nhận gì ở hình ảnh MRI này? Liệu một tổn thương mạch não có thể giải thích được các triệu chứng đột ngột ở bệnh nhân này hay không?

Answer

MRI của bệnh nhân này mô tả nhiều tổn thương tăng tín hiệu ở thì T2 nằm rải rác trong chất trắng

vùng cận vỏ - **juxtacortical** – trên lều tiểu não – **supratentorial**, chủ yếu ở các thùy trán và thùy đỉnh với tổn thương tăng tín hiệu lan rộng ở vùng thái dương đỉnh trái – đây là vùng Wernicke. Nhiều tổn thương “lốm đốm” hoặc có dạng chiếc nhẫn không hoàn toàn. Các ghi nhận này sẽ hướng chẩn đoán đến quá trình **demyelin** - một tình trạng sợi thần kinh bị mất màng myelin như trong bệnh đa xơ cứng



– **multiple sclerosis (MS)**. Ngoài ra trên MRI không có nhồi máu cấp hoặc xuất huyết nội sọ được phát hiện.

Với bệnh cảnh và kết quả MRI như vậy thì chẩn đoán phù hợp nhất đó là MS. Tổn thương rải rác trên MRI, cũng như các tổn thương hình chiếc nhẫn, phù hợp với quá trình demyelin. Chứng mất ngôn ngữ cấp ít khi là biểu hiện ban đầu của MS. MS nguyên phát sẽ ảnh hưởng lên chất trắng của não và tủy sống, trong khi chứng mất ngôn ngữ điển hình gặp trong tình trạng bệnh có ảnh hưởng đến chất xám. Trong thử nghiệm đa trung tâm ở bệnh nhân mắc MS, chỉ 0.81% có chứng mất ngôn ngữ (Lacour et al., 2004). Ở các trường hợp MS có ghi nhận chứng mất ngôn ngữ cấp, tất cả bệnh nhân được ghi nhận có các tổn thương bên trái tại vùng tiếp thu và biểu đạt ngôn ngữ (**receptive and expressive**) (Devere et al., 2000), tương tự như MRI ở bệnh nhân này.

Trong khi các tai biến mạch máu não phù hợp với chứng mất ngôn ngữ cấp, thì một triệu chứng thần kinh khởi phát cấp tính ở bệnh nhân nhi khoa nên luôn luôn hướng đến một bệnh lý gây ra quá trình demyelin như MS hay viêm não tủy cấp lan tỏa – **acute disseminated encephalomyelitis ADEM**.

Keywords: neurology, MRI, CT, mimickers

References

Devere TR, Trotter JL, Cross AH. Acute aphasia in multiple sclerosis. Arch Neurol August 2000;57(8):1207–9. Lacour A, De Seze J, Revenco E, Lebrun C, Masmoudi K, Vidry E, Rumbach L, Chatel M, Verier A,

Vermersch P. Acute aphasia in multiple sclerosis: A multicenter study of 22 patients. Neurology March 23, 2004;62(6):974–7.

CASE 67

Lauren Allister

Question

Một bé trai 6 tuổi vào viện vì đau bụng. Mẹ đưa bé cho biết rằng đứa bé đã bị đau toàn bụng 1-2 ngày nay; đau từng cơn, đại tiện khó khăn – **hard stools**. Bà mẹ cho biết rằng đứa bé không có tiền sử táo bón, không sốt, không có điểm đau khu trú, không nôn; không bị chấn thương hay các triệu chứng tiết niệu. Bà mẹ còn cho biết thêm là bà có cho đứa trẻ sử dụng một ít thuốc không cần kê đơn – **over the counter medications** nhưng cơn đau không giảm.

Trên thăm khám lâm sàng bệnh nhân khó chịu nhưng không hiện tại không ghi nhận các dấu hiệu của đau bụng cấp. Khám bụng ấn sâu thì bệnh nhi khó chịu toàn bụng. Mặc dù bạn nghi ngờ về khả năng mắc táo bón ở trẻ, dựa vào tình trạng đau của bệnh nhi và thiếu tiền sử táo bón ở trẻ, nhưng để cẩn thận bạn vẫn đề nghị cho trẻ được chụp x quang bụng. với kết quả như sau:



Hình 67.1

Câu hỏi: Liệu rằng chẩn đoán táo bón có phù hợp ở bệnh nhi này hay không? Điều gì trong bệnh sử của đứa trẻ này có thể giải thích được bất thường trên kết quả bụng này?

Answer

X quang của bệnh nhi này cho thấy một lượng lớn phân bị ứ lại trong ruột không kèm với tình trạng tắc ruột, do vậy gợi ý đến chẩn đoán táo bón. Cần lưu ý, cần phải phân biệt với hình ảnh dị vật dọc khắp ruột hay không. Khi đó cần hỏi kỹ thức ăn bệnh nhân ăn trong tuần trước, ở trong trường hợp này mẹ trẻ báo rằng có cho trẻ sử dụng Pepto-Bismol để giải quyết tình trạng táo bón.

Thành phần hoạt động của Pepto – Bismol là bismuth salicylate. Bismuth nặng, màu trắng, tinh thể kim loại này cùng hàng đối với barium trong bảng nguyên tố hóa học – **periodic table** và do đó tạo hình ảnh cản quang tương tự barium khi chụp x quang.

Thông tin mà bà mẹ cung cấp rất quan trọng để có thể loại trừ hay hướng đến tình huống mà trẻ nuốt phải độc chất mà có biểu hiện trên x quang tương tự, bao gồm có **chloral hydrate / calcium, kim loại nặng (arsenic, mercury)**, iod/sắt, phenothiazines và thuốc tác động đến tâm thần, viên nén bao tan – **enteric – coated tablets**, và các thuốc dạng viên nhộng chậm giải phóng – **slow release capsules**.

Keywords: abdominal pain, medications, benign

Bibliography:

Haferbecker D, Phllipi C. Case 2: What is that in your bowel? Paediatr Child Health March 2008;13(3):197–200. Yamamoto L. Abdominal pain with faint intra-abdominal calcifications. Radiol Cases Pediatr Emerg Med 3, Case 10.

CASE 68**Kevin R. Schwartz****Question**

A 2-year-old boy fell while running with a clothes hanger in his mouth. On exam, there is a clothes hanger hanging from his lower mouth. He appears anxious but is maintaining his airway. He is drooling but has no stridor, no active bleeding, no work of breathing, and his lungs are clear. Plain film x-rays were obtained and are shown here.

*Image 68.1**Image 68.2*

How should this patient be managed and what complications should he be monitored for?

Answer

The patient has penetrating trauma to the floor of the mouth. A number of cases have been reported in the literature of similar injuries. In the majority of cases, surgical removal in the operating room is recommended rather than removal at bedside. The primary immediate complication is bleeding. After removal, the patient should be observed for airway edema. Dexamethasone has been used in an effort to prevent airway swelling though evidence for this application is lacking. Infection has been reported as a later complication in a number of case reports, though there are limited data to support routine antibiotic prophylaxis.

Keywords: airway, head and neck/ENT, penetrating trauma, foreign body.

Bibliography

Chauhan N, Guillemaud J, El-Hakim H. Two patterns of impalement injury to the oral cavity: Report of four cases and review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* August 2006;70(8):1479–83.

Cheng J, Kleinberger A, Dunham B. Don't hang your coat here. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012;76:750–1.

CASE 69

Kevin R. Schwartz

Question

Một trẻ trai 12 tuổi, trước đây không mắc bệnh lý gì đáng kể, nay nhập viện với lí do các triệu chứng xuất hiện 5 ngày trước đó nặng lên: đau mắt; chảy nước mắt; đỏ mắt; và lan rộng bọng xung quanh mí mắt cách đây 3 ngày. Vào hôm xuất hiện ban ở vùng mí mắt cậu bé được gia đình đưa vào một bệnh viện khác và được cho dùng erythromycin dạng mỡ bôi nhưng tình trạng không cải thiện.

Khi thăm khám, sinh hiệu bình thường và thị giác hai mắt vẫn bình thường. Cung mạc đỏ ở mắt phải và có thể ghi nhận một tình trạng cụ thể ở hình dưới:

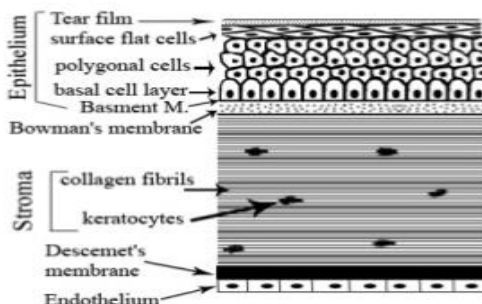


Hình 69.1

Câu hỏi: tình trạng ntn gợi ý nhiễm trùng gì và các biến chứng nên bận tâm đến trong trường hợp này?

Answer

Histological structure of the cornea



Góc ôn tập:

Giác mạc cấu tạo gồm có 5 lớp (theo thứ tự):

- Lớp biểu mô - **epithelium**
- Màng Bowman
- Chủ mô - **stroma**
- Màng Descemet
- Nội mô - **endothelium**

Bệnh nhận mắc phải viêm kết mạc mí mắt – **blepharoconjunctivitis** do virus herpes simplex. HSV -1 là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa trên thế giới. Nhiễm virus nguyên phát hoặc thứ phát có thể dẫn đến tình trạng viêm giác mạc – **keratitis** từ đó ảnh hưởng lên biểu mô - **epithelium** and/or chủ mô - **stroma** của giác mạc – **cornea** và cuối cùng là gây sẹo giác mạc – **corneal scarring**.

Trẻ em có tiên lượng xấu hơn so với người lớn bởi vì khó khăn trong thăm khám sẽ dẫn đến trì hoãn việc chẩn đoán và việc sử dụng thuốc tại chỗ cũng là một thách thức ở lứa tuổi còn nhỏ. Bệnh lý nhiễm HSV tại mắt có thể biểu hiện đau, mờ mắt, chảy dịch mắt, and/or mắt đỏ. Tổn thương dạng mụn nước ở mí mắt thường không biểu hiện. Biểu hiện một bên là thường gặp hơn, tuy nhiên bệnh lý có thể xảy ra ở hai bên. Hơn 80% trẻ viêm giác mạc do HSV có thể để lại sẹo giác mạc. Tái phát là thường gặp với hơn 80% trẻ em mắc bệnh lý mắt do HSV biểu hiện tái phát bệnh với thời gian tái phát trung bình là 13 tháng.

Khi nghi ngờ bệnh mắt do HSV, khẩn trương chuyển sang chuyên khoa mắt để được điều trị chuyên khoa. Điều trị cụ thể bao gồm có: acyclovir đường uống hoặc valacyclovir và tái khám mắt thường xuyên. Tỷ lệ tái phát cao và không có bằng chứng ủng hộ dự phòng bằng acyclovir, đặc biệt là những bệnh nhân có biểu hiện của **stromal keratitis** – viêm kết mạc chủ mô (xem thêm tại bài viết sau: <https://emedicine.medscape.com/article/1194268-clinical#b3>) Nhỏ mắt steroid là **chống chỉ định** trong mọi trường hợp khi nghi ngờ có tình trạng viêm kết mạc do HSV, bởi vì có thể làm nặng bệnh và làm suy giảm thị lực sau này đáng kể cho bệnh nhi.

Keywords: ophthalmology, dermatology, do not miss, infectious disease

Bibliography

Liu S, Pavan-Langston D, Colby KA. Pediatric herpes simplex of the anterior segment. *Ophthalmology* 2012;119(10):2003–8.

Revere K, Davidson SL. Update on management of herpes keratitis in children. *Curr Opin Ophthalmol* 2013;24:343–7.

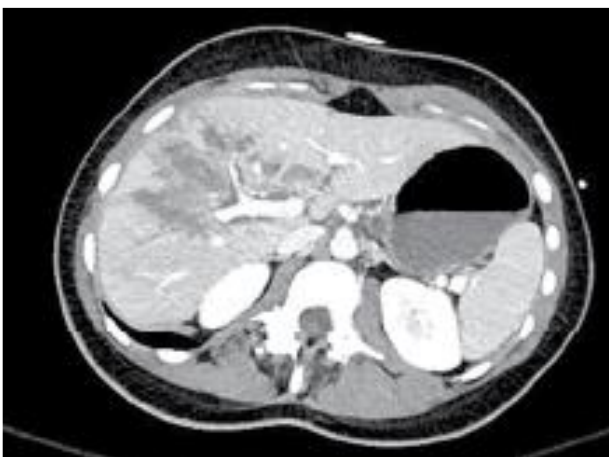
CASE 70**Kevin R. Schwartz****Question**

Một bé gái 16 tuổi trước đây khỏe mạnh, vào khoa cấp cứu sau khi bị tông bởi một chiếc xe hơi. Bé gái bị tông vào phía bên phải và ngã xuống nền đường, đập phần đỉnh đầu bên trái xuống đường. Sau khi gặp tai nạn bé gái không mất nhận thức. Được cố định cổ và lưng tại hiện trường tai nạn. Trên đường di chuyển đến khoa cấp cứu, trẻ tỉnh, tiếp xúc được với nhân viên y tế và không có dấu hiệu gì đáng kể.

Khi thăm khám: HR 105; BP 130/86; SpO2 100%.

Thăm khám theo hai bước tuần tự: ở bước *primary survey* - bước thăm khám nhằm nhận định và kiểm soát ổn định các chức năng sống: không ghi nhận bất thường; bước *secondary survey* - bước thăm khám chi tiết hệ thống theo tuần tự: không có dấu hiệu của chấn thương đầu hoặc lưng (có thể thăm khảo thêm về *primary survey & secondary survey* tại đây: <https://drive.google.com/open?id=1YgsC8cdrDol6jCl9jBmy6QQ2TmWHwOEL>). Thăm khám bụng phát hiện phản ứng thành bụng tại thượng vị bên phải và vùng thượng vị; không có đề kháng thành bụng; các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường.

Các xét nghiệm cận lâm sàng ghi nhận có tăng men gan AST – 320; ALT – 280. CT bụng chậu có bơm thuốc tĩnh mạch cho kết quả như sau:



Hình 70.1

Câu hỏi: kết quả của xn chẩn đoán hình ảnh trong trường hợp chấn thương bụng kín này là gì và các phân loại dạng tổn thương này ntn?

Answer

Trong trường hợp này, bệnh nhi bị vỡ gan độ IV thứ phát do chấn thương bụng kín. Chấn thương bụng kín – **blunt abdominal trauma** có thể gây ra tổn thương các tạng đặc hoặc tạng rỗng. Các tạng đặc thường bị tổn thương đó là lách rồi sau đó là gan. Bệnh nhân có sinh hiệu không ổn định sau một chấn thương bụng kín nên được hồi sức theo guideline của **Advanced Trauma Life Support**. Mở bụng can thiệp có thể được áp dụng ở trong những trường hợp có tình trạng huyết động – **hemodynamic** không ổn định kéo dài. Đối với bệnh nhân có tình trạng ổn định, tiến hành các xn chẩn đoán hình. Các điều kiện của một bn được xử là “**Ổn định**” bao gồm:

- Thăm khám lâm sàng gợi ý đến chấn thương (phản ứng thành bụng, bầm tím, dấu hiệu “dây an toàn” – **seatbelt sign**)
- Tăng men gan (AST >200 hoặc ATL >125)
- Tiểu máu đại thể hoặc tiểu máu vi thể > 50-100 RBCs/hpf
- Giảm HCT hoặc HCT < 30%
- Không thể tiến hành thăm khám ở bệnh nhân với bệnh sử hoặc cơ chế chấn thương gợi ý của tổn thương bên trong bụng (“**in a patient with history or mechanism suggestive of intra – abdominal injury**”)

CT bụng kèm tiêm TM thuốc cản quang là công cụ chẩn đoán đối với bệnh nhi chấn thương bụng kín. Siêu âm và Siêu âm có trọng tâm ở bệnh nhân chấn thương – **focused assessment with sonography for trauma (FAST)** không đủ độ nhạy để phát hiện ra các tổn thương của tạng đặc và tạng rỗng ở bệnh nhi gặp chấn thương. Khả năng chẩn đoán của siêu âm có thể gia tăng khi được kết hợp với các gợi ý cận lâm sàng và thăm khám trên lâm sàng, nhưng CT có thuốc vẫn là tiêu chuẩn vàng để đánh giá các tổn thương trong bụng sau một chấn thương bụng kín.

Phần lớn bệnh nhân có chấn thương gan lách được điều trị theo phương pháp không phẫu thuật và dưới 10% cần phải truyền máu. Phẫu thuật can thiệp được chỉ định chỉ trong trường hợp huyết động không ổn định hoặc tiếp tục mất máu và đã truyền >20 cc / kg RBC (1cc bằng 1mL)

Keywords: blunt trauma; acute abdomen; CT

Bibliography

Notrica DM, Eubanks JW 3rd, Tuggle DW, Maxson RT et al.

Nonoperative management of blunt liver and spleen injury in children: Evaluation of the ATOMAC guideline using GRADE. J Trauma Acute Care Surg 2015;79:683.

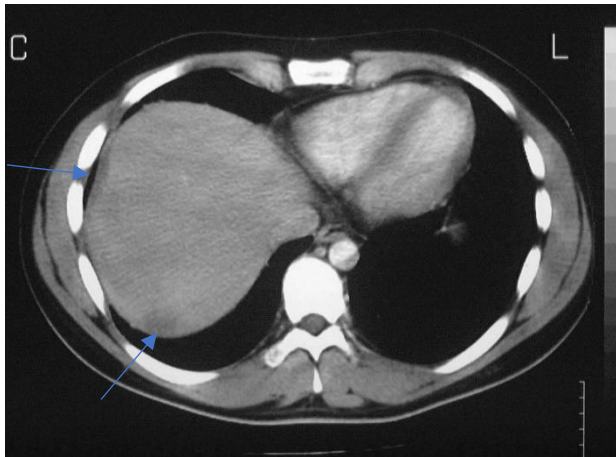
Pediatric Trauma Society Clinical Resources Website. The evaluation of pediatric blunt abdominal trauma, 2016. <http://pediatrictraumasociety.org/resources/clinical-resources.cgi>

Schonfeld D, Lee LK. Blunt abdominal trauma in children. Curr Opin Pediatr 2012;24:314–8.

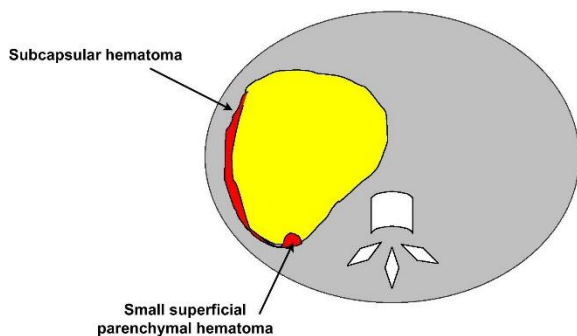
***** GÓC ÔN TẬP – phân độ chấn thương gan *****

GAN – Tiêu chuẩn CT để phân độ chấn thương gan dựa trên độ tổn thương gan AAST (American Association for the Surgery of Trauma - Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ)

Độ 1: Tụ máu dưới bao gan có chiều dài lớn nhất nhỏ hơn 1cm, rách bao gan, rách phần nhu mô ít hơn 1cm chiều sâu, có dấu hiệu máu cô lập quanh tĩnh mạch cửa.

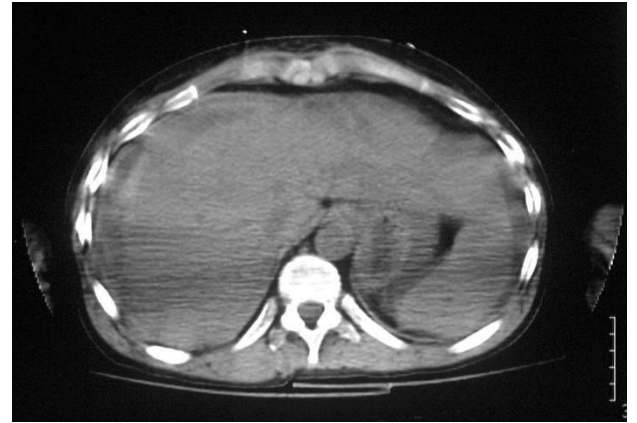


Chấn thương gan độ 1 ở bệnh nhân nam 21 tuổi với cơn đau đột ngột, đau nhói như dao đâm ở ¼ bụng trên phải. Hình ảnh CT có tiêm thuốc cản quang cho thấy tụ máu nhỏ hình lưỡi liềm ở dưới bao gan và tụ máu trong nhu mô gan với kích thước nhỏ hơn 1cm

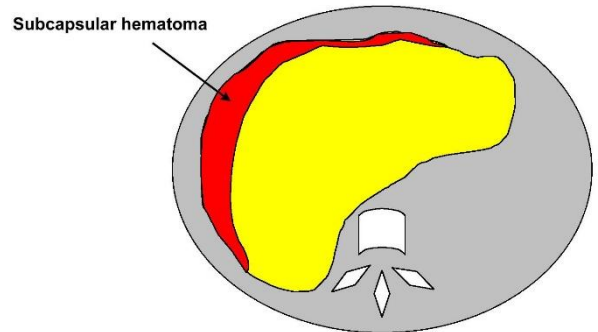


Sơ đồ CT cho hình trước: subcapsular hematoma – tụ máu dưới bao gan; small superficial parenchymal hematoma: tụ máu nhu mô gan ở nông, lượng ít.

Độ 2: Rách nhu mô gan sâu 1-3cm và tụ máu nhu mô hay tụ máu dưới bao gan kích thước 1-3cm.



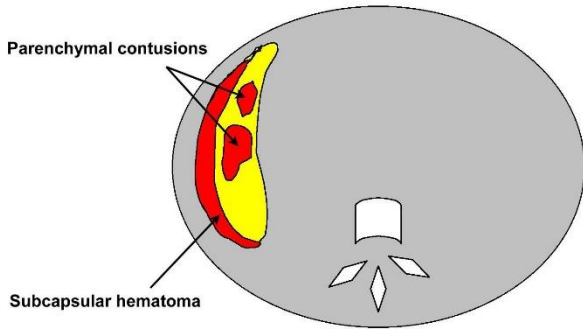
Bệnh nhân nam 20 tuổi bị lupus ban đỏ hệ thống nhập viện vì chấn thương gan độ 2 sau chấn thương bụng đụng dập. Trên CT scan trực cho thấy một vùng không tăng quang ngang mức tĩnh mạch gan là hình ảnh tụ máu dưới bao gan kích thước 3cm.



Sơ đồ của CT scan cho hình trước *Subcapsular hematoma: Tụ máu dưới bao gan.



CT scan trực cắt ngang qua phần dưới của thùy phải gan cho thấy nhiều sang thương giảm đậm độ trong gan tương ứng với tình trạng dập nhu mô gan.

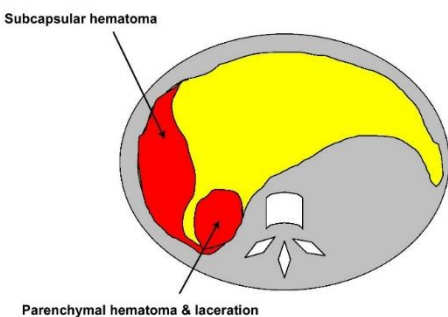


Sơ đồ của CT scan cho hình trước. *Parenchymal contusions: Dập nhu mô gan *Subcapsular hematoma: Tụ máu dưới bao gan

Độ 3: rách nhu mô gan sâu hơn 3cm và tụ máu nhu mô hay tụ máu dưới bao gan kích thước hơn 3cm

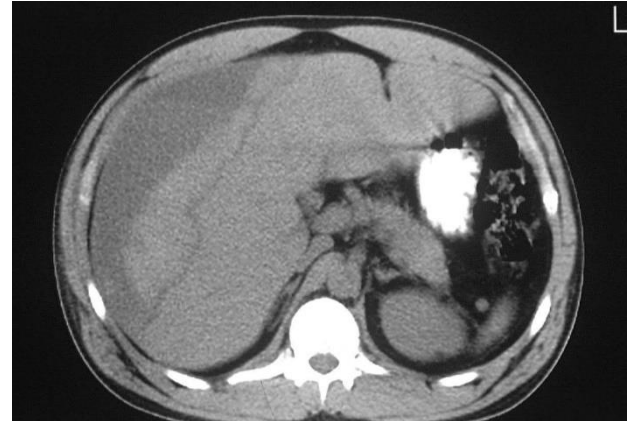


Chấn thương gan độ 3 ở bệnh nhân nữ 22 tuổi sau chấn thương bụng đụng đập. Trên CT scan trực cho thấy một vùng tăng quang ở bụng trên là hình ảnh của tụ máu dưới bao gan kích thước 4cm với tụ máu nhu mô gan và rách nhu mô ở phân thùy 6,7 của thùy phải gan. Dịch tự do quanh lách và thùy trái gan phù hợp với tình trạng chảy máu trong phúc mạc.

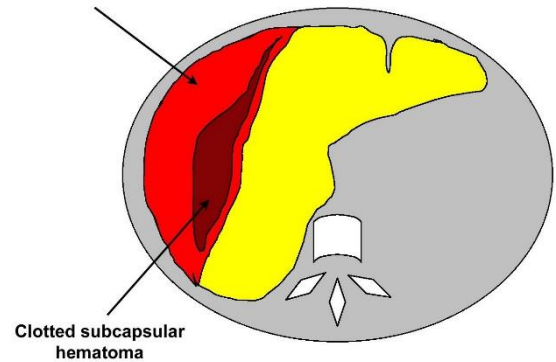


Sơ đồ của CT scan cho hình trước *Subcapsular hematoma: Tụ máu dưới bao gan *Parenchyma hematoma & laceration: Tụ máu nhu mô gan và rách gan

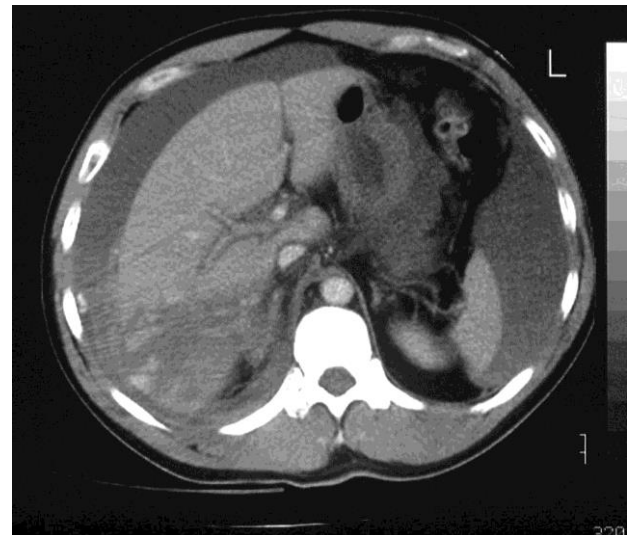
Độ 4: tụ máu nhu mô gan hay tụ máu dưới bao gan kích thước hơn 10cm, phá hủy thùy gan hay tổn thương mạch máu gan



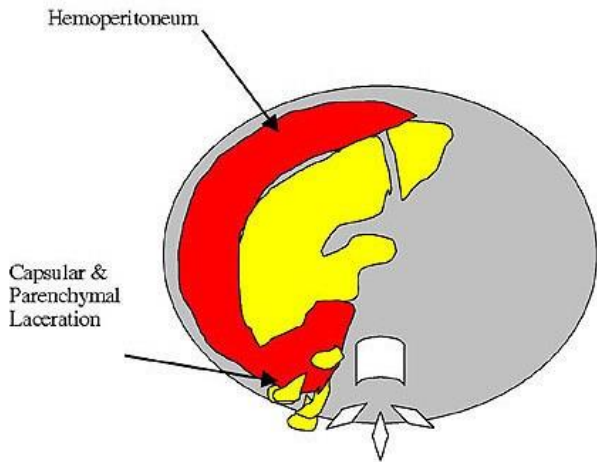
Unclotted subcapsular blood



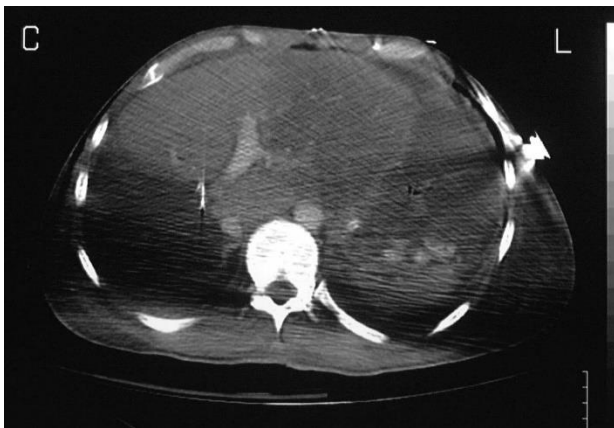
Sơ đồ của CT scan cho hình trước *Unclotted subcapsular blood: Máu dưới bao quanh gan đã hết đông *Clotted subcapsular blood: Máu đông dưới bao gan



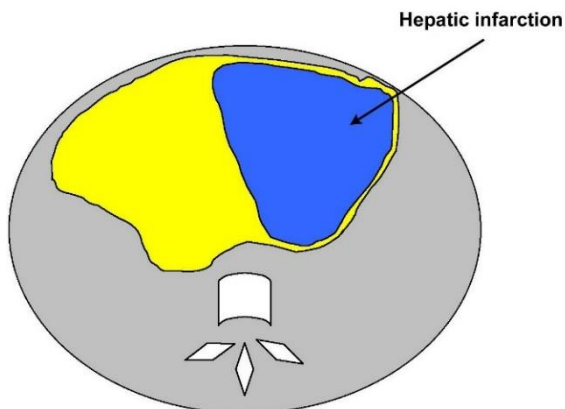
CT scan có tiêm thuốc cản quang ở bệnh nhân nam 39 tuổi với chấn thương gan độ 4 cho hình ảnh tụ máu lớn trong nhu mô gan ở phân thùy 6,7 và bằng chứng của máu chảy tiếp diễn. Có rách bao gan và chảy máu trong phúc mạc lượng nhiều



Sơ đồ của CT scan cho hình trước
 *Hemoperitoneum: Chảy máu trong phúc mạc
 *Capsular & parenchyma laceration: Rách bao gan và nhu mô gan



Nhồi máu nhiều phân thùy (phân thùy 2,3,4a và 4b) ở bệnh nhân nam 40 tuổi bị tai nạn giao thông, được cấp cứu cắt bỏ thùy phải gan. Lưu ý vùng hình chữ V rõ ràng là ranh giới của nhồi máu, từ đó phân độ đây là chấn thương gan độ 4.

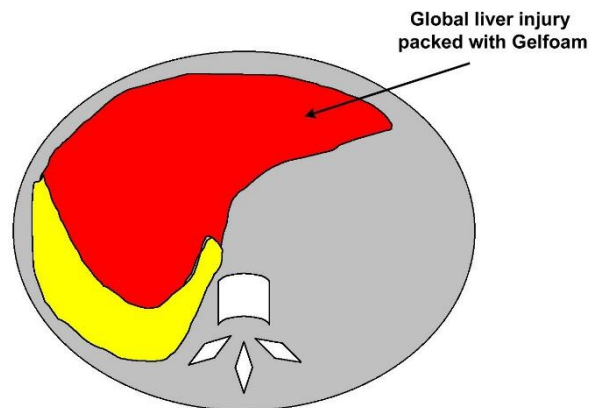


Sơ đồ của CT scan cho hình trước *Hepatic infarction: Nhồi máu gan.

Độ 5: phá hủy tỷ lệ lớn nhu mô gan hoặc tổn thương mạch máu gan.

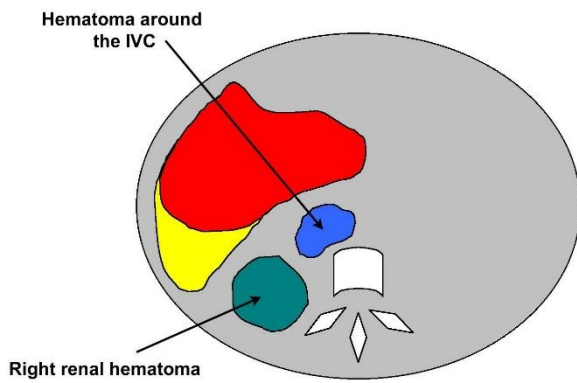


Chấn thương gan độ 5 ở bệnh nhân nam 36 tuổi bị tai nạn giao thông cho thấy chấn thương gan lan tỏa. Xuất huyết gan được điều trị bằng cách dùng Gelfoam. (Gelfoam được áp dụng lên các trường hợp chảy máu bề mặt như cầm máu. Sản phẩm không tan trong nước)



Sơ đồ của CT scan cho hình trước *Global liver injury packed with Gelfoam: Chấn thương gan được cầm máu bằng Gelfoam





Sơ đồ của CT scan cho hình trước *Hematoma around the IVC: Tụ máu quanh tĩnh mạch chủ dưới
 *Right renal hematoma: Tụ máu thận phải

Độ 6: Gan bị đứt ra khỏi hố gan

Tham khảo chi tiết ở bài viết đầy đủ:
<https://sinhviengkhoa115.wordpress.com/2011/12/11/ct-scan-trong-ch%E1%BA%A5n-th%C6%B0%C6%A1ng-qan/> - nguồn liên kết trong bài viết:
["http://emedicine.medscape.com/article/370508-overview#a20"](http://emedicine.medscape.com/article/370508-overview#a20).

CASE 71

Kevin R. Schwartz

Question

Một bệnh nhi nữ - 13 tuổi với tiền sử khỏe mạnh vào khoa cấp cứu với các triệu chứng sau: khàn giọng – **hoarse voice**, phù quanh ổ mắt, và đau đầu vào buổi sáng; các triệu chứng này đã được hai tuần.

Trên thăm khám, bệnh nhân không sốt với sinh hiệu bình thường. Có phù quanh mắt và cổ của trẻ có cảm giác “đầy đặn” khi sờ, đặc biệt là phía bên phải. Các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường. Kết quả x quang:



Hình 71.1



Hình 71.2

Answer

Bệnh nhân có một khối u vùng trung thất trước và ở bệnh nhân đã hình thành hội chứng tĩnh mạch chủ trên – **superior vena cava (SVC) syndrome**. Khoảng 90% khối u trung thất ở trẻ em có bản chất ác tính. Nguyên nhân ác tính thường gặp nhất của các khối u trung thất ở trẻ em bao gồm có:

bệnh bạch cầu cấp dòng lympho – **acute lymphoblastic leukemia** – ALL ([case 109](#)) (đặc biệt là thể tế bào T) và ung thư hệ bạch huyết – **lymphoma**, tiếp đến đó là bệnh sarcoma, u nguyên bào thần kinh – **neuroblastoma** và các u tế bào gốc – **germ cell tumors**. Các nguyên nhân không ác tính bao gồm có u quái – **teratomas** và các nang lành tính chiếm khoảng 10% khối u vùng trung thất.

Chèn ép đường khí là một triệu chứng đáng kể của khối u vùng trung thất, các triệu chứng của chèn ép đường khí bao gồm có ho; khó thở; khó thở khi nằm – **orthopnea**. ĐÓ là điều quan trọng để tránh sử dụng các thuốc an thần – **sedation** và gây mê – **anesthesia** tại khoa cấp cứu ở những bệnh nhân này. Chăm sóc nên giảm thiểu những kích thích đối với bệnh nhân.

CT ngực với thuốc cản quang có thể hữu ích để nhận diện khối u và nên được tiến hành ở tư thế thoải mái của bệnh nhân.

Chăm sóc ban đầu bao gồm có nằm đầu cao, hỗ trợ O₂ nếu cần, và chuyển vào đơn vị chăm sóc đặc biệt để theo dõi cẩn thận. Tham khảo ý kiến của các bác sĩ chuyên về ung thư ở trẻ em để quyết định khi nào cần đến liệu pháp steroid toàn thân and/or xạ trị.

Hội chứng tĩnh mạch chủ trên làm gia tăng áp lực tĩnh mạch do các khối u đè lên tĩnh mạch chủ ở trung thất trước hoặc giữa. Có thể biểu hiện phù đầu, cổ và tay, gây dẫn mạch máu dưới da cũng như ho; khàn tiếng, khó thở, khò khè – do gây phù thanh quản and/or họng. Các triệu chứng thường phát triển trong vài tuần. Điều trị hội chứng tĩnh mạch chủ trên được trình bày ở phần điều trị khối u trung thất kèm thêm khi xuất hiện huyết khối tại TM chủ trên thì cần dùng kháng đông and/or thuốc tan huyết khối – **thrombolysis**.

Keywords: oncology, airway, do not miss, life-threatening

Bibliographys:

Ingram L, Rivera GK, Shapiro DN. Superior vena cava syndrome associated with childhood malignancy: Analysis of 24 cases. *Med Pediatr Oncol* 1990;18:476.

Perger L, Lee EY, Shamberger RC. Management of children and adolescents with a critical airway due to compression by an anterior mediastinal mass. *J Pediatr Surg* 2008;43(11):1990–7.

Wilson LD, Detterbeck FC, Yahalom J. Superior vena cava syndrome with malignant causes. *N Engl J Med* 2007;356(18):1862–9.

CASE 72

Kevin R. Schwartz

Question

Một bé gái 13 tuổi, trước đây khỏe mạnh nay vào viện vì đau bụng một tuần nay có cảm giác đầy bụng. Ngoài ra không ghi nhận bất thường nào khác. Bệnh nhi chưa bắt đầu chu kỳ kinh nguyệt.

Trên thăm khám, bệnh nhân biểu hiện bụng phồng, khá chắc – trong khi khám có đau nhẹ,

Siêu âm bụng và MRI bụng được tiến hành



Hình 72.1



Hình 72.2

Đây là biểu hiện điển hình của bệnh gì và tiến hành điều trị như thế nào?

Answer

Ở bệnh nhi này mắc phải tình trạng ứ máu kinh âm đạo tử cung – **hematometocolpos** (ứ máu kinh âm đạo – **hematocolpos**), là bệnh lý ứ máu kinh tại âm đạo và tử cung, xảy ra sau mỗi chu kỳ kinh khi

màng trinh không có lỗ thủng – **imperforate hymen**. Màng trinh không có lỗ thủng gặp ở 1:1000 đến 1:30000 trẻ gái và thường là một tình trạng đơn độc nhưng cũng có thể có liên quan đến các dị dạng bẩm sinh khác bao gồm có: thận loạn sản dạng đa nang – **multicystic kidney dysplasia** và **bifid clitoris** (dị tật có hai âm vật ở hai bên thay vì một âm vật ở chính giữa). Mặc dù nhiều trường hợp được phát hiện trước quá trình dậy thì trên thăm khám lâm sàng thường quy nhưng nếu không được chẩn đoán, bệnh nhi có thể biểu hiện tình trạng ứ máu tử cung âm đạo sớm sau khi có kinh nguyệt.

Nhiều triệu chứng khác nhau của ứ máu tử cung âm đạo bao gồm có đau bụng, bí tiểu, đau lưng, đau hông, và đau thần kinh tọa – **sciatica**.

Bệnh lý có thể phát hiện trên siêu âm bụng, trong khi đó MRI bụng chậu thường được sử dụng để phát hiện những bất thường (có thể) khác trước khi mổ. Phẫu thuật can thiệp có tên gọi là **hymenectomy** - mặc dù có hậu tố như kiểu cắt bỏ nhưng định nghĩa chính xác đó là: *“Hymenectomy is a minor procedure done as an out-patient. Hymenectomy is done when there is an imperforate hymen because blocking the opening of the vagina may cause problems, such as:*

- *A buildup and trapped mucus in the vagina (mucocolpos).*
- *A buildup and trapped menstrual blood in the vagina (hematocolpos).*
- *A buildup and trapped blood in the uterus (hematometria).*

A hymenectomy is also done when there is a thick and rigid hymen present that prevents having sexual intercourse.” (tham khảo chi tiết tại link sau: <http://m.sw.org/misc/health/Hymenectomy.html>). Được hiểu đó là một kỹ thuật nhỏ nhằm tạo lối ra ở màng trinh.

Các gợi ý cho chẩn đoán bao gồm có cơ đau bụng hoặc lưng tăng dần, phân giai đoạn dậy thì Tanner V nhưng chưa ghi nhận có kinh. Đặc trưng lâm sàng khi tiến hành thăm khám phụ khoa đó là màng trinh hơi căng phồng và màu sắc hơi xanh xao – **bulging and bluish hymen**.

Keywords: abdominal pain, gynecology, congenital anomaly, ultrasound, MRI.

Bibliography

Bapat R, Bergsman C. Hematometocolpos presenting as sciatica, constipation, and urinary retention. *Clin Pediatr* 2008;47(1):71–3.

Domany E, Gilad O, Shwarz M, Vulfsons S, Garty BZ. Imperforate hymen presenting as chronic low back pain. *Pediatrics* 2013;132(3):e768–70.

CASE 73

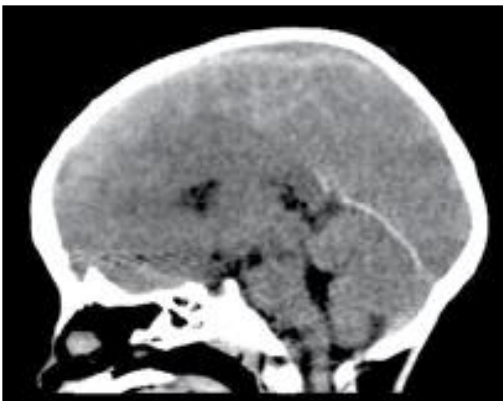
Kevin R.Schwartz

Question

Một bệnh nhi 3 tuổi khỏe mạnh, vào khoa cấp cứu do rơi từ giường cao khoảng 1m; tại khoa cấp cứu trẻ biểu hiện ngừng thở - *apnea* và không đáp ứng với kích thích bởi nhân viên y tế. Trẻ được đặt nội khí quản. Đồng tử 6mm ở mắt phải và 4mm ở mắt trái. Tại khoa cc được truyền mannitol và nước muối ưu trương, CT sọ não cho kết quả sau:



Hình 73.1



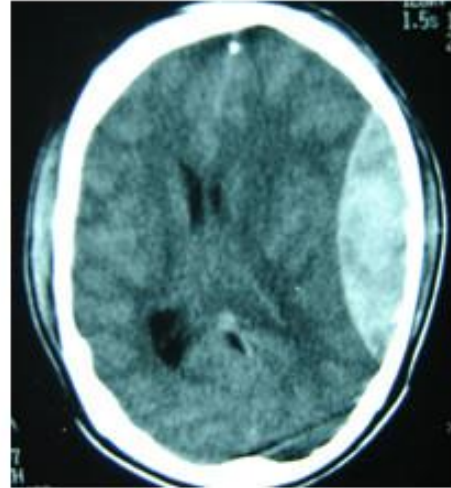
Hình 73.2

Câu hỏi: Tổn thương nào phù hợp nhất với những ghi nhận trên (Is và cIs) ?

Answer

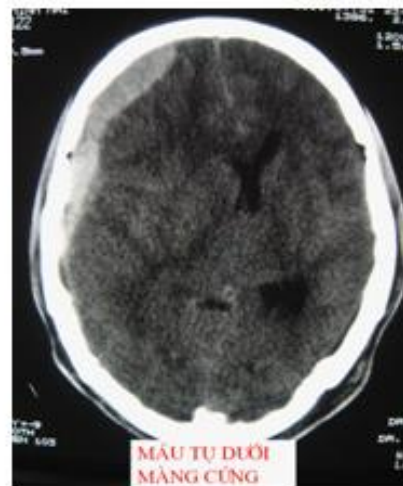
Ở bệnh nhi này có tình trạng tụ máu dưới màng cứng - *subdural hematomas (SDH)* giới hạn trong phạm vi của liềm đại não trước và sau. Chiếm phần lớn các trường hợp của xuất huyết dưới nhện ở trẻ dưới 2 tuổi bị gây ra bởi tình trạng bạo hành - *inflicted*, không do chấn thương - *non accidental trauma*. Xuất huyết dưới nhện xảy ra khi lực xoay - *rotational force* hoặc *coup or contrecoup forces* gây

ra tổn thương các tĩnh mạch, động mạch, và nhu mô não dẫn đến chảy máu vào các khoang giữa màng cứng và màng nhện. Trong khi đó xuất huyết ngoài màng cứng không qua được các khớp sọ - *cranial sutures* và do đó tạo hình ảnh thấu kính hai mặt lồi trên CT - một mặt lồi về phía sọ não và một mặt lồi về phía nhu mô não,



ảnh 8: Máu tụ NMC vùng thái dương trái.

xuất huyết dưới màng cứng có thể qua các khớp sọ và tạo hình ảnh một mặt lồi về phía sọ não và một mặt lõm ở phía nhu mô não.



ảnh 9: Máu tụ DMC vùng thái dương phải

Xuất huyết dưới nhện có thể xảy ra khi bị ngã, tai nạn giao thông, và các cơ chế tác động mạnh khác. Hiếm khi các bệnh lý bẩm sinh bao gồm bệnh về máu, bệnh lý tạo xương bất toàn hay có tên gọi là bệnh xương thủy tinh - *osteogenesis imperfecta*, bệnh glutaric aciduria và teo não - *cerebral atrophy* có thể gây tụ máu dưới màng cứng khi chịu một chấn thương nhẹ.

Điều trị tụt máu dưới màng cứng bao gồm có bất động cột sống hình chữ C – **C spine immobilization**, hỗ trợ đường thở, hô hấp, tuần hoàn bao gồm có đặt nội khí quản khi GCS < 8 ([case 40](#)) và đánh giá để tiến hành giảm áp lực nội sọ kèm với tiến hành hội chẩn lập tức với ngoại thần kinh. Phẫu thuật giảm áp lực nhìn chung được chỉ định đối với bệnh nhân tụt máu dưới nhện. Ngược lại, bệnh nhân tụt máu dưới màng cứng và có tình trạng suy giảm nhận thức đáng kể đôi khi lại có thể điều trị không cần phẫu thuật, bởi vì phẫu thuật giảm áp lực có thể không cải thiện tiên lượng về sau trong hoàn cảnh có các triệu chứng thần kinh nặng ngay khi nhập viện.



C – spine immobilization

Một khi tình trạng lâm sàng ổn định, thăm khám xương và soi đáy mắt – **fundoscopic** để xác định tình trạng xuất huyết võng mạc nên được tiến hành ở tất cả các trẻ dưới 2 tuổi và bất kỳ trẻ nào không rõ cơ chế chấn thương. Có thể nên áp dụng một chương trình bảo vệ trẻ - **child protection services**.

*** tìm hiểu thêm về cơ chế chấn thương **coup and contrecoup force** ***

Các loại dập não

Nguyên nhân: lực tác động vào hộp sọ lan truyền đến vùng vỏ não phía dưới (áp suất âm) gây dập não, rách não.

Có 6 loại dập não:

1. **Coup contusion** (GENNARELLI và THIBAUT_1985): vỏ não bị dập ngay dưới vỏ hộp sọ bị tác động.

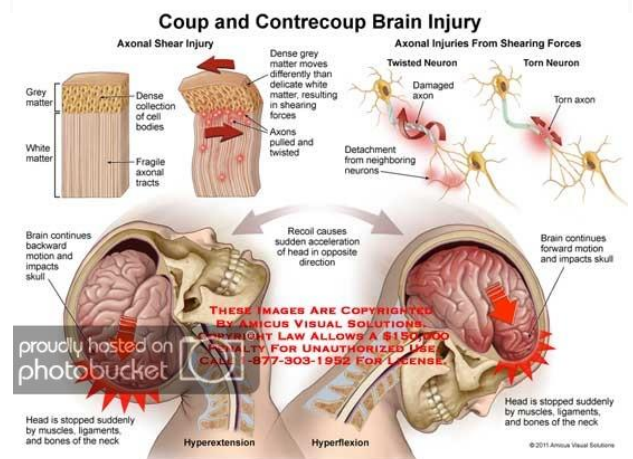
2. **Contre_Coup Contusion** (COURVILLE_1942, GUURDJIAN_1945): xảy ra khi hộp sọ đang di chuyển, ngã đập xuống nền cứng làm hộp sọ dừng lại đột ngột (cơ chế giảm tốc) nhưng chuyển động quán tính của mô não tiếp tục di chuyển đập vào mặt trong của hộp sọ đối bên gây dập não. Trên lâm sàng thường gặp máu tụ 2 bên, bên bị va đập trực tiếp thường là máu tụ ngoài màng cứng và đối bên là máu tụ dưới màng cứng và dập não.

3. **Intermediate Coup Contusion** (Lindenberg_1971): là thương tổn dập não ở gần đường giữa, làm xuất huyết liềm não, thành não thất III, các nhân xám đáy não.

4. **Fracture Contusion** (FREYTAG_1960): dập não ở ngay dưới vùng nứt sọ.

5. **Gliding Contusion** (LOWENHIELM_1977): loại dập não nặng nhất thường đi kèm với tổn thương sợi trục lan tỏa, cơ chế giải thích là do mô não bị xô đẩy, trượt mạnh va vào liềm não vừa dai vừa chắc.

6. **herniation_Contusion**: dập não gây phù não nặng làm tụt não vào hốc thái dương, nền tiểu não, lỗ chẩm,...loại này thường gặp trong máu tụ DMC cấp tính nặng.



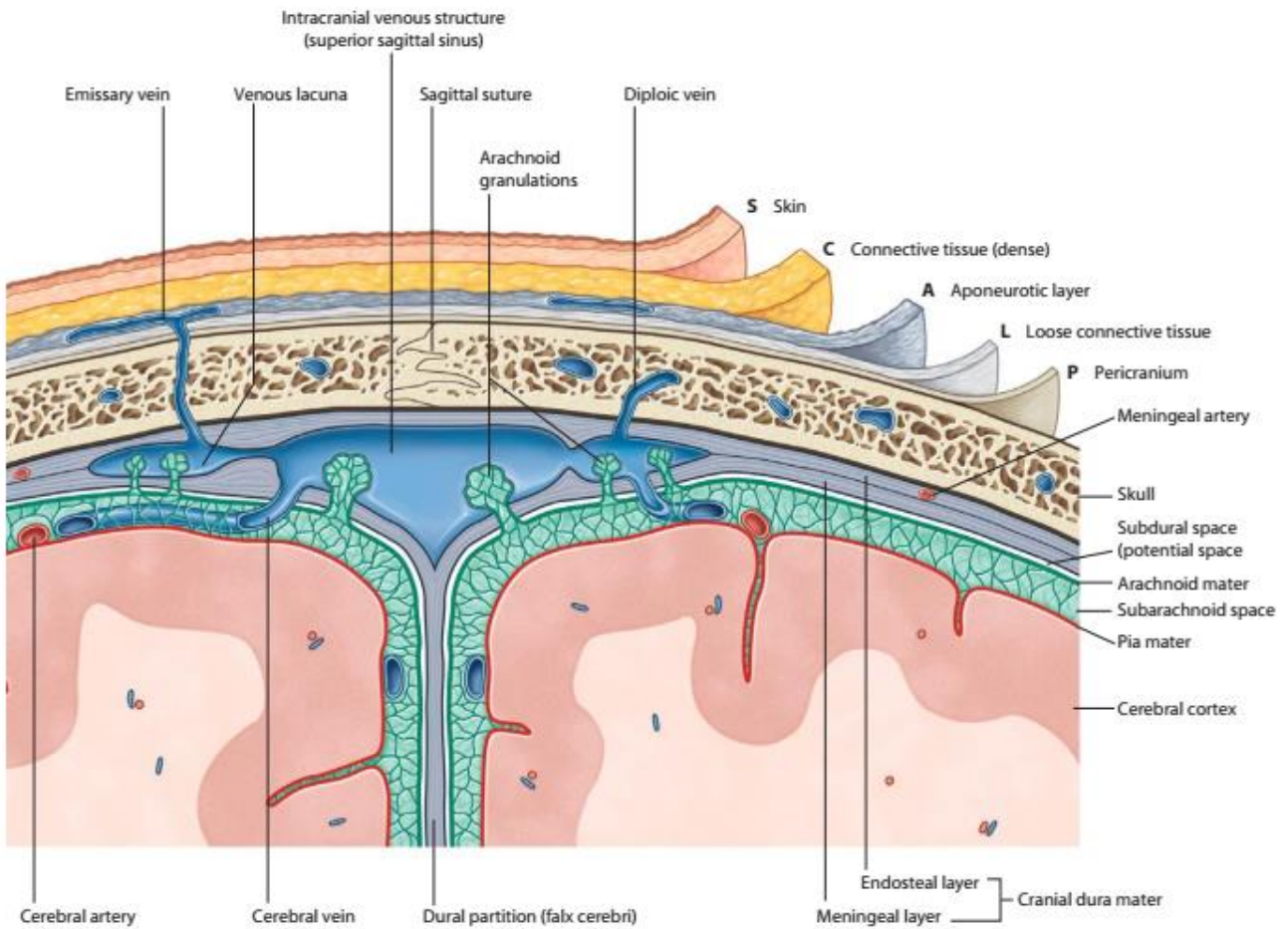
Contre_Coup Contusion

Keyword: child abuse, head injury, blunt trauma, neurosurgery CT

Bibliography

Hoskote A, McShane T. Subdural haematoma and non-accidental head injury in children. *Child Nerv Syst* 2002;18:311–7.

Ortega HW, Vander Velden H, Kreykes KS, Redi S. Childhood death attributable to trauma: Is there a difference between accidental and abusive fatal injuries? *J Emerg Med* 2012;45(3):332–7.



Scalp and cranial meninges

*** GÓC ÔN TẬP ***

1. Da đầu và màng não (Scalp and Meninges)

Phần ngoài xương gồm có các lớp theo thứ tự từ ngoài vào trong **S-C-A-L-P**

Skin – da

Connective tissue (dense) – mô liên kết

Aponeurotic layer - lớp cân

Loose connective tissue – mô liên kết lỏng lẻo

Pericranium – màng sọ ngoài

Đến phần xương sọ - skull

Phía trong xương gồm có các lớp theo thứ tự từ ngoài vào trong gồm có

Cranial dura matter – Màng cứng, gồm có hai lớp **endosteal layer** và **meningeal layer**, giữa hai lớp này là khoang dưới màng cứng – **subdural space**.

Arachnoid matter – Màng nhện và phía dưới là khoang dưới màng nhện – **subarachnoid space**.

Pia matter – màng mềm.

2. Cranial dura matter

Lớp màng cứng của sọ não là một lớp màng dày, chắc, bao phía ngoài não. Nó gồm có hai lớp, lớp ngoài là **periosteal layer** - lớp màng xương, bên trong là lớp màng não – **meningeal layer**.

Lớp màng xương bám chắc vào xương sọ, chứa các động mạch màng não.

Lớp màng não sát với màng nhện.

Hai lớp của màng cứng tách nhập để tạo ra các cấu trúc ở các vị trí khác nhau:

- Các vách màng cứng – **dural partitions**
- Các cấu trúc tĩnh mạch nội sọ - **intracranial venous structures**.

Dural partitions – các vách màng cứng.

Falx cerebri - **liềm đại não** – một phần lồi ra của màng cứng có hình liềm, liềm đại não chia não thành bán cầu đại não. Phía trước bám vào mỏm xương sàng – **crista galli of the ethmoid bone** và mỏm trán của xương trán. Phía sau bám vào liềm tiểu não – **tentorium cerebelli**.

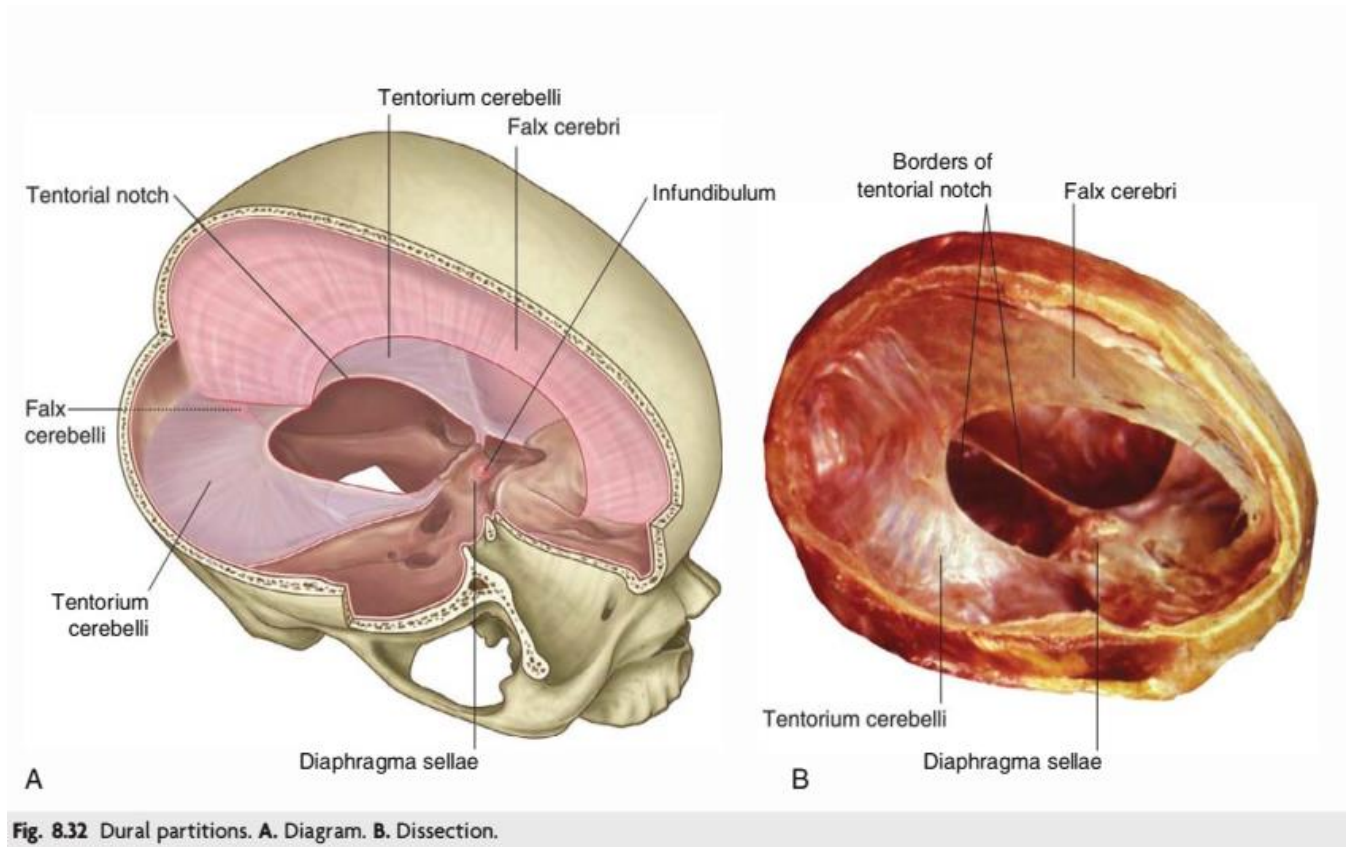


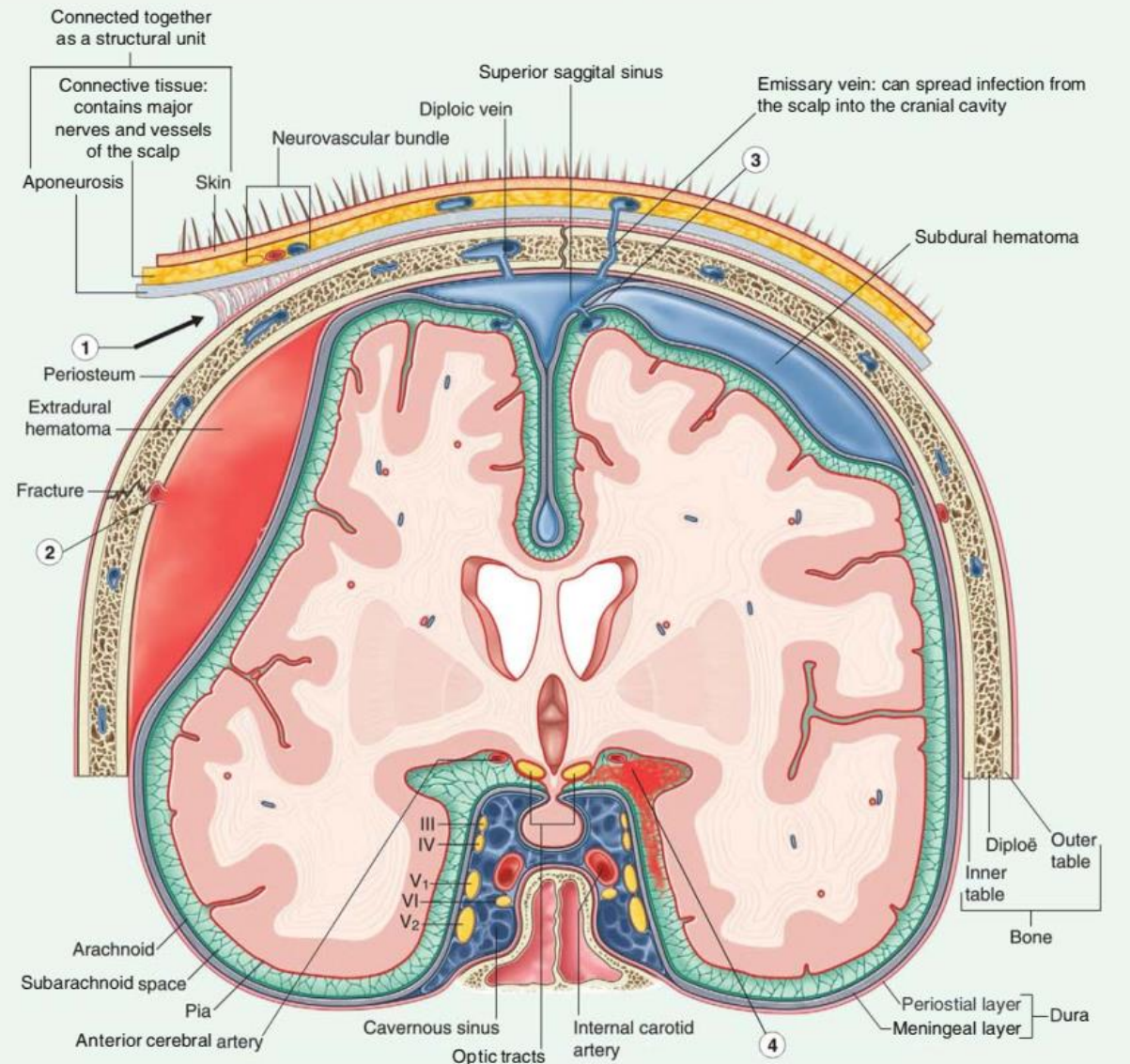
Fig. 8.32 Dural partitions. A. Diagram. B. Dissection.

Tentorium cerebelli - lều tiểu não – một phần lồi ra theo chiều ngang của màng cứng, phân chia tiểu não khỏi hai bán cầu đại não ở hố sọ sau. Ở phía sau bám vào xương chẩm – **occipital bone** dọc theo rãnh của xoang ngang. Phía ngoài, bám vào bờ trên phần đá của xương thái dương, và phía trước bám vào mấu giương trước và sau của xương bướm – **clinoid processes**.

Ngoài ra còn có liềm tiểu não – **falx cerebelli** và liềm tuyến yên – **diaphragma sellae**.

Scalp and meninges

Summary of relationships and clinical significance of the scalp and meninges (Fig. 8.46).



- 1 Loose connective tissue (danger area)
 - In scapling injuries, this is the layer in which separation occurs.
 - Infection can easily spread in this layer.
 - Blunt trauma can result in hemorrhage in this layer (blood can spread forward into the face, resulting in "black eyes").
- 2 Rupture of the middle meningeal artery (branches) by fracture of the inner table of bone results in extradural hematoma. Under pressure, the blood progressively separates dura from the bone.
- 3 Tear to cerebral vein where it crosses dura to enter cranial venous sinus can result in subdural hematoma. The tear separates a thin layer of meningeal dura from that which remains attached to the periosteal layer. As a result, the hematoma is covered by an inner limiting membrane derived from part of the meningeal dura.
- 4 Aneurysm
 - Ruptured aneurysms of vessels of the cerebral arterial circle hemorrhage directly into the subarachnoid space and CSF.

Như vậy với cấu trúc của màng cứng, ta sẽ có các hình thái tụ máu ở cấu trúc màng cứng đó là: Tụ máu ngoài màng cứng; tụ máu dưới màng cứng.

Tụ máu ngoài màng cứng – **extradural**: chủ yếu là do tổn thương các động mạch (90%) - từ đm não giữa. 10% có nguồn gốc từ tĩnh mạch – các xoang, Tm màng não....

Tụ máu dưới màng cứng – **subdural**: hầu hết do vỡ các tĩnh mạch màng não, khác với chảy máu ngoài màng cứng thì dưới màng cứng thường kèm

với vỡ xương, thường gặp ở trẻ em bị ngược đãi và người cao tuổi

=> Hình ảnh: 95% trên lều, hình liềm dọc theo bề mặt đại não, vượt qua các khớp, không vượt qua các nếp màng não (liềm não, lều tiểu não).

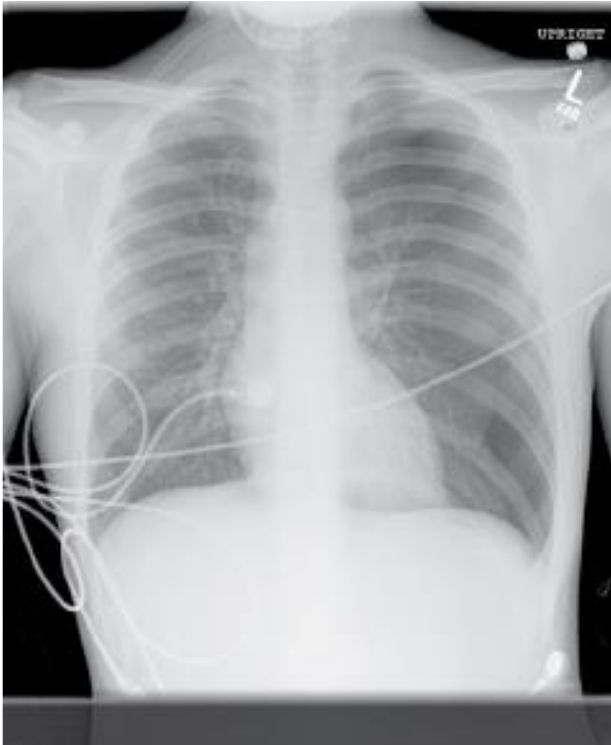
Tài liệu tham khảo:

- <https://www.slideshare.net/NguyenThaiBinh4/radiologyha-noicom-clvt-so-nao-chn-thng-so-nao>
- [Gray Anatomy for students, 3rd edition](http://www.grayanatomy.com/Gray-Anatomy-for-students-3rd-edition)
- <http://ycanths.com/qa/showthread.php?t=12575>

CASE 74**Lauren Allister****Question**

Bệnh nhân nhi nam 18 tuổi, trước sống khỏe nhập viện vì đau ngực bên trái khởi phát đột ngột trong khi đang xem hockey cùng với bố mẹ. Bệnh nhi cho biết rằng cơn đau khởi phát đột ngột, đau nhói và tăng khi hít vào, gần đây không bị tai nạn hay gặp phải bất kỳ chấn thương nào, ngoài ra phần ngực bên phải không đau, không chóng mặt, không buồn nôn không nôn. Gần đây bệnh nhân không sốt và cũng không đau ốm gì gần đây.

Trên thăm khám lâm sàng, bệnh nhân bình tĩnh và không có tình trạng suy hô hấp. Sinh hiệu: không sốt, RR : 18; SpO2: 100% (khí trời). Khám ngực của bệnh nhân ghi nhận: tim mạch bình thường, giảm âm thổi ở ngực trái. Kết quả X quang như sau:



X quang cho biết gì? Bước tiếp theo nên tiến hành ở bệnh nhân này là gì?

Answer

Trên x quang cho thấy một tình trạng tràn khí màng phổi không kèm đẩy lệch khí quản hay đường giữa.

Trường hợp này là một ví dụ của tràn khí màng phổi tự phát tiên phát – **spontaneous primary pneumothorax** - xảy ra không do chấn thương, bệnh lý hay nhiễm trùng nào và không dẫn đến bất kỳ tình trạng bệnh lý nào xác định. Cơ chế bệnh sinh được cho là kết hợp của tình trạng dò khí tại mô liên kết của khoang màng phổi và kèm với vỡ bóng phế nang – **blebs or bullae**.

Các triệu chứng của tràn khí màng phổi bao gồm có khởi phát đau ngực cấp tính và thở nhanh. Chẩn đoán tràn khí màng phổi tự phát tiên phát thường dựa vào lâm sàng, bệnh sử và được khẳng định trên x quang ngực với tia sau trước – **posterior – anterior chest radiograph**. Các lựa chọn điều trị ở một bệnh nhân với tình trạng ổn định bao gồm có: theo dõi đơn thuần, theo dõi với thở oxy lưu lượng cao (100%) qua mặt nạ, chọc hút khí màng phổi cấp cứu – **simple needle aspiration (simple aspiration)**, đặt catheter cỡ lớn hoặc nhỏ vào khoang màng phổi, và dẫn lưu màng phổi – **placement of a thoracostomy tube**. Đa dạng về công thức và guideline hướng dẫn cách can thiệp, nhưng vẫn cần phải dựa vào mức độ của tràn khí ở từng bệnh nhân. Các guideline của tràn khí màng phổi ở người lớn với lâm sàng ổn định (áp dụng đối với tràn khí màng tự phát tiên phát), ở mức độ lớn (>20%) thì cần chỉ định đặt ống dẫn lưu hoặc catheter với kích thước phù hợp; những trường hợp có triệu chứng kéo dài hoặc lâm sàng không ổn định phải chuyển vào các trung tâm có kỹ thuật can thiệp phù hợp kèm với cho thở oxy lưu lượng cao.

Keywords: pulmonary, chest pain, respiratory distress.

Bibliography:

Dotson K, Johnson LH. Pediatric spontaneous pneumothorax. *Pediatr Emerg Care* July 2012;28(7):715–20.

CASE 75**Michael Gottlieb****Questions**

Một trẻ gái 10 tháng tuổi vào khoa cấp cứu với tình trạng đau (???) và sưng ở bụng. Bố mẹ trẻ cho biết rằng từ khi sinh rốn trẻ đã có biểu hiện rốn phồng ra ngoài, nhưng hiện tại tăng kích thước và không thể giảm lại được. Ghi nhận trên lâm sàng như sau:



Hình 75.1



Hình 75.2

1. Sự khác nhau giữa thoát vị cầm tù và thoát vị nghẹt (*incarcerated and strangulated hernia*)?

2. Điều trị đối với thoát vị rốn cầm tù – *incarcerated umbilical hernia*?

Answer

1. Thoát vị rốn thường lành tính và tự khỏi khi trẻ lớn và bắt đầu sử dụng các cơ bụng để hỗ trợ thân mình. Tuy nhiên, trong một số trường hợp có thể không tự khỏi. Hiếm gặp, các quai ruột có thể tắc trong khối thoát vị. Thoát vị cầm tù – *incarcerated hernia* là tình trạng thoát vị không có khả năng thu nhỏ lại nữa. Thoát vị nghẹt – *strangulated hernias* là một dạng của thoát vị cầm tù khi mà quai ruột không được cấp máu nuôi dưỡng đầy đủ và có thể bị hoại tử. Thoát vị nghẹt đau hơn và gây thay đổi màu da, tăng thân nhiệt, các triệu chứng toàn thân và biểu hiện đau ốm rõ rệt.

2. Khi nghi ngờ tình trạng này là thoát vị cầm tù, ban đầu nên cố thử làm giảm khối thoát vị. Có thể tiến hành sau khi giảm đau và sử dụng túi lạnh để giảm phù. Các trường hợp không giảm được khối thoát vị có thể cần đến phẫu thuật can thiệp. Bất kỳ dấu hiệu nào của thoát vị nghẹt nên lập tức tham khảo ý kiến của bác sĩ ngoại bởi vì trong những trường hợp này sẽ chống chỉ định đối với tiến hành thu nhỏ khối thoát vị.

Keywords: surgery, vomiting, mass, acute abdomen

Bibliography:

Blay E Jr, Stulberg JJ. Umbilical hernia. JAMA June 6, 2017;317(21):2248.

Earle DB, McLellan JA. Repair of umbilical and epigastric hernias. Surg Clin North Am October 2013;93(5):1057–89.

Summers A. Congenital and acquired umbilical hernias: Examination and treatment. Emerg Nurse March 2014;21(10):26–8.

CASE 76

Barbara Pawel

Question

Một trẻ 10 tuổi nhập viện với chấn thương ở tay trái sau khi ngã ở tư thế chống duỗi và gập khuỷu – **falling on outstretched hand with arm in pronation** trong khi chơi trượt ván.



Hình 76.1

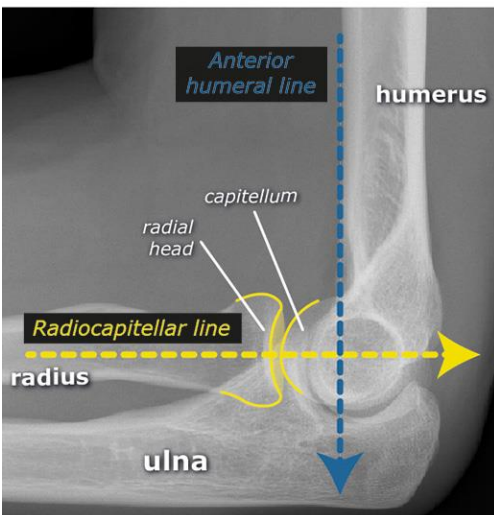


Hình 76.2

Trên x quang bên khuỷu tay, kẻ đường nào để chẩn đoán gãy Monteggia???

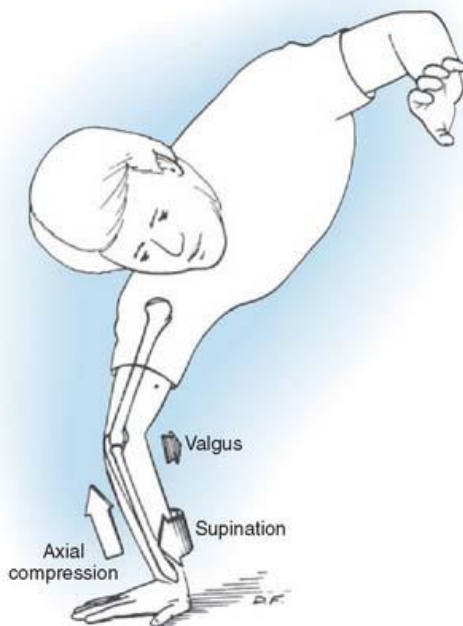
Answer

Kẻ đường quay lồi cầu – **radiocapitellar line** - đường thẳng qua trung tâm và song song với trục dọc của xương quay phải đi qua tâm của lồi cầu xương cánh tay trừ khi chỏm xương qua trật ra khỏi như hình 76.1, trật khớp khó phát hiện được thể hiện ở hình 76.2.



Đường quay lồi cầu.

Gãy kiểu Monteggia là gãy đầu gần xương trụ kèm theo trật chỏm quay. Ở trẻ em, có các thể gãy xương trụ bao gồm có gãy xương tạo hình (biến dạng tạo hình – **plastic deformation**), gãy bánh bơ hành xương – **metaphyseal buckle fracture**, gãy cành tươi – **greenstick fracture**, hoặc gãy di lệch hoàn toàn – **complete displaced fracture**. Rất ít khi gặp phải trường hợp trật chỏm quay đơn thuần ở bệnh nhi, do đó phải thăm khám xương trụ cẩn thận để có thể phát hiện ra được một tình trạng gãy xương không hoàn toàn. Một điều quan trọng khác đó là cũng phải thăm khám cẩn thận chỏm quay trong tất cả những trường hợp gãy xương trụ bởi vì thông thường chỏm tự **relocate** lại vị trí ban đầu. Điều trị thường không cần phẫu thuật ở trẻ em: Nắn gãy xương kín – **closed reduction** đối với gãy xương trụ và trật chỏm quay và sau đó tiến hành bó bột dài cánh tay – **long arm cast application**. Ở trẻ không còn sụn tiếp hợp tăng trưởng – **growth plate (hay còn gọi là closed physes [closed physis])** hoặc không có khả năng nắn gãy xương kín có thể cần phải áp dụng nắn gãy xương hở và cố định trong – **open reduction and internal fixation** – ORIF. Gia tăng tỷ lệ các biến chứng do chẩn đoán muộn có thể tránh bởi đánh giá trên x quang khuỷu tay khi có nghi ngờ gãy xương cẳng tay để đánh giá tình trạng trật chỏm quay.



Fall onto outstretched hand (FOOSH)

Keywords: orthopedics, extremity injury, pitfalls.

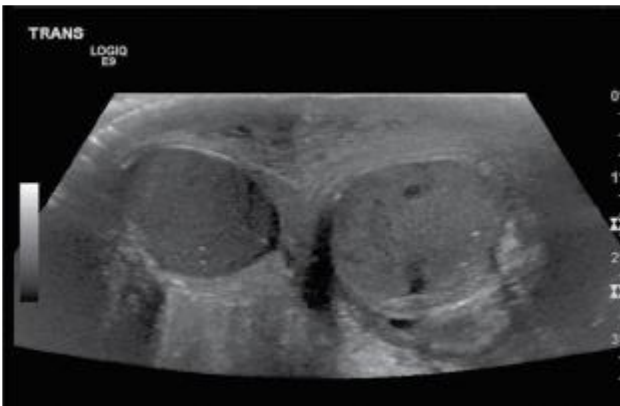
Bibliography: Ring D. Monteggia fractures. Orthop Clin N Am 2013;44:59–66.

CASE 77**Lauren Allister****Question**

Một trẻ trai 12 tuổi vào viện do đau và sưng bìu trái, bệnh khởi phát một ngày trước khi vào viện. Bệnh nhi cho biết không bị chấn thương, không có tình trạng khó tiểu, không tiểu máu, không đau bụng hay đau lưng. Các triệu chứng này không xuất hiện ở bên phải.

Trên thăm khám, không sốt với sinh hiệu bình thường. Thăm khám hệ sinh dục tiết niệu ghi nhận tinh hoàn bên trái rất nhạy cảm – đau khi sờ nhẹ kèm với phù, xuất huyết và mất phản xạ cơ bìu bên trái – **cremasteric reflex**. Tinh hoàn bên phải không đau và không ghi nhận các triệu chứng khác.

Các chẩn đoán phân biệt đối với một trường hợp đau một bên bìu bao gồm có xoắn tinh hoàn – **testicular torsion**, siêu âm bìu được tiến hành và kết quả như hình dưới.



Kết quả siêu âm cho thấy hình ảnh gì? Và bước xử trí tiếp theo ở bệnh nhi này là gì?

Answer

Hình ảnh siêu âm cho thấy giảm lưu lượng máu đến tinh hoàn bên trái có kích thước lớn hơn – phù hợp với chẩn đoán xoắn tinh hoàn cấp (???)

Mặc dù các chẩn đoán khác có thể gặp trong đau tinh hoàn cấp, nhưng rất quan trọng trong phát hiện khả năng có thể là xoắn tinh hoàn bởi vì cơ hội tốt nhất để bảo tồn tinh hoàn đó là điều trị một cách khẩn trương, càng sớm càng tốt.

Chẩn đoán có thể thường dựa trên bệnh sử và thăm khám lâm sàng, với các đặc trưng bao gồm có khởi phát cấp tính đau tinh hoàn một bên, tinh hoàn nằm ngang và cao so với bên lành, sờ thấy mào tinh hoàn nằm phía trước, mất phản xạ cơ bìu – **cremasteric reflex**.

Nếu nghi ngờ xoắn tinh hoàn, điều trị nên bao gồm có tháo xoắn bằng tay – **manual detorsion** và nhanh chóng hội chẩn với bên ngoại tiết niệu.

Siêu âm có độ nhạy cao trong phát hiện xoắn và hữu ích trong phát hiện các nguyên nhân khác, do đó mà phương tiện chẩn đoán hình ảnh này nên được tiến hành nhanh chóng khi có nghi ngờ xoắn tinh hoàn. Tỷ lệ “giải cứu” thành công tinh hoàn có liên quan đến thời gian “vàng” – 4 đến 8h từ khi xoắn đến lúc được tháo xoắn, do đó phải nhanh chóng phát hiện và điều trị là phương pháp điều trị tối ưu đối với bệnh lý này.

Keywords: genitourinary, ultrasound, do not miss

Bibliography:

Bowlin PR, Gatti JM, Murphy JP. Pediatric testicular torsion. Surg Clin North Am February 2017;97(1):161–72.

*** tham khảo thêm (mặc dù không phải chuyên về lĩnh vực siêu âm):

Siêu âm gray – scale (xám) và siêu âm màu Doppler ở các bệnh lý bìu ở trẻ em: https://drive.google.com/open?id=17DXUvTH_TQaEgqUTZxVmqs8_l1Gj4fXO.

CASE 78**Lauren Allister****Question**

Một trẻ nam 16 tuổi vào khoa cấp cứu do vô tình nuốt phải một cái đinh. Bệnh nhi cho biết rằng không đau bụng, không nôn hay khó thở, nhưng khi cậu bé báo cho gia đình biết rằng mình nuốt phải đinh thì họ mang cậu vào khoa cấp cứu để được xử trí.

Trên thăm khám lâm sàng, không sốt, sinh hiệu bình thường. Thăm khám bụng không ghi nhận bất thường. Với bệnh sử như vậy, bệnh nhi được chỉ định chụp x quang bụng để đánh giá vị trí và định vị trí.



Bước tiếp theo nên tiến hành ở bệnh nhân này là gì (dựa vào vị trí và bản chất của dị vật)? Có hay không sự cần nhắc dị nhất đó là đinh hay một vật sắc nhọn nào khác?

Answer

Nuốt phải dị vật là một trong những vấn đề phổ biến trong cấp cứu nhi.

Các vật nhọn gây ra nhiều biến chứng hơn so với các dị vật khác, bao gồm có nguy cơ thủng thực quản hoặc tại các vùng gấp của đường tiêu hóa, như quai C của tá tràng và van hồi manh tràng – **ileocecal valve**. Các di chứng có thể khác bao gồm có dò thực quản động mạch chủ - **aorto-esophageal fistula**, abscess sau họng – **retropharyngeal abscess** và viêm trung thất – **mediastinitis**.

Trong tất cả các trường hợp nuốt phải dị vật, thì x quang đứng vẫn là phương pháp chẩn đoán hình ảnh chủ yếu trong cả xác định chẩn đoán và định khu vị trí của dị vật.

Nhiều dị vật không thể quan sát trên x quang, do đó nội soi vẫn nên được cân nhắc nếu kết quả x quang âm tính. Dị vật sắc nhọn tại thực quản nên

được lấy ra khỏi đường tiêu hóa ngay lập tức. Hầu hết các vật sắc nhọn trong dạ dày hoặc tá tràng mà không có bất kỳ dấu hiệu lâm sàng nào, bởi vì các vật này vẫn có khả năng gây ra các biến chứng nên vẫn cần phải lấy ra bằng nội soi nếu có thể. Nếu dị vật vượt quá khỏi tá tràng, nên theo dõi bằng x quang. Nếu không di chuyển xa trong 3 ngày, nên cân nhắc phẫu thuật. Ngoài ra, bệnh nhân nên được phổ biến về các dấu hiệu nhận biết tắt ruột hoặc chảy máu đường ruột như đau bụng, nôn, sốt, cầu phân máu hoặc cầu phân đen.

Đối với bệnh nhân này, x quang cho thấy một cái đinh trong dạ dày hoặc có thể đoạn gần của ruột non. Căn cứ vào thiếu các triệu chứng lâm sàng và khả năng khó có thể lấy đinh ra, nên hội chẩn giữa bác sĩ nhi tiêu hóa và ngoại tiêu hóa để cho bệnh nhân về nhà và theo dõi cẩn thận các triệu chứng sau đó chụp x quang lại sau 3 ngày nếu đinh không tự ra khỏi đường tiêu hóa (theo dõi phân).

Keywords: foreign body, gastrointestinal

Bibliography

Wright CC, Closson FT. Updates in pediatric gastrointestinal foreign bodies. *Pediatr Clin N Am* 2013;60(5):1221–39.

CASE 79**Emily Obringer****Questions**

Một trẻ gái 11 tuổi, biểu hiện nổi ban như hình dưới một tuần sau khi cắm trại tại khu rừng. Ngoài ban thì trẻ khỏe. Bạn được biết rằng khu cắm trại thuộc vùng dịch tễ của bệnh Lyme – **lyme endermic area**.



Hình 79.1

1. Các test chẩn đoán nên được tiến hành ở giai đoạn sớm của bệnh Lyme?

2. Trong giai đoạn sớm của bệnh Lyme, điều trị tốt nhất đó là sử dụng doxycycline trong 14-21 ngày. Vậy liệu pháp thay thế nên áp dụng ở trẻ dưới 8 tuổi là gì? Và tại sao?

Answers

1. Trong giai đoạn sớm của bệnh Lyme, chẩn đoán vẫn tốt nhất là dựa vào biểu hiện lâm sàng với ban đặc trưng - hồng ban đồng tâm – **erythema migrans** tại vị trí của bệnh hoặc nhiều hồng ban đồng tâm trong giai đoạn lan tỏa của bệnh. XN kháng thể đối với *Borrelia burgdoferi* trong vài tuần đầu của bệnh là không hiệu quả và không được

khuyến cáo (theo *American academy of Pediatrics, 2018*). Giai đoạn lan tỏa không kèm ban và giai đoạn muộn nên được chẩn đoán dựa vào biểu hiện lâm sàng và XN huyết thanh.

2. Doxycycline là phương pháp điều trị trong giai đoạn sớm của bệnh (gđ khu trú). Tuy nhiên nếu sử dụng kéo dài (>10 ngày) doxy sẽ có liên quan đến thay đổi màu sắc của răng vĩnh viễn ở trẻ dưới 8 tuổi và do đó không được khuyến cáo sử dụng ở độ tuổi này, ngoại trừ trường hợp cần phải điều trị các triệu chứng thần kinh. Liệu pháp thay thế bao gồm **amoxicillin hoặc cefuroxime**.

Keywords: infectious disease, dermatology, environmental.

Reference

American Academy of Pediatrics. Lyme disease. In *Red Book: 2018–2021 Report of the Committee on Infectious Diseases*, Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, and Long SS eds. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics, 2018:515–23.

CASE 80

Michael Gottlieb**Questions**

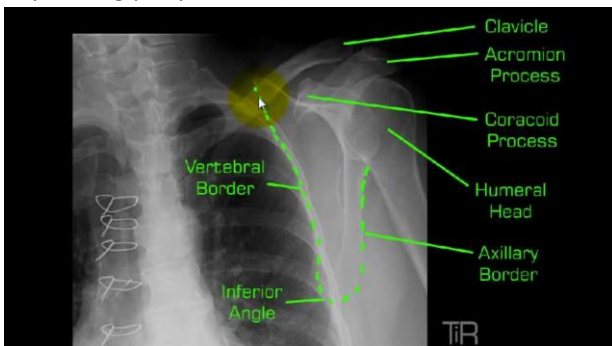
Trẻ trai 14 tuổi vào viện vì đau vai phải sau khi bị ngã khi đá bóng. Ngoài ra không ghi nhận chấn thương khác. Cảm giác và cơ lực ngoại biên đều bình thường, nhưng không có khả năng nâng cánh tay phải lên hoặc chạm vào vùng vai bên trái. Mạch, cơ lực và cảm giác ngoại biên tốt.



1. Chẩn đoán gì ở bệnh nhân?
2. Biến chứng nào hay gặp nhất đối với chẩn đoán được đưa ra?

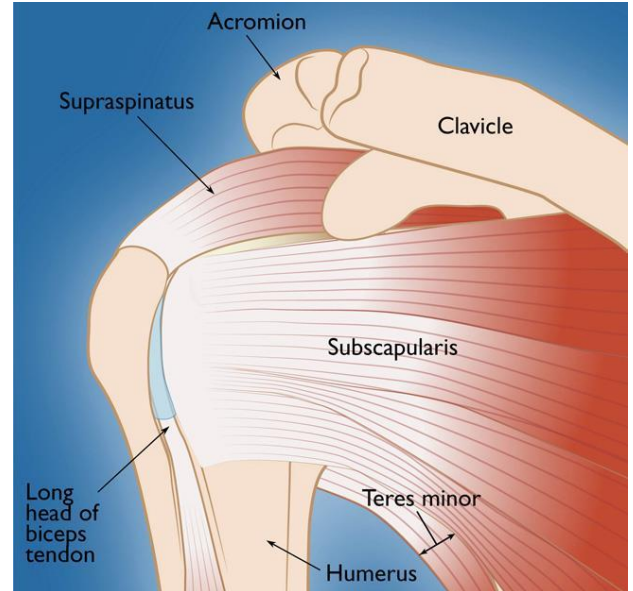
Answers

1. Bệnh nhi này được chẩn đoán trật khớp vai – **shoulder dislocation**. Một trong những loại trật khớp thường gặp nhất tại khoa cấp cứu. Điển hình, bệnh nhân sẽ mô tả vai bên trật ngấn lại, bờ vai vuông – **squared – off shoulder** (<https://tiengsonghuong.wordpress.com/2014/12/28/cap-cuu-chinh-hinh-so-13-bs-nguyen-van-thinh/>) kèm với mất khả năng chạm vào vai bên còn lại. Khi bị tái trật mà không kèm chấn thương cấp và **supporting physical exam**, thì không cần phải chụp x quang. Tuy nhiên, nếu có một chấn thương đáng kể hoặc chẩn đoán xđ vẫn còn chưa chắc chắn thì nên tiến hành chụp x quang vai trước sau, bên, và kỹ thuật chụp khớp vai nghiêng Y view hay còn gọi là phương pháp LAMY (hình dưới)



2. Có bốn biến chứng thường gặp nhất đó là **tổn thương Bankart (87%), tổn thương Hill-Sách (54-76%), rách nhóm cơ rotator cuff – rotator cuff tears (14%) và tổn thương thần kinh nách (3%)**. Tổn thương Bankart là gãy bờ trước ổ chảo – **glenoid rim**, có thể đưa đến tình trạng không vững của

khớp. Dị dạng Hill – Sachs là khuyết phần chỏm sau bên của xương cánh tay, xảy ra do kết quả của việc chỏm xương cánh tay đè ép vào bờ trước ổ chảo khi bị trật. Rách nhóm cơ **rotator cuff** cũng có thể xảy ra do lực của trật khớp và có thể dẫn đến khớp vai không vững. Thần kinh nách có thể bị tổn thương khi khớp vai bị trật và dẫn đến mất cảm giác khắp vùng delta và khó dạng cánh tay.



(Nhóm cơ rotator cuff gồm: cơ dưới vai – **subscapularis**, cơ trên mỏm gai – **supraspinatus**, cơ dưới mỏm gai và cơ tròn nhỏ - **teres minor** có nhiệm vụ ổn định và kiểm soát vận động vai trên xương bả vai).

Keywords: orthopedics, extremity injury, blunt trauma

Bibliography

Bonz J, Tinloy B. Emergency department evaluation and treatment of the shoulder and humerus. *Emerg Med Clin North Am* May 2015;33(2):297–310.

CASE 81

Michael gottlieb

Questions

Một trẻ trai 6 tuổi nhập viện do đau tay trái sau khi ngã ở tư thế gãy duỗi - **falling onto outstretched**. Cậu bé giữa tay bị chấn thương bằng tay phải. Khi khám ghi nhận tay trái sưng và đau gần khớp khuỷu. X quang khớp khuỷu ở các hình sau



Hình 81.1



Hình 81.2



Hình 81.3

1. Gãy xương ở trường hợp này là gì?
2. Các dạng biến chứng thường gặp nhất của loại chấn thương này là gì?

Answers

1. Bệnh nhân bị gãy trên lồi cầu type III – **supracondylar fracture**. Gãy trên lồi cầu là loại gãy xương tại vùng khuỷu thường gặp nhất ở trẻ em với tỷ lệ cao nhất ở độ tuổi từ 5-7. Nguyên nhân phổ biến nhất đó là ngã tư thế duỗi - **fall on an outstretched hand**. Type I (không di lệch) có thể hoặc không thể xác định được đường gãy. Các ghi nhận gợi ý gãy type I bao gồm có: dấu hiệu bõm mỡ hay dấu hiệu mở cánh buồm – **fat pad / sail sign**, bất thường đường trước xương cánh tay – **anterior humeral line** (case 116), hoặc bất thường đường quay lồi cầu – **radiocapitellar line** (case 76). Type II

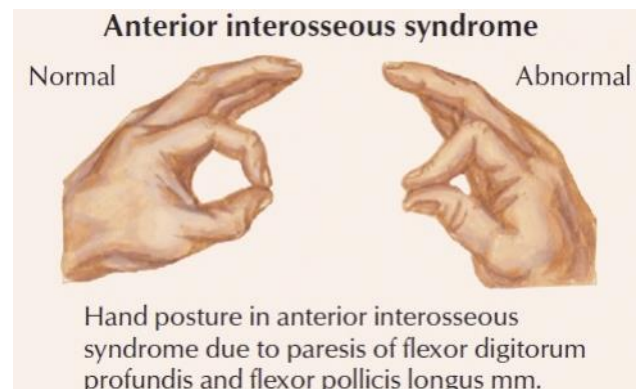
liên quan đến di lệch một phần – **partial displacement**, trong khi đó type III là gãy di lệch toàn phần và có nguy cơ biến chứng cao nhất.

anterior humeral line và radiocapitellar line



2. Ba biến chứng phổ biến nhất bao gồm có tổn thương thần kinh, mạch máu và hội chứng chèn ép khoang – **compartment syndrome**. Thần kinh gian cốt – **interosseous** bị tổn thương là biến chứng thần kinh thường gặp nhất (80%) và nên được kiểm tra bằng cách bảo bệnh nhân thực hiện dấu hiệu “OK” – ngón cái chạm vào ngón trỏ. Biến chứng thần kinh phổ biến khác gồm có tổn thương thần kinh giữa (28-60%), thần kinh quay (26-61%), và thần kinh trụ (11-15%). Các chấn thương mạch máu là động mạch cánh tay (5-20%) và nên được đánh giá mạch, nhiệt, màu sắc và thời gian đổ đầy mao mạch. Cuối cùng, tất cả bệnh nhân đều phải nhập viện để tiến hành phẫu thuật cố định để giảm sưng cũng như theo dõi những dấu hiệu của hội chứng chèn ép khoang.

Kết quả dấu “OK”





Dấu hiệu bờm mỡ hoặc dấu hiệu cánh buồm/fat pad sign or sail sign: Bình thường bờm mỡ ở hố mặt trước dưới xương cánh tay thấy mờ, mặt sau dưới không thấy. Nếu thấy bờm mỡ ở mặt sau xương cánh tay => chỉ điểm của tràn dịch khớp khuỷu (Thường do gãy chỏm quay ở người lớn hoặc gãy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em).

Keywords: orthopedics, extremity trauma, blunt trauma

Bibliography

Sherman SC. Pediatric supracondylar fracture. J Emerg Med February 2011;40(2):e35–7.

Wu J, Perron AD, Miller MD, Powell SM, Brady WJ. Orthopedic pitfalls in the ED: Pediatric supracondylar humerus fractures. Am J Emerg Med October 2002;20(6):544–50.

CASE 82**Timothy Ketterhagen****Question**

Một bà mẹ mang đứa con trai 4 tuổi của mình vào khoa cấp cứu do kẹt một vật hình nhẫn ở ngón tay của đứa trẻ. Bệnh nhân được phát hiện khi chơi tại gara xe của gia đình, cậu bé cho một ốc kim loại vào ngón giữa của mình và sau đó thì không thể tháo cái này ra. Mẹ của bé đã cố gắng đẩy ốc này ra nhưng chỉ làm ngón tay đứa trẻ sưng thêm. Ngoài ra thì không ghi nhận chấn thương nào khác ở trẻ.

Thăm khám lâm sàng, ghi nhận một ốc kim loại lớn kẹt ở ngón giữa tay trái. Sưng nề 1/3 xa của ngón giữa. Thời gian đổ đầy mao mạch <2s/ Bệnh nhi có thể cử động ngón này nhưng có hạn chế do đau. Ngoài ra không ghi nhận bất thường nào khác. Bàn tay bị ảnh hưởng được mô tả ở ảnh dưới.



Hình 82.1



Hình 82.2

Kỹ thuật nào có thể áp dụng để tháo cái “nhẫn khổng lồ” này ra khỏi ngón tay của trẻ?

Answer

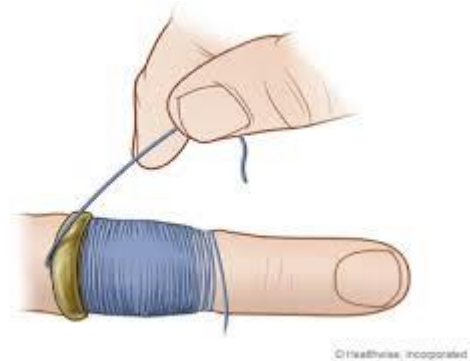
Ở tình huống này có thể khó tháo ra khỏi ngón tay đã bị sưng lên. Mức độ tổn thương mạch máu của ngón phụ thuộc vào mức độ và diễn tiến của tình trạng sưng. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh có thể cần đến nếu nghi ngờ một tình trạng gãy hoặc di lệch. Nên lưu ý đến tình trạng uốn ván.

Có nhiều kỹ thuật có thể áp dụng để loại bỏ chiếc nhẫn này ra. Làm sạch vết thương và giảm đau tại chỗ nên áp dụng ở tất cả các trường hợp. Kỹ thuật phong bế ngón tay – **digital block technique** nên được sử dụng một cách “thông minh” phụ thuộc vào mức độ “hợp tác” của bệnh nhi và mức độ nặng của tình trạng khó chịu. Bàn tay nên được giữ nâng lên ở mức có thể. Làm lạnh tay có thể áp dụng để giảm sưng ngón.

Lubrication – bôi trơn: sử dụng xà phòng hoặc sáp dầu – **petroleum jelly** để trượt dị vật ra khỏi ngón tay.

String pull method – phương pháp kéo dây: áp dụng với ngón tay đã được bôi trơn, buộc dây vào hai đầu của “chiếc nhẫn” rồi kéo theo chiều vòng tròn xung quanh ngón tay để tháo dần chiếc nhẫn ra.

String wrap method - buộc dây ở đầu xa ngón tay, buộc đến hết ngón tay để làm giảm tình trạng sưng ngón tay, rồi đẩy chiếc nhẫn dần về phía đã buộc dây.



Ring cutter - tiến hành cắt.

Keywords: foreign body, hand injury, procedures.

Bibliography

Bothner J. Ring entrapment and removal. <https://yquan.com.vn/uptodate/d/topic.htm?path=ring-entrapment-and-removal>

Fleisher GR, Ludwig S, eds. Textbook of Pediatric Emergency Medicine. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

CASE 83

Emily Obringer**Questions**

Một trẻ gái 10 tuổi biểu hiện triệu chứng khó chịu ở chi dưới. Trên thăm khám, phát hiện viêm mô tế bào – **cellulitis** bờ lòng bàn chân phải. Qua hỏi bệnh, được biết bé gái có chơi đùa tại một công trường gần nhà vài ngày trước và phát hiện mình dẫm phải một vật nhọn. Cô bé cho hay đã nhổ vật nhọn này ra khỏi giày tennis của mình nhưng lại không thể mô tả rõ nó là gì. Sau đó thì vùng chân này đau tăng tại vùng này.



Hình 83.1



Hình 83.2

1. Viêm mô tế bào ở bàn chân sau một vết thương đâm thủng thường do vi sinh vật nào gây ra?

2. Dự phòng bằng kháng sinh nào tại thời điểm bị tổn thương để ngăn ngừa viêm mô tế bào và các biến chứng khác, như viêm tủy xương – **osteomyelitis**?

3. Các phương tiện chẩn đoán nào nên được chỉ định?

Answer

1. Viêm mô tế bào thường gây ra bởi hệ vi khuẩn trên da – **normal skin flora**, như tụ cầu hay liên cầu. Trong trường hợp này, viêm mô tế bào tại vết thương đâm thủng tại bàn chân, *Pseudomonas aeruginosa* cũng là một nguyên nhân thường gặp (Fisher et al, 1985). Ngoài ra tác nhân gây ra viêm mô tế bào cũng nên căn cứ vào môi trường xảy ra. Nhiễm trùng do các vi sinh vật trong môi trường nước, nấm và mycobacterium nên được nghĩ đến

trong những trường hợp lâm sàng phù hợp. Nếu có thể, tiến hành nuôi cấy vết thương để có thể xác định được nguyên nhân gây bệnh.

2. Kháng sinh dự phòng không được nghiên cứu kỹ và do đó các khuyến cáo vẫn còn tranh cãi. Nhìn chung, nếu bệnh nhân biểu hiện trong 24h đối với vết thương không biến chứng, làm sạch vết thương và kiểm tra lại dị vật là cần thiết (Chisholm and Schlessler 1989; Chachad and Kamat 2004). Bệnh nhân biểu hiện sau 24h thường có các dấu hiệu nhiễm trùng tại chỗ và do đó cần điều trị kháng sinh, hơn là dự phòng. Nếu bệnh nhân biểu hiện giữa 24 và 72h sau khi chấn thương và không có các dấu hiệu của nhiễm trùng, kháng sinh dự phòng có thể được chỉ định (Chachad and Kamat, 2004).

3. Trừ khi vết thương đâm thủng nông hoặc bệnh nhân biết rõ về dị vật đã được gỡ ra, thì x quang nên được chỉ định để đánh giá dị vật còn mắc lại (nếu có) (Chisholm and Schlessler, 1989; Chachad and Kamat 2004). Kim loại, mảnh thủy tinh hay nhựa nhìn chung đều có thể quan sát tốt trên phim x quang. Nếu dị vật thấu xạ - **radiolucent object** như gỗ, thì có thể cần nhắc siêu âm (Chisholm and Schlessler 1989). Nếu nghi ngờ có viêm tủy xương nên tiến hành các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh khác như MRI có hoặc không kèm với chất cản quang.

Keywords: infectious disease, pitfalls, penetrating trauma.

References:

Chachad S, Kamat D. Management of plantar puncture wounds in children. Clin Pediatr (Phila) 2004;43(3):213–6.

Chisholm CD, Schlessler JF. Plantar puncture wounds: Controversies and treatment recommendations. Ann Emerg Med 1989;18:1352–57.

Fisher MC, Goldsmith JF, Gilligan PH. Sneakers as a source of *Pseudomonas aeruginosa* in children with osteomyelitis following puncture wounds. J Pediatr 1985;106(4):607–9.

CASE 84**Timothy Ketterhagen****Question**

Một bà mẹ mang đứa con trai 13 tuổi vào khoa cấp cứu với một chấn thương ở mắt phải. Tình trạng của bệnh nhi như sau cậu bé chạy qua một khu rừng ở phía sau nhà khi cậu chạy thì bị một nhánh cây tác động trực tiếp vào mắt phải và ngay lập tức cậu bé cảm thấy đau. Mẹ của bệnh nhi cho biết bệnh nhi không mang gương và trước đó thị lực của cậu bé rất tốt. Bệnh nhân bảo rằng không bị giảm thị lực và không có bất kỳ chấn thương nào khác.

Trên thăm khám bệnh nhi tỉnh, tiếp xúc tốt. Có một vết rách theo chiều dọc dài 1.5cm từ phía trong củng mạc – **sclera** chạy đến đồng tử. Có tình trạng xuất huyết dưới kết mạc xung quanh vết rách – **subconjunctival hemorrhage**. Vận động của cơ ổ mắt vẫn bình thường. Đồng tử vẫn ở vị trí trung tâm và tròn. Không có tình trạng xuất huyết tiền phòng – **hyphema**. Thị lực vẫn bình thường. Không có dị vật nào trong mắt. Không có chấn thương khác được ghi nhận. Tổn thương được thể hiện ở hình dưới.



Hình 84.1

Đối với vết thương như vậy nên thăm khám và điều trị như thế nào?

Answer

Vết rách ở giác mạc – **cornea** hoặc kết mạc – **sclera** có thể xảy ra do chấn thương bởi vật nhọn, các vật được phóng ra, hoặc bởi chấn thương đung dập. Các bác sĩ lâm sàng nên cân nhắc khả năng dị vật vẫn còn sau khi gây ra tổn thương. Trì hoãn phát hiện gia tăng tỷ lệ nhiễm trùng. Thị lực trước khi bị cũng nên được đánh giá. Sự hiện diện của xuất huyết dưới kết mạc 360 độ, giảm vận động cơ hốc mắt, giảm thể tích của mắt, giảm thị lực hoặc xuất huyết tiền phòng có thể hướng đến tình trạng vỡ nhãn cầu – **globe rupture**.

Tất cả vết rách kết mạc và giác mạc nên được hội chẩn với các bác sĩ nhãn khoa. Nếu cho rằng vết rách nông (<1cm) và không liên quan đến các tổn thương trong ổ mắt, các kháng sinh dạng mỡ - **antibiotic**

ointment có thể được kê đơn và bệnh nhân có thể được theo dõi bởi các bác sĩ chuyên nhãn khoa khi điều trị ngoại trú. Đối với vết rách lớn hơn hoặc nếu nhãn cầu vỡ được nghĩ đến, nên được đánh giá tức thì bởi các bác sĩ nhãn khoa. Một tấm che bảo vệ mềm cho mắt nên được áp dụng cho bệnh nhân. Đèn khe được sử dụng để đánh giá tổn thương. Tất cả các thuốc nhỏ mắt nên tránh sử dụng. Dị vật nên được lấy ra khỏi mắt. CT scan là lựa chọn tại khoa cấp cứu, mặc dù cho MRI có thể là một lựa chọn nếu dị vật không phải là kim loại. Chỉ định phù hợp thuốc giảm đau, chống nôn và thuốc an thần – **sedation** (nếu có chỉ định). Kháng sinh đường tĩnh mạch nên được sử dụng. Bệnh uốn ván nên được lưu ý. Nên chuyển sang khoa mắt để được điều trị triệt để.

Trầy giác mạc – **corneal abrasions** là sự tác động hầu hết là ở lớp nông của giác mạc. Trầy giác mạc có thể được đánh giá bằng **fluorescein exam**. Nếu các triệu chứng vẫn tiếp tục kéo dài hoặc tổn thương quá lớn được phát hiện, nên hội chẩn với bác sĩ nhãn khoa. Bệnh nhân có thể xuất viện với điều trị hỗ trợ, kháng sinh tại chỗ, và cần dặn phải theo dõi 24-48h. Không nên cho giảm đau tại chỗ, bởi vì quá trình lành của vết thương và giác mạc bình thường có thể bị ảnh hưởng.

Keywords: ophthalmology, penetrating trauma, do not miss.

Bibliography

Gardiner MF, Kloeck CE. Conjunctival injury. <https://yquan.com.vn/uptodate/d/topic.htm?path=conjunctival-injury> (Last updated July 28, 2017).

Hoffman RJ, Wang VJ, Scarfone R. Fleisher & Ludwig's 5-Minute Pediatric Emergency Medicine Consult.

Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

CASE 85**Emily Obringer****Questions**

Một trẻ trai 9 tuổi vào khoa cấp cứu trong mùa hè với biểu hiện nặng lên của tình trạng chảy dịch tai hai bên – **ear discharge**. Cậu bé này tham gia trong đội bơi tại địa phương. Cậu bé cho biết rất ngứa và đau rất nhiều khi kéo vành tai. Bạn nghi ngờ chẩn đoán viêm tai ngoài cấp.



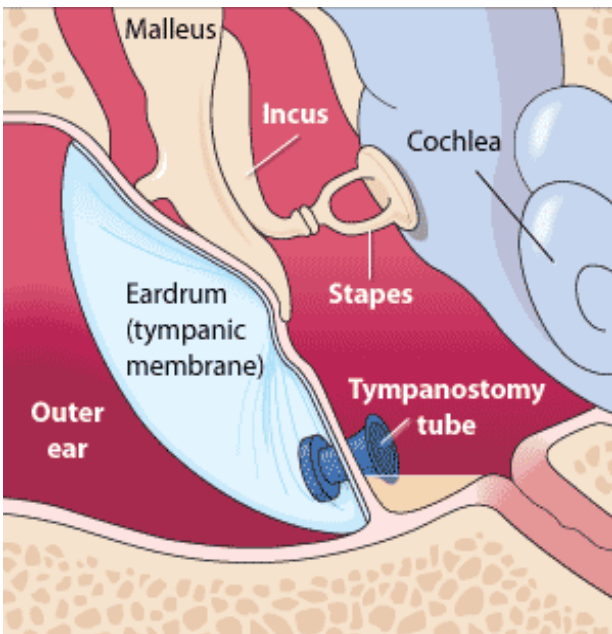
Hình 85.1

Hình 85.2

1. Nguyên nhân nào là phổ biến nhất đối với bệnh lý này?
2. Lựa chọn điều trị tốt nhất đối với viêm tai ngoài cấp?

Answers

1. *Pseudomonas aeruginosa* là nguyên nhân phổ biến nhất của viêm tai ngoài cấp, đặc biệt là trong những trường hợp tiếp xúc với thời gian dài trong nước (như trong hồ bơi) (Boyce, 2012).



Các hội chứng tai khác có thể gây ra bởi *Pseudomonas aeruginosa* bao gồm có viêm tai giữa sinh mủ mạn tính – **chronic suppurative otitis media**, viêm tai ngoài hoại tử, chảy mủ tai – **otorrhea** trong tình trạng có đặt ống thông hơi vào màng nhĩ – **tympanostomy tubes**.

2. Viêm tai ngoài cấp không biến chứng nên được điều trị mà không cần phải dùng kháng sinh đường toàn thân. Theo *The American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery* khuyến cáo sử dụng kháng sinh tại chỗ ban đầu, cùng với giảm đau phù hợp (Rosenfeld et al, 2014). Kháng sinh tại chỗ trong điều trị viêm tai giữa cấp có nhiều sản phẩm khác nhau, bao gồm đơn thuần kháng sinh hoặc kết hợp với steroid, và chất khử trùng đơn thuần hoặc kết hợp với steroid. Có hai phân tích hệ thống đã cho thấy không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa các hình thức sử dụng trên, do đó mà các bác sĩ lâm sàng cần dựa vào sự phù hợp của mỗi bệnh nhân, giá thành và khả năng có thể sử dụng của bệnh nhân để có thể quyết định (Rosenfeld et al, 2006; Kaushik et al, 2010). Ngoài ra, nếu màng nhĩ không thể quan sát được và có thể khả năng rách màng nhĩ, thì các chất có hại với thần kinh nhĩ như **neomycin không nên sử dụng**. Thời gian liệu trình kháng sinh tại chỗ thường là 7-10 ngày.

Keywords: infectious disease, head and neck/ENT.

References

Boyce TG. Otitis externa and necrotizing otitis externa. In Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 4th ed., Long SS, Pickering LK, Prober CG, eds. Edinburgh: Elsevier-Saunders, 2012:220–2.

Kaushik V, Malik T, Saeed SR. Interventions for acute otitis externa. Cochrane Database Syst Rev 2010; Jan 20 (1):CD004740.

Rosenfeld RM, Schwartz RT, Cannon CR, Roland PS, Simon GR, Kumar KA, Huang WW, Haskell HW, Robertson PJ. Clinical practice guideline: Acute otitis externa. Otolaryngol Head Neck Surg 2014;150(1 Suppl.):S1–24.

Rosenfeld RM, Singer M, Wasserman JM, Stinnett SS. Systematic review of topical antimicrobial therapy for acute otitis externa. Otolaryngol Head Neck Surg 2006;134(4 Suppl.):S24–48.

CASE 86**Emily Obringer****Questions**

Một trẻ ở độ tuổi bú mẹ biểu hiện nổi hồng ban dạng dát sẩn, lan tỏa, không ngứa tại vùng mặt, thân mình, và các chi. Trẻ không sốt và các hoạt động sinh hoạt khác của trẻ không bị ảnh hưởng. Năm ngày trước, trẻ phải vào viện vì sốt và khó chịu. Tại thời điểm đó, được chẩn đoán là nhiễm trùng tai và được điều trị bằng amoxicillin.



Hình 81.6

1. Trẻ có thể điều trị bằng kháng sinh beta-lactam trong tương lai được hay không?

2. Với bệnh cảnh này, chẩn đoán phân biệt sẽ là nhiễm virus nào?

Answers

1. Ban dát sẩn không ngứa là một tác dụng phụ phổ biến khi điều trị bằng amoxicillin. Khoảng 3-7% bệnh nhi có thể phát triển các phản ứng trong suốt quá trình điều trị với aminopenicillin (Bass et al., 1973). Thông thường, ban không ngứa hình thành 3-10 ngày sau khi sử dụng kháng sinh. Căn nguyên của ban là không rõ và dường như có liên quan đến kháng thể IgE (Pichichero 2005). Trong hầu hết các trường hợp, trẻ có thể sử dụng lại kháng sinh họ beta-lactam trong tương lai (Bierman et al., 1972). Ghi chú cẩn thận hồ về tình trạng nổi ban dị ứng của bệnh nhi để có thể lựa chọn kháng sinh phù hợp trong tương lai.

Phản ứng dị ứng có liên quan đến IgE (type I), hay còn được gọi là phản ứng quá mẫn sớm (tức thì) – **immediate hypersensitivity**, mức độ nặng có thể từ nổi ban đến shock mẫn cảm – **anaphylaxis**. Bệnh nhân biểu hiện type phản ứng này với amoxicillin (hoặc các thuốc penicillin khác) nên hội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa trước khi sử dụng penicillins.

2. Nhiễm virus Epstein Barr cấp nên được cân nhắc trong trường hợp như thế này. Đã ghi nhận trường hợp sử dụng amox trong suốt thời kỳ nhiễm EBV cấp có xuất hiện ban dát sẩn (Shapiro et al., 1969). Ban không phải là do dị ứng với kháng sinh. Không giống với bệnh nhi được mô tả ở trên, ban trong thời kỳ nhiễm EBV điển hình có ngứa. Ban đào – **roseola** có thể cân nhắc ở bệnh nhi dựa vào bệnh sử. Điển hình, ban đào biểu hiện ở trẻ 6-24 tháng tuổi, sau 3-5 ngày sốt cao, ban sẽ biểu hiện khi trẻ bắt đầu hạ sốt.

Keywords: infectious diseases, drug reactions, mimickers.

References:

Bass JW, Crowley DM, Steele RW, Young FSH, Harden LB. Adverse effects of orally administered ampicillin. *J Pediatr* 1973;83:106–8.

Bierman CW, Pierson WE, Zeitz SJ, Hoffman LS, VanArsdel PP Jr. Reactions associated with ampicillin therapy. *JAMA* 1972;220:1098–100.

Pichichero M. A review of evidence supporting the American Academy of Pediatrics Recommendation for prescribing cephalosporin antibiotics for penicillin-allergic patients. *Pediatrics* 2005;115(4):1048–57. Shapiro S, Siskind V, Slone D, Lewis GP, Jick H. Drug rash with ampicillin and other penicillins. *Lancet* 1969;2:969–72.

CASE 87**Veena Ramaiah****Question**

Trẻ 21 tháng tuổi vào viện với biểu hiện ban bọng nước ở vùng mông. Mẹ bé cho biết rằng phát hiện tình trạng này sau khi về nhà từ chỗ làm. Trẻ được chăm sóc bởi ông bà trong ngày hôm này thay cho người chăm sóc trẻ của gia đình và không ghi nhận triệu chứng khác như: nôn, sốt, hoặc tiền sử ngồi phải hoặc bị đổ lên vùng mông chất lỏng nóng. Trẻ bị tiêu chảy và đau khi đặt trẻ ngồi.

Sinh hiệu và thăm khám bình thường ngoại trừ ban phỏng nước và hồng ban phía trong của mông trẻ theo hình dáng phù hợp với hình dáng của tả lót. Vùng ban kéo dài đến phía dưới phần bìu, nhưng tại dương vật. vùng quanh hậu môn và nếp gấp bẹn lại không ghi nhận. Một vùng bị bong da kèm với hồng ban kích thước 2*2cm, đáy tổn thương nhợt nhạt ở bên mông phải. Tổn thương đau khi chạm vào.



Vậy, tình trạng ở bệnh nhi này là gì?

Answer

Sau khi thăm khám, và khai thác bệnh sử, mẹ trẻ không biết chính xác các thuốc được sử dụng tại nhà. Tuy nhiên, khi hỏi về các thuốc làm mềm phân, thì bà mẹ bảo rằng có thể ông bà đã sử dụng. Chúng tôi liên lạc với ông bà bệnh nhi qua điện thoại. Cả hai đều khẳng định vùng mông của trẻ không tiếp xúc với dung dịch nóng nào và không có khả năng bị bỏng. Ông bà của trẻ cho biết có sử dụng Ex-Lax (một loại thuốc nhuận tràng – *laxative*) và để nó tại ngăn kéo trong phòng ngủ và trẻ chơi tại phòng này. Khi yêu cầu ông của bệnh nhi đến tìm Ex-Lax thì ông không thể tìm thấy trong ngăn kéo nữa. Và ông không chắc chắn số lượng Ex-Lax là bao nhiêu trong ngăn kéo.

Với bệnh cảnh nổi bật là tiêu chảy và dạng tổn thương, kết luận là bỏng / viêm da hóa chất do nuốt phải Ex – Lax.



Ex – Lax một dạng thuốc nhuận tràng dưới “vỏ bọc” của một thanh chocolate

Discussion

Tổn thương phỏng nước ở vùng mông thường là do bỏng. Ngoài ra, không có bất kỳ khả năng bỏng nào được phát hiện, thì trong trường hợp này điều quan trọng đó là cân nhắc nhiều các chẩn đoán phân biệt khác nhau, đặc biệt là phải chú ý đến thăm khám triệu chứng hệ thống và hỏi về thời gian kể từ khi ở nhà và người chăm sóc trẻ (kể cả người không có mặt tại thời điểm thăm khám).

Đã ghi nhận các trường hợp trong y văn của viêm da vùng mông do thuốc nhuận tràng có bệnh cảnh tương tự như bỏng do bạo hành (Leventhal et al., 2001; Spiller et al., 2003), đặc biệt là đối với các thuốc nhuận tràng có chứa senna.

Thuốc nhuận tràng có chứa senna không được khuyến cáo cho trẻ dưới 2 tuổi. Tuy nhiên, Ex – Lax lại được sản xuất dưới vỏ bọc là thanh chocolate nên trẻ rất khó phân biệt được. Một miếng vuông trong thanh chocolate giả này chứa 15-25mg sennosides. Senna là một loại thảo mộc, thành phần hoạt động của senna là các dẫn xuất anthraquinone và glucosides, chủ yếu là senna glycosides hay sennosides. Sennosides kích thích niêm mạc đại tràng, tăng nhu động và sự di chuyển của phân. Senna cũng có thể nâng cao khả năng tích lũy nước trong phân và gia tăng thành phần giữ nước trong phân bằng cách ức chế tái hấp thu điện giải và nước từ đại tràng.

Cơ chế chính xác của viêm da / bỏng do thuốc này vẫn không được xác định. Giả thuyết có thể đó là bao gồm tiếp xúc kéo dài phân chứa senna sẽ tác động đến vùng mông do tả lót hoặc tổn thương từ tình trạng gia tăng nồng độ các enzym tiêu hóa trong phân tiêu chảy do rút ngắn thời gian vận chuyển của phân trong ruột (Leventhal et al., 2001; Durani et al., 2006). Các tổn thương ít gặp tại vùng quanh hậu môn chỉ gặp ở trẻ mang tả lót phù hợp với giả thuyết tiếp xúc kéo dài.

Ở bệnh nhi này, tình trạng phỏng nước chỉ ở phần nông. Thủ thuật **débridement** không cần thiết, và trẻ được ra viện sau khi cho sử dụng kem **silver sulfadiazine** tại chỗ, với liều sử dụng 2 lần một ngày trong vòng một tuần.



Keywords: child abuse mimickers, dermatology, medications

References:

Durani P, Agarwal R, Wilson DI. Laxative induced burns in a child. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2006;59(10):1129. Leventhal JM, Griffin D, Duncan KO, Starling S, Christian CW, Kutz T. Laxative-induced dermatitis of

the buttocks incorrectly suspected to be abusive burns. *Paediatrics* 2001;107(1):178–9.

Spiller HA, Winter ML, Weber JA, Krenzelok MP, Anderson DL, Ryan ML. Skin breakdown and blisters from senna-containing laxatives in young children. *Ann Pharmacother* 2003;37(5):636–9.

CASE 88**Justin Triemstra****Question**

Một trẻ nam 19 tháng tuổi biểu hiện ban diễn tiến nhanh (nhanh phai đi – *evanescent rash*) và sưng chân sau khi nhiễm virus. Không ghi nhận các tổn thương niêm mạc và các cơ quan khác biểu hiện bình thường.



Hình 88.1



Hình 88.2

(Courtesy of Dr. Mara Beveridge)

Tình trạng này là gì? Các chẩn đoán phân biệt thường gặp của loại ban này là gì? Điều trị tình trạng này như thế nào?

Answer

Chẩn đoán phù hợp đó là tình trạng quá mẫn mào đày cấp dạng vòng – *acute annular urticarial hypersensitivity*, còn đượ gọi là mào đày đđa dạng – *urticaria multiforme*. Mào đày đđa dạng là một phản ứng quá mẫn biểu hiện ban đầu – là một tổn thương dạng hồng ban nhỏ, lan nhanh dạng vòng, trung tâm có màu sàng hoặc sậm màu, biểu hiện tương tự như bầm máu – *echhymotic*. Chẩn đoán đựa vào trên lâm sàng, và sinh thiết da thường không cần thiết.

Dạng mào đày này thường bị nhầm lẫn với tình trạng hồng ban đđa dạng – *erythema multiforme* hoặc phản ứng như bệnh huyết thanh – *serum sickness like reaction*. Sự khác biệt có thể thể hiện trên diễn biến của tổn thương. Trong mào đày đđa dạng – *urticaria multiforme*, các tổn thương thường tồn tại từ vài phút đến vài giờ so với vài ngày đến vài tuần so với hồng ban đđa dạng và phản ứng như bệnh huyết thanh. Hơn thế nữa, tình trạng da vẽ nổi – *dermatographism* thường gặp trong mào đày đđa dạng, không giống như hồng ban đđa dạng hay phản ứng như bệnh huyết thanh/

Hầu hết các trường hợp có thể tự hồi phục sau điều trị hỗ trợ bằng thuốc kháng histamin. Corticosteroid toàn thân nên chỉ áp dụng trong các trường hợp nặng. Bất kỳ kháng sinh mới hoặc không cần thiết thì nên ngừng sử dụng. Nếu các triệu chứng tồn tại dai dẳng hoặc ban có liên quan đến các triệu chứng hệ thống như đau khớp – *arthralgias*, sốt, hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng vùng bụng, các bệnh lý khác nên đượ cân nhắc.

Keywords: dermatology, drug reactions, mimickers.

Bibliography

Shah K, Honig P, Yan A. "Urticaria multiforme": A case series and review of acute annular urticarial hypersensitivity syndromes in children. *Pediatrics* 2007;119:1177–83.

CASE 89**Timothy Ketterhagen****Question**

Một trẻ nam 7 tuổi được mang vào khoa cấp cứu do biến đổi màu sắc ở lưỡi. Mẹ trẻ cho hay, đã ghi nhận tình trạng tối màu ở lưỡi vào đêm trước, nhưng tình trạng này không cải thiện. Bệnh nhi cho biết khó chịu ở dạ dày và đi phân lỏng 2 ngày trước. Tuy nhiên, mẹ trẻ bảo rằng trẻ không nôn và lượng nước uống vẫn bình thường. Lượng nước tiểu vẫn bình thường. Không sốt. Hoạt động vẫn bình thường. Bệnh nhi khẳng định không ăn bất kỳ thức ăn tối màu nào trong thời gian gần đây.

Thăm khám lâm sàng ghi nhận lưỡi có màu đen. Không bị thay đổi màu răng hay môi. Họng sau – **post posterior** vẫn bình thường và khám bụng không phát hiện gì bất thường. Các ghi nhận lâm sàng khác không ghi nhận gì bất thường.



Hình 89.1

Thông tin bệnh sử nào cần khai thác thêm để có thể gợi ý nguyên nhân? Nguyên nhân nào gây ra tình trạng thay đổi màu sắc của lưỡi?

Answer

Mẹ của bệnh nhi cho bệnh nhi sử dụng Pepto – Bismol (bismuth subsalicylate) không liên tục để giảm tình trạng khó chịu của dạ dày, đây là một nguyên nhân thường gặp của thay đổi màu sắc của lưỡi. Bệnh nhi cũng có tình trạng phân đen.

Cơ chế có thể là một lượng nhỏ bismuth kết hợp với sulfur trong nước bọt và đường ống tiêu hóa có thể tạo ra phân màu đen (bismuth sulfide). Các triệu chứng có thể hồi phục vài ngày sau ngừng thuốc. Không cần tiến hành đánh giá khác trừ khi một nguyên nhân khác được nghĩ đến.

Keywords: medications, head and neck/ENT, benign.

Bibliography

Lexicomp Online®, Pediatric & Neonatal Lexi-Drugs®, Hudson, Ohio: Lexi-Comp, Inc.; February 23, 2017.

<https://www.wolterskluwer CDI.com/lexicomp-online/>

“Why can Pepto-Bismol sometimes darken the tongue or stool?” <http://www.pepto-bismol.com/en-us/faq/black-stool-black-tongue>.

CASE 90**Michael Gottlieb****Questions**

Trẻ gái 12 tuổi khi đi xuống cầu thang thì đã nhảy bỏ 5 bậc thang cuối, tiếp đất bằng chân phải. Ngay lập tức, chân phải đau và không thể vận động. Thăm khám lâm sàng ghi nhận đau đáng kể, đau sưng lan đến khớp mắt cá. Kết quả hình ảnh x quang như sau:



Hình 90.1



Hình 90.2



Hình 90.3

1. Sử dụng phân loại Salter – Harris, hãy xếp loại gãy xương này?

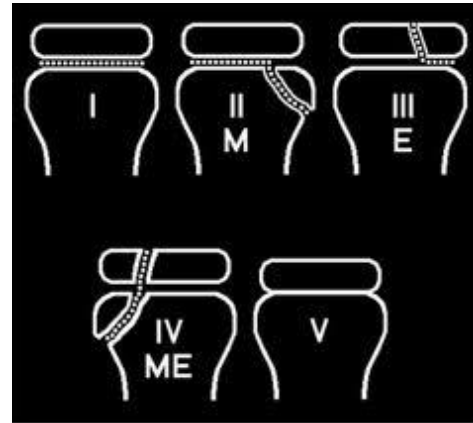
2. Type gãy xương nào theo Salter – Harris có tiên lượng xấu nhất và tốt nhất?

Answers

1. Bệnh nhi này biểu hiện gãy xương theo kiểu Tillaux, type III theo Salter – Harris – xảy ra ở độ tuổi từ 12-15 khi phần trong của sụn tăng trưởng đã đóng, nhưng rìa bên ngoài vẫn mở.

Phân loại Salter – Harris thường được sử dụng trong phân loại gãy xương ở trẻ em dựa vào sụn tăng trưởng. Theo phân loại Salter – Harris

- Loại I - Gãy kéo dài qua sụn tiếp hợp đầu xương (epiphyseal plate), làm xô dịch đầu xương (điều này chỉ có thể xuất hiện bằng sự tăng bề rộng của vùng không cản quang, đó là sụn tiếp hợp tăng trưởng (growth plate))
- Loại II - Cũng như trên, nhưng thêm vào gãy một mảnh xương hình tam giác ở vùng hành xương (métaphysis).
- Loại III - Đường gãy chạy từ bề mặt khớp qua sụn tiếp hợp đầu xương (epiphyseal plate) và đầu xương (epiphysis).
- Loại IV - Đường gãy xương cũng xảy ra trong loại III nhưng cũng đi qua hành xương kế cận.
- Loại V - Đây là chấn thương đùng dập của đầu xương, có thể xác định bằng thăm khám X quang.



Có một phương pháp để dễ nhớ:

I – S: straight across

II – A: above

III – L: lower

IV – TE: through everything

V – R: rammed

2. Phân loại gãy xương theo Salter Harris type I là loại có tiên lượng tốt nhất và thường hồi phục bằng bất động cho đến khi liền xương. Salter Harris V là loại có tiên lượng xấu nhất do tổn thương đáng kể tới sụn tăng trưởng.

Keywords: orthopedics, blunt trauma, extremity injury.

Bibliography

Chasm RM, Swencki SA. Pediatric orthopedic emergencies. Emerg Med Clin North Am. November 2010;28(4):907–26.

Kennedy MA, Sama AE, Padavan S. The Tillaux fracture: A case report. J Emerg Med July– August 1998;16(4):603–6.

CASE 91**Leah Finkel****Question**

Một trẻ trai 5 tuổi vào viện do đau miệng. Mẹ trẻ cho biết rằng trước đó trẻ có điều trị tại nha sĩ về vấn đề răng miệng. Hôm trước, cơn đau tăng lên đặc biệt là khi chải răng.



Trên thăm khám lâm sàng bạn phát hiện điều gì và điều trị như thế nào?

Answer

Bệnh nhân bị abscess răng. Trên thăm khám, ghi nhận sưng lợi kèm với một khối di động. Thường thì răng bị ăn mòn nghiêm trọng cũng như vùng có tổn thương khi sờ vào có cảm giác nóng, và gây đau cho bệnh nhi. Tình trạng này là do ứ mủ xung quanh hoặc gần răng. Nhiều abscess được hình thành do răng sâu – **tooth decay** hoặc bệnh lý nha chu kéo dài. Bệnh nhi thường biểu hiện với đau dữ dội tại vùng có abscess và thi thoảng có ghi nhận tình trạng viêm mô tế bào. Có thể sưng hạch trước cùng bên và có thể biểu hiện đau đầu.

Tỷ lệ của abscess răng giảm trong 30 năm gần đây do việc sử dụng fluoride trong nước. Các yếu tố nguy cơ bao gồm có dị dạng răng, nhiễm trùng các nang trong miệng, các yếu tố dẫn đến tình trạng kém khoáng hóa của răng và hình thành các sang chấn của răng. Vi khuẩn thường gặp nhất bao gồm có *Streptococcus viridans*, vi sinh vật ký khí (*Bacteroides*), loài *Prevotella*, loài *Fusobacterium*. Chẩn đoán thường dựa vào lâm sàng và hiếm khi cần đến phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Abscess răng không biến chứng có thể được điều trị với chích hút kim nhỏ và kháng sinh. Trẻ biểu hiện ốm hoặc trẻ có bằng chứng của bệnh lý xâm nhập và bệnh hệ thống có thể cần thêm các kỹ thuật cđha, kháng sinh đường toàn thân, các xn đánh giá khác, và nhập viện để điều trị. Bệnh nhi nên đến nha sĩ.

Keywords: dental, infectious diseases, head and neck/ENT

Bibliography

Seow, WK. Diagnosis and management of unusual dental abscesses in children. *Aus Dent J* 2003;48(3):156–68.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1834-7819.2003.tb00026.x/epdf>.

CASE 92**Timothy Ketterhagen****Questions**

Một trẻ nam 16 tuổi vào viện vì đau khuỷu phải. Trước đó trẻ bị ngã ở tư thế duỗi tay khi chơi đá bóng. Trẻ cho biết rằng sau khi ngã thì đau và khuỷu tay có hình dáng bất thường ngay. Ngoài ra trẻ cho biết không có chấn thương đầu hay mất ý thức; không có chấn thương nào khác được ghi nhận.

Thăm khám lâm sàng cho thấy biểu hiện tốt, khi một thanh niên giữ cánh tay của bệnh nhi ở tư thế bán gấp – **hemi flexed position**. Có sưng nhẹ ở khuỷu tay phải và cẳng tay phải ngắn hơn so với tay trái. Có dị dạng đáng kể ở khuỷu tay phải kèm với lồi lên của xương trụ về phía sau. Cảm giác và mạch ngoại biên vẫn bình thường. Thời gian đổ đầy mao mạch <2s ngoại biên tay chấn thương. Bệnh nhân có khả năng nhấc ngón cái, làm dấu OK, chạm ngón cái vào ngón năm, dạng các ngón ở bàn tay phải. Không có vết rách hoặc vết bầm tím ở tay phải. Thăm khám lâm sàng cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường. X quang khuỷu tay phải ở hình dưới:



Hình 92.1



Hình 92.2



Hình 92.3

Chẩn đoán và phương pháp điều trị nào có thể áp dụng đối với trường hợp này?

Answer

Bệnh nhi này bị trật khuỷu tay phải. Không phát hiện gãy xương. Phần lớn trật khớp khuỷu là về phía sau. Tổn thương động mạch cánh tay, thần kinh giữa, thần kinh trụ là những biến chứng thường gặp của trật khớp khuỷu. Tiến hành nắn nhanh chóng khớp khuỷu để giảm thiểu nguy cơ các biến chứng này. Giảm đau và có thể cần đến an thần cho quá trình nắn.

Sau khi nắn thành công, quyết định giới hạn vận động và cố định khớp. Đánh giá thần kinh mạch máu nên hoàn tất trước và sau nắn. X quang sau nắn nên được chụp để đảm bảo quá trình nắn đã hoàn tất. Cố định bằng nẹp và dây treo.

Keywords: orthopedics, extremity injury, procedures.

Bibliography

Hoffman RJ, Wang VJ, Scarfone R. Fleisher & Ludwig's 5-Minute Pediatric Emergency Medicine Consult. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

King C, Henretig FM. Textbook of Pediatric Emergency Procedures. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

CASE 93**Timothy Ketterhagen****Question**

Một bệnh nhân nam 15 tuổi do đau bàn chân phải. Chiều nay khi ở nhà, trong lúc bất cẩn đã đánh rơi một cái ly thủy tinh xuống sàn nhà và nó đã bị vỡ thành nhiều mảnh. Tại thời điểm đó bệnh nhân đi chân trần và khi cố gắng đi thì cảm thấy đau nhói ở lòng bàn chân phải. Bệnh nhân cho biết rằng có một vết rách nhỏ tại vị trí đau có tình trạng chảy máu ban đầu, nhưng sau đó đã tự cầm. Ngoài ra không ghi nhận tổn thương nào khác.

Trên thăm khám lâm sàng, ghi nhận một vết rách nông ở lòng bàn chân phải. Nền của vết thương có thể nhìn thấy và hai đường mép của vết thương thì gần như sát nhau. Tình trạng chảy máu đã được kiểm soát. Không có dị vật khi thăm khám ban đầu. Bệnh nhân có thể di chuyển, nhưng chỉ có thể đi cà nhắc bằng chân trái. Ngoài ra không ghi nhận bất thường nào khác. X quang bàn chân bị thương cho thấy hình ảnh mảnh vỡ dưới da.



Hình 93.1



Hình 93.2

Xử trí như thế nào đối với mảnh kính dưới da ở bàn chân?

Answer

Đối với vết thương nghi ngờ có sự hiện diện của dị vật nên được tiến hành chụp x quang. Các dấu hiệu bề mặt và x quang nhiều tư thế có thể giúp định khu vị trí của dị vật. Kích thước, vị trí, và mức độ phản ứng của chất liệu sẽ có ảnh hưởng đến khả năng loại bỏ kèm với giảm thiểu nguy cơ tổn thương các cấu trúc xung quanh. Các dị vật có nguy cơ cao của tổn thương, nhiễm trùng hoặc nhiễm độc nên được loại bỏ.

Hầu hết các loại thủy tinh có thể phát hiện trên x quang và các mảnh thủy tinh nhỏ cỡ 0.5mm có thể quan sát được. Thử gắp dị vật ra khỏi vết thương nên được tiến hành nếu lợi ích lớn hơn nguy cơ khi tiến hành gắp. Miễn dịch đối với uốn ván nên được kiểm tra. Kháng sinh thường k cần trừ khi dị vật còn mắc lại, có tình trạng nhiễm bẩn nặng nề, hoặc vết thương đến khớp, xương hoặc gân. Các dị vật còn mắc lại có chất liệu trơ như thủy tinh, nhựa, kim loại tại các vị trí an toàn nhưng không thể loại bỏ tại khoa cấp cứu nên tiến hành can thiệp bằng phẫu thuật trong 48-72h.

Keywords: foreign body, penetrating trauma, extremity injury.

Bibliography

Fleisher GR, Ludwig S, eds. Textbook of Pediatric Emergency Medicine, 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

Hoffman RJ, Wang VJ, Scarfone R. Fleisher & Ludwig's 5-Minute Pediatric Emergency Medicine Consult. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

King C, Henretig FM. Textbook of Pediatric Emergency Procedures, 2nd ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

CASE 94**Diana Yan****Question**

Một bà mẹ đưa con trai 1 tuần tuổi của mình vào viện sau khi bà mẹ này phát hiện răng của đứa con mình đang phát triển. Răng này hiện diện lúc mới sinh và hiện tại gây đau cho mẹ khi bú, cùng với tình trạng trầy da và chảy máu. Không có máu trong miệng của trẻ hay màu đỏ tại răng của trẻ. Trẻ hiện không sốt cũng không khó chịu. Trẻ hoạt động bình thường, trẻ được sinh đủ tháng và không có tai biến trong thời kỳ mang thai cũng như lúc sinh.

Thăm khám lâm sàng cho thấy trẻ tỉnh và chơi tốt. Có một răng thò ra khỏi nướu răng trước của cung hàm dưới. Răng khác cứng tại vị trí mà không có tình trạng trệt ra trước hay ra sau. Không ghi nhận tổn thương khác, và trẻ có biểu hiện mất nước.



Hình 94.1



Hình 94.2

Điều trị phù hợp với tình trạng này?

Answer

Có hai thuật ngữ dễ nhầm đó là **natal teeth** và **neonatal teeth**. **Natal teeth** là thuật ngữ để chỉ răng đã mọc lúc mới sinh. **Neonatal teeth** để chỉ răng mọc trong 30 ngày đầu sau sinh – giai đoạn sơ sinh. Còn trong trường hợp này trẻ có tình trạng natal teeth – hay tiếng việt có tên gọi là răng mới sinh. Răng đã mọc lúc mới sinh thường tồn tại thành từng cặp và có thể trông giống như răng bình thường. Tuy nhiên, chúng thường nhỏ, màu vàng, có hình nón –

conical, và có cấu trúc rất ít thành phần men và ngà so với răng bình thường (*nên trong sách này dùng luôn thuật ngữ thiếu sản men/ngà – hypoplastic enamel and dentin*). Các răng này thường không có hoặc chân răng rất nhỏ. Vị trí thường gặp nhất là răng cửa dưới. Những răng này hầu hết là do bất thường của các dòng phôi của răng – **tooth's germ line**. Các răng này có thể được phân hành 4 loại dựa vào vị trí trên nướu. Nếu thông qua kết quả x quang các răng này không ảnh hưởng đến quá trình mọc răng thì có thể để tự thoái triển, tuy nhiên các biến chứng cũng có thể xảy ra, bao gồm có khó khăn khi cho bú, loét vùng dưới lưỡi – **sublingual ulceration**, hoặc hội chứng hít phải răng. Trong trường hợp này, các bác sĩ nha nhi khoa nên nhổ các răng này sau 10 ngày tuổi.

Keywords: neonate, dental

Bibliography:

Khandelwal V, Nayak UA, Nayak PA, Bafna Y. Management of an infant having natal teeth. BMJ Case Rep 2013. doi: 10.11136/bcr-2013-010049.

CASE 95**Michael Gottlieb****Questions**

Bệnh nhi nữ, 8 tháng tuổi, sinh đủ tháng biểu hiện sưng đau ngón năm tay trái. Không ghi nhận bị chấn thương gì và mẹ bé cho biết rằng trẻ không sốt và không bị sưng khác.



Hình 95.1

Initial presentation

Hình 95.2

post procedure

1. Nguyên nhân gây sưng ngón phù hợp ở bệnh nhi này là gì?
2. Các lựa chọn trong điều trị tình trạng này là gì?

Answers

1. Ở bệnh nhi này biểu hiện của hội chứng garo do tóc – **hair tourniquet** - một hội chứng thường gặp, xảy ra khi tóc quấn quanh ngón tay, ngón chân, hoặc dương vật và gây ra phù sưng đau xa. Là một tình trạng cấp cứu, kéo dài thời gian có thể dẫn đến thiếu máu và thậm chí mất luôn ngón bị ảnh hưởng.

2. Nguyên nhân được biết là do tóc, một hóa chất làm rụng tóc có thể áp dụng để tháo các sợi tóc ra khỏi. Tuy nhiên, khi có tình trạng phù đáng kể hoặc nghi ngờ về chất liệu thật sự của hội chứng garo này, thử cắt bỏ các sợi vây quanh nên được tiến hành. Cắt bỏ các sợi bao quanh được tiến hành bằng cách cắt xuống tới xương để đảm bảo tất cả các bó được giải phóng hoàn toàn.

Keywords: hand injury, procedures.

Bibliography:

Barton DJ, Sloan GM, Nichter LS, Reinisch JF et al. Hair-thread tourniquet syndrome. *Pediatrics* December 1988;82(6):925–8.

Serour F, Gorenstein A. Treatment of the toe tourniquet syndrome in infants. *Pediatr Surg Int* October 2003;19(8):598–600.

CASE 96**Leah Finkel****Question**

Một bé gái 7 tuổi không có tiền sử bệnh lý đáng kể, nay vào viện do sưng nề niêm mạc. Hai tuần trước trẻ bị ngã vào nên sơn chân vó có một vài chấn thương nhỏ ở miệng. Trên thăm khám, bệnh nhi này không biểu hiện của suy các tạng hay cơ quan, và không có tình trạng gia tăng công thở.



Hình 96.1

Bạn thấy gì trên thăm khám lâm sàng, và điều trị tình huống này như thế nào?

Answer

Đây là bệnh u nang dưới lưỡi – **ranula**, một loại bệnh lý u dạng nang – **mucocele** có liên quan đến ống dưới lưỡi – **sublingual ducts** và ống dưới hàm – **submandibular ducts**. U nang dưới lưỡi thay đổi vị trí sưng từ bên ngoài vào vào giữa của miệng và có thể có màu hơi xanh xanh. Bệnh lý này có thể là di truyền, cũng có thể thứ phát sau nhiễm virus hoặc xảy ra khi dẫn lưu các tuyến dưới lưỡi.

Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, u nang dưới lưỡi thường gặp nhất ở lứa tuổi trẻ em và thiếu niên.

U nang dưới lưỡi lớn có thể biểu hiện như khối u ở cổ. Nếu nhỏ và không có triệu chứng, u nang dưới lưỡi có thể được theo dõi. Mặt khác, thì phẫu thuật có thể cần thiết. Cắt bỏ hoàn toàn thường được chỉ định, phẫu thuật mở thông nang – **marsupialization** và khâu thành nang giả có thể hiệu quả.

Các biến chứng bao gồm có nhiễm trùng, vỡ nang, tái hình thành và khó nuốt – **dysphagia** nếu nang có kích thước lớn.

Keywords: head and neck / ENT, congenital anomaly, mass

Bibliography

Patel MR, Deal AM, Shockley WW. Oral and plunging ranulas: What is the most effective treatment? *Laryngoscope* 2009 August;119(8):1501–9.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19504549>

CASE 97**Michael Gottlieb****Questions**

Bệnh nhi nam, 10 tuổi biểu hiện đau gối và hông trái cách hai tuần. Không có chấn thương trước đó, và không ghi nhận tê hay yếu chi. Trên thăm khám, trẻ biểu hiện đau nhẹ với khớp hông trong giới hạn vận động và có dáng đi núng nính – **waddling gait** (hay còn gọi là dáng đi Trendelenburg hai bên) (video mô tả dáng đi núng nính: <https://www.youtube.com/watch?v=t68SS5FQgbU>). Cảm giác, cơ lực, mạch và thời gian đổ đầy mao mạch bình thường ở cả hai chi. X quang khớp hông ở hình dưới

Hình 97.1

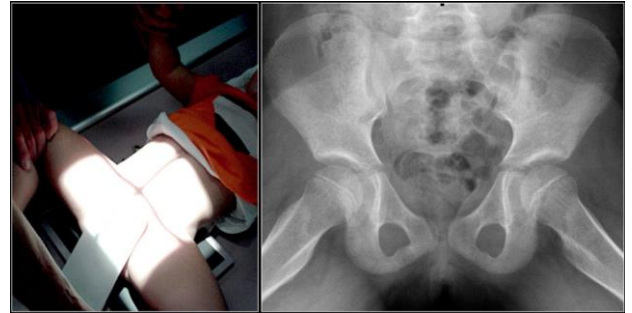
1. Chẩn đoán?
2. Cách hình thành chẩn đoán?
3. Điều trị như thế nào?

**Answers**

1. Ở bệnh nhi này mắc phải chứng trượt đầu trên xương đùi – **slipped capital femoral epiphysis (SCFE)**. SCFE được định nghĩa là chỏm xương đùi – **femoral epiphysis** trượt khỏi hành xương – **metaphysis** (cổ xương đùi) tại mức sụn tăng trưởng. Là một bệnh lý thường gặp nhất trong các bệnh lý khớp háng ở độ tuổi thiếu niên, thường gặp ở độ tuổi từ 8 – 15 tuổi, gặp ở nam nhiều hơn nữ và có tỷ lệ hiện mắc – **prevalence (hãy nhớ phân biệt giữa hai thuật ngữ đó là prevalence và incidence - tỷ lệ mắc mới)** cao hơn ở nhóm trẻ thừa cân. Bệnh nhi thường biểu hiện với triệu chứng đau khớp hông hoặc khớp gối bán cấp kèm theo giới hạn vận động phía trong và một dáng đi giảm đau – **antalgic gait**.

2. X quang là chìa khóa để chẩn đoán và nên tiến hành chụp A-P và cả tư thế chân ếch – **frog leg view** cả hai hông. Có thể được chẩn đoán bằng cách vẽ đường trên bờ ngoài của cổ xương đùi đến chỏm xương đùi (đường Klein).

Nếu đường này không cắt với chỏm xương đùi gợi ý SCFE. Các ghi nhận khác bao gồm có giảm chiều cao, độ rộng của chỏm xương đùi, và tăng đậm độ tại đầu gần của hành xương trên x quang AP (dấu Steel).



Chụp x quang tư thế chân ếch – **fog leg view**.

3. Điều trị - nắn hở và cố định trong bằng một đinh đơn qua chỏm xương đùi và hành xương. Bệnh nhi nên tránh việc để khớp háng chịu trọng lượng cơ thể trong khi chờ đợi điều trị triệt để. Các biến chứng bao gồm có hoại tử, hủy sụn – **chondrolysis**, và viêm xương khớp thoái hóa – **degenerative osteoarthritis**.

Keywords: orthopedics, limp, do not miss, pitfalls.

Bibliography

Georgiadis AG, Zaltz I. Slipped capital femoral epiphysis: How to evaluate with a review and update of treatment. *Pediatr Clin North Am* December 2014;61(6):1119–35.

Peck D. Slipped capital femoral epiphysis: Diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2010 August 1, 2010;82(3):258–62.

CASE 98**Catherine H. Chung****Question**

Trẻ trai 3 tuổi, biểu hiện 2 ngày hôm nay với các triệu chứng nôn không máu không mật vàng, cầu phân máu lỏng, và thỉnh thoảng đau bụng dữ dội và dần trở nên thường xuyên hơn. Bệnh nhi có sức khỏe tốt trước đó và chưa can thiệp ngoại khoa hay đi du lịch.

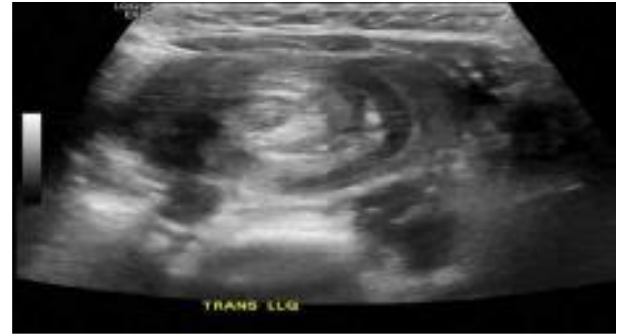
Trên thăm khám lâm sàng, sinh hiệu bình thường và trẻ ngồi trên giường mà không có biểu hiện khó chịu. Trẻ có triệu chứng mất nước nhẹ với niêm mạc miệng khô nhưng thời gian đổ đầy mao mạch vẫn nhanh. Không có điểm đau khu trú tại bụng với giảm nhẹ nhu động ruột. Khi kết thúc buổi thăm khám, bệnh nhi bắt đầu ôm bụng và khóc trong vòng vài phút, sau đó thì dần trở về lại bình thường.



Hình 98.1



Hình 98.2



Hình 98.3

1. Chẩn đoán, biểu hiện của chẩn đoán này ở giai đoạn sớm so với giai đoạn muộn?
2. Ghi nhận nào trên cdha mà bạn nghĩ rằng sẽ xuất hiện?

Answers

1. Bệnh nhi có biểu hiện điển hình của bệnh lý lồng ruột – **intussusception**. Lồng ruột có thể phân biệt với các bệnh lý bụng cấp khác bởi tình trạng tăng giảm mức độ nặng của triệu chứng đau bụng. Nguyên nhân đó là đầu gần của ruột tắc vào trong đầu xa của ruột từ đó dẫn đến tắc nghẽn ruột.

Trong giai đoạn ban đầu, bệnh nhi có thể khỏe mạnh và không có ghi nhận khu trú ở bụng. Những bệnh nhi này có thể bị chẩn đoán nhầm với viêm dạ dày ruột bởi vì các bác sĩ lâm sàng sẽ “dính chặt” bởi hai triệu chứng đó là nôn và cầu phân lỏng. Một điều cần trọng đó là phải hỏi bệnh nhi về triệu chứng đau bụng mặc dù khi thăm khám có thể bệnh nhi không biểu hiện đau gì cả. Theo thời gian, bệnh nhi biểu hiện mất nước nhiều hơn và sẽ rơi vào trạng thái ngủ lim hay hôn mê khi đau. Trong gđ này, sẽ có biểu hiện điển hình với các dấu hiệu lâm sàng của tắc ruột và có thể có phân như mút nho – **currant jelly stools** (hình 98.2). Với việc trì hoãn trong chẩn đoán và can thiệp, bệnh nhi có thể thủng ruột và rơi vào tình trạng shock nhiễm khuẩn.

2. Phương tiện chẩn đoán ban đầu đó là siêu âm, một phương tiện không xâm nhập và tập trung vào ¼ dưới phải, tại vùng hồi manh tràng – **ileocecal region**. Các dấu hiệu điển hình là dấu hiệu bánh doughnut (hình 98.3) - biểu thị ruột trong ruột.

X quang bụng không chuẩn bị có thể biểu hiện bình thường trong giai đoạn đầu; chỉ về sau khi có các dấu hiệu của tắc ruột bao gồm có dẫn các quai ruột, và không có mặt của khí tại manh tràng.

Trong vài trường hợp lồng ruột, nếu nghi ngờ khả năng cao, bệnh nhi có thể bỏ qua bước siêu âm và tiến hành thực cản quang hoặc thực hơi (**contrast/air enema**), có tác dụng chẩn đoán và điều trị

Keywords: surgery, abdominal pain, ultrasound, vomiting.

Bibliography

Fleisher GR, Ludwig S, eds. Textbook of Pediatric Emergency Medicine. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

CASE 99**Emily Obringer****Question**

Một trẻ sơ sinh 10 ngày tuổi nổi ban tại vùng mang tả và trong đùi. Bệnh nhi được ghi nhận bắt đầu nổi ban ở dạng các tổn thương màu đỏ nổi lên, qua 24h thì phát triển lớn, thành dạng phỏng chứa đầy dịch. Bong da biểu hiện tại vùng phỏng nước bị vỡ. Trẻ không sốt nhưng không biểu hiện khỏe mạnh. Ban đầu khi sờ



Hình 99.1

Chẩn đoán và tác nhân thường gặp của tình trạng này là gì?

Answer

Bệnh chốc lở là nhiễm trùng da bị gây ra do độc tố của *S. aureus* và là một thể khu trú của hội chứng bong vảy do tụ cầu – **staphylococcal scalded skin syndrome**. Các triệu chứng toàn thân là ít gặp. Bệnh chốc lở là một bệnh lý phổ biến nhất ở trẻ sơ sinh và thường gặp tại các vùng da bị hăm – **intertriginous areas**, như vùng mang tả, cổ và nếp gấp da.

Chốc lở không có phỏng rộp – **non bullous impetigo** có thể do *S. Aureus* hoặc liên cầu nhóm A và thường gặp ở độ tuổi từ 2-5 năm. Mặc và các chi là vị trí thường gặp của tình trạng nhiễm trùng này. Ban dạng sẩn và dạng bóng nước (**papule and vesicle**) dần trở thành mụn mủ (**pustules**) - vỡ và chảy dịch vàng trên da - diễn biến này xảy ra trong một tuần.

Điều trị chốc lở không có và có phỏng rộp bao gồm có kháng sinh mỡ bôi tại chỗ. Mupirocin cho thấy hiệu quả tương tự như kháng sinh uống và có thể sử dụng tại vị trí bị tổn thương. Khi điều trị tại chỗ không thể áp dụng hoặc bệnh lý quá rộng, kháng sinh đường uống nên đc cân nhắc. Trong trường hợp này, đặc biệt là ở trẻ sơ sinh, tiến hành cấy máu và xem xét thận trọng với việc cho trẻ đi đến trường học hay những khu vực công cộng.

Keywords: skin and soft tissue infection, dermatology, infectious disease.

Bibliography

Cole C, Gazewood J. Diagnosis and treatment of impetigo. *Am Fam Physician* 2007;75(6):859–64.
Stanley JR, Amagai M. Pemphigus, bullous impetigo, and the staphylococcal scalded-skin syndrome. *N Engl J Med* 2006;355:1800–10.

Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Everett ED et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. *Clin Infect Dis* 2005;41:1373–406.

CASE 100**Michael Gottlieb****Questions**

Trẻ nam, 5 tuổi, khi đang chơi tại nơi làm việc của bố thì bị lưỡi cửa tròn cắt vào ngón tay mình. Bố đưa trẻ đưa ngay bé vào khoa cấp cứu. Đầu ngón tay vẫn còn gắn một phần vào ngón tay, nhưng không có cảm giã ở ngoại biên ngón này. Trên thăm khám bộc lộ thấy xương.



Hình 100.1



Hình 100.2



Hình 100.3



Hình 100.4

1. Điều trị thích hợp đv chấn thương loại này là gì?
2. Nếu bị cắt đứt hoàn toàn, phương pháp nào tốt nhất để có thể duy trì khả năng tồn tại độc lập của ngón bị đứt rời ra?

Answers

1. Tùy thuộc vào mức độ chấn thương và tình trạng mất cảm giác của bệnh nhi, bác sĩ ngoại (chỉnh hình bàn tay) nên mời hội chẩn và chuẩn bị cho quá trình can thiệp điều trị. Nếu quá trình chuẩn bị không khả thi (ví dụ trong trường hợp không có phần bị cắt rời), ngón tay nên được giảm đau với phong bế thần kinh ngón tay, rửa vết thương và băng bó lại. Nếu có tình trạng lộ xương, xương nên cần tiến hành cắt gọn đầu xương để sau khi cắt gọn vết thương da có thể bao phủ lên phần xương lộ ra ngoài – **bone rongeur for fingertip amputation**

(<https://youtu.be/zBmsrGzPk40>) . Vẫn còn ít số liệu để hỗ trợ cho việc sử dụng kháng sinh trong dự phòng đối với vết thương hở đầu ngón, nhưng nên cân nhắc vấn đề này, tham khảo thêm ý kiến từ các bác sĩ ngoại bàn tay – **hand surgeon**.

2. Phần ngón bị đứt lia nên được để vào gạc nhúng nước muối sinh lý – **saline soaked gauze** và sau đó đặt vào trong một các túi kín nước – **watertight bag** (đảm bảo không cho nước ra/vào). Túi nên được đặt vào trong hỗn hợp của nước và đá (**water and ice**). Điều quan trọng là không được đặt trực tiếp vào đá, điều này có thể trực tiếp gây tổn thương mô.

Keywords: penetrating trauma, hand injury, procedures.

Bibliography

de Alwis W. Fingertip injuries. Emerg Med Australas June 2006;18(3):229–37.

Cheung K, Hatchell A, Thoma A. Approach to traumatic hand injuries for primary care physicians. Can Fam Physician June 2013;59(6):614–8.

CASE 101**Diana Yan****Question**

Trẻ nam 14 tuổi, vào viện vì chảy dịch ở dương vật – **penile discharge**. Bệnh nhi cho biết đã đau bụng và dương vật 1-2 ngày. Không có tình trạng tăng tần suất đi tiểu, sốt và dương vật không bị đỏ lên. Ăn uống vẫn bình thường nhưng lượng nước tiểu giảm ở ngày hôm qua. Hôm nay bệnh nhi cho biết dòng tiểu yếu đi và khi đi tiểu mất nhiều thời gian hơn. Ngoài ra không ghi nhận triệu chứng gì bất thường, tiền sử gia đình không có ai mắc bệnh lý thận hoặc đường niệu.

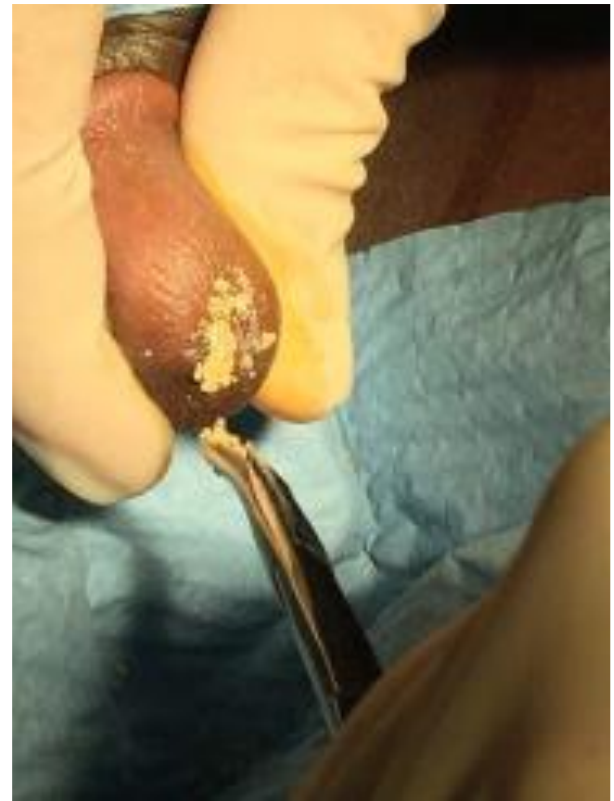
Thăm khám lâm sàng: trẻ tỉnh, tiếp xúc tốt với đau vùng bụng trên khớp mu, hướng lan sang vùng bẹn. Tình trạng đau bụng ở bệnh nhi không có dấu hiệu của kích thích phúc mạc như phản ứng dội hay đề kháng thành bụng. Hiện tại lúc thăm khám, không có chảy dịch ở dương vật, tuy nhiên lại có sỏi có hình dạng và có thể chạm được tại vùng miệng sáo. Dương vật không đỏ, hạch bẹn không sờ thấy.



Hình 101.1



Hình 101.2



Hình 101.3



Hình 101.4 (đã hiệu chỉnh tương ứng với kích thước thật khi để ở zoom 100%)

Các yếu tố nguy cơ cho sự hình thành sỏi bàng quang ở trẻ em?

Answer

Các yếu tố nguy cơ của hình thành sỏi bàng quang ở trẻ em bao gồm có:

Khí hậu nhiệt đới

Dinh dưỡng kém

Tiêu chảy, các yếu tố này thường gặp ở các nước đang phát triển.

Nhiễm trùng đường tiểu

Bất thường giải phẫu ở các nước đang phát triển.

Chế độ dinh dưỡng quá ít protein động vật hoặc quá nhiều carbohydrate và mất nước mạn tính do tiêu chảy ở các nước kém phát triển cũng là các yếu tố nguy cơ.

Ở các nước phát triển như Mỹ, tình trạng ứ nước tiểu – **urinary stasis** từ bệnh lý bàng quang thần kinh – **neurogenic bladder**, phình niệu quản – **megaureter**, van niệu đạo sau – **posterior urethral valves**, tình trạng lộn bàng quang – **extrophy bladder**, và các bất thường giải phẫu tiết niệu khác cũng như nhiễm trùng là những yếu tố nguy cơ lớn nhất.

Sỏi bàng quang ở các nước kém phát triển có tỷ lệ hiện mắc ở mức cao vào khoảng 15% ở trẻ em dưới 15 tuổi, trong khi đó ở các nước phát triển là 1-5%. Chủ yếu là ở nam giới. Được cho là do giải phẫu đường niệu không “ngõăn nghòè” ở phái nữ, điều này cho phép lưu thông dễ dàng hơn nếu sỏi có hình thành. Bệnh nhi biểu hiện với các triệu chứng đau bụng, tiểu láu – **frequency**, khó nín tiểu – **urgency**, sốt, tiểu máu và có thể bí tiểu kèm với các thương tổn ở thận. XN cận lâm sàng cho những trường hợp nghi sỏi bao gồm có: phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu, công thức máu toàn phần, xn chức năng thận, chẩn đoán hình có thể là x quang bụng hoặc siêu âm. Điều trị bao gồm có các kỹ thuật loại bỏ sỏi xâm nhập tối thiểu như tán sỏi ngoài cơ thể bằng sóng xung – **extracorporeal shock wave lithotripsy**, thay đổi chế độ ăn để phòng ngừa tái phát, kiểm soát cơn đau, và uống nhiều nước.

Keywords: abdominal pain, genitourinary, child abuse mimicker, ultrasound.

Bibliography

Rizvi SAH, Sultan S, Zafar MN, Ahmed B, Umer SA, Naqvi SAA. Paediatric urolithiasis in emerging economies. *Int J Surg* 2016;36:705–12.

Soliman NA, Rizvi SAH. Endemic bladder calculi in children. *Pediatr Nephrol* 2016. doi:10.1007/s00467-016-3492-4.

CASE 102**Emily Obringer****Questions**

Một trẻ trai 12 tuổi, vào khoa cấp cứu với ban ở bàn và cẳng chân phải. Bệnh nhi khẳng định không bị bất kỳ chấn thương nào. Được biết các triệu chứng da nhạy cảm và ngứa xuất hiện 2 ngày trước khi nổi ban. Khi khám trẻ biểu hiện tốt, chưa phát hiện bất thường nào khác ngoài ban ở một bên chi dưới. Hình dưới cho thấy vùng da bị tổn thương.



Hình 102.1



Hình 102.2

1. Biện hiện dạng sẩn và bọng nước trên da phân bố theo vùng phân bố của các dây thần kinh đốt sống – **dermatomal(-me) distribution** thường là do herpes zoster. Vậy bệnh lý nào biểu hiện tương tự?

2. Điều trị kiểm soát nhiễm trùng nên được áp dụng cho bệnh nhi với nghi ngờ nhiễm herpes zoster?

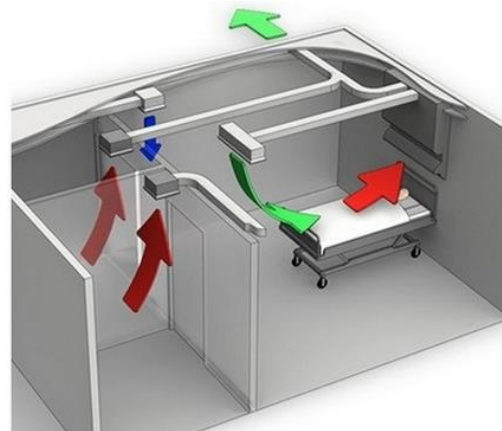
Answers

1. Nhiều bệnh lý có thể biểu hiện ban dạng sẩn, bọng nước, tuy nhiên chỉ có hai bệnh lý phân bố theo vùng phân bố của dây thần kinh cột sống đó là

nhiễm Herpes zoster - thường gặp nhất với biểu hiện phân bố theo thần kinh cột sống và ban dạng sẩn và bọng nước. Một bệnh khác đó nhiễm herpes simplex nhưng biểu hiện theo dạng herpes zoster với ban phân bố theo vùng của dây thần kinh cột sống. Khoảng 13% bệnh nhân với chẩn đoán ban đầu là nhiễm herpes zoster được phát hiện là nhiễm herpes simplex khi tiến hành cấy tổn thương (Kalman and Laskin, 1986).

2. Bệnh nhân có các tổn thương do herpes zoster đang tiến triển có thể tiến triển thành thủy đậu đối với các cá nhân có cơ địa nhạy cảm. Đối với bệnh nhân đã có miễn dịch thì tổn thương thường khu trú (không quá hai vùng liên tiếp – **no more than two contiguous dermatomes**), phòng ngừa tiếp xúc là nên được tiến hành bằng cách che các tổn thương lại (Kalman and Laskin, 1986).

Đối với bệnh nhân không có khả năng miễn dịch với bệnh lý khu trú hoặc bất kỳ trường hợp nào nhiễm herpes zoster lan tỏa thì cần ngăn ngừa tiếp xúc là điều bắt buộc và bệnh nhân nên nằm ở phòng có áp suất âm – **negative pressure room** (Centers for Disease Control and Prevention, 2018). Những biện pháp này nên duy trì cho đến khi các tổn thương khô đi và đóng vảy cứng.



Nếu bệnh nhi mắc herpes zoster cần nhập viện, cho dù đã chủng ngừa hay chưa, kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện nên được thực hiện trước khi chuyển từ khoa cấp cứu.

Keywords: infectious disease, dermatology, rash, infectious.

Bibliography

Centers for Disease Control and Prevention. Preventing varicella-zoster virus (VZV) transmission from zoster in healthcare settings. <http://www.cdc.gov/shingles/hcp/hc-settings.html>. Accessed on September 5, 2018.

Kalman CM, Laskin OL. Herpes zoster and zosteriform herpes simplex virus infections in immunocompetent adults. *Am J Med* 1986;81(5):775–8.

CASE 103**Michael Gottlieb****Questions**

Bệnh nhi nam, 12 tuổi vào khoa cấp cứu với đau kiểu màng phổi sau một đợt nhiễm trùng đường hô hấp trên gần đây. Kết quả ECG như sau:



1. Dựa vào ECG, hãy cho biết chẩn đoán phù hợp nhất?
2. Một số nguyên nhân thường gặp đối với tình trạng này?
3. Liệu pháp điều trị được khuyến cáo cho tình trạng bệnh lý này?

Answers

1. ECG cho thấy biểu hiện điển hình của viêm màng ngoài tim. ST chênh lên và đoạn PR âm (thoảng qua do tái cực nhĩ). Ngoại trừ avR sẽ có ST chênh xuống và PR dương. Những hình thái này gợi ý viêm màng ngoài tim cấp. (*tham khảo thêm bài giảng BIẾN ĐỔI ĐIỆN TÂM ĐỒ Ở VIÊM MÀNG NGOÀI TIM:*

<https://drive.google.com/open?id=1b5jUsldvHSckXoomXNUG9QSMjJBPCxh>.

2. Các nguyên nhân thường gặp bao gồm có nhiễm trùng (virus, vi khuẩn và nấm), ung thư (leukemia, lymphoma, melanoma), do thuốc (procainamide và hydralazine), bệnh lý thấp khớp (lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp dạng thấp, bệnh xơ cứng bì – **scleroderma**, viêm nút quanh động mạch – **polyarteritis nodosa**, và viêm bì cơ – **dermatomyositis**), phóng xạ, tăng ure máu và suy giáp.

3. Hầu hết các trường hợp viêm màng ngoài tim cấp được điều trị bằng nghỉ ngơi tại giường và NSAIDs. Colchicine có thể được thêm vào. Tránh sử dụng corticoid có thể là do gia tăng tái phát viêm màng ngoài tim

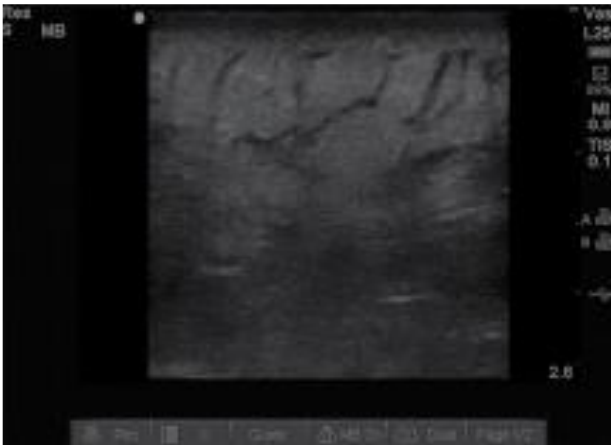
Keywords: cardiology, ECG, chest pain

Bibliography

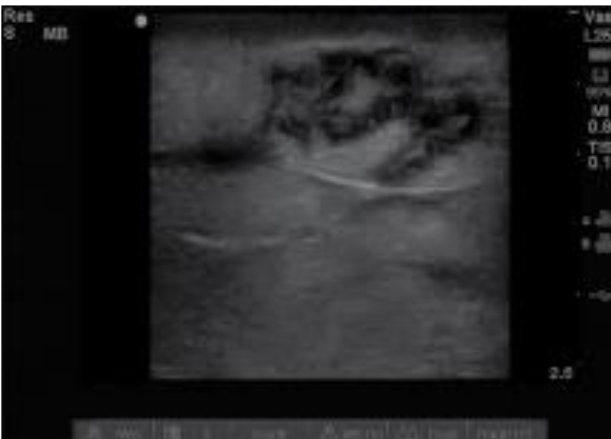
LeWinter MM. Acute pericarditis. N Engl J Med December 18, 2014;371(25):2410–6.

CASE 104**Catherine H. Chung****Question**

Bệnh nhi nữ 10 tuổi, nhập viện vì biểu hiện đau và đỏ phía trước đùi cách 4 ngày nay gia tăng trầm trọng hơn. 3 ngày trước tình trạng này được phát hiện bởi bác sĩ nhi và đã sử dụng kháng sinh để điều trị viêm mô tế bào. Vùng bị ảnh hưởng dường như lan rộng ra kèm với tăng dần cơn đau. Bệnh nhi lưu ý rằng là có sốt nhẹ nhưng tình trạng khác đều bình thường. Trên thăm khám lâm sàng cho thấy một vùng da 4cm bị cứng đi và vùng da đó khó di động nhất là tại vùng trung tâm của tổn thương. Bạn không chắc rằng có nên thay đổi kháng sinh hay nên tiến hành cắt và dẫn lưu vùng tổn thương này.



Hình 104.1



Hình 104.2

Bạn đề nghị siêu âm tại giường vùng bị tổn thương (hình 104.1). Bạn quan sát được điều gì từ kết quả thương siêu âm?

Bạn tiến hành đổi kháng sinh và tiến hành theo dõi cẩn thận. Bệnh nhi cho ra viện và tái khám sau hai ngày, sau hai ngày bạn tiến hành siêu âm đánh giá lại và kết quả như hình 104.2. Ghi nhận điều gì?

Answer

Siêu âm tại giường có thể hỗ trợ thăm khám lâm sàng khi đánh giá nhiễm trùng tại da. Hình đầu tiên cho thấy tình trạng phù, xảy ra khi viêm đang tiến

triển. Hình ảnh siêu âm thứ hai cho thấy khối abscess với hình ảnh nhiều vách ngăn – và sẽ cần rạch và dẫn lưu.

Keywords: infectious disease, ultrasound, skin and soft tissue infection

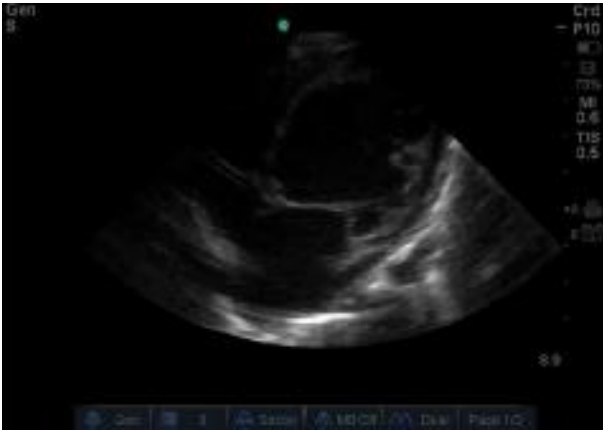
Bibliography

Noble V. Ultrasound for procedure guidance. In Manual of Emergency and Critical Care Ultrasound. Cambridge: Cambridge University Press, 2007:230–2.

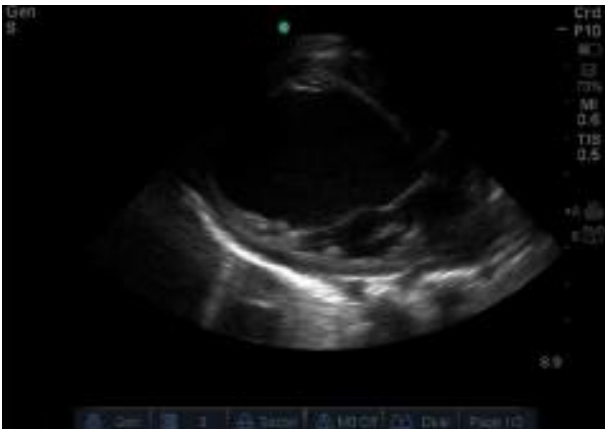
CASE 105**Catherine H. Chung****Question**

Trẻ 7 tháng tuổi, vào viện do các triệu chứng hô hấp trên đã một tuần nay, sốt nhẹ, khó chịu và ăn uống khó khăn. Bệnh nhi đôi khi thở nhanh và thời gian hồi lưu mao mạch 2-3 s. Không có bất thường âm phổi hay tiếng thổi.

Bạn tiến hành siêu âm tại giường và có kết quả sau:



Hình 105.1 – siêu âm phía dưới mũi xương ức



Hình 105.2 – siêu âm cạnh xương ức

Các bất thường và chẩn đoán phân biệt của bạn?

Answer

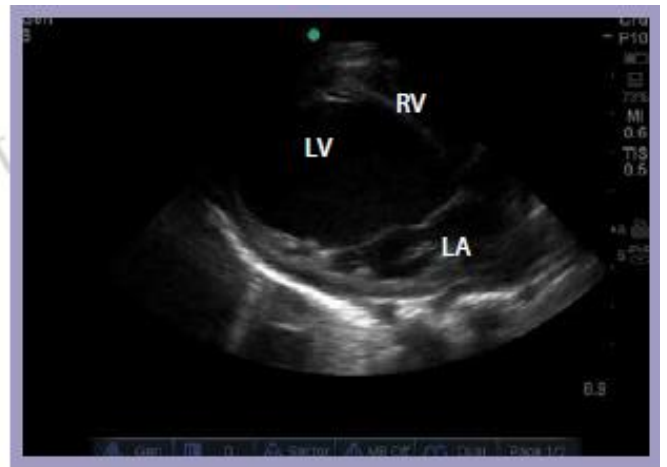
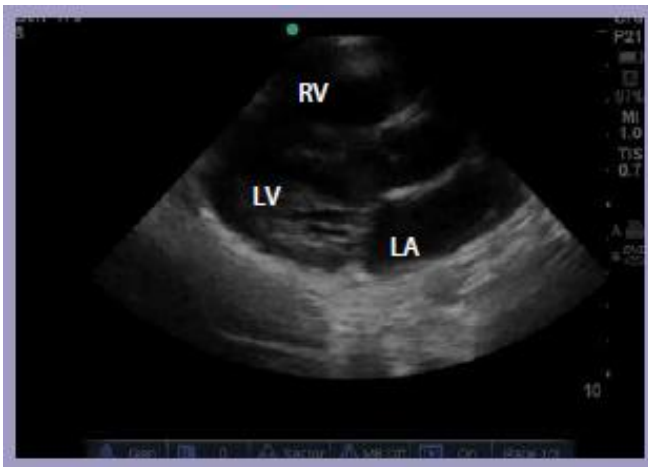
Siêu âm cạnh giường cho thấy hình ảnh tâm thất giãn rộng, vách liên thất uốn cong hướng vào tâm thất phải. Thành của tâm thất mỏng.

Có thể gặp bệnh cơ tim giãn ở độ tuổi này từ viêm cơ tim, thiếu máu, bệnh mạch collagen, dị dạng động mạch vành trái xuất phát từ động mạch phổi - **hội chứng alcapa – anomalous left coronary artery from the Pulmonary artery**, nhồi máu cơ tim, rối loạn chuyển hóa, nội tiết hay vô căn.

So sánh ha sa bất thường (T) và bình thường (P)



Dưới mỏm ức



Cạnh xương ức

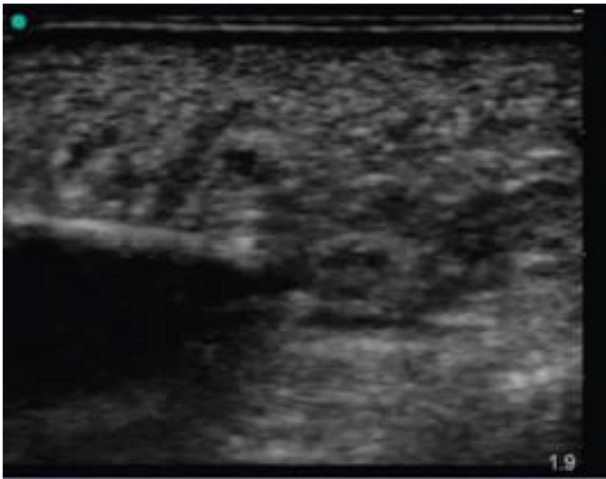
Keywords: ultrasound, cardiology, infectious disease, pitfalls, mimicker

Bibliography

Franklin, OM, Burch, M. Dilated cardiomyopathy in children. *Images Paediatr Cardiol* 2000;2(1):3–10.

CASE 106**Catherine H. Chung****Question**

A 15-year-old teenager presents with pain in her right buttock after sliding down a wooden plank earlier at school. She feels like there might be something in her skin, and her exam is noted to have some focal tenderness along her right buttock but no fluctuance or induration. X-rays are negative for foreign body.



(Image courtesy Amie Woods.)

You perform a bedside ultrasound exam over the affected area. What do you observe?

Answer

Bedside ultrasound reveals a foreign body in the skin as noted by the hyperechoic linear image with shadowing below it.

Non-metallic foreign bodies will often not show up on plain x-rays. Bedside ultrasound not only confirms diagnosis but allows visualization of the orientation of the foreign body and depth to help aid in its removal. This patient ended up having a 6 cm wooden splinter.

Keywords: foreign body, ultrasound, pitfalls

Bibliography

Noble V. Ultrasound for procedure guidance. In Manual of Emergency and Critical Care Ultrasound. Cambridge: Cambridge University Press, 2007: 224–30.

CASE 107**Catherine H. Chung****Question**

Bệnh nhi nam, 4 tuổi được gửi nhà trẻ, nay vào viện vì các biểu hiện ở chân trẻ từ 3 ngày trước. Người chăm sóc trẻ cho biết rằng hai cô cháu đã ở ngoài công viên vào ngày đầu tiên của triệu chứng và trẻ có thể đã bị trật mắt cá, nhưng cô ấy lại không thể gọi bất kỳ hỗ trợ y tế nào. Bệnh nhi còn có các triệu chứng của đường hô hấp vào tuần trước.

Trẻ không sốt, biểu hiện tốt, và có thể đi lại được nhưng phải đi khập khiễng nhẹ ở phía chân phải. Thăm khám cơ quan bị giới hạn bởi trẻ quá sợ nhân viên y tế và khó để đánh giá mức độ đau của khớp hay là động tác nào có thể gây đau cho khớp. Ngoài ra, trẻ không sốt, không nổi ban, và khớp cũng không sưng.

Bạn bắt đầu tiến hành chỉ định x quang xương chày và xương mác, nhưng kết quả lại bình thường. Sau đó bạn tiến hành siêu âm tại giường khớp hông và phát hiện ra tình trạng tràn dịch.



Phía bên trái không triệu chứng



Phía bên phải có triệu chứng.

Bệnh có tình trạng tràn dịch khớp hông hay không? Chẩn đoán phân biệt?

Answer

Siêu âm khớp hông cho thấy tình trạng tràn dịch. Khớp hông tràn dịch được chẩn đoán khi khoảng hoạt dịch trước > 5mm hoặc có sự khác biệt là 2mm giữa bên không có triệu chứng và bên có triệu chứng.

Nguyên nhân có thể là từ viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm màng hoạt dịch thoáng qua, viêm khớp không nhiễm trùng hoặc đẹt chỏm xương đùi – **Legg Calvé Perthes**.

Keywords: orthopedics, ultrasound, limp

Bibliography

Donnelley L. Musculoskeletal. In Pediatric Imaging: The Fundamentals. Philadelphia: Elsevier Health Sciences, 2009:192–3.

CASE 108**Alisa McQueen****Question**

Một trẻ gần hai tuổi mắc hen có một số trở ngại khi thở và ho kéo dài trong bệnh cảnh của nhiễm trùng đường hô hấp trên. Mặc dù điều trị tại nhà với hít albuterol mỗi 4-6h những hiện tại tình trạng nặng lên.

Trên thăm khám trẻ tỉnh và linh hoạt nhưng thở nhanh và khô khè. Sau khi dùng steroid toàn thân và sau vài giờ áp dụng liệu pháp giãn phế quản dạng hít, tình trạng khô khè được cải thiện nhưng trẻ vẫn thở nhanh. X quang trẻ như sau:



Hình 108.1

X quang cho thấy hình ảnh gì, và ghi nhận gì trên lâm sàng sẽ có thể củng cố chẩn đoán?

Answer

Với biểu hiện như vậy có thể chẩn đoán bệnh nhi bị tràn khí trung thất – **pneumomediastinum** khi mà khí tràn vào trung thất từ các phế nang bị vỡ, rách cây khí phế quản hoặc vỡ thực quản. Trong trường hợp không ghi nhận chấn thương, gia tăng áp lực trong phế nang dẫn đến vỡ và là nguyên nhân hay gặp nhất hoặc từ các đợt bùng phát của hen, dị vật, hay các động tác Valsalva như ho kéo dài, gắng sức hoặc thậm chí là khi sinh đẻ.

Bệnh nhân có thể không biểu hiện triệu chứng, hoặc có thể ho nhẹ hoặc đau cổ. Dò khí dưới da – **subcutaneous emphysema** có thể sờ thấy khi thăm khám và tiếng lạo xạo trung thất hay còn gọi là dấu Hamman – **Hamman's crunch** có thể được nghe thấy ở một số ít bệnh nhân (<http://ycantho.com/qa/showthread.php?t=5870>). Hiếm khi, bệnh nhân có thể tiến triển thành tràn khí màng phổi hoặc tràn khí màng ngoài tim. Trong tràn khí trung thất tự phát, điều trị hỗ trợ bao gồm có giảm đau và điều trị nguyên nhân (như hen, nôn, ect..).

Khi không có tiền sử của chấn thương kín hoặc bất kỳ nguyên nhân ngoại khoa và với một nguyên nhân thích hợp (như trong trường hợp này đó là hen), các xn bổ sung là cần thiết hay không? Trong một series nghiên cứu về câu hỏi này, một nhóm các bác sĩ ngoại nhi đã nghiên cứu ở 53 trẻ có tình trạng tràn khí trung thất và không có bằng chứng của thủng thực quản. Các tác giả này kết luận rằng ở bệnh nhi có tràn khí trung thất vô căn, vẫn có cơ sở để tiếp tục tìm kiếm một tình trạng thủng thực quản, nhưng với những bệnh nhi có nguyên nhân rõ ràng như trong tình huống của chúng ta đó là hen, thì các xn bổ sung là không cần thiết. Điều trị có thể tiến hành tại nhà khi mà các biểu hiện khác ổn định

Keywords: pulmonary, respiratory distress, cough

Bibliography

Chapdelaine J, Beaunoyer M, Daigneault P, Bérubé D, Bütter, A, Ouimet A, St-Vil D. Spontaneous pneumomediastinum: Are we overinvestigating? J Pediatr Surg May 2004;39(5): 681–4.

CASE 109**Nina Mbadiwe****Questions**

Một trẻ gái 4 tuổi, trước đây khỏe mạnh nay vào viện với biểu hiện ho và sốt một tuần nay. Bệnh nhi đã có ho khan trước đó 2 tuần và có giảm ăn uống. Bố mẹ bệnh nhi cho biết trẻ có tình trạng sụt cân.

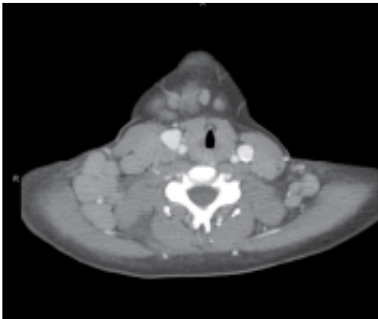
Trẻ tỉnh và không có biểu hiện nhiễm độc. Sinh hiệu: tần số thở 28; nhịp tim 136; nhiệt độ 38.8 độ C. Kết mạc mắt nhạt màu. Trên bệnh nhi có sưng hạch cổ hai bên với tính chất hạch: cứng, không đau đk khoảng 1.5cm. Nghe phổi không phát hiện bất thường. Có tình trạng gan lách lớn. HGB 6.8g/dL; WBC: 50000/microL và PLT: 30×10^3 /microL. Có cá tế bào blast trong máu ngoại vi. XT ngực và CT scan ở hình dưới.



Hình 109.1



Hình 109.2



Hình 109.3

1. Trên x quang ngực cho thấy điều gì? Các chẩn đoán phân biệt?
2. Biểu hiện trên lâm sàng của một trẻ mắc leukemia
3. Các tình huống cấp cứu ở khoa ung đối với một bệnh nhi biểu hiện với các dấu hiệu và triệu chứng như vậy?

Answers

1. X quang cho thấy có khối u vùng trung thất. Chẩn đoán phân biệt bao gồm có khối u dạng rắn (tuyến ức, khối u tuyến ức – **thymoma**, lymphoma, u quái – **teratoma**); các tổn thương dạng nang (nang tuyến ức, dị dạng hạch bạch huyết); các tổn thương mỡ (u mỡ - **lipoma**), các tổn thương mạch máu (hai cung động mạch chủ),

các tổn thương vô mạch (nang phế quản – **bronchogenic cyst**) và bệnh lympho (u nguyên phát, di căn, nhiễm trùng).

2. Leukemia cấp là nguyên nhân ung thư thường gặp nhất ở trẻ em. Trẻ thường có biểu hiện sốt, vẻ mặt xanh xao, gan lách lớn, hoặc các vết bầm tím vô căn. Trẻ cũng có thể sưng hạch, đau cơ xương, đau đầu, tăng kích thước tinh hoàn, khối u trung thất hoặc bất thường công thức máu ngoại biên.

3. Khối u trung thất có kích thước lớn có thể chèn ép gây hẹp khí quản và gây suy hô hấp. Sử dụng các thuốc an thần or/and giảm đau có thể gây ức chế hô hấp hoặc tuần hoàn, thậm chí ngay cả khi không xuất hiện các triệu chứng hô hấp.

Sự tiêu khối u lớn, với giải phóng acid nhân, protein, và các chất chuyển hóa nội bào có thể dẫn đến hội chứng tiêu khối u – **tumor lysis syndrome**. Hội chứng tiêu khối u biểu hiện trên cả cận lâm sàng (tăng nồng độ acid uric, kali, phosphate, calcium, creatinine) và lâm sàng (rối loạn nhịp tim, co giật) và có thể dẫn đến tử vong đột ngột.

Chèn ép cơ học có thể dẫn đến hội chứng SVC (see [case 71](#))

Keywords: oncology, fever, mass, respiratory distress, do not miss, CT.

Bibliography

Hammer GB. Anaesthetic management for the child with a mediastinal mass. *Pediatr Anesth* 14:95–7. doi:10.1046/j.1460-9592.2003.01196.x.

Hunger SP, Mullighan CG. Acute lymphoblastic leukemia in children. *N Engl J Med* 2015;373:1541. Jones GL, Will A, Jackson GH, Webb NJA, Rule S and the British Committee for Standards in Haematology.

Guidelines for the management of tumour lysis syndrome in adults and children with haematological malignancies on behalf of the British Committee for Standards in Haematology. *Br J Haematol* 2015;169:661–71. doi:10.1111/bjh.13403.

Ranganath SH, Lee EY, Restrepo R, Eisenberg RL. Mediastinal masses in children. *Am J Roentgenol* 2012;198(3):W197–216.

CASE 110**Michael Gottlieb****Questions**

Một trẻ gái 4 tuổi với biểu hiện đau gối phải sau khi ngã từ cầu khỉ - **monkey bars** – đập chân xuống đất. Ngoài ra không còn chấn thương nào khác. Trên thăm khám lâm sàng, sưng đau gối phải. Mạch, nhiệt, cảm giác và cơ lực ở ngoại biên các chi đều tốt. X quang khớp gối phải



Hình 110.1



Hình 110.2

1. Qua x quang, bệnh nhi bị gãy xương loại gì?
2. Điều trị như thế nào?

Answers

1. Bệnh nhi này bị gãy phình vỏ xương – **buckle fracture** (hay còn gọi là gãy bánh bở - **torus fracture**). Gãy xương do sức nén một bên thường gặp ở trẻ em do xương vẫn còn mềm. Nguyên nhân thường gặp nhất là sức ép theo trục dọc ở xương dài (điển hình là xương quay hoặc xương chày).

2. Điều trị gãy phình vỏ xương hiệu quả có thể hồi phục. Bệnh nhi nên được đặt nẹp và không để khớp gối chịu trọng lượng cơ thể cho đến khi được sự đồng ý của bác sĩ ngoại chấn thương. Đây là trường hợp gãy không di lệch và hiếm khi cần nắn chỉnh - thậm chí nếu có tình trạng gập góc từ nhẹ đến vừa.

Keywords: blunt trauma, orthopedics, extremity injury

Bibliography

Boutis K. Common pediatric fractures treated with minimal intervention. *Pediatr Emerg Care* February 2010;26(2):152–7.

Chasm RM, Swencki SA. Pediatric orthopedic emergencies. *Emerg Med Clin North Am* November 2010;28(4):907–26.

CASE 111**Emily Obringer****Question**

Trẻ ở độ tuổi thiếu niên vào viện vì đau bụng. Như một phần của thăm khám, CT scan bụng có cản quang được chỉ định. Bệnh nhân vừa trở về từ phòng chụp thì khởi phát phù, đau và nổi ban ở cẳng tay trái. Phim cẳng tay trái ở hình dưới



Hình 111.1



Hình 111.2

Dựa vào hình ảnh trên x quang, cho biết tình trạng gì đang xảy ra ở bệnh nhân này? Hướng xử trí là gì?

Answer

Trong khi tiến hành chụp CT bụng cho bệnh nhân, đường truyền tĩnh mạch bị trật khỏi vị trí, khiến thuốc cản quang chảy vào khoang ngoài mạch. Từ đó đưa đến tình trạng thoát mạch đi vào các mô dưới da; tình trạng này được ghi nhận là một biến chứng của việc sử dụng thuốc cản quang, với tỷ lệ dưới 1% bệnh nhân chụp CT có cản quang. Bệnh nhân nữ và đang điều trị nội trú thường có tỷ lệ biến chứng này cao hơn. Các triệu chứng thông thường bao gồm có sưng, đau tại vị trí tiêm. Chỉ hiếm trường hợp nặng, như phỏng rộp, loét và hội chứng chèn ép khoang xảy ra. Hầu hết trường hợp thoát mạch – **extravasation** tự giới hạn và có thể điều trị khỏi hoàn toàn với túi đá và nâng tay lên. Trong trường hợp trung bình đến nặng, phẫu thuật tạo hình có thể cần thiết. Biến chứng lâu dài do tình trạng thoát mạch chất cản quang là hiếm.

Keywords: abdominal pain, iatrogenic complication

Bibliography

Shaqdan K, Aran S, Thrall J, Abujudeh H. Incidence of contrast medium extravasation for CT and MRI in a large academic medical centre: A report of 502,391 injections. *Clin Radiol* 2014;69(12):1264–72.

Wang CL, Cohan RH, Ellis JH, Adusumilli S, Dunnick NR. Frequency, management, and outcome of extravasation of nonionic iodinated contrast medium in 69,657 intravenous injections. *Radiology* 2007;243(1):80–7.

CASE 112**Emily Obringer****Question**

Một bệnh nhi nam 5 tuổi vào viện vì tình trạng suy hô hấp từ 24 h trở nên nặng hơn. Cậu bé có tình trạng ho kéo dài vài tháng nay và được chẩn đoán là hen và viêm phổi khi nhập viện tại khoa cấp cứu gần đây. Bệnh nhi đã tuân thủ điều trị nhưng chỉ có một ít thay đổi không đáng các triệu chứng.

Thăm khám lâm sàng ghi nhận thở nhanh đáng kể, co kéo, giảm âm thở, và gõ đục khắp phổi trái. Xquang ngực cho thấy tình trạng mờ khắp phổi trái. Nhận thấy không cải thiện với điều trị thông thường, bệnh nhi được chuyển vào viện và được tiến hành soi phế quản. Cận dạng cây phế quản lớn, dày được loại bỏ.



Hình 112.1

Chẩn đoán ở bệnh nhân là gì, và bệnh lý thường gặp nhất?

Answer

Bệnh lý đường thở và viêm phổi là những nguyên nhân thường gặp ở bệnh nhân có mặt tại khoa cấp cứu với các triệu chứng của viêm phổi. Tuy nhiên, khi triệu chứng không đáp ứng với các liệu pháp chuẩn hoặc khi tiền sử của bệnh nhân hoặc trên thăm khám lâm sàng không phù hợp, các chẩn đoán thay thế nên được đề ra. Trong trường hợp này khi tiến hành soi phế quản phát hiện ra các cận phế quản – **bronchial casts** do đó nên hướng đến chẩn đoán đó là **plastic bronchitis**.

Plastic bronchitis là một bệnh lý hiếm gặp, chủ yếu gặp ở trẻ em và được đặc trưng bởi khác hoặc nội soi phế quản lấy ra được cận có hình cây phế quản – **branching bronchial casts**.

Không giống như các bệnh lý khác có các nút nhầy như nhiễm nấm aspergillus khí quản phổi dị ứng – **allergic bronchopulmonary aspergillosis (ABPA)** và hen phế quản, những cận này lớn, chắc và dính chặt vào thành đường thở. Bệnh có thể có liên quan đến các bất thường trong dẫn lưu bạch huyết. Bệnh nhân mắc phải bệnh lý này thường có bệnh hệ thống, với bệnh tim bẩm sinh, đặc biệt là sau phẫu thuật chỉnh sửa là thường gặp nhất (Dori et al., 2014). Bệnh nhân biểu hiện ho, khó thở, và tắc nghẽn đường thở và thường bị chẩn đoán nhầm ban đầu với các bệnh lý đường thở khác hay viêm phổi. Điều trị thông thường với albuterol, steroids, acetylcysteine, và dornase alfa sẽ không cho hiệu quả. Các liệu pháp khác như hoạt hóa plasminogen mô – **tissue plasminogen activator**, và giãn mạch phổi – **pulmonary vasodilator** như sildenafil được sử dụng. Cơ thể áp dụng biện pháp thắt ống ngực và gây nghẽn mạch bạch huyết cho thấy hiệu quả trong điều trị (Caruthers et al., 2013). Nội soi phế quản cấp loại bỏ cận gây tắc nghẽn đường thở có thể cứu sống tính mạng bệnh nhân trong trường hợp khẩn cấp. - “Thoracic duct ligation and selective lymphatic collateral embolization have been shown to be curative (Caruthers et al., 2013). Acute bronchoscopic removal of cast causing airway obstruction may be lifesaving.” (phần này do hạn chế trong kiến thức chuyên môn nên xin giữ lại nguyên tác tiếng anh của tác giả).

Có thể tham khảo thêm về một bài viết vào năm 2017 từ **The annals of Thoracic Surgery** về biện pháp thắt ống ngực trong điều trị **plastic bronchitis**.

(bản quyền tài liệu và video thuộc The Annals of Thoracic Surgery, và đường dẫn dưới chỉ với mục đích trao đổi kiến thức, học tập)

<https://drive.google.com/open?id=1kdqwSCrclEa6F91Mu5DdAqBDcG1THpP> – có thể tham khảo

thêm bản dịch tiếng việt tại đây:

<https://drive.google.com/open?id=1zz5Z5kgdOMno-ggpZQbDvHJbHb7znIMm>

Keywords: mimickers, pulmonary, respiratory distress.

Bibliography

Caruthers RL, Kempa M, Loo A, Gulbransen E, Kelly E, Erickson KR, Hirsch S, Schumacher KR, Stringer KA. Demographic characteristics and estimated prevalence of Fontan-associated plastic bronchitis. *Pediatr Cardiol* 2013;34(2):256–61.

Dori Y, Keller MS, Rychik J, Itkin M. Successful treatment of plastic bronchitis by selective lymphatic embolization in a Fontan patient. *Pediatrics* 2014;134:e590–5.

Panchabhai TS, Mukhopadhyay S, Sehgal S, Bandyopadhyay D, Erzurum SC, Mehta AC. Plugs of the air passages: A clinicopathologic review. *Chest* 2016;150(5):1141–57.

CASE 113**Michael Gottlieb****Questions**

Một bé trai 5 tuần tuổi, không có bất thường gì đáng kể khi sinh với biểu hiện nôn dữ dội, chất nôn không có máu, không có dịch mật, nôn kéo dài sau ăn đã 3 ngày. Bé không sốt hay các triệu chứng hô hấp và cũng không ghi nhận tiêu chảy. Mẹ bé cho biết gần đây tã của trẻ ít ướt hơn so với trước đây. Trẻ không tiếp xúc với ai mắc bệnh. Siêu âm cho thấy hình ảnh dưới đây.



Hình 113.1



Hình 113.2

1. Chẩn đoán ở bệnh nhi là gì?
2. Khẳng định chẩn đoán dựa vào gì?

Answers

1. Bệnh nhi bị hẹp môn vị - **pyloric stenosis**. Là tình trạng quá sản của môn vị, từ đó gây ra tình trạng hẹp cơ thắt môn vị, hầu hết xảy ra ở trẻ từ 406 tuần tuổi và thường gặp ở con đầu và trẻ trai. Điển hình, bệnh nhi sẽ biểu hiện với tình trạng nôn ngày càng xấu đi, nôn dữ dội, hay không thể uống. Nếu xét nghiệm có thể tiến hành sẽ cho kết quả một tình trạng hạ kali và clo máu, kiềm chuyển hóa và có thể không ghi nhận những biểu hiện này trong giai đoạn sớm của bệnh.

2. Hầu hết các trường hợp được chẩn đoán xác định dựa trên siêu âm, với độ nhạy và độ đặc hiệu lên đến 100%. Tiêu chuẩn chẩn đoán bao gồm có chiều dài môn vị lớn hơn 14mm hoặc một thành đơn dày hơn 3mm.

Keywords: ultrasound, vomiting, mass, surgery

Bibliography

Leeson K, Leeson B. Pediatric ultrasound: Applications in the emergency department. Emerg Med Clin North Am August 2013;31(3):809–29.

Smith J, Fox SM. Pediatric abdominal pain: An emergency medicine perspective. Emerg Med Clin North Am May 2016;34(2):341–61.

CASE 114

Michael Gottlieb

Questions

Một bệnh nhân nữ, 16 tuổi, thuận tay trái khi cắt táo thì bị dao cắt vào ngón 5. Trẻ nhập viện, không ghi nhận tình trạng tê – **numbness** hoặc dị cảm – **paresthesias**, nhưng có tình trạng bệnh nhân không thể di chuyển ngón năm. Chủng ngứa đầy đủ và không có chấn thương tay trước đó. Trên thăm khám, thời gian đổ đầy mao mạch bình thường và cảm giác không bị ảnh hưởng, nhưng không thể gấp ngón 5 tay trái tại vị trí khớp gian ngón gần và xa – **proximal and distal interphalangeal joint**.



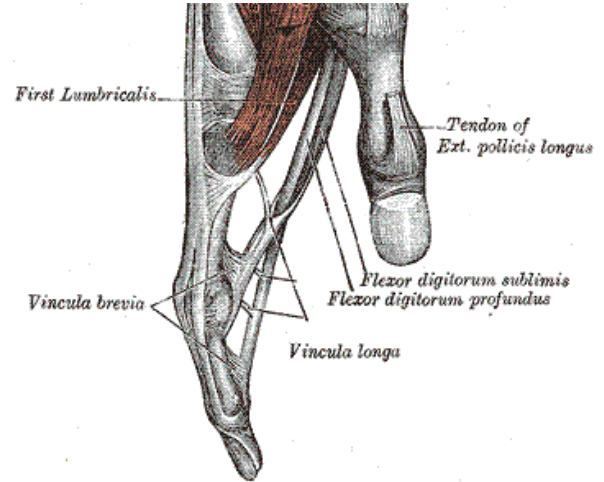
Hình 114.1

1. (Các) Cấu trúc nào có vẻ như đã bị tổn thương ở bệnh nhân này?
2. Điều trị như thế nào trong trường hợp này?

Answers

1. Mất khả năng gấp ngón tại khớp gian đốt ngón gần và xa gợi ý tổn thương cả cơ gấp ngón nông và cơ gấp ngón sâu – **flexor digitorum superficialis/profundus**. Điều quan trọng là phải đánh giá từng khớp một cách độc lập, để tránh bỏ sót khả năng tổn thương gân. Trong khi tổn thương gân toàn bộ (như trong trường hợp này) dễ chẩn đoán trên lâm sàng, thì tổn thương gân từng phần lại dễ bị nhầm lẫn hơn. Các gợi ý để chẩn đoán tổn thương từng phần bao gồm có đau khi gấp, động tác gấp yếu, **or a sensation of catching of the joint with**

flexion or extension. Có thể mở rộng vết thương và quan sát gân qua động tác gấp và duỗi..



2. Nếu có bất kỳ tổn thương gân gấp nào, đều khuyến cáo để hở vết thương, đặt nẹp ở mặt lưng ngón – **dorsal splint**, và chuyển cho khoa ngoại bàn tay trong 1-3 ngày. Nẹp giữa cổ tay ở tư thế gấp khoảng 30 độ và khớp bàn ngón ở tư thế gấp 70 độ để giảm mức độ rách của gân.



Keywords: hand injury, penetrating trauma, pitfalls, do not miss

Bibliography

Harrison BP, Hilliard MW. Emergency department evaluation and treatment of hand injuries. *Emerg Med Clin North Am* November 1999;17(4):793–822.

Hart RG, Kutz JE. Flexor tendon injuries of the hand. *Emerg Med Clin North Am* August 1993;11(3):621–36.

CASE 115**S. Margaret Paik****Question**

Trẻ trai 11 tháng tuổi, biểu hiện nổi ban tại vùng mang tả. Hôm nay trẻ khó chịu hơn bình thường nhưng vẫn ăn uống được. Không sốt. Không có sự thay đổi trong chế độ ăn, chất làm sạch, xà phòng hay loại tã lót đang dùng.

Trên thăm khám lâm sàng, phát hiện hồng ban quanh hậu môn có ranh giới rõ ràng. Tình trạng lâm sàng của trẻ như hình dưới.



Hình 115.1

Chẩn đoán và hướng điều trị đối với tình trạng này?

Answer

Chẩn đoán là viêm da quanh hậu môn do liên cầu hoặc viêm mô tế bào quanh hậu môn do liên cầu tan máu nhóm A. Bệnh nhân mắc phải có thể biểu hiện tình trạng ỉa đùn – **incontinence**, đại tiện đau – **painful defecation** với tình trạng táo bón và nứt hậu môn kèm với cầu phân máu từng vệt dọc theo phân – **blood streaked stool**. Viêm bao quy đầu – **balanitis** và viêm âm hộ âm đạo – **vulvovaginitis** có thể gặp. Cấy vi khuẩn có thể khẳng định chẩn đoán. Tụ cầu vàng được ghi nhận trong một vài trường hợp. Chẩn đoán phân biệt bao gồm có viêm da dị ứng – **atopic dermatitis**, viêm da tiết bã – **seborrheic dermatitis**, viêm da tiếp xúc – **contact dermatitis**, bệnh vẩy nến – **psoriasis**, hội chứng mô bào – **Langerhan's cell histiocytosis**, nhiễm nấm,

bệnh ghẻ, và nhiễm giun. Bạo hành ở trẻ em nên được cân nhắc đối với trường hợp biểu hiện không điển hình ở mức độ nặng. Điều trị vẫn là penicillin (do nguyên nhân thường gặp vẫn là do tụ cầu vàng). Macrolide có thể áp dụng cho bệnh nhân có tình trạng dị ứng với penicillin. Liệu pháp kháng sinh tại chỗ có thể thúc đẩy quá trình điều trị.



Keywords: child abuse mimicker, skin and soft tissue infection, dermatology

Bibliography

Barzilai A, Choen HA. Isolation of group A streptococci from children with perianal cellulitis and from their siblings. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17(4):358–60.

Herbst RA. Perineal streptococcal dermatitis/disease: Recognition and management. *Am J Clin Dermatol* 2003;4(8):555–60.

Jongen J, Eberstein A, Peleikis H, Kalkke V, Herbst RA. Perianal streptococcal dermatitis: An important differential diagnosis in pediatric patients. *Dis Colon Rectum* 2008;51(5):584–7.

CASE 116**Nina Mbadiwe****Questions**

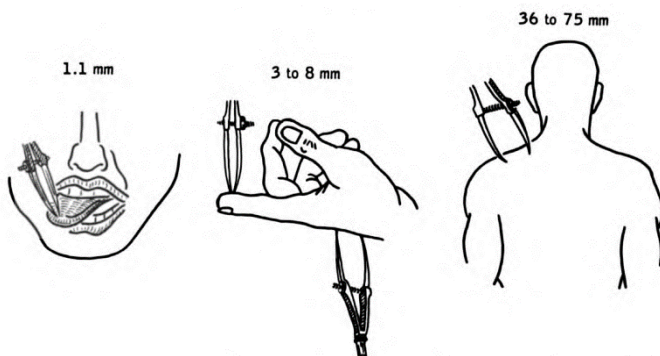
Trẻ gái 6 tuổi vào viện với biểu hiện đau cánh tay trái sau khi ngã ở tư thế duỗi tay trong khi đang học thể dục.

Trên thăm khám lâm sàng, trẻ đang khóc. Tay trẻ được cố định bằng băng đeo – **sling**. Có sưng tại khớp khuỷu kèm với giới hạn vận động, nhưng không có biến dạng. Cơ vẫn mềm. Mạch quay, mạch cánh tay bắt bình thường, thời gian đổ đầy mao mạch dưới 2s, và bệnh nhi có khả năng đối ngón cái với ngón trỏ, bắt chéo ngón trỏ và ngón giữa và dạng 5 ngón ra. Test phân biệt hai điểm vẫn bình thường – **two point discrimination**



1. Chẩn đoán gãy xương?
2. Phân loại của gãy trên lồi cầu – **supracondylar fractures?**

fractures?



Two point discrimination test

Answers

1. Đường trước xương cánh tay – **anterior humeral line**, ở khớp khuỷu bình thường, đường này dọc từ vỏ trước xương cánh tay đi qua 1/3 giữa lồi cầu xương cánh tay – **capitellum**.

2. Gãy xương type I không có di lệch hoặc gập góc và có dấu bõm mỡ - **fat pad** trên x quang (case 81). Gãy xương type II, màng xương phía sau còn nguyên, nhưng lệch phía sau của đầu xa xương cánh tay. Đường trước xương cánh tay đi qua 1/3 trước lồi cầu xương cánh tay hoặc không đi qua được mà bị lệch ra trước. Xương cánh tay di lệch trong gãy trên lồi cầu type III với màng xương phía trước và phía sau bị xé toạc (case 81).

Keywords: orthopedics, blunt trauma, extremity injury.

Bibliography

Omid R, Choi PD, Skaggs DL. Supracondylar fractures on children. J Bone Joint Surg Am 2008;90:1121–32.

CASE 117**Catherine H. Chung****Questions**

Bệnh nhi nữ 12 tuổi, với triệu chứng trong 4 ngày nay đó là đỏ vùng da phía trong đùi. Đưa trẻ cho hay ban đầu chỉ là một nốt sưng nhỏ - *pimple*, nhưng dần tiến triển về kích thước và trở nên đau hơn. Bệnh nhi khẳng định không bị bất kỳ chấn thương nào tại vùng này, không sốt hay có tiền sử nhiễm trùng da của mình và của gia đình.

Sinh hiệu bình thường và trên thăm khám lâm sàng phát hiện một vùng hồng ban, cứng, có giới hạn khá rõ ràng kích thước 5*7 (cm) ở phía trong đùi. Ngoài ra chưa phát hiện bất thường.

1. Các bước điều trị đầu tiên?
2. Kháng sinh được cân nhắc là gì?

Answers

1. Vùng bị tổn thương phù hợp với mô tả của viêm mô tế bào với abscess tại trung tâm. Viêm mô tế bào thường bắt đầu với một chấn thương lên da, thường là một vết cắt nhỏ hoặc vết cắn của con rệp. Cùng với sự tăng trưởng của vi khuẩn, sẽ gây ra tình trạng hoại tử mô, hình thành abscess, do đó cần rạch và dẫn lưu để giảm bớt triệu chứng sưng và mủ tại vết thương. Nếu không can thiệp, vùng nhiễm trùng có thể sâu hơn và rộng hơn với khả năng gây ra nhiễm khuẩn huyết.

Trong bệnh lý mô tế bào, siêu âm sẽ cho thấy hình ảnh bãi đá cuội - *cobblestone pattern* (case 104). Siêu âm abscess có hình ảnh bao gồm vùng không hồi âm - *anechoic* (đen) đến vùng tăng hồi âm không đồng đều - *irregular hyperechoic* (xám). Cặn lắng tăng hồi âm - *hyperechoic sediment* and/or vách có thể được nhìn thấy.



Hình 117.1

Bệnh nhân cần được rạch và dẫn lưu đối với vùng có kích thước 2*3cm kèm với cấy mẫu bệnh phẩm, kháng sinh đồ trong trường hợp lựa chọn kháng sinh ban đầu thất bại trong điều trị. Lợi ích của thủ thuật nhét gạc abscess - *packing an abscess* để giữ vết

thương mở vẫn là một vấn đề còn đang tranh cãi, khi các tài liệu gần đây cho thấy không có hiệu quả trong hồi phục vết thương.

2. Tác nhân phổ biến nhất đó là liên cầu nhóm A, tụ cầu vàng đáp ứng với methicillin - *methicillin sensitive Staphylococcus aureus (MSSA)* hay tụ cầu vàng kháng methicillin - *methicillin resistant Staphylococcus aureus (MRSA)*. Độ nhạy của kháng sinh tại địa phương nên được sử dụng để quyết định tỷ lệ gặp của tác nhân gây bệnh và việc lựa chọn kháng sinh phù hợp. Thường dùng cephalexin, amoxicillin/acid clavulanic, hoặc dicloxacilan. Nếu nghi ngờ MRSA, nên dùng trimethoprim/sulfamethoxazole hoặc clindamycin.

Keywords: skin and soft tissue infection, infectious disease, ultrasound

Bibliography

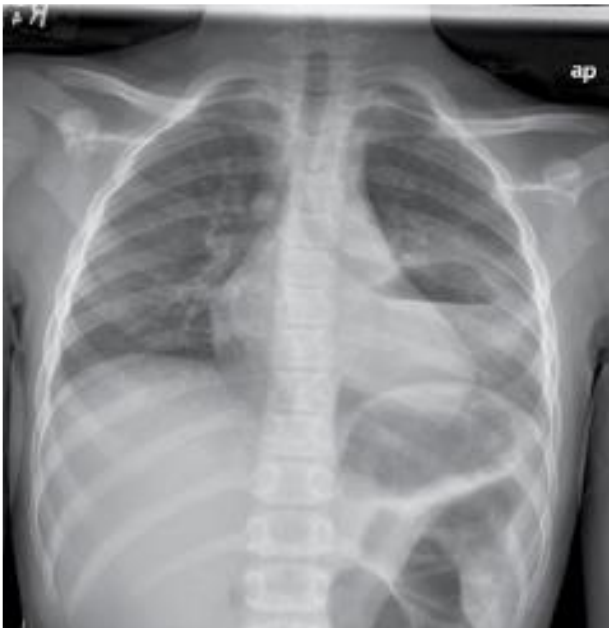
Bergstrom, KG. News, views and reviews. Less may be more for MRSA: The latest on antibiotics, the utility of packing an abscess and decolonization strategies. J Drugs Dermatol January 2014;12(1):89–92.

Fleisher GR, Ludwig S, eds. Textbook of Pediatric Emergency Medicine. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

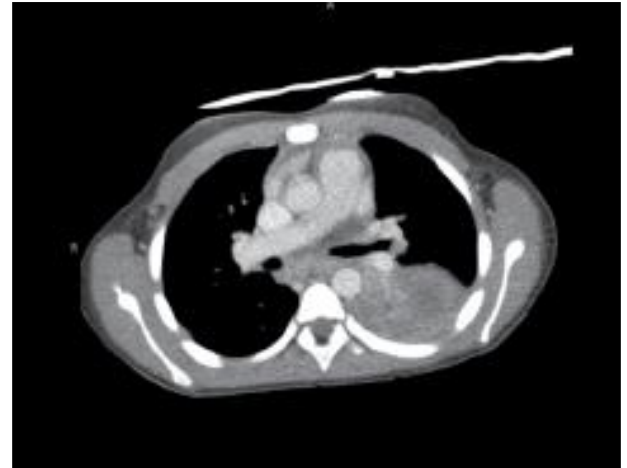
CASE 118**Diana Yan****Question**

Bé gái 5 tuổi vào viện do ho kéo dài đã 3 tuần. Bệnh nhi không có tình trạng chảy mũi nước – **runny nose**, nghẹt mũi, sốt, nôn hay tiêu chảy. Không đau, vẫn ăn uống và lượng nước tiểu vẫn bình thường. Bố mẹ cho biết ho xảy ra cả ngày không kèm với bất kỳ yếu tố nào có thể làm tình trạng này cải thiện hoặc xấu đi. Trong nhà không ai đau ốm gì, nhưng trẻ có đi mẫu giáo. Trong khi nói về trường học, bà mẹ cho biết rằng cô bé có thể như không chạy nhảy nhiều như các bạn khác trong lớp và ngạc nhiên nếu bé mắc hen bởi vì trước đây chưa từng thấy trẻ khò khè. Ngoài ra, chưa phát hiện bất thường nào thêm. Gia đình không ai mắc hen cả.

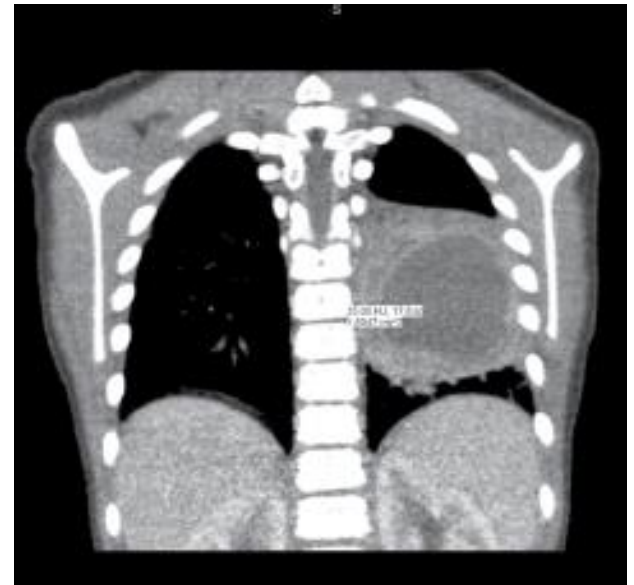
Thăm khám lâm sàng cho thấy trẻ tỉnh, linh hoạt, không ghi nhận tình trạng suy hô hấp cấp. Thăm khám tuần hoàn bình thường, không nghe thấy tiếng thổi. Khám phổi, có giảm thông khí khu trú tại thùy giữa và dưới phổi trái. Không có tình trạng gia tăng công thở. Không khò khè, không nghe ran. Thành ngực bình thường, không ghi nhận móng tay hình trống. Các thăm khám khác chưa phát hiện bất thường. Các kết quả của xn cđha như sau:



Hình 118.1



Hình 118.2



Hình 118.3

Chẩn đoán và điều trị?

Answer

Dị dạng đường dẫn khí bẩm sinh của phổi – **congenital airway pulmonary malformation (CAPM) (and resection)**. Dị tật này thường gặp với tỷ lệ 1/11000 đến 1/35000 ở trẻ sống. Ở trẻ sơ sinh, có biểu hiện từ suy hô hấp cho đến trẻ nữ nhi bình thường. Ở những trẻ này, thường biểu hiện ho nhưng có thể biểu hiện khó thở và sốt. Ho ra máu là biểu hiện hiếm gặp hơn. Khoảng 13% bệnh nhi sẽ biểu hiện viêm phổi hoặc nhiễm trùng đường hô hấp tái diễn và 10% bệnh nhi biểu hiện tràn khí màng phổi. Nang tuyến phổi bẩm sinh – **congenital cystic adenomatoid malformation** là thể thường gặp nhất chuyển sang ung thư với các nang phế quản (hình đầu) cũng là dạng thường gặp thứ hai. Ở các bệnh nhi có triệu chứng, phẫu thuật cắt bỏ thùy phổi – **lobectomy** (so với phẫu thuật cắt một phần của thùy phổi – **segmentectomy** hoặc chỉ cắt bỏ nang) là phương pháp điều trị phổ biến nhất. Vẫn còn tranh cãi về phương pháp điều trị cho bệnh nhân CAPM không triệu chứng.

Một số bác sĩ ngoại khuyến cáo phẫu thuật dự phòng để ngăn chặn nhiễm trùng trong tương lai, tăng cường phát triển phổi bù trừ, và để ngăn ngừa sự hình thành của ung thư. Hầu hết các trích dẫn về vấn đề chuyển dạng ung thư của CPM đều có tỷ lệ là dưới 5%. Ung thư nguyên bào phổi màng phổi – **pleuropulmonary blastoma** là loại ung thư thường gặp nhất có liên quan đến CPM ở trẻ em và có thể phát triển từ một nang tại bất kỳ thời điểm nào. Không có sự đồng thuận về vấn đề theo dõi ung thư hóa của các nang, x quang ngực không đủ nhạy và CT lặp đi lặp lại gia tăng nguy cơ của ung thư do điều trị - **iatrogenic cancer**. Các loại ung thư khác có thể từ CPM tiến triển thành bao gồm có sarcoma cơ vân – **rhabdomyosarcoma**, ung thư biểu mô tuyến – **adenocarcinoma**, ung thư tế bào vảy – **squamous cell carcinoma**, và ung thư trung mô – **mesenchymoma**.

Keywords: pulmonary, cough, mass, oncology.

Bibliography

Casagrande A, Pederiva F. Association between congenital lung malformations and lung tumors in children and adults: A systematic review. J Thorac Oncol 2016;11(11):1837–45.

CASE 119**Timothy Ketterhagen****Questions**

Bệnh nhi nam, 15 tuổi, được mang vào khoa cấp cứu do đau đầu. Bệnh nhi cho biết rằng đau đầu không liên tục trong vài tháng trước, nhưng chỉ mức độ nhẹ. Gần đây, tình trạng này diễn ra thường xuyên hơn, làm tỉnh giấc khi ngủ và dần trở nên nặng hơn. Cơ đau đầu khiến trẻ không thể đến trường. Bệnh nhi mô tả tình trạng đau đầu của mình như sau: đau nhói và đau toàn bộ đầu. Trước đó tình trạng sức khỏe tốt, và không có tiền sử cơn đau đầu migrain. Không có chấn thương đầu gần đây. Ngoài ra cũng không ghi nhận sốt, ho, chảy mũi, đau cổ, đau bụng, ù tai – **tinnitus**, đau họng, chóng mặt – **dizziness**, nhìn mờ - **blurry vision**, khó vận động – **difficulty ambulating**, hoặc tê hay dị cảm hoặc yếu liệt các chi.

Thăm khám lâm sàng phát hiện tình trạng khó chịu nhưng không có biểu hiện nhiễm độc trên bệnh nhi. Sinh hiệu trong giới hạn bình thường. Khám đầu và cổ không phát hiện bất thường. Tiến hành thăm khám đầy đủ hệ thần kinh, cũng không ghi nhận bất thường. Thăm khám các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường. MRI sọ não ở hình dưới:



Hình 119.1

1. Chẩn đoán
2. Điều trị

Answers

1. Bệnh nhi bị nang dưới nhện – **arachnoid cysts**. Những nang này thường biểu hiện lúc mới sinh nhưng có thể thứ phát sau một chấn thương vùng đầu. Nang dưới nhện được chẩn đoán trên CT hoặc MRI.

2. Hầu hết nang dưới nhện không gây triệu chứng. Hiếm khi, các triệu chứng có thể gặp như đau đầu, buồn nôn, nôn, hôn mê, co giật, thay độ thị giác hoặc các thay đổi thần kinh khác. Nếu bệnh nhi có triệu chứng, điều trị có thể cần đến. Các lựa chọn trong điều trị bao gồm có mở thông nang vào khoang dịch não tủy lân cận – **fenestration** hoặc dẫn lưu nang – **shunt placement**. Nếu bệnh nhi không triệu chứng, MRI có thể tiến hành trong tương lai để theo dõi sự phát triển của nang, nhưng can thiệp thì không cần thiết.

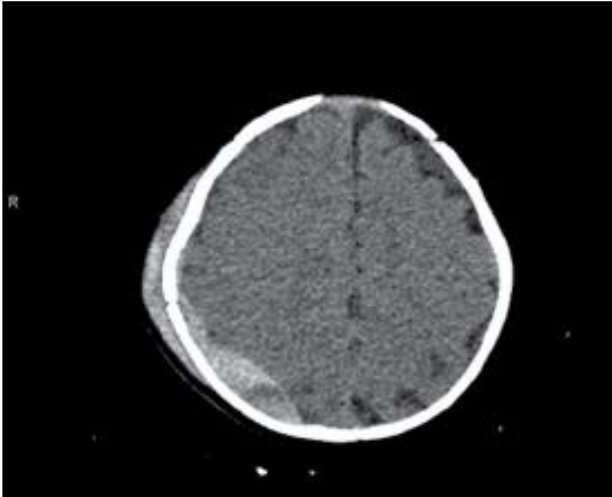
Keywords: neurosurgery, headache, MRI**Bibliography**

Seattle Children's Hospital. Arachnoid cyst. <http://www.seattlechildrens.org/medical-conditions/brain-nervous-system-mental-conditions/arachnoid-cyst/>. Accessed July 20, 2017.

CASE 120**Nina Mbadiwe****Question**

Một trẻ gái 4 tháng tuổi với biểu hiện khóc kéo dài và nôn không liên tục sau khi ngã từ tay của người bố khi ông đang bế đứa bé và đang đứng; xảy ra 4h trước đó. Bệnh nhi mất ý thức khoảng 1'.

Trên thăm khám khám, khó liên tục. Thóp trước phồng và tụ máu ở xương thái dương bên phải. Ngoài ra chưa ghi nhận bất thường. Kết quả CT như sau:



Hình 120.1

Nguyên nhân thường gặp nhất của xuất huyết ngoài màng cứng ở trẻ em và trẻ nhỏ, cơ chế phổ biến nhất là gì?

Answer

Tụ máu ngoài màng cứng thường xảy ra sau một chấn thương đầu, ngã đập đầu là cơ chế thường gặp nhất của chấn thương. Trong khi va chạm, xương sọ di lệch vào phía trong làm cho màng cứng tách khỏi bề mặt của xương từ đó hình thành máu tích tụ ngoài màng cứng. CT sọ não cho thấy khối có hình thấu kính hai mặt lồi về phía sọ não và về phía nhu mô não. Trẻ có các đường khớp kín có thể biểu hiện các triệu chứng của tăng áp nội sọ, bao gồm có hôn mê, nôn, tăng huyết áp, mạch chậm. Điều trị ban đầu nên bao gồm có khai thông đường thở, hỗ trợ hô hấp và tuần hoàn cũng như tiến hành các biện pháp bảo vệ thần kinh – **neuroprotective measure** bao gồm có nằm đầu cao, kiểm soát lượng dịch vào cơ thể - **judicious fluid management** và cân nhắc sử dụng mannitol hoặc truyền nước muối ưu trương. Phẫu thuật thần kinh là cần thiết.

Tham khảo thêm một bài về *Neuroprotective measures in children with traumatic brain injury* từ trang NCBI:

<https://drive.google.com/open?id=1Rbr0t8-kcMR1SBU3TWV4vkUv8ZXzwbE>

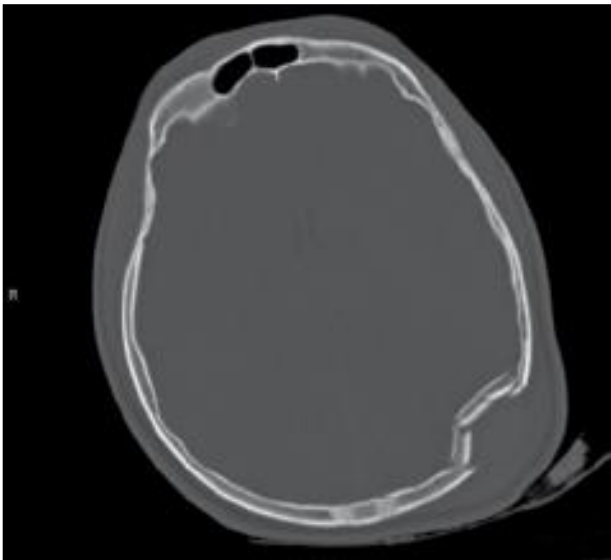
Keywords: head injury, blunt trauma, child abuse, vomiting, altered mental status, CT.

Bibliography

Bejjani GK, Donahue DJ, Rusin J, Broemeling LD. Radiological and clinical criteria for the management of epidural hematomas in children. *Pediatr Neurosurg* 1996;25:302.

CASE 121**Diana Yan****Questions**

Bé trai 15 tháng tuổi đi ghi nhận không có đáp ứng gì tại nhà của chú mình khi mà bà của đưa trẻ trở về nhà từ cửa hàng. Nhân viên cấp cứu phát hiện trẻ đã ngừng thở nhưng vẫn còn mạch. Bệnh nhi được đặt nội khí quản và chuyển đến trung tâm chấn thương nhi, khi tiến hành đánh giá – **primary survey** (tham khảo [case 70](#) để hiểu rõ thuật ngữ này) cho thấy: trẻ được đặt nội khí quản với âm thở tương đồng ở hai phổi, mạch ngoại biên và nhịp tim là 80. Trong thăm khám **secondary survey**, một lưu ý là bệnh nhi có đáp ứng cấu véo không chính xác với kích thích đau – **withdraw from pain** và thang điểm Glasgow là 6 với E(1) V(1) và M(4) (case 40). Bệnh nhi có một vùng tụ máu lớn ở vùng chẩm và có thể sờ được và có một ít máu chảy ra từ vùng này. Ngoài ra còn có vết thâm tím ở ngực và chi dưới. Bà của bệnh nhi cho biết trước khi bà đi ra cửa hàng trẻ hoàn toàn khỏe mạnh. Dường như bà đã rời khỏi đứa bé khoảng 30'. Trẻ khỏe mạnh và không sử dụng thuốc trước đó. CT đầu ở hình dưới.



Hình 121.1

1. Tình trạng bao quát nào phù hợp ở tình huống này?
2. Điều trị khí nội sọ đơn thuần là gì – **pneumocephalus**?

Answers

1. Chấn thương không do tai nạn – **non accidental trauma** (NAT) là chẩn đoán phù hợp nhất trong tình huống này. CT đầu cho thấy xương sọ gãy do bị đè xuống, kèm theo tình trạng ứ khí nội sọ – **pneumocephaly**, trong tình trạng không ghi nhận tiền sử chấn thương, thì khả năng cao hướng đến NAT.

Trẻ dưới 5 tuổi có nguy cơ cao nhất và trẻ dưới 3 tuổi có nguy cơ cao nhất của các tổn thương có thể gây tử vong, hầu hết là chấn thương đầu. Năm 2014, có 702000 trường hợp được xác định là bạo hành / bỏ mặc trẻ - **child abuse/neglect** tại Mỹ, và 1580 trường hợp tử vong. 2% những trường hợp này bị chẩn đoán muộn, do đó cần cân nhắc đến NAT sớm. Các yếu tố nguy cơ của NAT bao gồm có trẻ trước đây từng bị bạo hành hoặc gây bạo hành, các trẻ bị chậm phát triển trí tuệ, không khí gia đình căng thẳng và lạm dụng chất gây nghiện. Hơn 80% trường hợp là do bố mẹ có quan hệ huyết thống gây ra – **biological parents**, trong khi đó khoảng 12% là do bố mẹ nuôi hoặc là người chăm sóc. Bệnh nhi với tình trạng gãy xương sọ có thể có tình trạng xuất huyết nội sọ tái diễn và triệu chứng của hôn mê, kích thích khó chịu, thay đổi nhận thức, nôn, đau đầu và co giật. Các tổn thương khác bao gồm có xuất huyết võng mạc và chấn thương tủy sống. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán là tình trạng gãy xương sọ và chảy máu nội sọ trên CT không có thuốc cản quang. MRI có thể được áp dụng sau khi hồi sức ban đầu và điều trị đối với tổn thương sọ trực và phù não.

2. Khí nội sọ - **pneumocephalus** hay là sự hiện diện của khí trong khoang nội sọ, thường là do chấn thương nhưng cũng có thể gây ra bởi phẫu thuật và nhiễm trùng nội sọ hoặc tủy sống. Các triệu chứng bao gồm có buồn nôn và nôn, chóng mặt và co giật. Ứ khí nội sọ có áp lực – **tension pneumocephalus** hình thành bởi khi tình trạng ứ khí này gia tăng áp lực nội sọ và suy giảm chức năng thần kinh; tử vong nếu không điều trị. Khí nội sọ nếu không điều trị sẽ tử vong. Khí nội sọ đơn thuần thường được điều trị vừa phải và theo dõi đến khi khí được tái hấp thu mà không kèm biến chứng nào. Nếu có bệnh cảnh của tăng áp nội sọ, thì cần tiến hành phẫu thuật giải phóng.

Keywords: child abuse, headinjury, alterel mental status, CT.

Bibliography

Dabdoub CB, Salas G, Silveira EN, Dabdoub CF. Review of the management of pneumocephalus *Surg Neurol Int* 2015;6:155.

Kim PT, Falcone RA Jr. Nonaccidental trauma in pediatric surgery. *Surg Clin N Am* 2017;97:21–33

Paiva WS, de Andrade AF, Figueiredo EG, Amorim RL, Prudente M, Teixeira MJ. Effects of hype oxygenation therapy on symptomatic pneumocephalus. *Ther Clin Risk Manag* 2014;10:769–73.

CASE 122**Michael Gottlieb****Questions**

Một trẻ trai 8 tuổi phải nhập viện với vết rách ở da vùng đầu. Trước đó cậu bé đang chơi ở sân nhà thì bị một cái thang rơi trúng đầu. Bệnh nhi khóc, nhưng có thể dỗ được và có Glasgow là 15 điểm; không có dấu thần kinh khu trú. Thăm khám lâm sàng phát hiện chấn thương vùng da đầu như hình dưới.

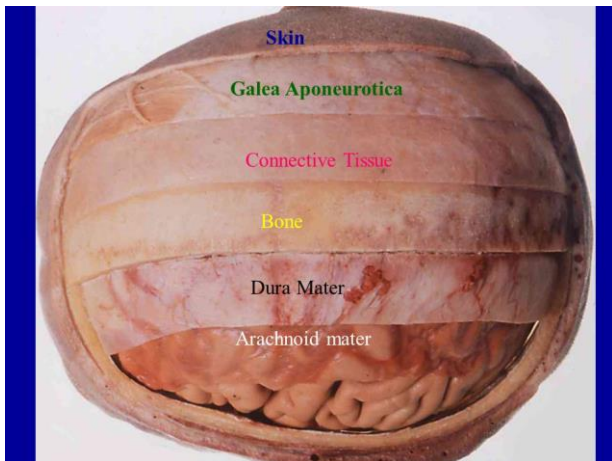


1. Lớp cân – *galea aponeurotica*, và vì sao nhận diện cấu trúc này đóng vai trò quan trọng?

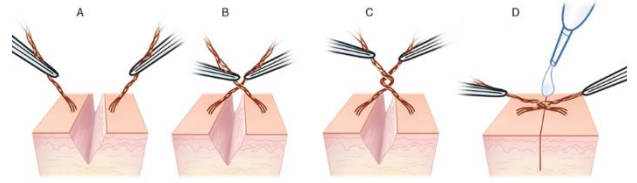
2. Mô tả 3 phương pháp đóng vết rách da đầu – *closing scalp lacerations*?

Answers

1. Lớp cân là một cấu trúc tương tự như gân, chắc phủ lên xương sọ. Nó liên kết phía trước với cơ trán và cơ chẩm phía sau. Đánh giá cấu trúc này rất quan trọng khi thăm khám vết rách da đầu, bởi vì nếu bỏ sót bất kỳ vết rách nào ở cấu trúc này có thể dẫn đến dị dạng về mặt thẩm mỹ do lực kéo không tương xứng của cơ trán. Ngoài ra, lớp cân còn có chức năng bảo vệ xương sọ khỏi nhiễm trùng da, nếu có tổn thương chức năng này sẽ bị ảnh hưởng.



2. Vết rách da đầu có thể đóng lại bằng khâu – *suture*, kẹp – *staples* hoặc là kỹ thuật tóc đối xứng – *hair apposition technique*. Khi tiến hành khâu, cần phải sử dụng chỉ khâu khác với màu tóc và để đoạn kết dài. Kỹ thuật tóc đối xứng là một kỹ thuật đóng vết rách mới, giúp cải thiện sự hài lòng của bệnh nhân và giảm thiểu các vấn đề về thẩm mỹ cho bệnh nhân.



Source: Reichman EF. Emergency Medicine Procedures, Second Edition. www.accessmedicine.com
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

kỹ thuật tóc đối xứng – hair apposition technique
- một kỹ thuật còn rất mới.

Keywords: penetrating trauma, head injury, pitfalls, procedures.

Bibliography:

Atabaki SM. Pediatric head injury. *Pediatr Rev* June 2007;28(6):215–24.

Hollander JE, Singer AJ. Laceration management. *Ann Emerg Med* 1999;34:356.

Ozturk D, Sonmez BM, Altinbilek E, Kavalci C, Arslan ED, Akay S. A retrospective observational study comparing hair apposition technique, suturing and stapling for scalp lacerations. *World J Emerg Surg* July 2013;8:27.

CASE 123**Jaimee Holbrook****Questions**

Một bệnh nhi, nam, 6 tháng tuổi vào viện vì nhiễm nấm candida ở miệng – **thrush** không cải thiện sau khi dùng nystatin. Mẹ trẻ cho biết rằng tiền sử sản khoa có một số vấn đề cần lưu ý như sau: có xn reagin nhanh – xn sàng lọc kháng thể giang mai trong huyết tương – **rapid plasma reagin (RPR)** dương tính (1:32). Lúc đó bà mẹ được chuyển vào chuyên khoa, nhưng tại đó kết quả trả lại khẳng định là âm tính, do đó không tiếp tục quan tâm đến. Và khi trẻ sinh ra thì RPR dương tính với kết quả là 1:2048.

Phản ứng miễn dịch huỳnh quang gián tiếp – **fluorescent treponemal antibody – FTA** dương tính.



Hình 123.1



Hình 123.2



Hình 123.3

1. Chẩn đoán ở bệnh nhi, và các đánh giá ls và cls nào cần được bổ sung ?

2. Tam chứng Hutchinson là gì?

3. Hình ảnh x quang trên cho thấy điều gì? Các chẩn đoán phân biệt?

4. Điều trị như thế nào?

Answers

1. Ở trẻ sơ sinh này mắc phải giang mai bẩm sinh – **congenital syphilis**. Sau một xn chẩn đoán như FTA, cần tiến hành các đánh giá bổ sung ở trên bệnh nhi bao gồm có:

Thăm khám lâm sàng những ghi nhận thường gặp của viêm mũi kéo dài – **persistent rhinitis** (khịt mũi), đánh giá tổng quát các hạch, tình trạng gan lớn và ban.

XN CLS bao gồm có công thức máu toàn phần, chức năng gan, dịch não tủy (sinh hóa, tế bào, test giang mai – **CSF venereal disease research laboratory VDRL**) và test HIV.

X quang xương dài để đánh giá tình trạng viêm màng xương – **periostitis** and/or viêm xương - sụn – **osteochondritis**.

Kiểm tra mắt để đánh giá khả năng giang mai tác động lên thị giác như viêm mống mắt kẽ - **interstitial keratitis**

Điện thính giác thân não – **auditory brainstem response (ABR)** để đánh tình trạng suy giảm thính giác.

2. Tam chứng điển hình của giang mai bẩm sinh đó là viêm mống mắt kẽ, răng cửa giữa hàm trên hình chốt – **peg shaped upper central incisor** và điếc giác quan – **sensory deafness**.

3. X quang xương dài cho thấy những thay đổi điển hình ở bệnh nhi mắc giang mai. Có phản ứng màng xương lan tỏa tại xương đòn, xương quay, xương trụ, xương đùi và xương chày. Phản ứng này tại nhiều vị trí có thể nhầm lẫn với tình trạng liền xương ở hoàn cảnh một trẻ bị bạo hành.

4. Điều trị bằng penicillin G. Ở bệnh nhi với kết quả CSF VDRL dương tính, liệu trình điều trị giang mai thần kinh kéo dài được chỉ định.

Keywords: infectious disease, child abuse mimicker

Bibliography

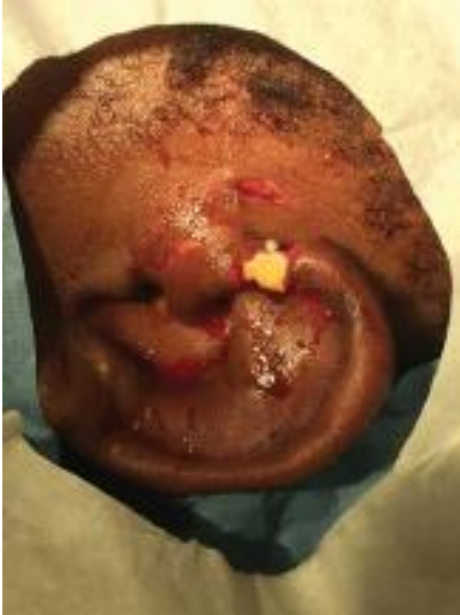
Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015;64:1.

American Academy of Pediatrics. Syphilis. In *Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 30th ed., Kimberlin DW, ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2015:755.

Brion LP, Manuli M, Rai B et al. Long-bone radiographic abnormalities as a sign of active congenital syphilis in asymptomatic newborns. *Pediatrics* 1991;88:1037.

CASE 124**Michael Gottlieb****Questions**

Một bệnh nhi, nam, 10 tuổi vào khoa cấp cứu do một vết rách ở tai trái. Trẻ không có chấn thương khác và trẻ đã được chủng ngừa đầy đủ theo độ tuổi – **immunization be up to date**. Trên thăm khám lâm sàng, ghi nhận có một chất màu vàng ở trung tâm vết thương, như hình dưới:



Hình 124.1



Hình 124.2

1. Nên tiến hành xử trí ban đầu đối với vết thương kiểu như vậy?

2. Sau khi xử trí ban đầu nên băng bó vết thương như thế nào cho phù hợp?

Answers

1. Ở bệnh nhi này có một tổn thương ở tai bộc lộ sụn phía trong ra. Sụn là một cấu trúc vô mạch – **avascular**, được nuôi dưỡng bởi máu từ cấu trúc da bao phủ phía trên. Do vậy, khi có chấn thương bộc lộ lớp sụn ra ngoài cần phải che đậy lại kỹ bằng da để giảm nguy cơ của nhiễm trùng và hoại tử vô mạch – **avascular necrosis**.

First, approximate the cartilage with absorbable sutures. Then, place one suture at the helix to assist with alignment and suture the remaining areas until the cartilage is covered. It is important to minimize wound debridement in case wound revision is necessary.

2. Những vết thương kiểu như thế này có nguy cơ cao hình thành nên tụ máu ở tai – **auricular hematomas**, có thể dẫn đến tổn thương cấu trúc sụn và dị dạng tai ngoài, thường gặp là hình dạng tai súp lơ – **cauliflower ear**. Có thể phòng ngừa bằng cách sử dụng gạc ngấm mỡ – **petrolatum impregnated gauze** và đè ép lên vết thương để ngăn ngừa khả năng hình thành và phát triển của tình trạng tụ máu.

Keywords: head injury, do not miss, procedures, penetrating trauma.

Bibliography

Coates WC. Face and scalp lacerations. In Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 8th ed., Tintinalli JE, Stapczynski J, Ma O, Yealy DM, Meckler GD, Cline DM, eds. New York: McGraw-Hill, 2016:chap. 42.

Mayersak RJ. Facial trauma. In Rosen's Emergency Medicine, 8th ed., Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, eds. Philadelphia: Elsevier, 2014:chap. 42.

CASE 125**Veena Ramaiah****Question**

An 8-month-old was placed on the bed while his mother was cleaning out the crib. He fell off the bed onto the radiator that was between the bed and the wall. Upon seeing a wound developing, she brought him immediately to the emergency room. Due to the appearance of the burn and the pattern mark seen, a report was made for child welfare and police to investigate.



Image 125.1



Image 125.2

What characteristics would prompt an investigation? How is the investigation helpful?

Answer

Contact burns with a very distinct pattern can be concerning for inflicted injury, especially in a non-verbal child. Confirming the mechanism of injury or determining manner of injury often requires a multi-

disciplinary approach. Physicians may not be able to make these determinations at the bedside without other input or investigation. Reports to investigative agencies may be an integral component of the workup in order to provide additional information such as scene re-creation and interviewing of other corroborating witnesses.

During the scene investigation, the lettering from the radiator pipe was found that matched the imprint on the child's leg. Based on the young age of the infant, ability to roll off bed, scene re-creation with the parents as to the position he was found in, and home investigation, the event was ruled accidental. The radiator did not have a cover and was "scalding hot" to the touch.

Contact burns are burns from a hot surface. This type of burn can be accidental or inflicted and distinguishing between the two is often difficult. In general, accidental burns are described as glancing, more superficial, on exposed areas of the body, and not patterned. In general, abusive burns are described as uniform, deeper, on covered areas of the body, and patterned. These are sometimes referred to as "branding" injuries. Movement of the child at the time of contact can create an unusual appearance if the child is struggling to get away and cannot.

This case illustrates a contact burn with a pattern to it that resulted from short contact with the object. This can occur depending on how hot the surface is. Investigation by child welfare and police including scene investigation is vital to elucidating the manner of injury.

Keywords: child abuse, mimickers, environmental

Bibliography

Hodgman EI, Pastorek RA, Saeman MR, Cripps MW, Bernstein IH, Wolf SE, Kowalske KJ, Arnoldo BD, Phelan HA. The Parkland Burn Center experience with 297 cases of child abuse from 1974 to 2010. *Burns* June 3, 2016; pii: S0305-4179(16)00071-1.

CASE 126**Veena Ramaiah****Question**

A 2 year old presents to the emergency department with these burns.



Image 126.1



Image 126.2

Is this burn abusive or accidental?

Answer

This is actually a trick question! Before making any determination about manner of injury a history of the injury must be obtained. Clinicians should avoid making rapid judgments based on an appearance, photo, or x-ray. Many injuries can have an accidental explanation or an abusive explanation, and jumping to conclusions prematurely can do harm to a patient or their family. This is the purpose of child welfare or police

investigation. In a busy emergency department, there may not be time or ability to elucidate all the details of an event, or the caretaker during the event may not be present so the history is secondhand. It is important, however, to recognize when something is suspicious and warrants an investigation.

Per the father, he went to give the patient a bath, turned on the water, put the stopper in, and placed the patient in the tub. He did not think the water was hot but did not check it, and the patient did not scream or cry immediately. He starting whining and the father took him out of the water. He was in the water for about 2 minutes. The father denies that the water felt hot after he took him out. The father denies leaving the bathroom. He then noticed the skin looking dark and wrinkled. He called the patient's mom to ask what to do and she advised him to go to the emergency room.

On arrival, he was tachycardic, afebrile, and normotensive. He was quiet if left alone but began crying with any movement of his feet or exam on his feet. After IV access is obtained and he is given pain medicine, a thorough skin examination is done that is negative for bruises, marks, scars, or other burns aside from those pictured. He receives IV fluids and is admitted to the burn unit for burn care.

There are a few things that are concerning: the pattern, the absence of crying or screaming even after being in the water for about 2 minutes, and the father denying that the water felt hot. The pattern of the burn is an immersion pattern. This is indicative of someone being placed or immersed in hot water. The absence of any splash or spill pattern is concerning in that a child this age would be moving or kicking to attempt to get out of the water. There are no splash burns or irregular edges of the burn to indicate movement. In addition there is sparing of the soles. This particular pattern is often seen when the feet are against the bottom of the tub sparing the soles from being burned at all or burned as deeply. Burns cause pain. In a neurologically normal child, he would be crying or screaming in response to being burned.

There is a well-documented freeze response that sometimes children have in response to pain or heat but that lasts a few seconds before they react. Last, the water was hot enough to burn the child which means an adult who is neurologically intact would be able to feel the heat. This part of the history is obviously false as you have evidence of an injury since the patient is burned.

This patient's feet were debrided as shown in Image 126.2.

It is important to recognize when seeing injuries that as a mandated reporter it is required to have a reasonable suspicion of abuse, not to know that abuse has occurred. A manner of abuse often cannot be determined without a thorough investigation that may include a scene investigation. Determining the manner of injury without enough information can be detrimental to the patient and the family. Immersion pattern burns can be accidental; however, that is much less common and again would warrant a full investigation in order to corroborate an accidental mechanism being provided.

Keywords: child abuse, dermatology, environmental

Bibliography

Pawlik M-C, Kemp A, Maguire S, Nuttall D, Fedlman KW, Lindberg DM, ExSTRA Investigators. Children with burns referred for child abuse evaluation: Burn characteristics and co-existent injuries. *Child Abuse Negl* 2016;55:52–61.

CASE 127**Veena Ramaiah****Question**

A 5-month-old infant presents with right leg swelling. Per the mother, the baby rolled off of the bed while she was in another room. She did not witness the fall but heard a cry. The bed is a box spring and mattress on a frame and the floor surface is hardwood. She cannot recall the position the baby was in when she got to him. There are several caretakers at home including the father and maternal grandmother. Mom reports both were at home; however, they are not present in the emergency room (ER) to interview.

On exam, his vital signs are stable, and he is alert and quiet. He is in no apparent distress until the extremity exam. His head shows no signs of injury and his skin exam has no marks or bruises. His extremity exam shows swelling to the mid-thigh area. He cries and is very tender to palpation of the mid-thigh area and has apparent pain with any range of motion of the leg. He does not cry with palpation of the right foot and lower leg. He cries with flexion of the right knee.

An x-ray of his right femur is shown next.



Image 127.1

Is this fracture morphology concerning for abuse? Does the history provided adequately explain the fracture seen here?

Answer

Yes, this fracture morphology is concerning for abuse. It is a commonly held misconception that spiral fractures are the most concerning for abuse. However, recent studies have identified that the most common morphology of abusive fractures is transverse.

Ultimately, any fracture morphology can be from an accidental or abusive manner. The key to determining which one lies in the history, the level

of suspicion, and the investigation to corroborate or refute the history given. Non-ambulatory infants are at highest risk of abusive injury, and their injuries often warrant further medical evaluation and child welfare and police investigation. Even when a history is provided, it is not possible to determine the truthfulness of that history oftentimes without an investigation. Many explanations are plausible; however, determining the truth is often beyond the resources of the ER or a clinic.

Due to concerns about the history provided, the patient's age and developmental level, and the need to corroborate the history, a report was made to police and child welfare for an investigation. While in the ER, the child underwent a skeletal survey, head CT, and trauma labs. The skeletal survey revealed three healing rib fractures to the posterior right ribs. On further investigation, it was discovered that his mother was home alone with the baby. There were no other adults present as originally reported. In addition, there was no prior history of trauma to explain the rib fractures. In spite of an in-depth investigation, no other history was obtained to explain the femur fracture; however, the rib fractures remained unexplained. There was not enough evidence for criminal charges; however, child welfare indicted the mother for abusive injury and the child was placed in a safe environment while the mother underwent services and intervention.

Keywords: extremity injury, child abuse, orthopedics

Bibliography

Murphy R, Kelly DM, Moisan A, Thompson NB et al. Transverse fractures of the femoral shaft are a better predictor of nonaccidental trauma in young children than spiral fractures are. *J Bone Joint Surg* January 2015;97(2):106–11.

Pierce MC, Bertocci GE, Janosky JE, Aguel F et al. Femur fractures resulting from stair falls among children: An injury plausibility model. *Pediatrics* June 2005;115(6):1712–22.

Scherl SA, Miller L, Lively N, Russinoff S et al. Accidental and non-accidental femur fractures in children. *Clin Orthop Relat Res* July 2000;376:96–105.

CASE 128**Veena Ramaiah****Question**

A 7-month-old boy is brought to the emergency department for a scald burn. His mother states she was bathing him in the sink, using both hot and cold water faucets with an appropriate water temperature. She stated she left the room with the child in the sink under running water to get a towel. While out of the bathroom, she heard a scream and rushed back into the bathroom. She said she immediately took the baby out of the sink and felt the water. It was scalding hot to the touch as only the hot water faucet was on. The skin was red initially. Blistering and peeling of the skin was noted after an hour and prompted the mother to bring him immediately to the emergency department.

The burn is as pictured next.

Image 128.1



There is a partial-thickness scald burn involving 20% BSA to left face, neck, chest, arm, and back. The burn is a combination of superficial partial thickness and deep partial thickness. The pattern is consistent with a flow pattern. The patient is well-developed, well-nourished, and has no other marks or bruises on exam. By report, he is developmentally normal including normal tone and motor strength in all extremities. On exam, he has a normal neurologic exam for a 7-month-old infant.

Is this burn consistent with the history provided? Would you expect this pattern and depth of injury from the mechanism described?

Answer

Scald burns are a type of thermal burn involving hot liquid or hot steam. There are generally two different patterns of injury seen with scald burns: splash/spill or flow pattern, and immersion pattern. A single burn event can have separate patterns or combinations of both. In general, splash/spill patterns are produced by the flow of hot liquid as it travels down or over a certain plane of the body. The point of deepest burn is often the area of initial contact; the burn depth lessens as the hot water flows and the liquid cools. Irregular edges and possibly even discrete areas of splash would indicate splashing water as the child is trying to move or flail around in response to the heat of the liquid. There may not be significant splash if the child is in a situation where he or she cannot move away or move around much. Immersion pattern burns, on the other hand, are often more uniform in depth and

result from that part of the body being submerged or immersed in standing water. Neither of these patterns are pathognomonic of abusive injury; however, splash/spill pattern burns are highly correlated with an accidental manner of injury and immersion pattern burns are highly correlated with an abusive manner of injury. The pattern seen in this child is a splash/spill or flow pattern

which would be consistent with water flowing from a sink faucet.

Depth of burn is dependent on the temperature of the liquid and time of contact with the liquid. Based on studies done in the 1940s, time to burn depth of full-thickness in adult skin was found to be 10 minutes at 120°F. This time decreased rapidly as temperature rose culminating in deep partial-thickness burn in 1 second at 158°F. This time is shorter in children. Temperatures greater than 130°F can result in significant burns within the reaction time.

This case was reported to child welfare for investigation because of the young age of the infant and the severity of the burn. It was discovered that the water temperature with only hot water running reached 130°F at 17 seconds and 140°F at 30 seconds.

The patient's mother estimated that she had left the bathroom for about 15–20 seconds when the police had her re-enact the events of that day. The handles on the bathroom sink were the lever type with hot and cold each having its own handle. When the water is on, the levers are turned toward the basin. With an active, vigorous, and developmentally normal infant who kicks, it was speculated that he kicked the cold water handle off leaving only scalding hot water running down his body. The mother did not realize that water from her tap could cause this extent and depth of burn so rapidly.

Based on the information provided by the scene investigation, the final manner of injury was accidental.

The secondary teaching point to this case is anticipatory guidance for injury prevention for parents of infants. Infants should not be bathed in running water as the temperature can fluctuate unexpectedly resulting in significant burn injury. The convenience and rapidity of bathing a child in running water is often a strong motivator for families.

Keywords: *child abuse, dermatology, environmental*

Bibliography

Baggott K, Rabbitts A, Leahy NE, Bourke P et al. Pediatric sink-bathing: A risk for scald burns. J BurnCare Res November/December 2013;34:639–43.

CASE 129**Barbara Pawel****Question**

A 15-year-old male presents to the emergency department with a gunshot wound (GSW) to the left thigh. He is complaining of left thigh and groin pain.



Image 129.1



Image 129.2



Image 129.3

What are the mechanisms of injury that present with penetrating scrotal trauma?

Answer

Bicycle handlebars, falls with impalement, animal bites, stab wounds, and GSWs can all result in penetrating trauma to the scrotum and testes.

Penetrating wounds to the lower abdomen, pelvis, penis, rectum, and upper thighs may involve the scrotum due to anatomical proximity. GSWs to the lower extremities are commonly associated with scrotal wounds. A thorough examination to determine entrance and exit wounds in addition to careful inspection of the scrotal skin for lacerations and ecchymosis is necessary. Any penetrating trauma through the dartos layer has a high association of testicular injury. Significant pain with marked edema localized to the testicle or scrotum requires early surgical consultation. Assess the testicular lie and tenderness, the cremasteric reflex, and quality of the femoral artery pulses. The presence of a hematocele (blood within the tunica vaginalis but outside of the tunica albuginea) is concerning for a testicular rupture and ultrasound is recommended. Scrotal edema/ecchymosis may also be caused by blood tracking from an intra-abdominal injury through a patent processus vaginalis.

Keywords: penetrating trauma, GU trauma, urology

Bibliography

American College of Surgeons Committee on Trauma. *Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course*

Manual. 9th ed. Chicago: American College of Surgeons, 2012.

Simhan J, Rothman J, Canter D, Reyes JM, Jaffe WI, Pontari MA, Doumanian LR, Mydlo JH. Gunshot wounds to the scrotum: A large single-institutional 20-year experience. *BJU Int* 2012;109(11):1704–7.

CASE 130**Veena Ramaiah****Question**

A 6-month-old presents to the emergency department for coughing and congestion. The child is happy, smiling, playful, and in no distress, with mild URI symptoms but otherwise appears well. On full skin exam, red marks are found as shown. There is mild tenderness over the red marks but no pain or marks anywhere else on the body. When asked, the mom reports “blowing kisses” on the child’s back. The resident is very concerned as these bruises do not blanch and are not fading.



What factors trigger the most concern in this child with bruising?

Answer

The age and developmental level of this child is the key to the concern. Unexplained bruising in a non-ambulatory infant is very concerning and should precipitate further workup.

Trauma labs, skeletal survey, and head CT are done. Upon return from radiology, her labs reveal elevated liver enzymes. Abdominal CT is performed and the child is found to have a moderate-sized liver laceration. Mom has no explanation for this.

In light of unexplained bruising and unexplained liver laceration—two significant indicators of trauma—child welfare and police are called and the child is placed in a safe environment.

Bruising in infants is rare, especially in non-mobile infants. In 1999, Sugar et al. published a study looking at bruising in healthy children from 0 to 36 months presenting for well-child visits. Of 973 children, 203 (20.9%) had bruises. They divided the children into three groups: pre-cruisers, cruisers, and walkers. Age was associated with bruising as 2.2% of pre-cruisers, 17.8% of cruisers, and 51.9% of walkers had bruises. The pre-cruisers group had the largest number of patients. Based on this data, the authors created the phrase “Those who don’t cruise rarely bruise.”

Building on this, in 2010, Pierce et al. published a study proposing a clinical decision rule for predicting abusive trauma called the TEN-4 BCDR. This was a body region–based and age-based bruising clinical decision rule. This study compared children 0–48 months who were victims of abuse with controls who sustained known accidental trauma. TEN-4 represents bruising found on the thorax, ears, and neck in a child <4 years old or bruising found anywhere on the body of a child <4 months old. Their data showed that bruising in the TEN region or bruising in a young infant in the absence of a verified or corroborated accidental injury was highly sensitive (97%) and specific (84%).

Bruising in infants, especially pre-mobile ones, is extremely concerning. Infants are at highest risk of death by inflicted injury as they cannot escape from the perpetrator. Even a single bruise in an infant that is unexplained or inadequately explained should raise suspicion for abuse and trigger further workup or reporting.

Keywords: child abuse, dermatology

Bibliography

Pierce MC, Kaczor K, Aldridge S, O’Flynn J, Lorenz DJ. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics* January 2010;125(1):67–74.

Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW, Puget Sound Pediatric Research Network. Bruises in infants and toddlers: Those who don’t cruise rarely bruise. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153(4):399–403.

CASE 131**Veena Ramaiah****Question**

Một trẻ trai 2 tuổi vào viện vì sưng cứng tay vào sáng nay. Ngày hôm trước không ghi nhận tình trạng này, hôm trước thì mẹ và bé có đi chơi tại công viên. Không có tiền sử của té ngã, chấn thương hay bị côn trùng cắn. Trước đó trẻ có thể vận động tay phải của mình bình thường mà không kèm bất kỳ dấu hiệu nào của đau. Không đau ốm gì gần đây, không sốt, khó chịu hay sụt cân. Trẻ sống với mẹ và có thăm bố của mình vào cuối tuần.

Trên thăm khám lâm sàng, trẻ không có sốt, nhịp tim, tần số thở nằm trong giới hạn bình thường. Chưa ghi nhận bất thường ngoại trừ cứng tay phải của trẻ sưng nhưng không căng đau và không nổi ban. Ở vùng cổ tay và cẳng tay khi sờ không đau và cử động vẫn bình thường ở cổ tay và khuỷu tay. Mạch và tưới máu ngoại biên ở chi đều bình thường và không ghi nhận vết bầm tím ở trên người trẻ. Không có ban hoặc tổn thương nào được ghi nhận. Tiền sử gia đình của trẻ chỉ có ghi nhận đái tháo đường type 2.

X quang như hình dưới.



Hình 131.1



Hình 131.2

Các chẩn đoán phân biệt của bạn sẽ là gì?

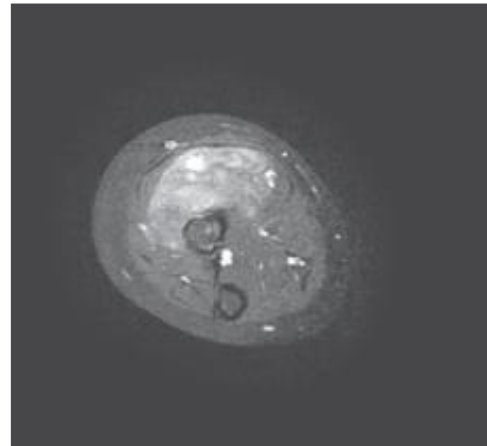
Answer

Trên x quang cho thấy các hình ảnh đặc xương – sáng ở trung tâm tại vùng giữa thân xương quay kèm theo sưng mô mềm đáng kể. Các chẩn đoán phân biệt bao gồm có **Brodie's abscess**, u xương dạng xương – **osteoid osteoma**, bệnh mô bào Langerhan – **langerhans cell histiocytosis (LCH)**, viêm tủy xương – **osteomyelitis**, và liền xương – **healing fracture**.

Viêm tủy xương ít khi dựa vào bệnh sử. Gãy xương thường gặp ở trẻ hiếu động, nhưng không phát hiện được tiền sử của chấn thương sẽ hướng đến bệnh cảnh của trẻ bị ngược đãi. Biểu hiện ở trường hợp này không điển hình cho quá trình liền xương. Thăm khám xương được tiến hành để đánh giá các tổn thương hoặc bệnh lý xương khác. Không có tổn thương khác hay gãy xương được phát hiện.

Sau đó trẻ được chỉ định chụp MRI, và hội chẩn với các bác sĩ khoa chỉnh hình và chỉ định thêm một số các xn lâm sàng. Các xn ban đầu bao gồm có điện giải đồ, CBC, chức năng gan, cấy máu, tốc độ lắng máu và CRP bình thường.

Kết quả MRI như sau



Hình 131.3



Hình 131.4

*** giải thích thuật ngữ - *enhancing lesion on MRI*

[Theo Michael Ingrisich – PhD Ludwig Maximilians – University of Munich, Department of Radiology:](#)

“Thuật ngữ “*enhancing*” hay “*non enhancing*” *lesion* để chỉ khả năng hấp thu – **uptake** chất đối quang từ - **Gadolinium** của tổn thương đó. Thông thường, tính chất này được đánh giá bằng khả năng thu nhận tín hiệu T1 điều chỉnh – **T1-weighted acquisition**: Gd rút ngắn mức độ giãn theo chiều dọc của mô – **longitudinal relaxation rate of tissue**, từ đó làm tăng tín hiệu – **signal enhancement**.

Sự khác biệt giữa **enhancing** và **non – enhancing** của tổn thương rất dễ thấy trên mô não, nơi mà sự lưu thông của máu rất hiệu quả, từ đó sẽ hạn chế tối đa sự tích tụ của chất đối quang từ Gd tại mô (trong trường hợp không có tổn thương tại não) từ đó trên MRI sẽ không cho hình ảnh tăng tín hiệu. Còn khi tuần hoàn máu não không hiệu quả có thể là do một quá trình viêm hoặc do một tổn thương tăng sinh mạch ung thư – **cancerous angiogenesis**, thì Gd có thể thoát mạch – **extravasate** và tích lũy tại mô, từ đó tạo nên hình ảnh tăng tín hiệu tại mô đó (như mô não chẳng hạn).

Đặc biệt trong bệnh lý Đa xơ cứng – **multiple sclerosis (MS)**, các tổn thương MS ở giai đoạn “*active*” v “*chronic*” thường khác nhau dựa vào hình ảnh tăng tín hiệu của nó, với tổn thương ở gđ “*active*” sẽ có tình trạng viêm cấp và sẽ tác động vào tuần hoàn máu não, tạo hình ảnh tăng tín hiệu, trong khi đó “*chronic*” thường không có hình ảnh tăng tín hiệu”

Có thể đọc bài gốc tại đây: https://www.researchgate.net/post/What_are_the_differences_between_enhancing_and_nonenhancing_lesions_in_MRI. ***.

Trên MRI, cho thấy khối u phần mô mềm được mô tả như sau: “*Khối mô mềm không đồng nhất, avidly enhancing*, có giới hạn khá rõ – cùng với hình ảnh phá vỡ khu trú cấu trúc vỏ xương quanh và xung quanh vỏ xương dày cho thấy quá trình tái cấu trúc xương – **osseous remodeling** với mức độ xâm lấn nhỏ của khối u vào vỏ xương.

Trên sinh thiết, đưa ra chẩn đoán cuối cùng là u bao Schwann dạng đám rối – **plexiform schwannoma**

Plexiform schwannoma là u bao thần kinh lành tính phát triển từ các tế bào Schwann. Có tất cả 7 type u schwan và dạng đám rối – **plexiform** chiếm chỉ 5%.

Type này có thể những tổn thương rời rạc nhưng thường có liên quan đến bệnh u xơ thần kinh type 2 – **neurofibromatosis type 2**. Một điều quan trọng đó là phân biệt chúng với u xơ thần kinh dạng đám rối – **plexiform neurofibroma** - bệnh lý này thường liên quan với bệnh u xơ thần kinh type 1. U xơ thần kinh dạng đám rối có nguy cơ cao chuyển sang dạng ác tính, trong khi đó u bao thần kinh Schwann lại là tổn thương lành tính.

Những bệnh lý này hiếm gặp ở trẻ em và một biện pháp kiểm tra đối với bệnh u xơ thần kinh (với khả năng ác tính cao) là cần thiết được tiến hành. Ở người lớn, điều trị đó là cắt toàn bộ khối u này để bảo toàn chức năng thần kinh. Ở bệnh nhi này đã được tiến hành cắt bỏ khối u và kết quả giải phẫu bệnh cuối cùng đã khẳng định lại chẩn đoán ban đầu. Sau phẫu thuật, bệnh nhi không bị ảnh hưởng đến khả năng vận động hay chức năng thần kinh.

Keywords: oncology, benign, extremity injury, MRI

Bibliography

Jacobson JM, Felder JM, Pedroso F, Steinberg JS. Plexiform schwannoma of the foot: A review of the literature and case report. J Foot Ankle Surg 2011;50(1):68–73.

Li XN, Cui JL, Christopasak SP, Kumar A, Peng ZG. Multiple plexiform schwannomas in the plantar aspect of the foot: Case report and literature review. BMC Musculoskelet Disord 2014;15:342.

CASE 132**Veena Ramaiah****Question**

Một trẻ trai 15 tháng tuổi được mang vào khoa cấp cứu với các tổn thương ở thân mình. Các tổn thương dường như đau nhẹ, và trẻ cào và làm xây xát chúng, khiến tình trạng nặng lên. Bố mẹ trẻ cho biết các tổn thương xuất hiện 48h trước và nhiều tổn thương xuất hiện tại vùng mà bé cào. Ngoài ra bé không có biểu hiện bất thường nào khác và không sốt trong thời gian gần đây. Trước đây chưa ghi nhận tình trạng này lần nào. Tiền sử cũng chưa ghi nhận mắc bệnh lý về da nào.

Khi di chuyển vào khoa cấp cứu, các nhân viên y tế đã lưu ý cho bác sĩ về các vết bong do thuốc lá. Sinh hiệu của trẻ như sau: T 37.9 độ C, HR 128, RR 22, BP 105/85. Trẻ biểu hiện ổn và tiếp xúc với bác sĩ khi thăm khám. Tỉnh thoảng bệnh nhi cào, gãi vào thân mình và khóc nhưng dễ dỗ. Có một vài tổn thương hình tròn, loét tại thân mình và phía ngoài cổ với kích thước từ 0.5 đến 1.5 cm theo độ rộng. Một vài tổn thương có mảng sừng tăng sắc tố khá dày tại trung tâm – **thickened hyperpigmented keratotic plaque**. Một vào tổn thương có ban nhỏ xung quanh. Có dịch vàng chảy ra khi loại bỏ mảng sừng phía trên tổn thương. Trên bệnh nhi không ghi nhận vết lằn, bầm tím hay đốm xuất huyết.



Hình 132.1

Đây là các tổn thương do chấn thương hay do nhiễm trùng? Cách phân biệt chúng như thế nào?



Hình 132.2



Hình 132.3

Answer

Trong trường hợp này là một bệnh lý nhiễm trùng có tên gọi là chốc loét – **ecthyma**. Chốc loét là một thể tổn thương sâu của bệnh chốc lở - **impetigo** với tổn thương lan xuống lớp hạ bì – **dermis**. Được đặc trưng bởi một vết loét với một lớp vỏ hay mảng dày màu đen hoặc nâu. Xung quanh tổn thương có thể có hồng ban. Các tổn thương lan ra toàn thân thông qua động tác chà xát hay cào cấu hoặc tiếp xúc trực tiếp. Nguyên nhân gây bệnh đó là *Streptococcus pyogenes* (GAS) hoặc *Staphylococcus aureus*.

Điều trị thường dùng kháng sinh beta-lactamase như penicillin hoặc cephalosporin. Ngâm nước ấm để loại bỏ lớp sừng cứng phía trên tổn thương và dùng mupirocin tại chỗ có thể giúp hỗ trợ trong điều trị. Chốc loét tại chỗ có thể được điều trị tại chỗ nhưng với các tổn thương lan rộng như trong trường hợp này cần phải sử dụng kháng sinh toàn thân.

Biểu hiện vết loét như trường hợp này có thể nhầm với vết bỏng do thuốc lá. Tuy nhiên khi xem xét kỹ, với các tổn thương có kích thước khác nhau, phía trên có các mảng cứng và tiến triển của các tổn thương gợi ý đến nguyên nhân do nhiễm trùng. Ngoài ra vết bỏng do thuốc lá thường có một vùng lõm sâu hơn ở trung tâm vết thương.

Keywords: skin and soft tissue infection, child abuse mimicker, dermatology

Bibliography

Millett CR, Heymann WR, Manders SM. Pyodermas and toxin-mediated syndromes. In Harper's Textbook of Pediatric Dermatology, 3rd ed., vol. 1, Irvine AD, Hoeger PH, Yan AC, eds. Hoboken, NJ: Wiley Blackwell, 2011:chap. 54.

CASE 133**Timothy Ketterhagen****Question**

Một trẻ gái 15 tuổi vào khoa cấp cứu với tình trạng đau mạn sườn bên trái, đã biểu hiện vài tuần trước. Bệnh nhi mô tả cơn đau kéo dài liên tục, và tăng lên về cường độ trong thời gian gần đây. Đau tăng lên khi hít vào sâu và khi cử động vận thân mình. Bệnh nhi cho biết không gặp phải bất kỳ chấn thương nào và chưa quan hệ tình dục. Tiền sử chưa có bệnh lý nội ngoại khoa đáng ghi nhận. Không sốt, không đờ mồ hôi về đêm, không ho, không tiêu chảy, và cũng không ghi nhận nổi ban sừng khớp hay có tình trạng tiểu khó tiểu máu hay ra dịch bất thường ở âm đạo.

Thăm khám lâm sàng cho thấy biểu hiện tốt. Sinh hiệu ổn định. Bụng mềm, âm ruột bình thường, không có phản ứng dội hay đề kháng thành bụng. Bệnh nhi có biểu hiện đau nhẹ tại ¼ trên bên trái và có điểm đau khu trú tại vùng sườn bên trái - tại đầu xa của xương sườn. Gan lách không lớn và chưa ghi nhận có hạch sưng to. Ngoài ra chưa ghi nhận bất thường nào khác. Kết quả chẩn đoán hình:



Hình 133.1



Hình 132.2

Chẩn đoán là gì?

Answer

Bệnh nhi mắc phải bệnh lý loạn sản xơ xương–*fibrous dysplasia*. Loạn sản xơ xương là một bệnh lý tại xương có tình trạng thay thế xương bởi mô xơ. Các mô này không cứng như xương và do đó rất dễ gãy. Một hoặc nhiều xương có thể bị ảnh hưởng, thường gặp nhất đó là xương đùi, xương chày, hoặc xương cánh tay. Tuy nhiên bất kỳ xương nào cũng có thể bị ảnh hưởng. Loạn sản xơ xương thường xảy ra ở độ tuổi từ 3-15 tuổi. Loạn sản xơ xương có đặc điểm tương tự với hội chứng McCune – Albright, một bệnh lý ảnh hưởng đến xương, da, và hệ thống nội tiết.

Các triệu chứng của loạn sản xơ xương bao gồm có đau xương, gãy xương, hoặc các triệu chứng khu trú phụ thuộc vào xương bị ảnh hưởng. Điều trị bao gồm có sử dụng thuốc như biphosphonates hoặc phẫu thuật can thiệp. Tiên lượng khá tốt, nhưng cần theo dõi thời gian dài vì bệnh lý có thể tái phát.

Keywords: abdominal pain, mass, CT**Bibliography**

Children's Hospital of Philadelphia. Fibrous dysplasia. <http://www.chop.edu/conditions-diseases/fibrous-dysplasia> . Published February 23, 2014.

CASE 134**Micheal Gottlieb****Questions**

Một trẻ gái 4 tuổi nhập viện sau một va chạm với xe máy. Bé ngồi ghế trước khi chiếc xe máy kia va chạm với tốc độ cao. Trẻ được đặt trên ván và cố định cổ và đưa vào khoa cấp cứu. Khi đến khoa cấp cứu, phim cổ bên và CT cổ có kết quả như sau:



Hình 134.1

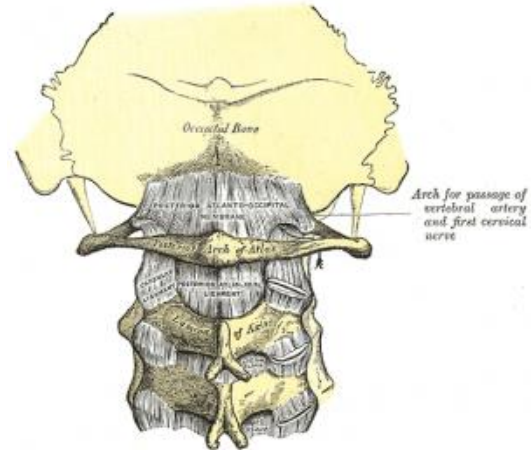


Hình 134.2

1. Chẩn đoán tổn thương dựa trên kết quả chẩn đoán hình ảnh?
2. Tiên lượng của chấn thương này?

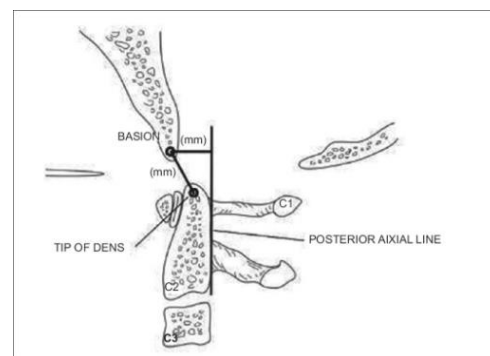
Answers

1. Dựa vào kết quả chẩn đoán hình ảnh, trẻ bị trật khớp chẩm đội – **atlanto occipital dislocation**. Là một chấn thương hiếm gặp và có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhi - vị trí tổn thương đó là dây chằng nối nền sọ với thân đốt sống C1 (đốt đội).



Cơ chế chính của chấn thương loại này đó là va chạm tốc độ cao với xe máy và trẻ bị tác động không cân đối do kích thước đầu vẫn còn lớn so với thân trẻ (ở độ tuổi này).

2. Chấn thương này có tiên lượng khá xấu. Tỷ lệ tử vong lên đến 85%, với 70% tiến triển xấu ngay tại hiện trường tai nạn. Thang điểm Glasgow thấp ngay ban đầu và **basion – dens interval** (khoảng cách điểm thấp nhất bờ trước lỗ lớn xương chẩm [Basion] và mỏm răng đốt trục) – BDI \geq 16mm sẽ tiên lượng rất xấu cho bệnh nhân.



Keywords: neurosurgery, neck injury, blunt trauma, do not miss, altered mental status, CT

Bibliography

Behar S. Cervical spine injury in infants and children. In Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 8th ed., Tintinalli JE, Stapczynski J, Ma O, Yealy DM, Meckler GD, Cline DM, eds. New York: McGraw-Hill, 2016:chap. 139.

Cooper Z, Gross JA, Lacey JM, Traven N, Mirza SK, Arbabi S. Identifying survivors with traumatic craniocervical dissociation: A retrospective study. J Surg Res May 1, 2010;160(1):3–8.

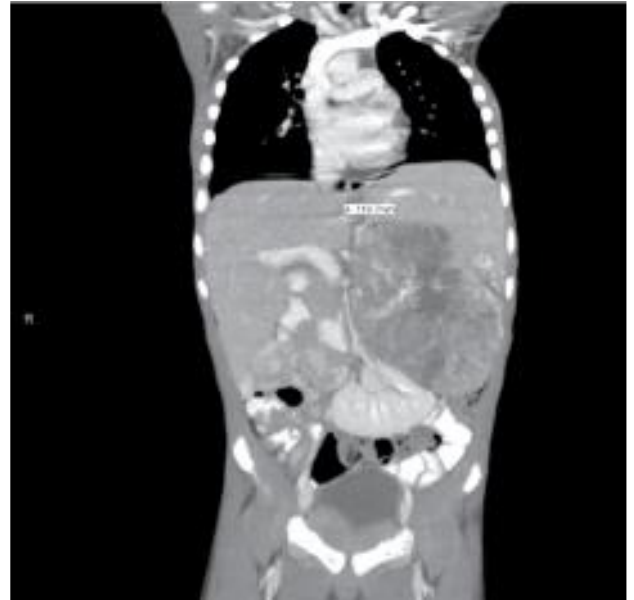
CASE 135**Timothy Ketterhagens****Questions**

Một trẻ trai 18 tháng tuổi vào khoa cấp cứu với bố mẹ do bụng phình to và táo bón. Bố mẹ bệnh nhi cho biết bụng của con mình trong lớn hơn trong vài tuần gần đây và ghi nhận đi cầu không đều đặn như trước. Trong tuần vừa rồi chỉ đi cầu đúng một lần. Chán ăn biểu hiện trong thời gian gần đây, nhưng mẹ của trẻ cho biết trẻ không biểu hiện của sụt cân. Trước đó bé phát triển rất tốt. Tiền sử sinh đẻ bình thường. Trước đây trẻ không mắc bệnh lý nội ngoại gì. Chứng ngừa của trẻ được thực hiện đầy đủ. Cũng không ghi nhận sốt, nôn, tiêu chảy, ho hay nổi ban gì.

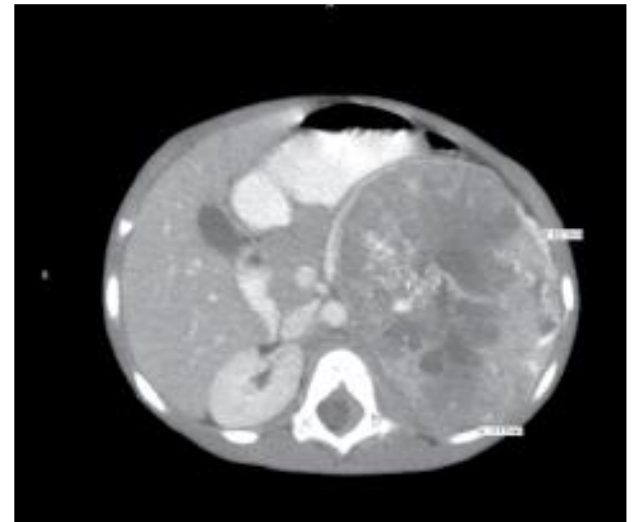
Thăm khám lâm sàng cho thấy trẻ biểu hiện khó chịu nhưng không có bất kỳ dấu hiệu nào của nhiễm độc. Sinh hiệu ổn định ngoại trừ huyết áp có tăng 130/85mmHg. Bụng phình với tăng âm ruột. Một khối lớn có thể sờ được ở ¼ trên bụng bên trái. Gan lớn không ghi nhận. Thăm khám sinh niệu bình thường. Kết quả chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhi ở hình dưới:



Hình 135.1



Hình 135.2



Hình 135.3

1. Chẩn đoán là gì?
2. Các hội chứng của bệnh lý này là gì?
3. Các phương tiện chẩn đoán nào nên được tiến hành?

Answers

1. Bệnh nhi này được chẩn đoán là u nguyên bào thần kinh – **neuroblastoma**. Ghi nhận một khối ở vùng ¼ trên bụng trái và tổn thương làm tiêu đầu gần xương đùi - **lytic lesions**. U nguyên bào thần kinh hình thành từ các tế bào mào thần kinh – **neural crest cells** tồn tại ở tủy tuyến thượng thận – **adrenal medulla** cũng như tại các hạch giao cảm – **sympathetic ganglia (chain)**. Đây là nguyên nhân phổ biến nhất của lâm sàng: khối u rắn ngoài sọ ở trẻ em và thường ghi nhận tại vùng bụng. 90% trường hợp được chẩn đoán ở độ tuổi là 5. Biểu hiện thay đổi phụ thuộc vào vị trí của khối u. Thường là các triệu chứng như đau bụng, táo bón, đau xương, rối loạn chức năng bàng quang, sốt, tụt cân, và mệt mỏi.

2. Hội chứng (*tên khá dài*) co giật mắt theo nhiều hướng không tiên đoán được – co giật cơ không tự ý – ***opsoclonus myoclonus syndrome*** được ghi nhận ở khoảng 2-4% bệnh nhi mắc u nguyên bào thần kinh. Đây là hội chứng cận ung thư – ***paraneoplastic syn.*** Bao gồm co giật ở mắt, cử động cơ mất điều hòa và không theo quy luật. U nguyên bào thần kinh còn có liên quan đến hội chứng Turner, hội chứng BeckwithWiedmann, hội chứng Von Recklinghausen, hội chứng Rubenstein – Taybi, bệnh lý Hirschsprung.

3. Xn chẩn đoán bao gồm có CTM, LDH, ferritin, nồng độ catecholamines nước tiểu, điện giải đồ và chức năng gan thận. Nếu khám được khối u vùng bụng thì nên tiến hành siêu âm kèm với cân nhắc chỉ định CT hoặc MRI vùng chậu. Điều trị dựa vào phân loại nguy cơ khối u và kết hợp giữa ngoại khoa cắt bỏ u, hóa trị và xạ trị. Tiên lượng bệnh phụ thuộc vào độ tuổi, đặc trưng sinh học của bệnh lý.

Keywords: oncology, neurology, abdominal pain, mass, CT

Bibliography

Fleisher GR, Ludwig S, eds. Textbook of Pediatric Emergency Medicine. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

Hoffman RJ, Wang VJ, Scarfone R. Fleisher & Ludwig's 5-Minute Pediatric Emergency Medicine Consult. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

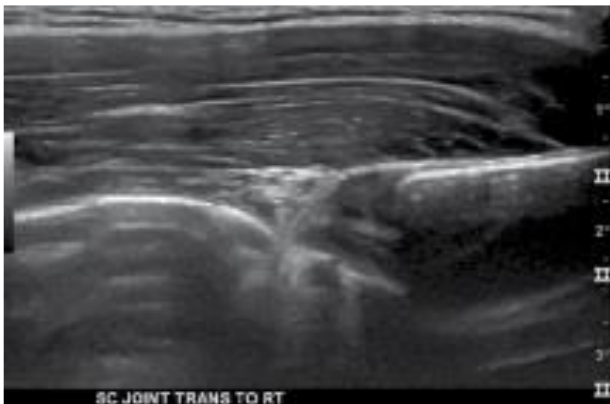
CASE 136**Leah Finkel****Question**

Một bệnh nhi 15 tuổi vào viện với biểu hiện đau vai phải sau khi va chạm với một cầu thủ khác khi đang đá bóng.

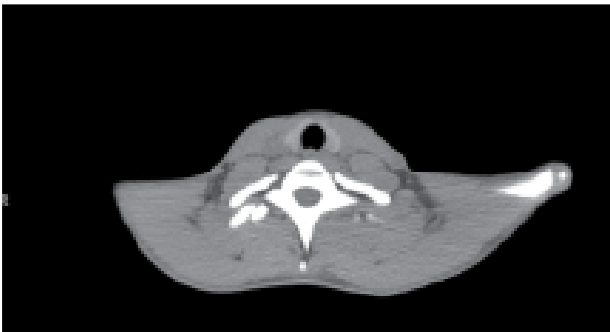
Thăm khám lâm sàng, đau tại phía trong của xương đòn bên phải, **palpable step off** và thở nhanh vừa phải. Cử động của vai bị giới hạn do đau. Bệnh nhi có mạch mạnh và thời gian hồi lưu mao mạch ở ngoại biên tay phải bình thường. Trẻ được cho thuốc giảm đau và tiến hành chụp x quang, cho thấy không có tình trạng gãy xương. Sau đó được bắt động khớp vai, thuốc giảm đau và sau khi hội chẩn với bác sĩ chấn thương chỉnh hình thì phát hiện ra trật khớp ức đòn – **sternoclavicular dislocation** trên siêu âm và khẳng định lại bằng CT.



Hình 136.1



Hình 136.2



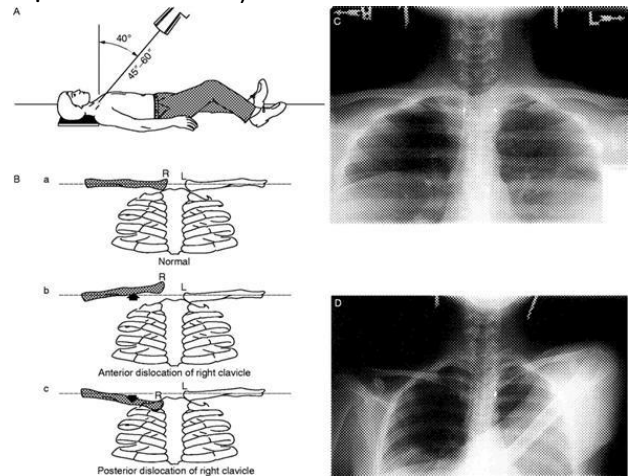
Hình 136.3

Các loại trật khớp ức đòn và loại thường gặp nhất? Phương tiện chẩn đoán nào có ích nhất trong chẩn đoán trật khớp ức đòn?

Answer

Trật khớp có thể do chấn thương hoặc không do chấn thương. Trật ra trước thường gặp hơn trật ra sau và biểu hiện trên lâm sàng đó là dị dạng và sưng khớp. Ngược lại thì trật ra sau thường ghi nhận khó thở, khó nuốt và gia tăng công thở. Trật khớp ức đòn do chấn thương thường gặp nhất do chấn thương lực mạnh như trong va chạm thể thao hoặc tai nạn xe máy. Trật khớp bán phần – **subluxation** không do chấn thương thường gặp do động tác nâng tay quá đầu – **overhead elevation of the arm**. Những trường hợp trật khớp như vậy thường gặp ở những bệnh nhân có hội chứng “người dẻo” – hay còn có tên gọi là hội chứng Ehler-Danlos.

X quang có thể có ích trong chẩn đoán, nhưng CT vẫn là lựa chọn tốt nhất. Với x quang nên chọn phim AP và phim chếch – **serendipity views** (một góc 40 độ - như hình dưới)



Keywords: orthopedic, blunt trauma, extremity injury, ultrasound, CT

Bibliography

Bae DS. Traumatic sternoclavicular joint injuries. J Pediatr Orthop 2010;30:S63–8.

Tepolt F, Carry PM, Heyn PC, Miller NH. Posterior sternoclavicular joint injuries in the adolescent population: A meta-analysis. Am J Sports Med 2014;42.10:2517–24.

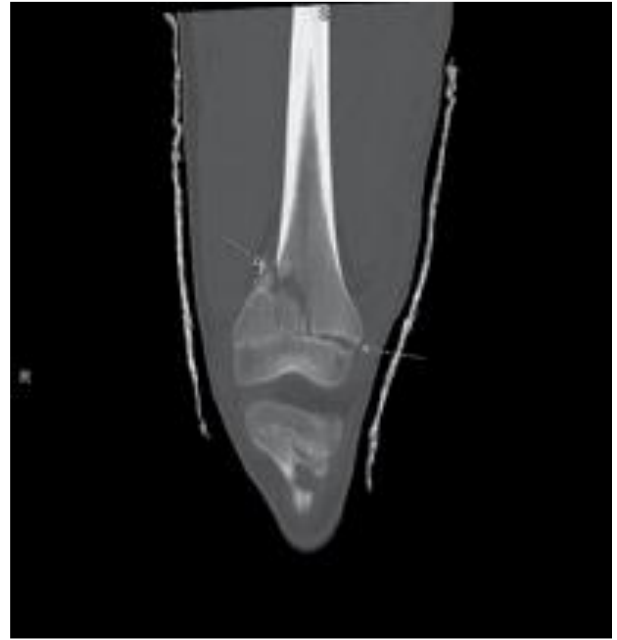
CASE 137**Timothy Ketterhagen****Questions**

Một trẻ trai 14 tuổi vào khoa cấp cứu do đau chân trái. Bệnh nhi trước đó đang chơi với bạn của mình và triệu chứng xuất hiện ngay sau khi nhảy xuống từ độ cao khoảng 8 feet (tầm 2 mét rưỡi). Có dị dạng ở chân bệnh nhi, ngay phía trên gối, và không thể đi lại từ lúc đó. Theo lời khai của trẻ không có chấn thương ở vùng đầu và các vùng khác và cũng không ghi nhận cảm giác tê hay dị cảm ở ngoại biên chi dưới.

Thăm khám lâm sàng cho thấy trẻ khỏe mạnh và có cơn đau ở mức độ vừa phải. Bệnh nhi có biểu hiện tăng huyết áp nhẹ, mạch nhanh và các chỉ sinh hiệu còn lại bình thường. THăm khám chân bên trái cho thấy sưng và biến dạng ở đầu xa xương đùi. Không có khả năng di chuyển hay cử động căng chân do đau. Đau tăng khi bất kỳ động tác nào lên căng chân trái. Khớp gối trái sưng và đau dữ dội khi đưng vào phía trên và dưới bờ của xương bánh chè. Xương chày trái không đau. Mạch và cảm giác ở ngoại biên vẫn bình thường. Thăm khám lâm sàng khác chưa ghi nhận bất thường. Các hình ảnh của chấn thương ở hình dưới.



Hình 137.1



Hình 137.2

1. Chẩn đoán type gãy xương theo Salter-Harris
2. Phân loại Salter – Harris

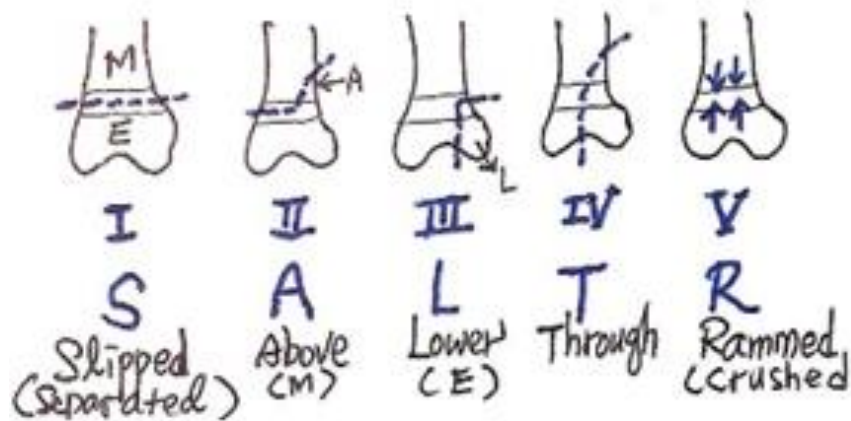
Answers

1. Ở trường hợp này, gãy xương xảy ra tại đoạn tăng trưởng – **physis**. Phân loại Salter – Harris được áp dụng để mô tả loại gãy xương, có thể đưa phương pháp điều trị và tiên lượng.

Có 5 type theo Salter - Harris

- Loại I - Gãy kéo dài qua sụn tiếp hợp đầu xương (epiphyseal plate), làm xô dịch đầu xương (điều này chỉ có thể xuất hiện bằng sự tăng bề rộng của vùng không cản quang, đó là sụn tiếp hợp tăng trưởng (growth plate)
- Loại II - Cũng như trên, nhưng thêm vào gãy một mảnh xương hình tam giác ở vùng hành xương (metaphysis).
- Loại III - Đường gãy chạy từ bề mặt khớp qua sụn tiếp hợp đầu xương (epiphyseal plate) và đầu xương (epiphysis).
- Loại IV - Đường gãy xương cũng xảy ra trong loại III nhưng cũng đi qua hành xương kế cận.
- Loại V - Đây là chấn thương đưng dập của đầu xương, có thể xác định bằng thăm khám X quang.

SALTER-HARRIS Fractures



Phân loại Salter Harris – một phân loại gãy xương k thể bỏ qua ở nhi khoa

2. Trong trường hợp này, phân loại là S-H II.

Keywords: orthopedics, extremity injury, blunt trauma, CT

Bibliography

Fleisher GR, Ludwig S, eds. Textbook of Pediatric Emergency Medicine. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

Hoffman RJ, Wang VJ, Scarfone R. Fleisher & Ludwig's 5-Minute Pediatric Emergency Medicine Consult. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

CASE 138**Veena Ramaiah****Question**

A 7-year-old boy is brought in by his parents with concern for rectal bleeding. Both parents had gone to the store and left the child with relatives for about 4 hours. While they were away, a neighbor called the parents to say she called an ambulance after the child came to her apartment saying he was hurt. She saw blood on his shorts and underwear and thought there was bleeding from his rectum. He would not say how he got hurt. When questioned by the mother, the boy said he slipped and fell in the bathroom, but he would not give more details. He is otherwise healthy without any medical problems or surgical history. During a focused history, the mom states he is a developmentally normal child without any delays. His review of systems is negative for weight loss, fevers, chills, night sweats, rashes, or pallor.

On exam, he has moderate tachycardia but no tachypnea, fever, hypotension, hypertension, or hypoxia. He is quiet when left alone and lies on his side as a position of comfort. When asked to move around or lay on his back, he complains of pain in his rectal area. He has no pallor. His pulses are strong. His abdominal exam is positive for mild voluntary left lower quadrant (LLQ) guarding. All other quadrants are without pain, guarding, or rebound.

The physical exam is shown next.



What is seen on exam? What is the first priority in his evaluation?

Answer

This patient has a rectal laceration. From the bedside exam, it is not clear how far it extends into the rectum. As with any trauma or medical

evaluation, the first priority is the ABCs: attention to airway, breathing, and circulation.

In this patient, airway and breathing are stable. A rectal laceration raises concerns about circulation with concerns for hypovolemia, shock, peritonitis, and sepsis. Intravenous access is obtained and a normal saline bolus is infused. Laboratory studies are obtained to assess for anemia.

The physician and social worker asked the patient what had happened. He continued to repeat that he had fallen but without further details. Parents called the aunt who reported she went to the store leaving the patient in the care of his 19-year-old cousin. The cousin denied any trauma. Even without a disclosure, the injury met the criteria of a reasonable suspicion of abuse. The hospital staff made reports to police and child welfare services.

A surgical evaluation determined the need for operative intervention. A forensic evidence collection kit was sent to the operating room with the patient. Collection was obtained while the child was under anesthesia. Parents gave consent for evidence collection.

The rectal laceration was repaired and the patient was discharged home in 5 days. One week after the event, the patient underwent a forensic interview and gave a disclosure consistent with sexual assault by the cousin. He has had no contact with the cousin since the assault.

Discussion

Sexual assault is a highly traumatic and highly sensitive area of medicine. Child sexual abuse and assault rarely have physical evidence of trauma. The cases often rest on disclosures by children. An unusual traumatic injury with penetrating rectal trauma and lack of disclosure warrants investigation.

In this scenario, it was appropriate for the medical staff to ask the patient what happened. It is preferable to do this separate from caretakers, but only if the patient is willing to separate. Questions should always be non-leading and open-ended. This gives the opportunity for the patient to disclose if he or she wants to but does not introduce any suggestibility. Examples include "Can you tell me what happened? Can you tell me why you are here? Has anyone hurt you or made you uncomfortable?" These general questions are sufficient. One can then ask "Would you like to tell me more?" If there is a disclosure, the opportunity for disclosure to a trusted adult should be provided. The interview should be ended if the patient does not disclose anything with these general questions. Opportunities and resources for forensic interviews will vary in different regions.

The literature provides evidence that 90%–95% of exams in child sexual abuse/assault are normal, even when there is a history of penetrating trauma. Delayed disclosure is a common reason for this, which can be due to fear, shame, and lack of knowledge. An estimated up to 75% of perpetrators are known to the victim, contrary to popular belief, and 25%–50% of these are relatives.

In this scenario, it was also appropriate for medical staff to have a concern for sexual assault even without a disclosure. The majority of cases have no physical findings, although the presence of a finding is highly significant. Investigation is warranted if an accidental mechanism cannot be explained accurately, clearly, or reliably. The decision to collect forensic evidence is an

important consideration and is time-sensitive. The literature supports evidence collection out to 72 hours from an assault in pre-pubertal and pubertal children and out to 7 days in adolescents and adults.

Keywords: *child abuse, abdominal pain*

Bibliography

Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS et al. Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. J Ped Adolesc Gynecol 2016;29(2):81–7.

Fortin K, Jenny C. Sexual abuse. Pediatr Rev 2012;33(1):19–32.

CASE 139**James Bistolarides****Questions**

Một ông bố mang đứa con 12 tuổi vào khoa cấp cứu sau khi phát hiện ra ban lan tỏa, ngứa xuất phát từ thân mình của đứa trẻ và lan ra khắp cơ thể. Bệnh nhi nhìn chung vẫn cảm thấy thoải mái với sinh hiệu bình thường và các thăm khám lâm sàng khác vẫn chưa ghi nhận bất thường. Bố bệnh nhi cho biết rằng con trai ông trước đây khỏe mạnh - ngoại trừ nhiễm trùng hạch bạch huyết đã được điều trị tại khoa nhi bằng Bactrim (trimethoprim/sulfamethoxazole) tuần trước.



Hình 139.1



Hình 139.2

1. Hãy mô tả ban ở trẻ em và các chẩn đoán phù hợp.

2. Cần khai thác bệnh sử và thăm khám lâm sàng gì để có thể hỗ trợ chẩn đoán?

3. Điều trị và dặn dò gì đối với bệnh nhi và gia đình?

Answers

1. Ban được mô tả như sau: ban dạng dát sẩn, kèm với thỉnh thoảng hợp lại thành từng đốm hoặc mảng. Biểu hiện này phù hợp nhất với phản ứng với thuốc mà bệnh nhi đã sử dụng, bactrim, hay còn được biết đến là ngoại ban – **exanthematous rash (or morbilliform rash)**.

2. Tiền sử sử dụng thuốc và thời gian biểu hiện có tầm quan trọng trong chẩn đoán. Thông thường ban biểu hiện trong 5-14 ngày sau khi sử dụng nhưng cũng có thể xảy ra sớm nếu có sử dụng trước đó. Ngoài ra, một phản ứng thuốc với các triệu chứng toàn thân và tăng bạch cầu ưa acid trong máu (DRESS) thường biểu hiện là sau 2-6 tuần sử dụng thuốc, nhưng tình huống này lại ít gặp đối với sử dụng bactrim.

Không có sự hiện diện của các triệu chứng nhiễm virus, sốt hoặc sưng hạch sẽ ít hướng đến nguyên nhân là virus trên lâm sàng. Thiếu vắng hay có các triệu chứng toàn thân trầm trọng (sốt, biểu hiện ở niêm mạc, phù, đau bụng, đau khớp, bầm tím trên da hoặc đau da) giúp khẳng định lại ban không phải là biểu hiện của DRESS, hay một bệnh lý huyết thanh, hội chứng Stevens – Johnson (case 55 và case 143) hoặc hội chứng hoại tử da nhiễm độc – **toxic epidermal necrolysis**.

3. Chẩn đoán lâm sàng phù hợp ở một bệnh nhi không biểu hiện bất thường nào khác. Bệnh nhi này nên được dặn dò ngưng sử dụng thuốc đó, ban này sẽ tự bong và hồi phục trong 7-14 ngày. Bạn có thể chỉ định corticosteroid tại chỗ hoặc đơn giản hơn có thể dùng kem dưỡng ẩm hoặc kháng histamine khi ngứa. Nếu bệnh nhi có bất kỳ biểu hiện triệu chứng toàn thân hoặc chẩn đoán không phù hợp với bệnh cảnh nên tiến hành các xét nghiệm để xác định chẩn đoán.

Keywords: drug reactions, dermatology, mimickers.

Bibliography

Farquharson NR, Coulson IH. Emergency dermatology: Drug eruptions. *Medicine* 2013;41(6):360–4. Swanson L, Colven RM. Approach to the patient with a suspected cutaneous adverse drug reaction. *Med Clin North Am* 2015;99(6):1337–48.

CASE 140**Veena Ramaiah****Questions**

Bệnh nhi nam, 7 tuổi bảo vào viện do đau hông trái và có dáng đi là lạ - **“walking funny”**, người mẹ cho hay. Theo bà, con trai mình bị ngã khi đang chạy trên chiếc *scooter* của mình, **his left hip “twisted”**. Bệnh nhi cho biết đau tại hông trái và phía trước đùi trái của mình. Có thể đứng được nhưng lại có dáng đi lạ do đau. Trẻ nói rằng trước khi bị ngã trẻ đã có cảm giác đau tại hông nhưng không nhớ chính xác là đã bao lâu – có thể là từ vài ngày trước. Không có tiền sử chấn thương; tuy nhiên trẻ lại rất hiếu động. Một lưu ý nữa, 5 ngày trước trẻ được chỉ định dùng cephalaxin do nhiễm trùng vết cắn của con rệp – **infected bug bites**, tình trạng được cải thiện, hôm qua trẻ hết sốt.

Đánh giá tổng quát: không có triệu chứng của nhiễm trùng đường hô hấp trên, không ghi nhận sụt cân hay nôn, không đau bụng, không phát ban hay sưng khớp.

Không có tiền sử bệnh lý gì đáng kể trước đây, không dị ứng, không sử dụng thuốc gì gần đây ngoại trừ cephalaxin. Tiền sử gia đình không gì bất thường.

Trên thăm khám lâm sàng, trẻ không sốt với sinh hiệu bình thường. Trẻ nằm ngửa, với cẳng chân ở tư thế gấp. Vẫn còn đau nhẹ khi nằm xuống. Bụng, lưng, và sinh niệu bình thường. Khám thần kinh k ghi nhận dấu thần kinh khu trú ngoại trừ khám vận động khớp hông trái bị hạn chế do đau. Bệnh nhi vẫn giữ cẳng chân trái gấp 45 độ và xoay trong. Đau và giảm vận động động tác duỗi và xoay ngoài khớp hông. Khi gấp, xoay ngoài khớp hông thì không đau. Không sưng và ban đỏ ở bất kỳ vị trí nào tại cẳng chân trái. Thăm khám chi khác bình thường ngoại trừ một vài lớp đóng vảy quanh mụn mủ ở gối phải. Không có dấu hiệu của viêm mô tế bào hay abscess.

1. Chẩn đoán phân biệt ở độ tuổi này?

2. Thăm khám lâm sàng hỗ trợ tn đối với chẩn đoán?

3. Cận lâm sàng nào nên được tiến hành?

Answers

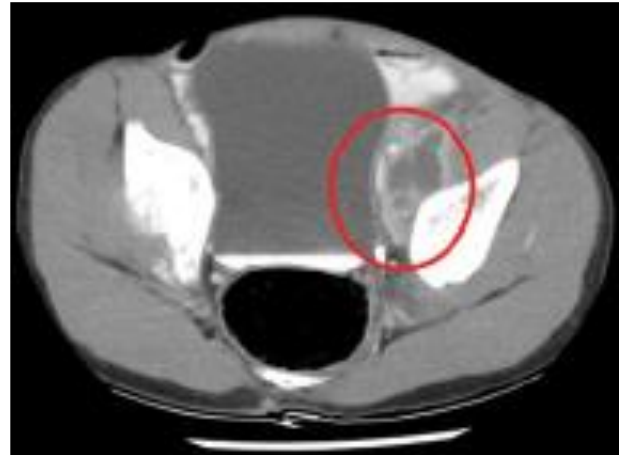
1. Chấn thương, nhiễm trùng, khối u, bệnh thấp khớp, bệnh lý thần kinh và bẩm sinh là những chẩn đoán phân biệt được đưa ra. Dựa vào bệnh sử, thăm khám thì chấn thương và nhiễm trùng là các chẩn đoán mà bạn hướng đến nhiều: gãy xương, trượt chỏm xương đùi – **slipped capital femoral epiphysis SCFE**, nhiễm khuẩn khớp, viêm tủy xương.

2. Tư thế đỡ đau của trẻ là gấp và xoay trong. Ít gặp trong trường hợp SCFE và nhiễm khuẩn khớp. Không ghi nhận phù và đau khu trú giảm khả năng đây là gãy đùi. Tuy nhiên, gãy cổ xương đùi có thể biểu hiện mà không có triệu chứng sưng. Với gãy cổ

xương đùi, khớp hông thường giữ ở tư thế xoay ngoài và cẳng chân có thể ngả đi. Vị trí thoải mái là gấp và xoay trong cho ta một giả thuyết rằng có thể là một vấn đề của cơ thắt lưng – **psaos muscle**.

3. Bệnh nhi này được tiến hành các xn cls và chụp x quang. WBC 14.6; HGB 12.5; PTL 423; ESR 50; CRP 8.6. Điện giải bình thường. Hông trái và xương đùi trên x quang chưa phát hiện bất thường. Siêu âm hông trái cho thấy diện khớp hông bình thường, tuy nhiên có thể có tụ dịch ở cơ thắt lưng.

Khi tiến hành chụp CT, thì bất thường được phát hiện



Diagnosis: Left Psoas Abscess - chẩn đoán abscess cơ thắt lưng trái.

Abscess cơ thắt lưng chủ yếu gặp ở người trưởng thành. Trẻ em thường không có yếu tố khởi phát. Vi khuẩn thường gặp nhất đó là tụ cầu vàng. Các nguyên nhân khác bao gồm có nguyên nhân đường tiêu hóa và tiết niệu. Các triệu chứng có thể ở mức độ nhẹ do đó mà chẩn đoán bệnh lý này thường bị trì hoãn. Thời gian trung bình bệnh lý này được chẩn đoán là vào khoảng 22 ngày. Các cơ chậu và thắt lưng là cơ gấp chủ lực của khớp hông và bám tận tại mấu chuyển bé xương đùi.

Nguyên nhân có thể là nguyên phát hoặc thứ phát. Nguyên nhân nguyên phát có thể là do sự nhiễm trùng không rõ nguồn gốc hoặc theo đường bạch huyết, nguyên nhân thứ phát có thể là do nhiễm trùng từ các cơ quan liền kề như nhiễm trùng trong bụng, viêm tủy xương cột sống, hoặc nhiễm trùng sau phúc mạc. Bệnh lý thường gặp nhất có liên quan đến abscess thứ phát đó là bệnh Crohn.

Biểu hiện lâm sàng có thể nhẹ và chỉ biểu hiện sốt, đau hạ vị/lưng/mạn sườn hoặc chi. Có thể ghi nhận dị dạng khớp hông và đau khi duỗi chân hoặc dấu cơ thắt lưng dương tính – **psaos sign** (dấu hiệu này có thể gặp trong viêm ruột thừa). Khối gồ lên có thể ghi nhận phía dưới dây chằng bẹn nếu khối abscess lớn.

Điều trị có thể là kháng sinh tĩnh mạch cho đến dẫn lưu dưới hướng dẫn của CT hay phẫu thuật dẫn lưu.

Có thể tham khảo thêm

- Psoas abscess:

<https://sinhvienykhoa115.wordpress.com/2012/04/02/chuyen-d%E1%BB%81-tu%E1%BA%A7n-3-abscess-c%C6%A1-psoas/>

- Psoas sign in acute appendicitis:

<https://tiengsonghuong.wordpress.com/2011/06/04/c%E1%BA%A5p-c%E1%BB%A9u-da-day-ru%E1%BB%99t-s%E1%BB%91-13-bs-nguy%E1%BB%85n-van-th%E1%BB%8Bnh/>

Keywords: orthopedics, limp, infectious disease, CT

Bibliography

Shields D, Robinson P, Crowley TP. Iliopsoas abscess – A review and update on the literature. Int J Surg 2012;10(9):466–9.

CASE 141**Michael Gottlieb****Questions**

Một bé gái 3 tuổi đến với đưa vào khoa cấp cứu với tình trạng niêm mạc trực tràng bị lòi ra ngoài. Bố mẹ trẻ phát hiện tình trạng này khi thay tả cho trẻ và mang ngay trẻ vào viện. Bệnh nhi có tiền sử thường xuyên nhiễm trùng đường hô hấp, ngoài ra không ghi nhận vấn đề y tế nào khác. Trẻ là con nhận nuôi và thông tin về tiền sử bệnh nhi hầu như không rõ.



1. Vấn đề y khoa nào được đề cập ở đây?
2. Bệnh lý nào liên quan đến tình trạng này ở bệnh nhi?

Answers

1. Trên bệnh nhi có tình trạng sa trực tràng – **rectal prolapse**. Sa trực tràng là khi mà thành trực tràng sa xuống ống hậu môn. Một điều quan trọng là phải tránh để phần niêm mạc lòi ra ngoài này bị thủng. Có thể áp dụng một số biện pháp sau: xoa nhẹ, với lực ổn định để đẩy vùng trực tràng bị vào lại ống hậu môn. Thủ thuật này có thể thực hiện dễ dàng hơn bằng cách sử dụng đường kính lên vùng niêm mạc sa ra ngoài khoảng 15 phút để giảm phù, cho phép đoạn sa giảm kích thước. Trong khi ở người lớn thường phải phẫu thuật đối với tình trạng này thì ở trẻ con có thể điều trị triệt để bằng cách điều trị bệnh nguyên gây ra tình trạng trên.

2. Sa trực tràng thường gặp nhất ở trẻ dưới 4 tuổi và liên quan đến táo bón, nhưng có thể là do bệnh xơ nang – **cystic fibrosis**. Tăng cường tầm soát bệnh xơ nang trẻ mới sinh có liên quan đến giảm tỷ lệ liên quan đến bệnh lý này những cũng có thể vẫn ghi nhận ở trẻ được sinh tại các nước mà chưa có kỹ thuật tầm soát.

Keywords: child abuse mimickers, procedures, mass

Bibliography

Cares K, El-Baba M. Rectal prolapse in children: Significance and management. *Curr Gastroenterol Rep* May 2016;18(5):22.

Fox A, Tietze PH, Ramakrishnan K. Anorectal conditions: Rectal prolapse. *FP Essent*. April 2014;419:28–34.

CASE 142**Emily Obringer****Questions**

Một trẻ trai 18 tháng tuổi biểu hiện các tổn thương dạng mụn nước tại đầu ngón tay, triệu chứng xuất hiện vào 5 ngày trước. Ngoài ra còn lưu ý đến một vết loét tại miệng.



1. Các nguyên nhân của tình trạng nhiễm trùng này là gì?
2. Điều trị ban đầu đối với tình trạng này là gì?

Answers

1. Bệnh nhi này bị chín mé do virus herpes – **herpetic whitlow**, một loại nhiễm trùng virus herpes simplex, thường xảy ra ở ngón chân và ngón tay. Phương thức lây nhiễm là tiếp xúc trực tiếp của ngón tay bị thương với nguồn herpes tại các tổn thương trong miệng (American Academy of Pediatrics, 2015). Trẻ ở độ tuổi bú mẹ vẫn còn thói quen mút tay là đối tượng của bệnh lý này. Hầu hết, thường là do HSV-1, trong khi đó vào những năm 20s 30s có thể nhiễm HSV-2 thông qua tiếp xúc với các tổn thương tại đường sinh dục (Szinnai et al., 2000).

2. Chín mé do herpes là bệnh lý tự giới hạn. Đối với các trường hợp nặng hoặc có tình trạng suy giảm miễn dịch có thể được điều trị bằng acyclovir đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch. Cắt rạch và dẫn lưu vết thương không được chỉ định bởi vì có thể gây lan tỏa tình trạng nhiễm trùng.

Keywords: infectious disease, skin and soft tissue infections, child abuse mimicker

References

American Academy of Pediatrics. Herpes simplex. In Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases, Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2015:432–45.

Szinnai G, Schaad UB, Heininger U. Multiple herpetic whitlow lesions in a 4-year-old girl: Case report and review of the literature. Eur J Pediatr 2001;160(9):528–33.

CASE 143**Diana Yan****Question**

Một trẻ nam 10 tuổi vào viện bởi vì các tổn thương đau quanh ở miệng. Bệnh nhi cho biết rằng có đau cơ, giảm vận động và có các triệu chứng của nhiễm trùng đường hô hấp trên 3 ngày trước ngày nhập viện. Tổn thương ở miệng xuất hiện vào sáng nay. Các tổn thương ở miệng trở nên nặng hơn trong ngày hôm nay. 2 ngày trước đó trẻ có sốt với nhiệt độ tối đa ghi nhận trong ngày là khoảng 38.3 độ C. Cậu bé cho biết rằng mình ăn uống vẫn bình thường cho đến ngày hôm nay do đau nhưng lượng nước tiểu vẫn bình thường. Từ khi ghi nhận bất thường thì không bị tiêu chảy hay nôn. Không có ban khác ở trên người. Không một ai trong lớp hoặc trong nhà có tình trạng tương tự. Gần đây bệnh nhi không tiếp xúc với một ai mới. Tình trạng sức khỏe khác đều bình thường, nhưng mẹ bệnh nhi có lưu ý rằng 2 tháng trước trẻ có được điều trị nhiễm trùng đường hô hấp trên bằng bactrim.

Thăm khám lâm sàng cho thấy trẻ tỉnh và tiếp xúc tốt, khi ngồi thì cơn đau làm cho trẻ khó chịu. Ở bệnh nhi không ghi nhận nhiễm trùng kết mạc và màng nhĩ của trẻ vẫn bình thường. Có tình trạng nghẹt mũi và ho khi thăm khám. Có đa tổn thương trên môi và phía trước khoang miệng. Có vết phỏng rộp quanh miệng và các ban đỏ dạng dát. Có nhiều ban loét trong miệng. Một trong số các nốt phỏng dễ tróc ra khi đè nhẹ lên bằng ngón tay (Dấu Nikolsky). Niêm mạc khô. Không có ban khác được ghi nhận. Thăm khám phổi, tim mạch và khám bụng đều trong giới hạn bình thường.



Hình 143.1

Chẩn đoán và điều trị?

Answer

Hội chứng Stevens – Johnson và hoại tử biểu bì nhiễm độc – **toxic epidermal necrolysis (TEN)** cả hai bệnh lý này đều có các ban ở da và niêm mạc nặng kèm theo tỷ lệ tử vong cao.

Được phân loại dựa vào diện tích da bị ảnh hưởng: SJS ảnh hưởng <10% diện tích da, trong khi đó TEN ảnh hưởng >30% diện tích da, và một phần nằm trong khoảng từ 10-30%. Cơ chế bệnh sinh chính xác vẫn chưa rõ, nhưng được cho rằng có liên quan đến thuốc, như kháng sinh sulfa, NSAIDs. hoặc là phenobarbital hay một tình trạng nhiễm trùng như nhiễm mycoplasma, hay herpes, từ đó gây ra phản ứng qua trung gian tế bào chống lại tế bào sừng – **keratinocytes** của da, dẫn đến tình trạng bong ra giữa lớp hạ bì và thượng bì. Điều trị bao gồm có dùng thuốc hoặc điều trị tình trạng nhiễm trùng, điều trị hỗ trợ tích cực với truyền dịch, chăm sóc vết thương, và giảm đau bằng thuốc, cân nhắc chuyển sang khoa bỏng. Vùng tổn thương rộng. thường gây ra tình trạng mất nước và protein đáng kể, cùng với mất cân bằng điện giải có thể dẫn đến tình trạng shock giảm thể tích và suy chức năng tạng. Tụ cầu vàng và *Pseudomonas aeruginosa* thường là những tác nhân hay gặp có thể gây nhiễm trùng vết thương và nhiễm khuẩn huyết - một nguyên nhân chính gây tử vong khi mắc phải SJS hay TEN. Do vậy mà cần tiến hành vô trùng và chăm sóc tốt vết thương cho bệnh nhân. Tuy nhiên, dự phòng bằng kháng sinh không được khuyến cáo. Các cơ quan khác có thể bị ảnh hưởng bao gồm có mắt (đau mắt, sợ ánh sáng, giảm thị lực về sau); phổi (viêm phổi, viêm phổi kẽ); và đường tiêu hóa (tiêu chảy, lồng ruột, chít hẹp). Gần đây, các nghiên cứu nhỏ cho thấy hiệu quả của globulin miễn dịch tĩnh mạch – **intravenous immunoglobulin (IVIG)** và steroid. Kết quả vẫn chưa thống nhất, đặc biệt là ở trẻ em.

Keywords: drug reactions, dermatology, do not miss, fever.

Bibliography

Ierhand S, Cassella C, Koyfman A. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in the pediatric population a review. *Pediatr Emerg Care* 2016;32(7):472–8.

CASE 144**Michael Gottlieb****Questions**

Một trẻ trai 2 tuổi vào viện do đau chân phải. Mẹ bé cho rằng có thể cậu bé dẫm phải một mảnh vỡ ở tại nhà mới của họ. Phía dưới bàn chân phải của cậu bé có một vết cắt nhỏ, xung quanh có tấy đỏ và đau đáng kể khi sờ vào. X quang bàn chân được chỉ định, và không phát hiện được gì. Siêu âm được tiến hành ở bước tiếp theo.



Hình 144.1

1. Giá trị của siêu âm trong phát hiện dị vật?
2. Tại sao lại dùng một chậu nước cho việc siêu âm?

Answers

1. Siêu âm có độ nhạy và độ đặc hiệu gần như là tuyệt đối trong phát hiện ra dị vật ở mô mềm, trong khi x quang có thể phát hiện các dị vật lớn, cản quang thì đối với dị vật không cản quang có thể sẽ không phát hiện được trên x quang (ví dụ như gỗ [case 106], một số loại thủy tinh). Siêu âm cũng có thể sử dụng trong hướng dẫn để lấy bỏ dị vật.

2. Nước cho phép kỹ thuật viên quan sát mô nông và không cần phải tiếp xúc trực tiếp. Do vùng bị tổn thương đau khi tiếp xúc, do đó có thể tiến hành siêu âm mà không cần phải đè lên vùng bị đau. Ngoài ra, do chùm tia của siêu có chất lượng hình ảnh kém trong một phạm vi gần như vậy, nên nước cải thiện chất lượng hình ảnh hơn.

Keywords: ultrasound, foreign body, skin and soft tissue infection, procedures.

Bibliography

Chen KC, Lin AC, Chong CF, Wang TL. An overview of point-of-care ultrasound for soft tissue and musculoskeletal applications in the emergency department. *J Intensive Care* August 15, 2016;4:55.

Davis J, Czerniski B, Au A, Adhikari S, Farrell I, Fields JM. Diagnostic accuracy of ultrasonography in retained soft tissue foreign bodies: A systematic review and meta-analysis. *Acad Emerg Med*. July 2015;22(7):777–87.

CASE 145**Michael Gottlieb****Questions**

Một bệnh nhi 16 tuổi, nữ vào khoa cấp cứu do đau họng, triệu chứng khởi phát từ 4 ngày trước. Bệnh nhi cho hay rằng đau tăng và nuốt khó. Ngoài ra còn lưu ý rằng giọng của mình nghe không rõ, cứ như bị nghẹt trong vài ngày gần đây. Không sốt, sinh hiệu bình thường. Khám họng ghi nhận sưng đáng kể và lưỡi gà – **uvular** bị lệch sang phải.



1. Chẩn đoán là gì?
2. Điều trị như thế nào?

Answers

1. Bệnh nhi này biểu hiện của abscess quanh amygdal – **peritonsillar abscess**. Biểu hiện đặc trưng là sưng quanh amygdal một bên và lệch lưỡi gà sang bên đối diện của abscess. Có thể chẩn đoán phân biệt với viêm amygdal – **tonsillitis**, nhưng bệnh lý này lại không sưng và abscess sau họng – **retropharyngeal abscess** (case 174).

2. Điều trị đó dẫn lưu. Có thể tiến hành bằng kim hoặc dao rạch dựa vào cân nhắc của bác sĩ. Siêu âm có thể hỗ trợ và tiến hành dẫn lưu bằng kim. Steroid thường được chỉ định để giảm viêm kèm theo kháng sinh theo kinh nghiệm có phổ tác dụng lên vi khuẩn vùng miệng.

Keywords: infectious diseases, head and neck/ENT, airway, procedures.

Bibliography

Powell J, Wilson JA. An evidence-based review of peritonsillar abscess. Clin Otolaryngol April 2012;37(2):136–45.

Secko M, Sivitz A. Think ultrasound first for peritonsillar swelling. Am J Emerg Med April 2015;33(4):569–72.

CASE 146**Michael Gottlieb****Questions**

Một trẻ gái 11 tuổi vào khoa cấp cứu do đau tay phải sau khi ngã xe đạp. Đau và sưng tay phải kèm với dị dạng vùng da như hình dưới. X quang cẳng tay được chỉ định.



Hình 146.1



Hình 146.2

1. Loại gãy xương mà trên x quang mô tả là gì?
2. Một vết thương hở trên cánh tay sẽ thay đổi đến điều trị như thế nào?

Answers

1. X quang cho thấy gãy xương kiểu Monteggia, là sự kết hợp giữa gãy xương trụ và trật chỏm quanh (case 76). Thường bị nhầm lẫn với gãy Galeazzi, là gãy đầu dưới xương quay kèm với trật khớp quay trụ dưới. Cả hai loại trật khớp đều có thể được điều trị triệt để với tiên lượng tốt nhưng cần tiến hành nắn chỉnh tại phòng cấp cứu để giảm nguy cơ biến chứng.

2. Trong khi hầu hết các loại gãy xương cần được điều trị với nắn kín – **closed reduction**, thì một trường hợp gãy xương hở cần đến cắt lọc, nắn hở và kháng sinh theo kinh nghiệm để phòng tránh nhiễm trùng. Nên chuyển bệnh nhi sang khoa ngoại chỉnh hình để tiến hành chăm sóc và điều trị gãy hở xương dài.

Keywords: orthopedics, penetrating trauma, extremity injury, pitfalls.

Bibliography

Perron AD, Hersh RD, Brady WJ, Keats TE. Orthopedic pitfalls in the ED: Galeazzi and Monteggia fracture-dislocation. *Am J Emerg Med* May 2001;19(3):225–8.

Ring D. Monteggia fractures. *Orthop Clin North Am* January 2013;44(1):59–66.

CASE 147**Leah Finkel****Question**

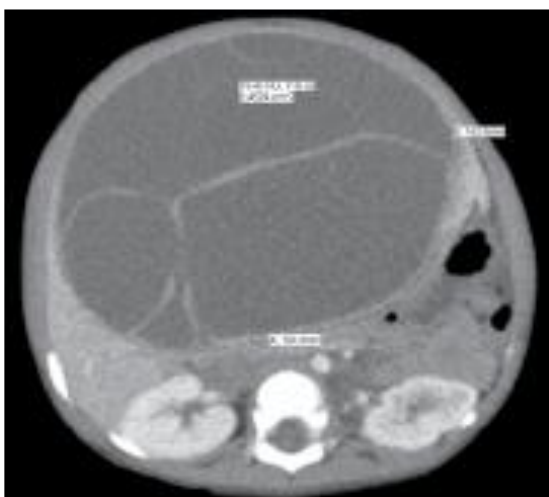
Một trẻ trai 18 tháng tuổi được mang vào viện bởi mẹ của mình do tình trạng gia tăng kích thước vòng bụng từ khoảng tháng trước. Không ghi nhận cầu nôn ra máu hay tiêu chảy. Bệnh nhi khi sờ cảm thấy ấm hơn vào ngày hôm qua. Ăn uống vẫn bình thường và mức độ ẩm và số lượng tả vẫn bình thường. Trên thăm khám trẻ biểu hiện tốt với bụng căng đáng kể. Một khối lớn ở bụng sờ được khi khám. Trẻ không có biểu hiện của vàng da hay có biểu hiện gì của tình trạng mất nước.



Hình 147.1



Hình 147.2



Hình 147.3

Phương tiện chẩn đoán hình ảnh nào hữu ích trong đánh giá khối u vùng bụng? Tình trạng của bệnh nhi qua thăm khám, kết quả siêu âm và CT bụng?

Answer

Cả hai (siêu âm và CT) đều có hữu ích trong khẳng định hoặc loại trừ một chẩn đoán đối với khối u có thể sờ thấy ở vùng bụng, với độ nhạy và độ đặc hiệu cao và có thể phát hiện nguồn gốc khối u từ tạng nào. Siêu âm thường được dùng trong chẩn đoán ban đầu ở trẻ (với mức xạ thấp và phù hợp với thể trạng nhỏ của trẻ). CT bụng là phương tiện chẩn đoán hình ảnh nhạy nhất để đánh giá chi tiết các tạng đặc vùng bụng và có thể giúp phát hiện những trường hợp mà siêu âm không thể chắc chắn. Vai trò của MRI trong khối u vùng bụng là không rõ ràng do nó có thể giúp đánh giá các tổn thương phức tạp nhưng lại không đặc trưng bằng CT hay siêu âm. X quang bụng không chuẩn bị rất ít có khả năng đánh giá khối u.

Ở bệnh nhi, khối u đó chính là **hamartoma trung mô gan – mesenchymal hamartoma**, hiếm gặp, thường là lành tính; nhưng vẫn ghi nhận trường hợp chuyển sang dạng ác tính. Bệnh nhân thường không có triệu chứng nhưng có một biểu hiện đó bụng to nhanh chóng và khi khám sờ được khối u vùng bụng. Trên siêu âm cho thấy hình ảnh tụ dịch nhiều ngăn – **multiloculated fluid collections**. CT scan cho thấy một nang nhiều ngăn kích thước lớn trong bụng, với vách ngăn tăng đậm độ và lách lớn nhẹ.

Keywords: abdominal pain, mass, ultrasound, MRI, CT

Bibliography

American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: Palpable abdominal mass. Available at <https://acsearch.acr.org/docs/69473/Narrative/>. Accessed May 25, 2017.

Gupta R, Parekar S, Sanghvi B. Mesenchymal hamartoma of the liver. Indian J Med Paediatr Oncol October–December 2009;30(4):141–3.

Saeed O, Saxena R. Primary mesenchymal liver tumors of childhood. Semin Diagn Pathol March 2017;34(2):201–7.

CASE 148**Timothy Ketterhagen****Question**

Một bà mẹ mang đứa con trai 14 tháng tuổi của mình vào khoa cấp cứu do các vết bầm tím. Người mẹ cho hay rằng vài ngày trước bà đã phát hiện gia tăng số lượng các vết bầm tím trên người con trai mình. Ban đầu chỉ giới hạn tại cẳng chân, nhưng sau đó lan lên tay và mặt. Bệnh nhi có va đập nhẹ ở đầu một vài lần nhưng bà mẹ cho biết rằng ngoài ra không có bất kỳ tổn thương nào khác. Ngoài ra bệnh nhi vẫn hoạt động bình thường. Không có dấu hiệu của thay đổi thần kinh. Không nôn, không tiêu chảy, không sụt cân, các khớp không có biểu hiện của đau, và cũng không sốt. Tuần trước có bị nhiễm trùng đường hô hấp trên, nhưng các triệu chứng đã khỏi. Bệnh nhi không có bất kỳ vết bầm tím nào tương tự trước đây. Không có thành viên trong gia đình mắc bệnh chảy máu. Bệnh nhi không sử dụng thuốc và gần đây cũng không có tiêm chủng.

Thăm khám lâm sàng cho thấy trẻ phát triển bình thường. Đếm xuất huyết và bầm tím ở nhiều giai đoạn được ghi nhận ở trán, da đầu, tay và phía dưới của hai chi dưới. Da trẻ không có tổn thương nào khác, tuần hoàn tốt, không nhạt màu hay vàng da. Không có chảy máu ở mũi hoặc miệng. Thăm khám phổi và tim mạch không ghi nhận bất thường. Gan lách không lớn. Bệnh nhi tỉnh và hoạt động bình thường, chưa phát hiện bất thường gì về thần kinh. Thăm khám lâm sàng cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.



Hình 148.1



Hình 148.2

Chẩn đoán, nguyên nhân và điều trị trong trường hợp này?

Answer

Bệnh nhi mắc phải tình trạng xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn dịch – **immune thrombocytopenic purpura (ITP)**. ITP được đặc trưng bởi tình trạng giảm tiểu cầu đơn thuần, dưới mức $150 \times 10^9/L$, ban xuất huyết, và tủy xương bình thường (các dòng tế bào máu khác vẫn bình thường). Bệnh lý này là do sự hình thành tự kháng thể kháng lại kháng nguyên tiểu cầu. Đời sống tiểu cầu do vậy mà bị rút ngắn. Biểu hiện ban đầu thông thường là trẻ phát triển bình thường, khởi phát đột ngột đốm xuất huyết, ban xuất huyết and/or bầm tím. Chảy máu ở niêm mạc cũng có thể hiện diện. Phần lớn trường hợp là sau nhiễm virus. ITP cũng có thể phát hiện sau khi tiêm vaccine MMR (measles – mumps – rubella). Xuất huyết nội sọ là một nguy cơ nghiêm trọng và nên được cân nhắc khi có biểu hiện của đau đầu, thay đổi thần kinh và số lượng tiểu cầu $<20 \times 10^9/L$.

Các triệu chứng khác như sốt, sụt cân, mệt mỏi, hiếm gặp ở ITP. Tiền sử gia đình thường không ghi mắc bệnh lý chảy máu. Đánh giá cẩn thận là cần thiết để loại trừ các nguyên nhân gây giảm tiểu cầu khác như giảm tiểu cầu do thuốc, bệnh lý tiểu cầu bẩm sinh, ung thư và các bệnh lý tiểu cầu di truyền và mắc phải/

Công thức máu toàn phần là cần cho chẩn đoán, nhưng PT, PTT và nhóm máu vẫn cần được thực hiện. Hội chẩn với các bác sĩ huyết học là cần thiết để loại trừ các nguyên nhân giảm tiểu cầu khác. Điều trị bao gồm có ổn định ban đầu, IVIG và corticoid.

Tham khảo ý kiến của bác sĩ huyết học trước khi chỉ định corticoid để có thể hỗ trợ loại trừ chẩn đoán leukemia. Anti – Rh (D) có thể được sử dụng. Truyền tiểu cầu không hữu ích bởi vì làm tăng sự phá hủy tiểu cầu của hệ thống miễn dịch. Hầu hết bệnh nhi đều có diễn tiến lành tính và 60% bệnh nhi có số lượng tiểu cầu bình thường trong 3 tháng.

Keywords: hematology, dermatology, child abuse mimicker, do not miss

Bibliography

Hoffman RJ, Wang VJ, Scarfone R. Fleisher & Ludwig's 5-Minute Pediatric Emergency Medicine Consult. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

McAninch S, Letbetter SA. Renal & genitourinary emergencies. In Current Diagnosis & Treatment: Pediatric Emergency Medicine, Stone CK, Humphries RL, Drigalla D, Stephan M, eds. New York: McGraw-Hill, 2015:chap. 38.

CASE 149**Diana Yan****Question**

Một bệnh nhi 13 tuổi vào viện vì một chỗ lồi ra gây đau ở phía dưới lưng. Bệnh nhi cho biết rằng đau tại vùng xương cùng đã 3-4 ngày nay, đặc biệt đau tăng khi ngồi. Khối lồi ra đã có khoảng 6 tháng nhưng không có bất kỳ dấu hiệu nào cho đến gần đây. Hai ngày trước trẻ có sốt với nhiệt độ cao nhất khoảng 38,5 độ C. Không có dịch chảy ra từ đó, xung quanh không đỏ, không có sự thay đổi nào ở ruột hay khi đi tiểu. Không có máu trong phân hay trong nước tiểu. Ăn uống vẫn bình thường. Không có tiền sử chấn thương. Ngoài ra không ghi nhận bất thường nào khác.

Thăm khám cho thấy trẻ tỉnh, tiếp xúc tốt, có một tổn thương với kích thước 3*3 cm ở phía dưới, giữa lưng di động và khá cứng. Xung quanh tổn thương không đỏ và cũng không chảy dịch, nhưng lại có một hố nhỏ tại trung tâm của tổn thương. Đau khi ấn vào. Thăm khám hậu môn, trực tràng chưa ghi nhận bất thường. Khám bụng bình thường.



Hình 149.1

Phương pháp điều trị căn bản đối với abscess nang vùng cùng cụt bị nhiễm trùng – **pilonidal cyst (nang vùng cùng cụt)**?

Answer

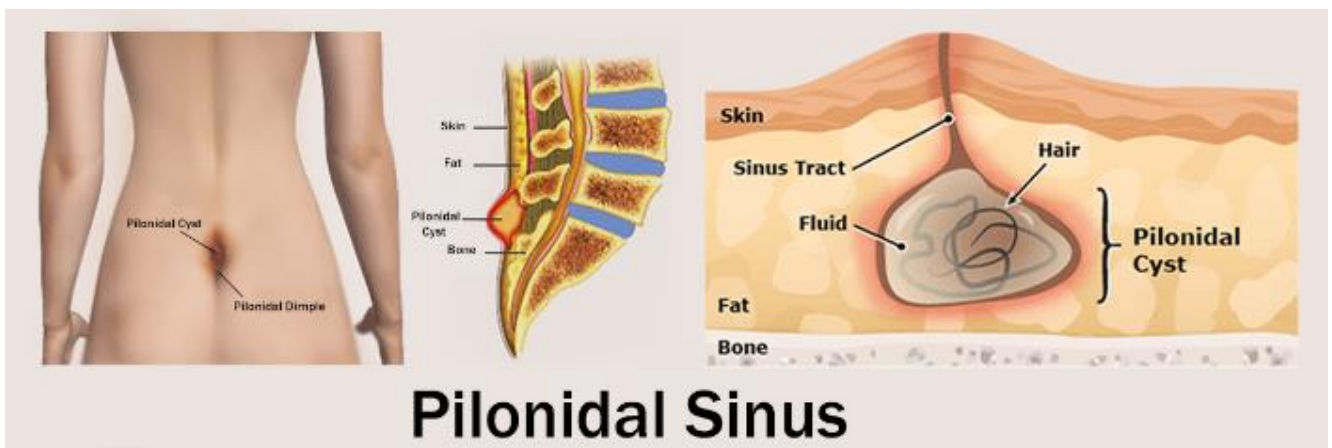
Đó là PHẪU THUẬT. Nang vùng cùng cụt là do một quá trình viêm tại vùng mông. Thường gặp nhất ở nam giới từ 15 đến 20 tuổi với một khe trên mông hoặc vết nứt ở mông sâu.

Các yếu tố nguy cơ khác bao gồm có béo phì, ngồi một chỗ thời gian dài (>6h), vệ sinh kém (tắm <3 lần/1 tuần), lông quá “rậm rạp”. Những vết nứt có thể bị nhiễm trùng do hơi ẩm ứ đọng tại các túi sau trong các rãnh này. Nang cùng cụt bị nhiễm trùng cần được điều trị. Có thể gây ra các triệu chứng toàn thân như sốt, mệt mỏi, đau. Do xoang – **sinus tract** (hình dưới) có thể hình thành, và khi xuất hiện chúng sẽ gây ra tình trạng chảy mủ hoặc máu không liên tục. Nang cùng cụt mạn tính có thể hình thành nhiều **sinus tract**. Trong khi đánh giá, các bác sĩ lâm sàng cần cân nhắc đến khả năng dò hậu môn và bệnh lý Crohn quanh hậu môn – **perianal Crohn's disease**. Điều trị gồm có kháng sinh, giảm đau, phẫu thuật, và chăm sóc vết thương. Kháng sinh phải có phổ tác dụng lên vi khuẩn gram âm, gram dương, và vi khuẩn kỵ khí sống ở da, và hậu môn. Vệ sinh cũng rất quan trọng trong quá trình điều trị. Tắm bồn cần tránh trong khi vết thương đang lành và tắm bằng vòi sen – **handheld showerheads** được khuyến cáo để tránh dòng nước tác động trực tiếp lên vùng bị tổn thương. Vết thương phải được vệ sinh sau khi đại tiện và lông phải được cắt bỏ khỏi vùng bị tổn thương. Bệnh nhân cũng cần được chăm sóc để tránh hoạt động làm gia tăng áp lực lên vùng mông như đi xe đạp hay lái xe trong thời gian dài.

Keywords: infectious disease, mass, surgery, skin and soft tissue infection, congenital anomaly

Bibliography

Harris C, Sibbald RG, Mufti A, Somayaji R. Pilonidal sinus disease: 10 steps to optimize care. *Adv Skin Wound Care* 2016;29(10):469–78.

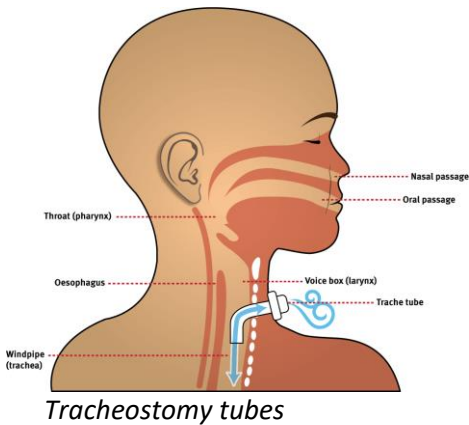
**Pilonidal Sinus**

CASE 150

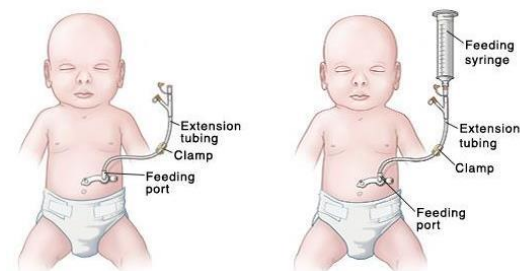
Question

Một trẻ gái, 3 tuổi với tiền sử y khoa phức tạp nay vào cấp cứu bởi vì vật thể lạ màu trắng mà mẹ của bé phát hiện ở âm đạo trong khi thay đồ cho trẻ. Bà mẹ của bé cho hay rằng không có bất kỳ sự thay đổi trong nước tiểu và phân, và không có máu. Mẹ của bé tin rằng có thể có chảy dịch trong từ vật đó nhưng bà không chắc. Ngoài ra bà không tin con bà có thể đã tự gây ra tình trạng như vậy. Bệnh nhi theo lời khai của bà mẹ thì không sốt, không khó chịu, không nôn hay có triệu chứng của đường hô hấp trên. Trẻ được cho ăn bằng ống dạ dày – **G tube** và hấp thu cũng tương đối ổn định; không có sự thay đổi nhận thức cơ bản. Bệnh nhi có tiền sử sinh vào tuần 24, bị bại não – **cerebral palsy**, trẻ phải mở khí quản và ăn bằng **G-tube**, và có tình trạng não úng thủy – **hydrocephalus** và phải đặt shunt não thất - ổ bụng – **ventriculoperitoneal shunt placement**. Từ trước đến nay chưa phải đặt lại shunt.

Thăm khám lâm sàng cho thấy bệnh nhi, được mở khí quản, có thể thở bằng khí phòng mà không cần phải thông khí. Thăm khám thần kinh, hô hấp, tim mạch và bụng ở tình trạng bình thường. Shunt VP được đặt dọc da đầu, cổ và phía trước thành ngực. Mở khí quản và G – tube của bệnh nhi sạch, khô và không bị tác động gì bất thường. Thăm khám niệu dục ở trẻ có Tanner I và có một ống trắng được thấy tại vị trí cửa vào của âm đạo. Ống này bất động khi bạn chạm nhẹ vào. Không có tình trạng chảy dịch. CT đầu cho thấy tình trạng não úng thủy ổn định với VP shunt được đặt tại não thất.



Hình 150.1



Before feeding your child, connect the extension tubing to the G-tube or G-J tube.

Connect the feeding syringe to the extension tubing.

Children feeding by G tube or G-J tube



Hình 150.2

Các biến chứng chính của loét do VP shunt tại âm đạo?



Answer

Tình trạng não úng thủy nặng lên và nhiễm trùng. Ống trắng ở hình của bệnh nhi chính là VP shunt. Nguy cơ của loét tử cung do VP shunt là hiếm gặp. Chỉ có 4 trường hợp ghi nhận gây thủng âm đạo do VP shunt trong y văn (tiếng Anh). Ở nơi khác, VP shunt di chuyển đến não thất bất, ống tiêu hóa, thành bụng, bàng quang, bìu. Âm đạo, bàng quang, bìu hiếm gặp, bởi vì đây là những cơ quang sau phúc mạc. Hầu hết các biến cố của shunt là do tắc nghẽn cơ học và nhiễm trùng, và không có tình trạng thủng các tạng khác. Các xn như CTM, CRP và dịch não tủy; và chẩn đoán hình ảnh (CT scan) có tầm quan trọng trong đánh giá. Các kháng sinh dự phòng được chỉ định ngay để dự phòng viêm màng não. Các yếu tố nguy cơ gây loét âm đạo được cho là cơ âm đạo bị yếu (như trong thoát vị tủy màng – màng tủy – **myelomeningocele**), viêm tại chỗ do ống VP nhựa cứng, và phản ứng dị ứng tại chỗ với silicone có thể dẫn đến dính của ống shunt với túi cùng Douglas.

Keywords: neurosurgery, infectious diseases, gynecology, penetrating trauma, altered mental status, CT

Bibliography

Altas M, Tutanc M, Aras M, Altas ZG, Ariva V. Vaginal perforation caused by distal tip of ventriculoperitoneal shunt: Report of a rare complication. Pak J Med Sci 2012;28(3):550–1.

Pohlman GD, Wilcox DT, Hankinson TC. Erosive bladder perforation as a complication of ventriculoperitoneal shunt with extrusion from the urethral meatus: Case report and literature review. Pediatr Neurosurg 2011;47:223–6.

CASE 151**James Bistolarides****Questions**

Một bé trai 15 tháng tuổi được mang vào khoa cấp cứu bởi mẹ cậu bé với lí do đó là trẻ li bì, ngủ nhiều và ít hoạt động hơn hẳn bình thường. Khi yêu cầu bà mẹ mô tả chi tiết hơn thì được biết rằng con trai bà đã bị đau bụng và ăn kém một vài tuần trước. Hôm nay quyết định mang bé vào viện vì bé trở nên mệt mỏi hơn, ngủ nhiều hơn và lượng tả sử dụng cũng ít đi nhiều.



Hình 151.1



Hình 151.2



Hình 152.3

1. Điều gì làm bạn chú ý đến ngay khi nhìn vào những bức ảnh trên?
2. Đánh giá ban đầu của bạn là gì, và tiến hành làm gì ở các bước tiếp đến.

Answers

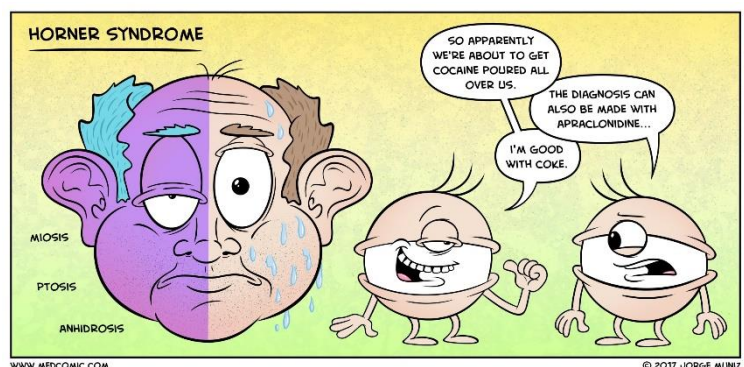
1. Bệnh nhi có tình trạng phù và lồi mắt bên phải trong khi mắt đã đóng, xung quanh ở mắt bên phải có vết bầm máu – **ecchymosis**. Khi mắt phải mở, trên bệnh nhi ghi nhận một tình trạng lồi mắt phải (**bulging/proptosis**).

2. Với bệnh sử và thăm khám lâm sàng trên hướng đến nhiều khả năng đó là u nguyên bào thần kinh – **neuroblastoma** (click vào term này để tham khảo thêm về bệnh lý này - một bài soạn từ BMJ practice). U nguyên bào thần kinh thường gặp ở độ tuổi là 18 tháng và phổ biến ở trẻ trai Mỹ gốc Phi. Hiếm khi biểu hiện ở mắt đơn độc, mà thường là phối hợp với khối u lớn vùng bụng (**case 135**) với bụng to, mệt mỏi, hôn mê, sốt hoặc mất nước. Tuy nhiên u nguyên bào thần kinh di căn ở mắt vẫn là một trong các dấu hiệu kinh điển của bệnh lý này ở trẻ em.

Bất kỳ trẻ nào có biểu hiện lồi mắt, bầm xung quanh mắt, hội chứng Horner, hoặc là hội chứng co giật mắt theo nhiều hướng và rung giật cơ tự ý – **opsoclonus – myoclonus syn**. Nên được tiến hành đánh giá xem liệu có phải là u nguyên bào thần kinh hay không. U nguyên bào thần kinh có nguồn gốc là từ các tế bào ngoại bì thần kinh nguyên thủy – **primitive neuroectodermal cells**, do vậy có hình thành tại bất kỳ vị trí nào có mô thần kinh giao cảm. Bệnh nhi cần tiến hành các xq chẩn đoán hình ảnh mức độ rộng như CT hoặc MRI, và xq HMV nước tiểu (homovanillic acid), và VMA (vanillylmandelic acid).

Hình ảnh tổng quát về hội chứng Horner: **Miosis** - hẹp đồng tử; **ptosis** – sa mí mắt; **anhidrosis** - giảm tiết mồ hôi;

Keywords: ophthalmology, oncology, do not miss

Bibliography

Alvi S, Karadaghy O, Manalang M, Weatherly R. Clinical manifestations of neuroblastoma with head and neck involvement in children. *Int J Pediatr Otolaryngol* 2017;97:157–62.

Musarella MA, Chan HS, DeBoer G, Gallie BL. Ocular involvement in neuroblastoma: Prognostic implications. *Ophthalmology* 1984;91(8):936–40.

Smith SJ, Diehl NN, Smith BD, Mohny BG. Incidence, ocular manifestations, and survival in children with neuroblastoma: A population-based study. *Am J Ophthalmol* 2010;149(4):677–82.

CASE 152**Micheal Gottlieb****Questions**

Một trẻ trai 6 tuổi vào viện vì đau ngón cái đã 3 ngày nay. Trẻ cho biết không gặp bất kỳ chấn thương nào và không có tình trạng tê hoặc yếu. Có sưng ở vùng gần với bờ trong của giường móng. Hình ảnh cả hai bàn tay:



Hình 152.1

1. Chẩn đoán là gì?
2. Điều trị như thế nào?

Answers

1. Viêm quanh móng – **paronychia** là chẩn đoán phù hợp. Đây là tình trạng nhiễm trùng mặt lưng đầu ngón, xung quanh và sâu phía dưới giường móng. Nguyên nhân thường gặp bao gồm có cắn móng tay, xước cạnh móng tay – **hangnails** và làm móng giả. Bệnh nhân thường có biểu hiện đó là sưng xung quanh giường móng. Nếu sưng đáng kể phần búp ngón tay, thì chẩn đoán phân biệt chín mé – **felon** có thể được nghĩ đến, bởi vì viêm quanh móng có thể hình thành nên chín mé ([case 153](#)).

2. Những trường hợp sớm có thể được điều trị khỏi hoàn toàn bằng kháng sinh và ngâm nước ấm. Tuy nhiên, khi sưng đáng kể, cần phải rách và dẫn lưu.

Keywords: skin and soft tissue infection, procedures.

Bibliography

Franko OI, Abrams RA. Hand infections. Orthop Clin North Am October 2013;44(4):625–34.

Moran GJ, Talan DA. Hand infections. Emerg Med Clin North Am August 1993;11(3):601–19.

CASE 153**Michael Gottlieb****Questions**

Một bé gái 9 tuổi với biểu hiện đau và sưng ngón trỏ tay trái đã 4 ngày. Bệnh nhi cho biết không có chấn thương và cũng không có cảm giác tê bì hay yếu liệt. Trên thăm khám, ngón tay của bệnh nhi đau khi chạm, sưng, và nổi ban đỏ.



Hình 153.1



Hình 153.2

1. Chẩn đoán

2. Điều trị.

Answers

1. Tình trạng trên của bệnh nhi được chẩn đoán là chín mé – ***felon***. Một nhiễm trùng kín của đầu búp ngón tay. Thông thường, khởi phát với ban và đau, tiến triển sưng to dần. Có thể chẩn đoán phân biệt với viêm quanh móng bởi ***felon*** có biểu hiện ở mặt gan bàn tay, trong khi đó thì viêm quanh móng chỉ có ở mặt lưng (**case 152**)

2. Giai đoạn sớm có thể điều trị bằng nâng tay cao, kháng sinh đường uống, và ngâm nước ấm. Tình trạng nặng hơn cần rạch và dẫn lưu.

Keywords: skin and soft tissue infection, procedures, pitfalls.

Bibliography

Clark DC. Common acute hand infections. Am Fam Physician December 1, 2003;68(11):2167–76.
Franko OI, Abrams RA. Hand infections. Orthop Clin North Am October 2013;44(4):625–34.

CASE 154**Diana Yan****Question**

Một trẻ trai 8 tuổi vào khoa cấp cứu do nuốt phải dị vật. Khi xảy ra vụ việc, cậu bé đang ở cùng với người chị họ 12 tuổi. Hai đứa trẻ đang chơi trò **truth or dare** trong phòng khác và bệnh nhi của chúng ta đã bị thách nuốt một dị vật – đó là một bọc điều khiển đầu đĩa DVD cỡ nhỏ ở gần chúng và không may bệnh nhi này đã nuốt nó. Cả hai đứa trẻ đều cho rằng không có pin ở trong đó. Bệnh nhi khi vào viện cho biết sau khi nuốt thì đau họng, đau ngực, và khó nuốt. Trẻ vẫn còn khả năng nuốt nước bọt và không có tình trạng đùn nước bọt ở miệng. Giọng của trẻ vẫn bình thường, theo như bố mẹ bệnh nhi cho biết. Không nôn, không đau bụng, không bị nôn khan – **gagging**; hay có cảm giác bóp nghẹt đường thở. Sự kiện này đã xảy ra khoảng 2 ngày trước, và cả hai đứa trẻ đều dấu bố mẹ nó về chuyện này cho đến khoảng một giờ trước. Bệnh nhi lúc đó bắt đầu có hiện tượng nôn thức ăn và cả nước uống. Ngoài ra không ghi nhận bất thường nào khác.

Thăm khám lâm sàng: trẻ tỉnh, tx tốt nhưng có cảm giác hoảng sợ khi trẻ ngồi trên giường. Phát hiện ban đỏ ở phía sau hầu họng và không có vết rách. Không có tình trạng đang chảy máu ở phía sau hầu họng. Bệnh nhi cho biết rằng có đau ngực nhưng không biểu hiện lúc khám. Phổi và tim cho kết quả bình thường. Khám bụng bệnh nhi cũng không phát hiện bất thường. Kết quả x quang như hình dưới.



Hình 154.1



Hình 154.2

Vị trí nào mà dị vật đường tiêu hóa thường hay bị kẹt lại nhất?

Answer

Vị trí thường gặp nhất đó là phía trên của thực quản, đoạn giữa của thực quản, đoạn dưới thực quản, dạ dày, phần họng, và tá tràng. Tuy nhiên hơn 80% trường hợp dị vật đường tiêu hóa đều có thể đi hết chặng đường trong ống tiêu hóa mà không cần phải can thiệp. Thường là vật nhỏ và tròn, Thường gặp những trường hợp đó là nuốt đồng xu, pin tròn ([case 157](#)), bút màu, và đồ chơi. Trong trường hợp của chúng ta, kích thước của dị vật là không được xác định chính xác, nhưng nó lại không tròn và tắc lại ở giữa thực quản. Một vật như vậy, với kích thước > 6cm thì khó qua được môn vị và với vật có hình dạng chữ nhật thì cần đến nội soi gấp vật này ra. Nếu có kích thước < 6cm, thì có thể nằm ở dạ dày và bài xuất ra sau 4-6 ngày ([case 78](#)). X quang đã hoàn thành nhiệm vụ trong đánh giá kích thước, vị trí, hình dáng và số lượng dị vật (cụ thể là trong trường hợp này). Tuy nhiên đối với các vật không cản quang thì có thể cần đến siêu âm hay là CT scan - một phương tiện chẩn đoán hình ảnh với độ nhạy cao, có thể phát hiện chính xác vị trí của dị vật không cản quang và các biến chứng kèm theo. Các biến chứng của dị vật có thể là chèn ép, tắc nghẽn, tổn thương niêm mạc ống tiêu hóa, và thủng. Nếu dị vật tồn tại kéo dài - mạn tính, có thể hình thành khối abscess, viêm phúc mạc hoặc hình thành lỗ dò.

Keywords: foreign body, airway, gastrointestinal, procedures.

Bibliography

Bekkerman M, Sachdev AH, Andrade J, Twersky Y, Iqbal S. Endoscopic management of foreign bodies in the gastrointestinal tract: A review of the literature. *Gastroenterol Res Pract*. doi:10.1155/2016/8520767. Published online October 11, 2016.

Laya BF, Restrepo R, Lee EY. Practical imaging evaluation of foreign bodies in children: An update. *Radiol Clin North Am* 2017;55:845–67.

CASE 155**Veena Ramaiah****Question**

Một trẻ trai 2 tuổi vào khoa cấp cứu với biểu hiện da trong vùng mông tã bị sạm màu. Vùng da sạm phân bố không đều, lốm đốm ở mông và nếp lằn bẹn. Mẹ trẻ phát hiện bé trong phòng tắm, khi đó trẻ làm đổ chai thuốc tẩy trắng ra sàn nhà, ngay lúc đó mẹ bé nhanh chóng đưa trẻ vào khoa cấp cứu và cho rằng trẻ có thể nuốt phải chất tẩy trắng mà trẻ đã làm đổ. Không có tổn thương được phát hiện trong miệng nhưng các tổn thương được mô tả lúc đầu lại được phát hiện khi tháo tã của trẻ ra. Mẹ của bé thực ra lại không phát hiện ra tình trạng này của trẻ tại nhà.

Khi thăm khám, trẻ tỉnh, biểu hiện tốt. Không có tình trạng đùn nước bọt và suy hô hấp. Trẻ có mùi chất tẩy rất nồng và cả trên cái tã của trẻ cũng có mùi này.



Hình 155.1



Hình 155.2 và 155.3

Tổn thương trên có phù hợp với bỏng do hóa chất hay không? Những chất tẩy rửa ở nhà có thể gây ra những tổn thương như ở trường hợp này hay không?

Answer

Câu trả lời là có. chất tẩy rửa có thể gây ra bỏng tương tự trong trường hợp này trên da. Mức độ bỏng phụ thuộc vào nồng độ **sodium hypochlorite** kết hợp với thời gian da tiếp xúc với hóa chất.

Trong trường hợp này, mặc dù bà mẹ đã cởi bỏ áo quần của trẻ khi phát hiện ra con mình bị như vậy, nhưng tã lót vẫn còn trong khi di chuyển đến khoa cấp cứu và vẫn giữ chất tẩy trong đó. Tã lót có thể giữ chất tẩy rửa và tiếp xúc với da gây ra một vùng bỏng nông trên da. Đối với trẻ này, cần phải đánh giá bằng nội soi. Sau khi kiểm tra không phát hiện bỏng hóa chất tại đường tiêu hóa của trẻ. Vùng búng của trẻ được đánh giá bởi một số các bác sĩ khoa bỏng và tình trạng ở bệnh nhi vẫn ở mức nông và không cần đến cắt bỏ mô nhiễm trùng – **débridement**. Đây là một bệnh cảnh của hành vi bạo lực trong gia đình hoặc là bỏ bê không chăm sóc trẻ. Tuy nhiên, những trường hợp như vậy cũng có thể là do tai nạn chồng lên phần tổn thương do ngược đãi trước đó.

Tiếp xúc với chất tẩy rửa dùng trong gia đình thường ít gặp. Theo **Poison Control data in the USA** vào năm 2014, 48% trường hợp tiếp xúc với chất độc xảy ra ở trẻ dưới 6 tuổi với tổng số 1,031,927 trường hợp được ghi nhận (<http://www.poison.org/poison-statistics-national>). Ngoài ra, còn có 11% tiếp xúc với các chất tẩy rửa trong gia đình. Các chất tẩy sử dụng trong gia đình có khả năng gây bỏng hóa chất phụ thuộc vào thời gian tiếp xúc với vùng da.

Một loạt các trường hợp được ghi nhận bởi Lang and Cox (2013) mô tả bỏng hóa chất do đổ chất tẩy vào người bệnh nhi. Gây ra các vết sẹo tại vùng bỏng. 2/3 trường hợp được phát hiện thì chất tẩy rửa nồng độ sodium hypochlorite từ 5-10%.

Thời gian tiếp xúc kéo dài có thể gây ra tình trạng nghiêm trọng. Cần phải cởi bỏ quần áo, bao gồm cả tả lót và rửa vết thương tích cực tại vùng da là phương pháp điều trị quan trọng.

Keywords: child abuse, child abuse mimicker, dermatology, environmental

Bibliography

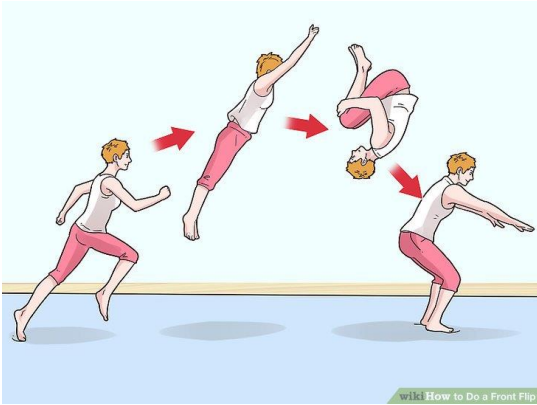
Lang C, Cox M. Pediatric cutaneous bleach burns. Child Abuse Neglect 2013;37:485.

CASE 156

Nina Mbadiwe

Question

Một bệnh nhi nam, 14 tuổi vào khoa cấp cứu do đau gối phải. Cậu bé là một thành viên của đội thể dục dụng cụ và khi thực hiện cú nhảy lộn ra trước – **front flip** thì nghe được tiếng bộp sau khi tiếp đất.



Là một động tác front flip đúng kỹ thuật.

Ngay sau đó trẻ đau và sưng gối phải và không thể đi lại được nữa. Trên thăm khám trẻ biểu hiện khó chịu. Giới hạn vận động khớp gối do đau. Sưng và đau nhói khi sờ và khớp gối. Bệnh nhi không thể đi lại. X quang khớp gối cho thấy hình ảnh gãy đứt lồi củ xương chày – **tibial tubercle avulsion fracture (gãy bong xương – avulsion fracture)**.



Hình 156.1



Hình 156.2

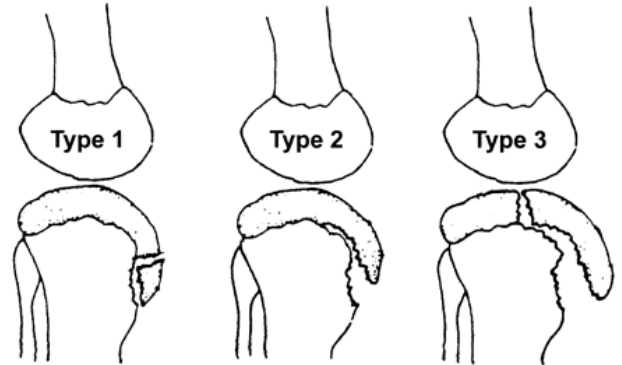


Hình 156.3

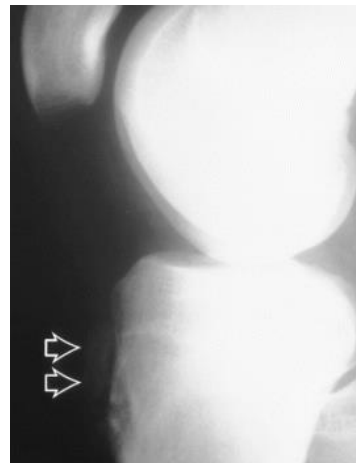
Hãy trình 3 type của gãy đứt lồi củ xương chày?

Answer

Gãy đứt lồi củ xương chày ít gặp và thường liên quan đến các hoạt động thể thao đòi hỏi phải nhảy. Xảy ra do sự duỗi mạnh của gối hoặc gối gấp thụ động chống lại lực co của cơ tứ đầu đùi. Ba loại gãy này được phân loại theo Watson – Jones dựa vào mức độ liên quan của đầu trên xương chày bị gãy và mức độ di lệch của mảnh gãy.

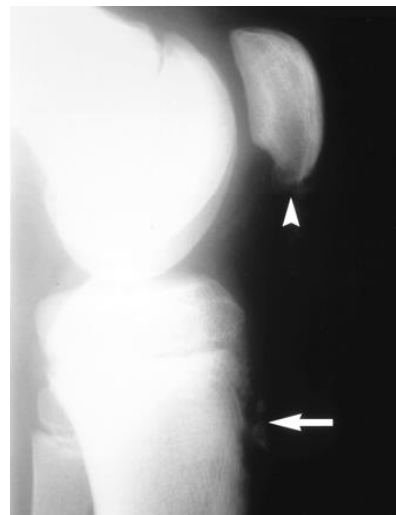


Type I: lồi củ bị giật đứt mà không có chấn thương di lệch đầu xương chày.



Type II: đầu xương chày bị kéo lên trên và gãy không hoàn toàn

Type III: di lệch đầu trên xương chày với đường gãy kéo dài vào trong khớp. Có nguy cơ cao của hội chứng chèn ép khoang.



Gãy đứt lồi cầu xương chày thường gặp ở độ tuổi thiếu niên (13-14 tuổi).

Tham khảo thêm tại bài viết của blog Bs Tuấn – X quang:

<https://bsxqtuan.wordpress.com/2012/04/21/hinh-ảnh-dặc-trưng-của-chấn-thương-giật-gối-cổ-chân-va-ban-chân/>

Keywords: orthopedics, blunt trauma, extremity injury.

Bibliography

Skinner HB, McMahon PJ. Current Diagnosis & Treatment in Orthopedics. 5th ed. New York: McGraw-Hill Education, 2014.

Tintinalli JE. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 8th ed. New York: McGraw-Hill Education, 2016.

CASE 157**Question**

Một trẻ trai 2 tuổi, trước đây sức khỏe bình thường nay được mang vào khoa cấp cứu từ một buổi sinh nhật của người hàng xóm, khi mẹ trẻ phát hiện trẻ khởi phát ho cấp, đùn ứ nước bọt ở miệng và khó nuốt. Trước khi trẻ có những biểu hiện này thì không có sự chứng kiến của người lớn. Kết quả x quang như sau:



Hình 157.1

Hình ảnh x quang cho thấy điều gì và tiến hành xử trí như thế nào?

Answer

Trên x quang cho thấy một dị vật có hình trụ tại phần trên ngực của bệnh nhi, có thể đoán được đó là ở thực quản. Vật hình tròn ở thực quản thường biểu hiện dạng hình tròn phía trước, trong khi đó dị vật ở đường khí quản có thể có dạng thẳng hơn. X quang nghiêng được chỉ định để chắc chắn vị trí dị vật. Ngoài ra các phương tiện chẩn đoán hình ảnh ổ bụng cũng cần thiết để phát hiện dị vật có thể vượt qua môn vị hoặc nuốt nhiều dị vật khác nhau.

Hình 157.1 – cho thấy hình một đồng xu, với biểu hiện một đĩa dẹt với biểu hiện đồng nhất, bờ rõ ràng. Còn viên pin dạng khuy – **button battery** (hình 157.2) có thể phân biệt với đồng xu bằng rãnh trên viên bin, phát hiện trên phim trước sau.



Hình 157.2

Nuốt phải pin là một cấp cứu trên lâm sàng. Viên pin với đường kính lớn hơn 20mm thường mắc lại tại thực quản và gây nguy hiểm trong vài giờ, do gây áp lực trực tiếp cũng như thông qua hoạt tính hóa học và điện. Phải tiến hành gấp ra ngay để tránh các biến chứng (xuất huyết, nghẽn, dò, tổn thương thần kinh). Viên pin trong dạ dày thường có nguy cơ biến chứng thấm hơn và có thể tiến hành theo dõi nếu không có triệu chứng lâm sàng. Tối thiểu, với một viên pin >20mm ở trong dạ dày thì nên được chụp x quang lần nữa sau 48 h nếu vẫn còn nằm ở vị trí đó.

Đồng xu trong thực quản nên được tiến hành loại bỏ khẩn trương – **urgently**. Nếu bệnh nhân không có biểu hiện thì có thể tiến hành loại bỏ dị vật thì hoãn đến 24h. Chụp x quang lại nên được tiến hành trước khi loại tiến hành loại bỏ dị vật để có thể chắc chắn lại vị trí của đồng xu. Đồng xu mắc tại dạ dày có thể theo dõi tại nhà và trở lại tiến hành chụp x quang sau 7-14 nếu vẫn chưa tự ra.

Keywords: foreign body, airway, pitfalls, gastrointestinal

Bibliography

Kramer RE, Lerner DG, Lin T, Manfredi M et al. Management of ingested foreign bodies in children: A clinical report of the NASPGHAN endoscopy committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015;60(3):562–74.

Pugmire BS, Lim R, Avery LL. Review of ingested and aspirated foreign bodies in children and their clinical significance for radiologists. *Radiographics* 2015;35(3):1528–38.

CASE 158***Nina Mbadiwe*****Question**

Trẻ gái 12 tháng tuổi vào khoa cấp cứu do ho. Bố bệnh nhi cho biết rằng trẻ ho từ tháng trước. Ho nặng lên trong vòng 3 ngày trở lại đây kèm theo thở rên vào ngày hôm nay. Thỉnh thoảng trước đây trẻ có biểu hiện của nôn mửa đặc biệt là khi ăn. Trẻ không sốt, không có dấu hiệu của đùn nước bọt và có tình trạng giảm cân đáng kể. X quang ngực phát hiện một đồng xu ở đoạn gần thực quản.



Hình 158.1

Bệnh nhi với dị vật là đồng xu ở thực quản không biểu hiện triệu chứng có thể có những loại biến chứng nào?

Answer

Dị vật ở thực quản có thể gây ra sự chèn ép, thủng and/or ăn mòn thành thực quản, có thể tạo đường dò thực quản khí quản và các cấu trúc lân cận (dò thực quản động mạch chủ).

Đồng xu là dị vật hay gặp nhất ở trẻ em. Bệnh nhi có dị vật thực quản có thể không có triệu chứng hoặc biểu hiện không muốn ăn, nuốt khó, đùn nước bọt, bóp nghẹt, khò khè...

Nếu đồng xu đối với nhìn thấy ở thực quản và bệnh nhi không có biểu hiện lâm sàng, có thể theo dõi trong vòng 24h kể từ khi nuốt đồng xu. Nên được tiến hành lấy khỏi thực quản ở bệnh nhi có biểu hiện triệu chứng hoặc nếu không tự ra khỏi sau 24h.

Keywords: gastrointestinal, foreign body, cough, vomiting, pitfalls.

Bibliography

Waltzman M. Management of esophageal coins. *Pediatr Emer Care* 2006;22(5):367.

CASE 159**Diana Yan****Question**

Một trẻ trai 6 tuổi vào khoa cấp cứu sau khi nuốt phải đầu vít – **screw bit**. Bố của bé đặt chúng lẫn lộn với đồ đạc trong nhà khi ông sửa phòng khách của mình, và đưa trẻ lại chơi gần đó. Khi ông tiến hành thay đầu vít lớn hơn để phù hợp với công việc và sau khi kết thúc thì không tìm thấy đầu vít nhỏ đã thay. Bệnh nhi báo với bố mình là đã nuốt nó trong khi chơi đùa. Đứa trẻ bảo rằng có đau họng nhưng không có cảm giác như bị mắc xương – **globus sensation** trong họng, không đau ngực, không nôn và cũng không đau bụng. Bố bệnh nhi cho biết rằng sự việc này đã xảy ra 1h trước đó. Trẻ không ăn bất kỳ thứ gì từ khi xảy ra vụ việc, người bố cho hay. Ngoài ra không ghi nhận bất thường nào khác.

Thăm khám lâm sàng cho thấy trẻ tỉnh, và đang xem TV tại phòng chờ. Khi khám miệng phát hiện một số ban tại vùng hầu họng nhưng không có vết rách, chảy máu hay xuất tiết gì. Khám bụng: bụng mềm; không căng, không đau. Thăm khám trực tràng chưa phát hiện bất thường. Kết quả x quang như hình dưới:



Hình 159.1

Các dấu hiệu / triệu chứng nào đáng lo ngại ở bệnh nhi nuốt phải dị vật sắc nhọn?

Answer

Các dấu hiệu lâm sàng như: đau bụng cảm ứng – **abdominal tenderness**, tiếng lạo xạo – **crepitus**, nề kháng thành bụng, hay phản ứng dội, có thể hướng đến tình trạng thủng ruột. Thủng ruột có thể gặp với tỷ lệ <1% trường hợp nuốt dị vật. Các dị vật sắc nhọn cần tiến hành nội soi lấy ra cấp cứu đặc biệt là phải trước khi nó qua khỏi dạ dày. Bởi vì khi qua khỏi dạ dày thì nguy cơ gây thủng cao, đặc biệt là tại vị trí van hồi manh tràng. X quang hàng ngày là cần thiết

để theo dõi sự di chuyển của dị vật nếu điều trị ban đầu là theo dõi. Phẫu thuật can thiệp là cần thiết nếu có các triệu chứng của thủng hoặc dị vật không di chuyển >72h. Nội soi ống mềm có tỷ lệ thành công lên đến 95%.

Xương động vật như xương cá là vật nhọn thường gặp nhất gây ra thủng ruột. Tình trạng này có thể đưa đến hình thành abscess gan, nhiễm khuẩn huyết, và u máu sau phúc mạc – **hematoma retroperitoneal**. Các loại vít, có thể mắc lại tại ruột thừa gây viêm ruột thừa, thủng ruột thừa, và abscess ruột thừa do kích thước lớn. Các vị trí có thể khiến dị vật mắc lại đó như là quai tá tràng, đoạn nối tá hồng tràng – **duodenojejunal junction**, đoạn tận của hồi tràng, các vùng có đoạn gấp nhanh hoặc đoạn ruột hẹp.

Keywords: foreign body, gastrointestinal, acute abdomen

Bibliography

Bekkerman M, Sachdev AH, Andrade J, Twersky Y, Iqbal S. Endoscopic management of foreign bodies in the gastrointestinal tract: A review of the literature. *Gastroenterol Res Pract*. Published online October 11, 2016. doi: 10.1155/2016/8520767.

CASE 160**S. Margaret Paik****Question**

Một bé trai 14 tháng tuổi được đưa vào khoa cấp cứu bởi ông ngoại của trẻ với bệnh sử đó là giảm ăn uống và nôn không kèm mật vàng không kèm máu đã 3 ngày nay. Không có tiền sử của sốt hay tiêu chảy. Ông đưa bé cho biết rằng đưa bé khóc khi đang ăn. Ngoài ra còn ghi nhận ho khan.

Thăm khám lâm sàng, trẻ tỉnh, phát triển bình thường và được chăm sóc khá tốt. HR 120; RR 28 và SaO₂ là 98%. X quang ngực có kết quả như sau:



Hình 160.1

Trong khi tiến hành đánh giá bệnh nhi tại khoa cấp cứu còn ghi nhận thêm tình trạng bóp nghẹt khi thở, ho và có nôn sau ho trong khi đang uống sữa. X quang có cản quang thực quản được chỉ định và hình ảnh bị chèn ép được phát hiện. Trẻ được đưa vào phòng mổ và lấy ra được một **sticker** từ thực quản của trẻ.



Hình 160.2

Hãy cho biết các dị vật mà trẻ hay nuốt nhất? Vị trí nào tại thực quản mà dị vật hay mắc nghẹt lại đó nhất?

Answer

Đồng xu là vật hay gặp nhất ở Mỹ và Châu Âu (case 157). Đồng xu thường bị giữ lại ngang mức nhẫn hầu – **cricopharyngeal**, lỗ vào của ngực – **thoracic inlet**, cung động mạch chủ và cơ vòng thực quản phía dưới. Ở châu Á thì lại thường gặp là xương cá.

Nhiều trường hợp dị vật tại thực quản không có người chứng kiến. Trẻ có biểu hiện của các triệu chứng tiêu hóa (không muốn ăn, bóp nghẹt khi thở, nôn, chán ăn, nuốt khó) và các triệu chứng hô hấp (ho, thở rít, khò khè, khó thở, viêm phổi). Trẻ cũng có thể biểu hiện với triệu chứng đau ngực và cổ và các dấu hiệu không đặc hiệu như lơ mơ hay hôn mê.

Keywords: gastrointestinal, foreign body, vomiting, cough

Bibliography

Macpherson RI, Hill JG, Othersen HB, Tagge EP, Smith CD. Esophageal foreign bodies in children: Diagnosis, treatment and complications. *Am J Roentgenol* 1996;166(4):919–24.

Waltzman ML. Management of esophageal coins. *Curr Opin Pediatr* October 2006;18(5):571–4.

Wyllie R. Foreign bodies in the gastrointestinal tract. *Curr Opin Pediatr* October 2006;18(5):563–4.

CASE 161**S. Margaret Paik****Question**

Một trẻ trai 21 tháng tuổi vào khoa cấp cứu do ho liên tiếp một tháng nay. Ho kéo dài cả ngày lẫn đêm, ho khan. Gia đình trẻ cho hay ho nhiều hơn vào sau khi nôn thức ăn, nhưng trước đó bệnh nhi ăn uống bình thường. Ngoài ra còn cho biết thêm trẻ hay cho đồ vật vào miệng. Gia đình không phát hiện trẻ có biểu hiện bóp nghẹt khi thở. Không ghi nhận sốt, giảm cân hay tiếp xúc với nguồn bệnh. Không có tiền sử y khoa nào đặc biệt và tiền sử gia đình chưa ai có tình trạng như vậy.

Sinh hiệu: RR – 26; SpO2 98% khi thở khí trời, nhiệt độ 36.4 độ C. Trẻ tỉnh, biểu hiện tốt. Khò khè ở cuối kì thở ra được nghe ở bên phổi phải.

Các phương tiện chẩn đoán hình nào là có ích?

Answer

Bệnh cảnh của bệnh nhi khá phù hợp với tình trạng hít phải dị vật. Hít phải dị vật hầu hết là do mắc dị vật tại cây phế quản gốc bên phải – **mainstem bronchus**. Phế quản gốc bên trái, khí quản và thanh quản là những vị trí phụ. X quang sau trước – PA view và x quang nghiêng thường được chỉ định đầu tiên, dị vật không cản quang sẽ không được phát hiện trên x quang. Trong những trường hợp đó, film trong suốt thì hít vào và thở ra có thể cho thấy hình ảnh bẫy khí - **air trapping**, nhưng khó quan sát trên trẻ nhỏ. X quang ngực nghiêng ở tư thế nằm có thể được sử dụng thay thế và có thể cho thấy hình ảnh xẹp phân thùy hoặc thùy phổi hoặc bẫy khí trên một vùng của một trường phổi có hình ảnh tăng sáng. Đó chính là do hiệu ứng van – bi – **ball valve effect**. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác bao gồm nội soi huỳnh quang – **fluoroscopy**, CT hoặc MRI.



Hình 161.1



Hình 161.2

Keywords: pulmonary, cough, foreign body

Bibliography

Grassi R, Faggian A, Somma F, De Cecco CN, Laghi A, Caseiro-Alves F. Application of imaging guidelines in patients with foreign body ingestion or inhalation: Literature review. Semin Ultrasound CT MRI February 2015;36(1):48–56.

Lowe DA, Vasquez R, Maniaci V. Foreign body aspiration in children. Clin Pediatr Emerg Med September 2015;16(3):140–8.

CASE 162**Barbara Pawel****Question**

Một bệnh nhi, nam, 14 tuổi vào khoa cấp cứu sau khi nuốt phải một cái đinh. Đó là một sơ suất khi cậu và bạn bè của mình đang sửa cái hàng rào. Bệnh nhi cho biết rằng có ho một lúc sau đó thì hết. Trẻ khẳng định không bị đau ngực vùng sau xương ức, hay khó nuốt, không đau bụng, buồn nôn hay nôn gì. Trên thăm khám trẻ khó chịu với tần số thở là 16; SpO₂ là 98% (khí trời). Có triệu chứng khò khè ở vùng giữa phổi phải mà không kèm theo tăng công thở, thở rít hay thay đổi giọng nói và cũng không có tình trạng đùn nước bọt. X quang ngực thẳng cho thấy hình ảnh khả năng đó chính là dị vật.



Hình 162.1

Phương pháp lấy dị vật ra khỏi đường thở?

Answer

Nội soi phế quản bằng ống cứng – **rigid bronchoscopy** được tiến hành trong phòng mổ và cần đến giảm đau toàn thân nhưng vẫn có một vài thuận lợi khi sử dụng nội soi ống mềm trong việc phát hiện và loại bỏ dị vật. Sẽ có thể gặp khó khăn trong trường hợp dị vật nhỏ, mỏng và không cản quang đối với nội soi phế quản ống mềm, đặc biệt là khi bệnh nhi không chịu “hợp tác”, dẫn đến trì hoãn trong chẩn đoán. Có một nguy cơ đó là dị vật không còn mắc tại vị trí cũ và gây nên tình trạng tắc nghẽn đường dẫn khí.

Chẩn đoán hít phải dị vật có thể một thách thức. Chỉ 57% bệnh nhi biểu hiện với tam chứng điển hình đó là mắc nghẹn kèm với ho, khò khè, và âm thở không tương đồng giữa hai bên phổi. Các triệu chứng của hít phải dị vật cũng có thể nhầm lẫn với các bệnh lý khác ở nhi khoa (như hen, viêm tiểu phế quản, nhiễm trùng đường hô hấp trên, viêm phổi).

Sau các triệu chứng này có thể sẽ là một khoảng thời gian không triệu chứng và có thể bị hiểu sai bởi

bố mẹ bệnh nhi rằng các dấu hiệu đã khỏi. Những yếu tố này thường dẫn đến trì hoãn chẩn đoán, tăng nguy cơ các biến chứng nghiêm trọng bao gồm có xẹp phổi, viêm phổi hoặc giãn phế quản – **bronchiectasis** tái diễn, kéo dài thời gian nằm viện thậm chí tử vong.

Bất kỳ bệnh nhi triệu chứng nhưng vẫn ổn định và không có triệu chứng với nghi ngờ hít phải dị vật nên được chụp hai phim x quang, cùng với tư thế là x quang có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp. (1) các trường hợp nghi ngờ nhiều do có người chứng kiến (mặc kệ triệu chứng), (2) có bệnh sử nghẹn kèm với các triệu chứng and/or x quang nghi ngờ; và (3) trẻ nhỏ với các triệu chứng hô hấp gợi ý mà không có lời giải thích rõ ràng (case 161). Những bệnh nhân trong 3 trường hợp vừa rồi nên tiến hành nội soi phế quản ống cứng. Các bệnh nhân ít nghĩ đến kèm với không có triệu chứng và x quang bình thường có thể theo dõi và đánh giá lại sau 2-3 ngày nếu trẻ có biểu hiện.

Keywords: pulmonary, foreign body, life – threatening, chest pain, penetrating trauma

Bibliography

Green, SS. Ingested and aspirated foreign bodies. *Peds Rev* 2015;36(10):430–6.

CASE 163

Diana Yan

Question

Trẻ nữ, 5 tháng tuổi vào khoa cấp cứu do đầu có kích thước lớn và nôn. Trẻ được phát hiện bởi bác sĩ nhi khoa của bé khi bố mẹ trẻ nhận thấy rằng đầu trẻ dường như lớn hơn bình thường. Bác sĩ của bé dặn gia đình theo trong một tháng bởi vì lúc đó trẻ không có biểu hiện gì bất thường, và phát triển cũng phù hợp với lứa tuổi. Hôm nay, mẹ bé mang trẻ vào do nôn nhiều lần. Bà cho biết rằng trẻ nôn sau ăn, và tình trạng này đã kéo dài được 2 tuần. Ngoài ra không ghi nhận bất thường khác. Không co giật, không sốt, không có cử động bất thường, hay tiêu chảy cũng không có triệu chứng của đường hô hấp trên. Ngoài ra chưa phát hiện bất thường nào khác và tiền sử y khoa không có gì đáng kể.

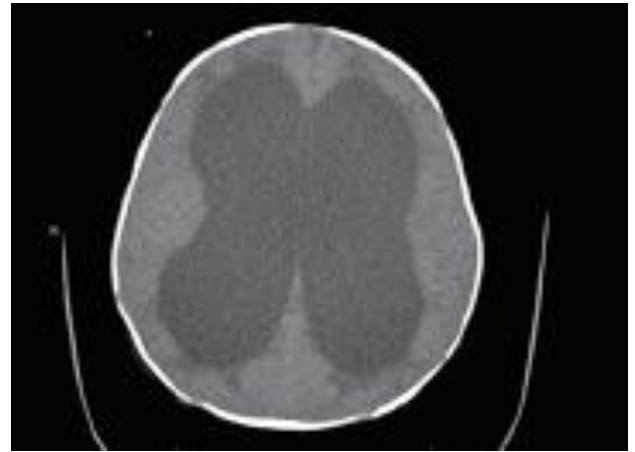
Thăm khám lâm sàng cho thấy trẻ tỉnh, tím lấy những vật mà bạn để trước mặt trẻ. Thăm khám thần kinh bình thường và đồng tử hai bên tương đồng và phản ứng đồng tử bình thường. Vòng đầu của trẻ là 50cm, >97 bách phân vị. Bác sĩ nhi của trẻ gửi biểu đồ phát triển vòng đầu của trẻ và bạn nhận ra rằng sự phát triển vượt quá 3 bách phân vị trong vòng 2 tháng trước với tiến triển tăng nhanh ở một tháng trước. Các bác sĩ ngoại thần kinh đến để đánh giá tình trạng của trẻ và CT sọ não được chỉ định.



Hình 163.1



Hình 163.2



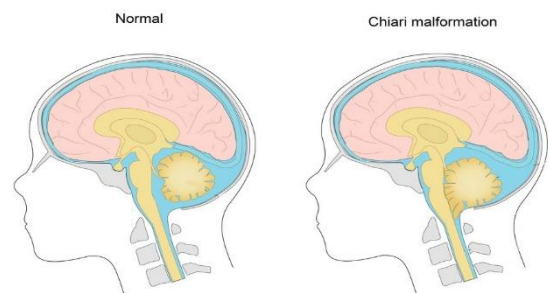
Hình 163.3

Tiến hành điều trị tình trạng này như thế nào?

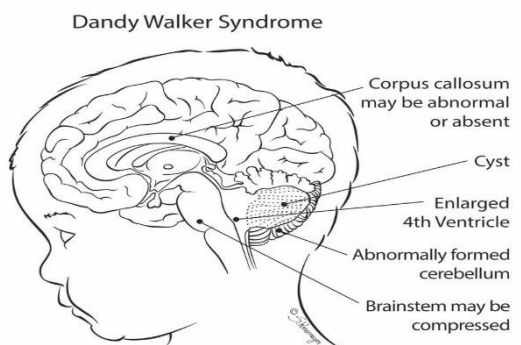
Answer

Cần đặt dẫn lưu não thất - ổ bụng - **ventriculoperitoneal shunt (VP shunt)**. Trẻ này mắc phải tình trạng não úng thủy - **hydrocephalus**, làm gia tăng thể tích dịch não tủy - **cerebrospinal fluid (CSF)** trong hệ thống não thất của não. Ở những trẻ này các đường khớp sọ vẫn mở, có thể biểu hiện tăng kích thước vòng đầu. Não úng thủy là do giảm hấp thu CSF, tăng sinh CSF, bất thường lưu thông CSF hoặc xuất hiện dịch khác trong não thất (như máu). Với việc gia tăng thể tích não thất sẽ làm tăng áp lực nội sọ - **intracranial pressure ICP**. Khi tăng ICP, các cấu trúc não sẽ bị di lệch khỏi vị trí bình thường.

Nhiều nguyên nhân gây ra tình trạng não úng thủy, nhưng thường gặp nhất vẫn là xuất huyết trong não thất - **intraventricular hemorrhage**, tắc cống não - **aqueduct stenosis**, viêm màng não, dị dạng Arnold - Chiari (như hình dưới - chú ý đến tiểu não)

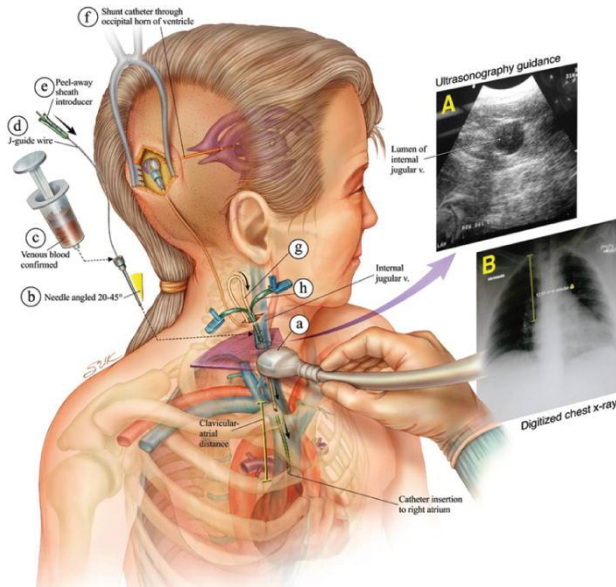


hội chứng Dandy-Walker

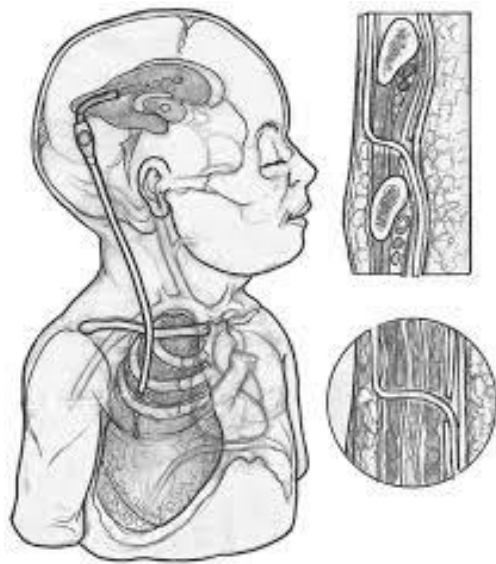


nứt đốt sống – *rachischisis* do thất bại trong đóng ống thần kinh (như bệnh lý thoát vị tủy – màng tủy – *myelomeningocele*) và u não. Nguyên nhân của bệnh nhi này vẫn chưa xác định. Phẫu thuật đặt VP shunt là biện pháp điều trị chính, nhưng trong các trường hợp khẩn cấp, cần dẫn lưu não thất bằng catheters.

Một số type khác của shunt đó là *ventriculoatrial shunts*, như cái tên nó sẽ dẫn từ não thất đến tâm nhĩ của tim,



và *ventriculopleural shunt* dẫn đến khoang màng phổi.



Nhiễm trùng và dị dạng do các vấn đề cơ học như xoắn, gãy hoặc trật vị trí là những biến chứng thường gặp nhất của VP shunt.

Keywords: neurosurgery, head and neck / ENT, CT

Bibliography:

Wright Z, Larrew TW, Eskandari R. Pediatric hydrocephalus: Current state of diagnosis and treatment. *Pediatr Rev* 2016;37(11):478–90.

Zielińska D, Rajtar-Zembaty A, Starowicz-Filip A. Cognitive disorders in children's hydrocephalus. *Neurol Neurochir Pol* 2017;51:234–9.

CASE 164**Nina Mbadiwe****Question**

An 18-month-old boy is brought to the emergency room after his parents found him with a window cord wrapped around his neck. Currently, he is awake and alert with normal vital signs for age. His physical exam is unremarkable except for ligature marks on his neck.



Image 164.1

What are the findings seen in strangulation and hangings? What is the most common cause of death in window cord strangulation injuries?

Answer

Strangulation in children is usually accidental but can also be a form of child abuse. Hanging, with strangulation and suspension of the neck, is classified as either complete with the entire body hanging off the ground or incomplete, with a portion of the body touching the ground and the weight not fully supported by the neck. Theories of the pathophysiology during strangulation and hanging include:

- Venous obstruction leading to hypoxia and loss of consciousness
- Arterial spasm caused by pressure on the carotid artery leading to decreased cerebral blood flow
- Vagal collapse due to the pressure on the carotid sinuses and increased parasympathetic tone.

In all forms of strangulation, death is ultimately due to cerebral anoxia and ischemia with obstruction of cerebral venous return (vessel occlusion) rather than acute airway compromise.

Physical exam findings include abnormal vital signs, facial edema, petechiae, neck contusions and/or ligature marks around the neck, voice changes, difficulty swallowing, and respiratory symptoms.

Injury prevention is an important topic to address with parents and caregivers. Cribs, beds, furniture, and toys need to be placed away from windows. Window cords should be out of reach, either tying them up high or anchoring them to the wall. Cordless window coverings are the best option in children's bedrooms and play areas.

Keywords: blunt trauma, neck injury, airway

Bibliography

Muthukrishnan L, Raman R, Nagaraju K. An unusual cause of accidental hanging in a toddler. *Pediatr Emerg Care* 2012;28(9):924–5.

Sabo RA, Hanigan, WC, Flessner K, Rose J, Aaland M. Strangulation injuries in children. Part 1. Clinical analysis. *J Trauma* January 1996;40(1):68–72.

Tintinalli JE. *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*. 8th ed. New York: McGraw-Hill Education, 2016.

CASE 165**Nina Mbadiwe****Question**

Bệnh nhi nam, 4 tuổi phải nhập viện vì một tổn thương ở da đầu bên phải, xuất hiện vào tháng trước. Trẻ có gãi vào vùng tổn thương. Trên thăm khám lâm sàng ghi nhận một tổn thương ở da đầu với tính chất: dạng tròn, có vảy, nổi gờ lên, bờ không được đều và kèm theo tình trạng rụng tóc – **alopecia**. Ngoài ra còn ghi nhận thêm một vài nốt di động ở vùng thái dương ấn không đau, tất cả kích thước khoảng 0.5cm hoặc nhỏ hơn.



Hình 165.1

Bệnh lý ở bệnh nhi này là gì? Các phương pháp điều trị? Các biểu hiện có liên quan?

Answer

Đây là biểu hiện của bệnh lý nấm da đầu – **tinea capitis**, có thể xảy ra ở bất kỳ độ tuổi nào và do nhiễm nấm. Có ba loại nấm chính gây ra tình trạng này đó là *Trichophyton*, *Microsporum*, và *Epidermophyton*. Các triệu chứng có thể thay đổi từ ngứa – **pruritus** với rụng hoặc rụng ít tóc cho đến chảy mủ, đau và các abscess viêm do nấm – **inflammatory kerion lesions**. **Kerion** – abscess do nấm gây ra là một đáp ứng qua trung gian tế bào với tình trạng nhiễm nấm và thường bị chẩn đoán nhầm với một abscess thông thường. Các biểu hiện khác của nhiễm nấm bao gồm có tình trạng tóc vảy – **scaling**, gãy chân tóc tạo thành một vùng rụng tóc (dấu chấm đen trên da đầu – **black dot sign**), mụn mủ, và sưng hạch.



Nhiễm trùng tại vùng da có tóc thường cần sử dụng các thuốc kháng nấm đường uống bởi vì nấm da xâm nhập xuống dưới tạo thành các nang tránh khỏi tác dụng của thuốc tại chỗ. Griseofulvin, terbinafine, itraconazole, hoặc là fluconazole được cân nhắc là an toàn và hiệu quả trong điều trị nấm da đầu. Các biện pháp điều trị hỗ trợ khác bao gồm có selenium sulfide (1% và 2.5%), zinc pyrithione (1% và 2%), povidone iodine (2.5%) và ketoconazole (2%) dạng dầu gội có thể giúp điều trị triệt để tình trạng nấm da đầu ở trẻ.

Keywords: dermatology, infection, infectious diseases.

Bibliography

Ali S, Graham TAD, Forgie S. The assessment and management of tinea capitis in children. *Pediatr Emerg Care* September 2007;23(9):662–5.

Goldsmith LA. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8th ed. New York: McGraw-Hill, 2012.

Kakourou T, Uksal U. Guidelines for the management of tinea capitis in children. *Pediatr Dermatol* 2010;27:226–8.

CASE 166**Catherine H. Chung****Question**

Một bệnh nhi 15 tuổi, nữ, béo phì, được chẩn đoán trước đó mắc viêm mô tế bào ở gối phải nay vào viện vì đau và sưng trở lại. Bệnh nhi có dùng cephalexin 24h trước đó. Sốt nhẹ và thăm khám gối cho thấy vùng gối phải cứng, ấm và sưng nhẹ một vùng phía trên gối. Khi gấp hoặc duỗi gối gây đau. Do tình trạng béo phì của trẻ, nên cả hai khớp gối đều lớn và khó đánh giá có tình trạng tràn dịch hay không. Bệnh nhi của chúng ta có thể có một tình trạng viêm mô tế bào nặng lên có thể kèm hoặc không kèm với tổn thương ở khớp. Bạn chỉ định siêu âm tại giường bệnh khớp gối bệnh nhi. (**bedside ultrasound**).



Hình 166.1

Trên siêu âm thể hiện điều gì?

Answer

Bạn nhìn thấy được dịch trong khớp gối của trẻ. Tràn dịch tạo hình ảnh rỗng âm – **anechoic** (màu đen) nếu dịch đó làm máu hoặc dịch thẩm – **transudate**. Cũng có thể tạo hình ảnh hồi âm (xám hoặc trắng) có thể có hình ảnh từng lớp nếu là máu đông hoặc dịch tiết – **purulent fluid**. Siêu âm là kỹ thuật đơn giản và hiệu quả để đánh giá tình trạng tràn dịch khớp gối. Siêu âm tại giường bệnh giúp hỗ trợ quá trình thăm khám lâm sàng của bạn bởi vì tràn dịch có thể khó phát hiện trên thăm khám lâm sàng đơn thuần hoặc trên x quang. Ngoài ra siêu âm tại giường bệnh còn hỗ trợ chọc dịch khớp gối – **arthrocentesis**.

Keywords: ultrasound, procedures, extremity injury

Bibliography

Richardson ML, Selby B, Montana MA, Mack LA. Ultrasonography of the knee. Radiol Clin North Am 1988;26:63–75.

CASE 167**S Margaret Paik****Question**

Trẻ gái, 10 tuần tuổi được mang vào bệnh viện bởi bố mẹ trong bệnh cảnh của nổi ban, ngày thứ hai của bệnh. Bố mẹ bệnh nhi mô tả những ban ban đầu nổi ở cánh tay và các nốt phỏng của xuất hiện tương tự. Hiện tại, ban biểu hiện sừng đỏ - **red bumps** và lan rộng đến phần xa của chi trên bao gồm có các ngón tay và xuống cả chân của trẻ. Bé vẫn ăn uống bình thường và không gặp vấn đề gì do ban. Không sốt.

Trẻ sinh bằng đường âm đạo, đủ tháng, không có biến chứng khi sinh. Mẹ bé được chăm sóc trước sinh và cho biết không mắc bất kỳ bệnh nhiễm trùng nào trong quá trình mang thai. Không có thành viên nào trong gia đình có bệnh lý ở da.



Hình 167.1 và 167.2



Hình 167.3

Chẩn đoán của bạn là gì? Các cơ quan nào khác có thể bị ảnh hưởng ở bệnh lý này?

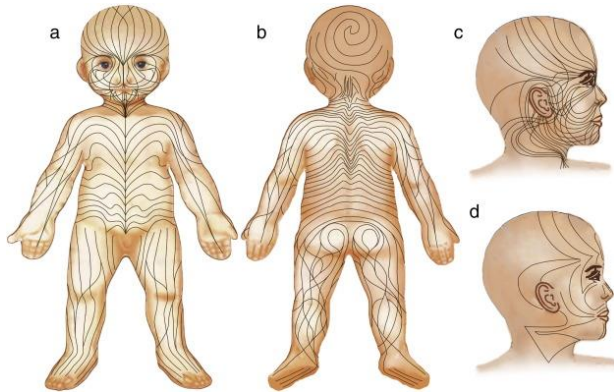
Answer

Đây là bệnh lý **incontinentia pigmenti (IP)** – được dịch sang tiếng Việt bởi cố GS Lê Kinh Duệ là bệnh nhiễm sắc tố da đậm đặc, còn được biết đến với các tên gọi khác như là **Bloch-Sulzberger syndrome, Asboe – Hansen disease, Bloch – Siemens syndrome, Melanoblastosis cutis linearis, Nevus pigmentosus systematicus**. IP là một bệnh lý di truyền gen trội trên nhiễm sắc thể giới X, thường gây tử vong cho thai nhi là nam trong giai đoạn phôi thai. Ghi nhận biểu hiện trên da chia thành 4 giai đoạn (**Blaschko's lines**), tuy nhiên thì không phải khi nào cũng có thể ghi nhận 4 giai đoạn rõ ràng và thường chúng chồng lấp lên nhau. Tổn thương là các dát đỏ, mảng đỏ, sau đó xuất hiện mụn nước, mụn mủ, bóng nước căng, chứa dịch trong. Vị trí tổn thương có thể xuất hiện toàn thân nhưng thường

gặp nhất ở cánh tay, đùi, thân mình dọc theo đường Blaschko, ít gặp ở mặt. Tổn thương mọc thành các đợt. Mỗi đợt bóng nước tồn tại vài tuần, sau đó mất đi. Các đợt sau có thể mọc ở vị trí cũ hay ở vị trí khác. Các tổn thương như thể này thường xuất hiện trong vài tháng đầu đời. Tổn thương dạng phỏng rộp như vậy có thể bị nhầm lẫn với bỏng, và một tình trạng bạo hành ở trẻ. Tiếp đến các mảng như mụn cóc – **verrucous plaque** xếp từng dải, tồn tại từ vài tháng đến 2 năm. Giai đoạn ba được đặc trưng

bởi tình trạng tăng sắc tố da – **hyperpigmentation** khắp thân mình và các chi theo hình xoắn ốc hoặc hình dải phân bố theo đường cong Blaschko. Giảm sắc tố và rụng tóc được gặp trong giai đoạn cuối hay còn gọi là giai đoạn teo – **atretic stage**. Giai đoạn này xảy ra ở độ tuổi trưởng thành.

Bệnh lý đa cơ quan có thể dẫn đến mù lòa do thiếu máu võng mạc, tật đầu nhỏ - **microcephaly**, liệt cơ cứng – **spastic paralysis**, và tình trạng trì trệ tinh thần do các ảnh hưởng lên hệ thống thần kinh trung ương. Một số trẻ có thể chậm mọc răng, và dị dạng vòng đầu.



Blaschko's lines

Tham khảo thêm về bệnh *Incontinentia pigmenti* IP:
<http://ckdl.blogspot.com/2006/04/incontinentia-pigmenti.html>

Keywords: dermatology, neonate, child abuse mimicker

Bibliography

Ciarallo L, Paller A. Two cases of incontinentia pigmenti simulating child abuse. *Pediatrics* October 1997;100(4):e6.

Landy SJ, Donnai D. Incontinentia pigmenti (Bloch-Sulzberger syndrome). *J Med Genet* 1993;30:53–9. O'Doherty M, McCreery K, Green AJ, Tuwir I, Brosnahan D. Incontinentia pigmenti-ophthalmological observation of a series of cases and review of the literature. *Br J Ophthalmol* 2011;95:11–6.

Patel B, Butterfield R. Common skin and bleeding disorder that can potentially masquerade as child abuse. *Am J Med Genet* December 2015;169(4):328–36.

CASE 168**S. Margaret Paik****Question**

Bệnh nhi nữ, 15 tuổi vào viện vì sưng và chảy dịch tại vùng cổ. Bệnh nhi cho biết rằng bị sưng hai bên phía dưới cổ cách đây 3 tháng. Kém ăn trong vòng một tháng và cảm thấy ảm tại vùng sưng một tuần trước. Vùng cổ bị sưng tăng lên trong suốt tuần vừa rồi và có tình trạng chảy dịch từ chỗ sưng ở bên cổ trái vào hôm nay. Bệnh nhi không sống với gia đình và bé là trẻ vô gia cư, sống tại nhà cho người vô gia cư từ năm trước.

Sinh hiệu như sau: nhiệt 38.5 độ C; nhịp tim 98; tst 16; HA 110/70. Cổ của bệnh nhi biểu hiện như sau:



Hình 168.1

Chẩn đoán và điều trị như thế nào? Các xn cận lâm sàng cần làm bổ sung là gì?

Answer

Trường hợp này chính là tình trạng viêm hạch bạch huyết – **lymphadenitis** có loét, cần chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân ác tính (leukemia, lymphoma, neuroblastoma) và các nguyên nhân nhiễm trùng. Các nguyên nhân nhiễm trùng bao gồm có virus (cytomegalo, Epstein-Barr) và vi khuẩn (tụ cầu vàng, *Mycoplasma pneumoniae*, liên cầu nhóm A, vi khuẩn kỵ khí, nhiễm trùng vết cào của mèo). Lao cũng như các vi khuẩn lao không điển hình khá phù hợp với biểu hiện ở trẻ. Chẩn đoán dựa vào mô bệnh học và xn trực khuẩn kháng acid. X quang ngực và chẩn đoán hình ảnh ở cổ (siêu âm, CT hoặc MRI) là cần thiết để đánh giá mức độ lan rộng của bệnh lý. Test HIV cũng cần được thực hiện. Bệnh tràng nhạc – **scrofula** hoặc **king's evil** là những thuật ngữ khác được sử dụng.

Keywords: infectious disease, head and neck / ENT, skin and soft tissue infection, infectious.

Bibliography

Danjani AS, Garcia RE, Wolinsky E. Etiology of cervical lymphadenitis in children. N Engl J Med 1963;268:1329–33.

Fontanilla J-M, Barnes A, Fordham von Reyn C. Current diagnosis and management of peripheral tuberculous lymphadenitis. Clin Infect Dis September 15, 2011;53(6):555–62.

Scobie WG. Acute suppurative adenitis in children: A review of 964 cases. Scott Med J 1969;14(10):352.

CASE 169**Nina Mbadiwe****Question**

Một bé trai 9 tháng tuổi vào viện vì nổi ban ở thân mình, ngoại biên và vùng bẹn. Ban biểu hiện khoảng một tháng trước kèm ngứa. Ngoài ra trẻ không có biểu hiện gì bất thường.

Trên thăm khám lâm sàng, ghi nhận ban dạng nốt sần, có tình trạng bong da – **excoriation**, và các tổn thương dạng chàm – **eczematous lesions** trên da khắp cơ thể.



Hình 169.1



Hình 169.2



Hình 169.3

Chẩn đoán là gì và phương pháp điều trị tốt nhất?

Answer

Trên bệnh nhi biểu hiện bệnh ghẻ - **scabies** – là một bệnh lý có thể gặp ở mọi độ tuổi, sắc tộc và các tầng lớp xã hội khác nhau. Bệnh lý lây lan bằng tiếp xúc. Gây ra bởi *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* (cái ghẻ *Sarcoptes scabiei* giống *hominis*). Một vài trường hợp không biểu hiện triệu chứng mặc dù đã bị nhiễm.

Chẩn đoán bệnh ghẻ khi có biểu hiện ngứa kèm với các tổn thương phân bố không đều. Thăm khám lâm sàng ghi nhận tình trạng bong da, ban ngứa tại kẽ ngón tay, cạnh mặt gan cổ tay, khuỷu tay, nách, bìu, dương vật, môi âm hộ - **labia**, xung quang quàng vú. Tất cả bề mặt da đều nhạy cảm với bệnh lý này ở lứa tuổi trẻ sơ sinh. Tổn thương đặc trưng bệnh là hang: mỏng; dài mảnh.

Điều trị chủ yếu là bằng permethrin 5%, vùng tại vùng da 8h trước khi tắm rửa. Điều trị nên lặp lại 1 tuần sau điều trị ban đầu để giảm thiểu khả năng tái phát cũng như tiêu diệt kén có thể phát triển sau này. Ban và tình trạng ngứa có thể kéo dài lên đến 4 tuần. Kháng histamine đường uống (ở độ tuổi được sử dụng) và chất làm ẩm da có thể có hiệu quả. Tất cả thành viên trong gia đình và các người thường xuyên tiếp xúc với bệnh nhi nên được điều trị dự phòng. Tất cả quần áo, chăn màn, khăn và giường nên được vệ sinh bằng nước nóng và sấy khô ở nhiệt độ cao. Ngoài ra thảm, sàn nhà và cả đồ đạc trong gia đình cũng nên được vệ sinh cẩn thận

Keywords: dermatology, infestation, infection, rash

Bibliography

Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BS, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 8th ed. New York: McGraw-Hill, 2012.

CASE 170**Barbara Pawel****Question**

Bệnh nhi nam, 3 tuổi vào viện vì sốt 2 ngày, đau gối và đi khập khiễng – *limp*. Trên thăm khám lâm sàng trẻ không có biểu hiện nhiễm độc và có điểm đau tại đầu xa xương đùi kèm với có ban đỏ ít, phù và giảm vận động. Bệnh nhi đi khập khiễng để giảm đau – *antalgic gait*. Tất cả các khớp khác đều chưa phát hiện bất thường. Được biết không bị tai nạn



hoặc đau ốm gì gần đây. Chứng ngứa đầy đủ.

Hình 170.1

Bạn tiến hành thăm khám và tiến hành xn cls nào cho bệnh nhi này?

Answer

Bệnh nhi với bệnh sử và thăm khám như vậy hướng đến một tình trạng nhiễm trùng cơ xương khớp và nên tiến hành các xn cận lâm sàng bao gồm có CTM, tốc độ lắng máu, CRP, và cấy máu. Dịch khớp – *synovial fluid* nên được đánh giá nếu có bệnh cảnh viêm khớp nhiễm khuẩn – *septic arthritis*. Phát hiện sớm và sử dụng kháng sinh thích hợp có thể hạn chế các biến chứng cấp như nhiễm khuẩn huyết và mạn tính (rối loạn phát triển, phá hủy bề mặt khớp).

Tụ cầu vàng là vi sinh vật gây bệnh thường gặp nhất. Khả năng gây bệnh tăng 10 lần đối với tụ cầu vàng kháng methicillin – *methicillin resistant S. aureus* (MRSA). Bệnh nhi mắc MRSA có mức độ phá hủy mô mềm lớn hơn, nhiễm trùng lan rộng nhanh hơn, tăng thời gian điều trị, và thường cần phải can thiệp phẫu thuật nhiều lần.

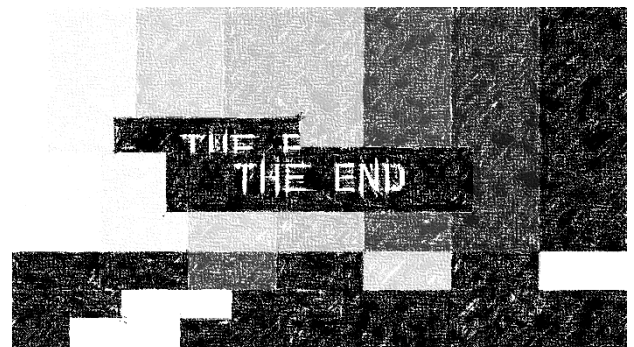
Ngoài ra còn có nguy cơ cao có các biến chứng nghiêm trọng, bao gồm có nhiễm khuẩn huyết kéo dài, thuyên tắc tĩnh mạch sâu, thuyên tắc mạch phổi và gãy xương bệnh lý.

Keywords: infectious disease, orthopedics, limp, do not miss.

Bibliography

Ratnayake K, Davis AJ, Brown L, Young TP. Pediatric acute osteomyelitis in the postvaccine, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* era. *AJEM* 2015;33:1420–4.

-Translated & Edited by Tran Khanh Luan





Taylor & Francis Group
an informa business



Taylor & Francis eBooks

www.taylorfrancis.com

A single destination for eBooks from Taylor & Francis with increased functionality and an improved user experience to meet the needs of our customers.

90,000+ eBooks of award-winning academic content in Humanities, Social Science, Science, Technology, Engineering, and Medical written by a global network of editors and authors.

TAYLOR & FRANCIS EBOOKS OFFERS:

A streamlined experience for our library customers

A single point of discovery for all of our eBook content

Improved search and discovery of content at both book and chapter level

REQUEST A FREE TRIAL
support@taylorfrancis.com

 Routledge
Taylor & Francis Group

 CRC Press
Taylor & Francis Group